

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Michele Souza e Souza

Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características

Rio de Janeiro

2018

MICHELE SOUZA E SOUZA

Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S729p Souza, Michele Souza e.
Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a
2016: trajetória e características / Michele Souza e
Souza. -- 2018.
282 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de
Janeiro, 2018.

1. Idoso. 2. Política Pública. 3. Seguridade Social.
4. Envelhecimento. 5. Proteção Social. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.60981

MICHELE SOUZA E SOUZA

Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Aprovada em: 27 de março de 2018

Banca Examinadora

Prof.^a Dra Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Dra Tatiana Wargas de Faria Baptista
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra Maria Helena Magalhães de Mendonça
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Daniel Groisman
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dra Cristiani Vieira Machado (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Quem diria que eu, Michele Souza e Souza, mulher, negra, nascida em São Gonçalo (cidade da região metropolitana do estado do Rio e conhecida também por suas inúmeras vulnerabilidades sociais), filha de Vanda e Adelcir, irmã de Raquel ousaria e alcançaria vãos tão altos quanto concluir o Doutorado em Saúde Pública numa instituição de excelência como a FIOCRUZ? Eu olho pra minha trajetória e hoje confesso que sinto orgulho. Mas NADA disso seria possível se eu não tivesse ao meu lado TANTA, mas TANTA gente maravilhosa. Eu me considero uma pessoa extremamente sortuda por ser rodeada de tanto amor, tanto apoio, cuidado, bem querer, companheirismo, afeto e todas essas coisas cada vez mais raras num mundo cada vez mais egoísta.

Primeiramente preciso agradecer aos meus pais, Vanda e Adelcir. Nada do que sou, do que fiz e do que continuo fazendo faz sentido sem eles. NADA. Ser filha de pais tão carinhosos, zelosos, batalhadores, que ralaram sempre pra poder oferecer a mim e minha irmã o melhor que eles podiam, que nos deram limites, broncas, mas também muito amor, colo, carinho e incentivo com certeza nos fez e nos faz pessoas melhores. Sei que muitas vezes eles não entendiam muito bem as minhas escolhas acadêmicas. Sinto que questionavam internamente quando que eu ia finalmente “trabalhar” e “ter estabilidade” quando disse que passei no mestrado, por exemplo. Mas mesmo assim confiavam nas minhas escolhas e seguiram me apoiando, me incentivando, me colocando pra cima, dizendo que ia dar certo (não importava o que), que eu era capaz e que confiavam em mim. E todo esse apoio e confiança foram fundamentais na minha trajetória. Amo vocês imensamente e só tenho a agradecer por TUDO que fizeram e fazem por mim. Vocês são os melhores pais que a vida poderia me dar. Dedico a vocês mais essa vitória. Agradeço também a minha irmã tão amada, Raquel. Minha amiga, companheira, minha metade que complementa, que me ouve, me acolhe, me dá bronca, que ri comigo e de mim, que diz que “eu sou cabeça” (hahahaha), que me ajuda a voltar ao eixo, que é meu orgulho de tão linda, competente, acolhedora, sensível. Te amo demais, gata! Que presente ter você como irmã e companheira.

Concluir essa etapa também não seria possível sem a parceria linda e de outras vidas do meu amigo, companheiro e amor Diego. Fica até difícil achar palavras pra mensurar todo o amor e admiração que tenho por ele e quanto tem sido um companheiro incrível e melhor que nos meus melhores e mais românticos sonhos rs! Foi ele que também esteve do meu lado pra me dar colo quando eu caía no choro cheia das

inseguranças; quando achava que não ia conseguir; que ri dos meus dramas surreais e cheios de frase de efeito; que fazia chá pra mim quando o estômago doía ou quando a ansiedade batia; que me deu força com seu jeito peculiar, mas carinhoso de apoiar (“Força, fera!” Haha); que comemorou comigo TODAS as conquistas, mesmo as mais pequenas; que relia capítulo de tese mesmo não sendo seu tema de pesquisa; que me atualizou sobre os debates importantes da vida quando eu só tinha cabeça pra proteção social pros idosos (hahaha); que me fez rir em todas nossas conversas, bares, noites, sambas e afins dessa vida. É tanta coisa que poderia ficar horas aqui dizendo o quanto você é especial, maravilhoso e que te ter ao meu lado deixou tudo mais leve, sereno e feliz. Te amo demais e obrigada por ser tão especial.

Minha trajetória até aqui também não seria possível sem meus amigos lindos e sucesso! Ô mulher sortuda! Preciso agradecer as minhas bizarras do coração: Juliana, Amanda, Fernanda e Raquel e os bizarrinhos mais lindos: Maju e Bernardo. Nossa amizade de tanto tempo se mantém linda e verdadeira, mesmo sem vê-las tanto quando gostaria. Vocês são maravilhosas, ter vcs de novo comigo é um presente. Amo vocês demais.

Também preciso agradecer as minhas amigas Puro Sucesso: Bárbara, Doli, Paula, Luciana, Maíra e Fernanda. Que mulheres maravilhosas e admiráveis eu tenho do meu lado. Amigas lindas, companheiras, fortes, sensíveis, parceiras de risos, de choro, de festas, de sambas, carnavais, de bebedeira, de confissões, de acolhimento, de escuta, de diálogo e sobretudo de MUITO MUITO amor. Amo vocês demais e que nossa parceria continue linda, forte e eterna!

Preciso agradecer também a mais mulheres maravilhosas que entraram na minha vida pra nunca mais sair. Thaís, Rachel e Flávia: MUITO obrigada! Vocês são maravilhosas”. Que (re) encontro lindo, que encaixe perfeito. Quando penso na gente só penso em gargalhadas sem fim (difícil superar nossa alegria juntas), colo, companheirismo, cuidado, afeto, amor que transborda. Vocês foram e têm sido fundamentais na minha vida e não consigo nem imaginar viver sem ter vcs juntinho de mim. Amo vocês demais, gatas!

E a trajetória de encontros bonitos segue. Preciso agradecer também as minhas gatas de longa data, presentes desde o mestrado: Carla, Ingrid, Eva e Flávia. Já passaram 7 anos e continuo tendo vocês do meu lado. Umas mais distantes fisicamente, outras mais perto, mas sempre unidas nesse amor lindo, na torcida pela outra, pela felicidade sincera.

Vcs são mulheres incríveis e que me dão um baita orgulho de tão maravilhosas. Amo vocês. E também agradeço às gatas new generation (hahahaha), mas não menos importantes: Kel e Liu. Vocês são gatas amadas, lindas e especiais e ter vocês comigo nesses últimos anos só agregou amor e bem querer.

Preciso agradecer também a minha turma de doutorado MARAVILHOSA. Que grupo incrível, outra sorte. Turma linda, generosa, bem-humorada, que torce de verdade um pelo outro, que ajuda, que incentiva, mas que também faz festa, ri e se acaba haha! Seus lindos e queridos: Muito obrigada pela parceria! Agradeço, em especial, às gatas divas dessa turma e que entraram na minha vida pra nunca mais sair: Marcelle, Ana, Lívia, Ju, Carla e Renata: Suas lindas maravilhosas, gatas fortes, brabas e que me espelho e admiro: Amo vocês. Vcs são incríveis e tenho certeza que nossa amizade é pra vida.

Tenho amigas incríveis, mas quero fazer um agradecimento especial para quatro mulheres sensacionais que me inspiram: Carla, Ingrid, Fernanda e Maíra. Que sorte incrível tê-las encontrado nessa vida e tê-las comigo. É tanto amor, tanto apoio, tantas palavras bonitas, tanta escuta, tanto: “Amiga, como você tá? ”; “ Amiga, eu te entendo! ”; “ Gata, confia em você, bora! ”; “ Gata, deixa que eu leio aqui! ” entre tantas outras frases que exalam amor e cuidado que me emocionam só de refazê-las na minha cabeça. Vocês são amigas –irmãs-companheiras da vida e disso não tenho dúvidas. Cada uma com seu jeito me inspira, me espelho em vcs. Carla com sua serenidade, força, brilho no olhar, suas palavras bonitas, disponibilidade, seu jeito especial de amar e dar carinho. Ingrid com sua altivez, sua capacidade e objetividade para ajudar a retomar o eixo, com seu carinho nas palavras e gestos, seu jeito único e carinhoso de dar apoio e incentivar, um coração enorme. Maíra com seu jeito lindo, sincero, carinhoso, doce, mas as vezes duro quando necessário, que que ta sempre preocupada em me ver bem e feliz, que me manda mensagem de amor inesperada, que também me ajuda a respirar; e Fernanda que é puro coração, que ta comigo sempre, com sua sensibilidade incrível, sua personalidade forte, seu jeito cuidador e acolhedor, que ouve, apóia, faz tudo pra me ver feliz. Enfim, vcs são incríveis. Amo vocês!

Agradecimentos especiais a EQUIPE mais linda dessa vida, parceiros de tudo: Luanda, Rafaela, Verônica, Danilo, Will, Guilherme, Rosto, Dário, Sofia, Juliana, Denis, Carol, Felipe, Emmanuel, Jeane, Paula, Doli, Bárbara, Maíra, Luciana, Fernanda, Rodrigo, Zepa, André, Jeane, Fernanda, Frodo e Drago. Muitos obrigada por mais de 10

anos de parceria, de risadas, de apoio, de discussões e de amor. Seus lindos que amo, obrigada por tudo!

Agradeço também a família incrível que tenho: minhas tias lindas e muito amadas; meus tios queridos; minhas primas maravilhosas (em especial minhas primas-irmãs Débora e Adriana); meus primos; ao meu cunhado lindão e parceiro, Paulinho; às minhas cunhadas maravilhosas, Gil e Jaque; aos meus sogros maravilhosos, carinhosos e que amo tanto, Carmen e Eloir, e as minhas avós: Maria (que agora torce por mim de outro lugar...) e Iza. Amo vocês!

Não tem como não agradecer a minha querida orientadora Cristiani Machado. Muito obrigada pela parceria, pelo empenho, pela rigidez teórica e metodológica quando necessária; por ser tão dedicada em me ajudar a construir uma boa tese mesmo com tantas atividades e afazeres (e até mesmo doente); pelo amor e entrega pelo que faz e tudo isso com muito cuidado e carinho. Aprendi muito com você nesses anos e só tenho a agradecer por me ajudar a me tornar uma profissional mais dedicada, focada, cuidadosa e confiante. Muito obrigada mesmo. Que aprendizado tê-la ao meu lado nesses quatro anos.

Agradeço imensamente às professoras Tatiana Wargas, Mônica Senna e Maria Helena Mendonça e o professor Daniel Groisman que participaram da defesa da tese pelas contribuições riquíssimas, pela leitura cuidadosa e atenta, pelo incentivo e palavras tão carinhosas durante a defesa. Que banca querida e comprometida. Agradeço também ao professor Paulo Henrique de Almeida pelas contribuições fundamentais na qualificação.

Aos professores Ronaldo Teodoro e Rosana Magalhães que foram suplentes da banca de defesa da tese. Ao professor Ronaldo, em especial, agradeço pelos diálogos, contribuições e escuta cuidadosa durante alguns momentos dessa trajetória

Agradeço a FIOCRUZ, instituição que nutro um profundo respeito, admiração e amor, pelo acolhimento desde o primeiro dia em que pisei nela. E também aos funcionários da ENSP que sempre foram tão atenciosos e gentis, procurando ajudar, resolvendo questões, sanando dúvidas.

Agradeço também à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste doutorado.

*Na face do velho
As rugas são letras
Palavras escritas na carne,
abecedário do viver.*
EVARISTO, 2008, p. 51

RESUMO

O Brasil tem vivenciado desde a segunda metade do século XX o fenômeno de transição demográfica, também observado em vários outros países, desenvolvidos e em desenvolvimento. O aumento expressivo da população idosa e as características do processo de envelhecimento geram novas demandas para as políticas sociais, ainda mais complexas em um contexto marcado por acentuadas desigualdades e um sistema de proteção social historicamente limitado.

A Constituição Brasileira de 1988, influenciada por pressões de movimentos sociais, introduziu o modelo da Seguridade Social, orientado para a universalização da cidadania, com implicações para a proteção aos idosos nas décadas seguintes.

O estudo analisou a proteção social aos idosos no Brasil de 1988 até 2016, com ênfase nas políticas que compõem a Seguridade Social - Previdência Social, Assistência Social e Saúde. O referencial analítico se baseou em contribuições do institucionalismo histórico e da literatura que aborda a proteção social em uma perspectiva da economia política, valorizando-se os eixos: contexto, trajetória e estratégias das políticas da Seguridade; organizações, atores e arenas envolvidos; e relações Estado, mercado e famílias na proteção social aos idosos. As técnicas de pesquisa envolveram revisão bibliográfica, análise documental, análise de dados secundários e, complementarmente, entrevistas semiestruturadas com seis atores envolvidos com as políticas para os idosos no período.

A análise da trajetória das políticas apontou que a Constituição de 1988 e a mobilização social favoreceram avanços institucionais relevantes nas décadas seguintes, sobretudo no que concerne a leis, normas e lançamento de marcos específicos de proteção aos idosos, como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a partir de 2002, configurou-se como uma instância importante de articulação intersetorial e entre Estado e Sociedade Civil na formulação e acompanhamento das políticas voltadas aos idosos, embora com dificuldades de encaminhamento de algumas propostas. Observou-se ainda expansão do número, do financiamento e da cobertura de políticas e programas de proteção aos idosos nas áreas de previdência, assistência e saúde.

No entanto, a proteção social aos idosos ainda é muito baseada em transferências monetárias, relacionadas a benefícios contributivos (maior parte das aposentadorias e pensões) ou não contributivos (aposentadorias especiais, Benefício de Prestação

Continuada e outras transferências de renda). Existem limites no âmbito da prestação de serviços públicos e cuidado aos idosos nas áreas de assistência social e saúde, que ficam aquém das necessidades desse grupo populacional, sobretudo num contexto de mudanças estruturais das famílias e de aumento da participação das mulheres (tidas como tradicionais cuidadoras) no mercado de trabalho.

É necessário que as diretrizes estabelecidas no marco constitucional-legal e as políticas sociais relevantes para os idosos sejam acompanhadas de condições estruturais para sua efetivação. Caso contrário, haverá uma crescente parcela da população desprotegida, sem acesso a ações e serviços que assegurem condições mínimas de bem-estar na velhice.

Palavras chave: Idosos, proteção social, seguridade social, envelhecimento, políticas sociais.

ABSTRACT

Brazil has experienced since the second half of the twentieth century the phenomenon of demographic transition, also observed in several other developed and developing countries. The expressive increase of the elderly population and the characteristics of the aging process generate new demands for social policies, which are even more complex in a context marked by economic inequalities and a historically limited social protection system.

The Brazilian Constitution of 1988, influenced by pressures from social movements, introduced the Social Security model, oriented towards the universalization of citizenship, with implications for the protection of the elderly in the following decades.

The study analyzed the social protection of the elderly in Brazil from 1988 to 2016, with emphasis on the policies that make up Welfare State Regime - Social Security, Social Assistance and Health. The analytical framework was based on contributions from historical institutionalism and literature that addresses the social protection from the perspective of the political economy, valuing the axes: context, trajectory and strategies of the Welfare State Regime policies; organizations, actors and arenas involved; and State, market and family relations in social protection for the elderly. The research techniques involved bibliographic review, document analysis, secondary data analysis and, in addition, semi-structured interviews with six actors involved with policies for the elderly in the historical period studied.

The analysis of the policy trajectory pointed out that the Brazilian Constitution of 1988 and social mobilization favored relevant institutional advances in the following decades, especially with regard to laws, norms and the launching of specific frameworks to protect the elderly, such as the Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (National Policy on the Elderly) and Estatuto do Idoso (Statute of the Elderly). Since 2002, the Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (National Council on the Rights of the Elderly) has been an important instance of intersectoral coordination and between the State and Civil Society in the formulation and follow-up of policies directed towards the elderly, although it has faced limitations. There was also an increase in the number, funding and coverage of policies and programs for the protection of the elderly in the areas of pensions, health and care.

However, social protection for elderly still very much based on monetary transfers, related to contributory benefits (mostly pensions) or non-contributory benefits, like

special pensions, Benefício de Prestação Continuada (Continuing Benefit) and other income transfers. There are limits to the provision of public services and care to the elderly in social assistance and health, which fall short of the needs of this population group, especially in a context of structural changes in families and increased participation of women (considered as traditional caregivers) in the workforce.

It is necessary that the guidelines established in the constitutional-legal framework and the relevant social policies to the elderly are accompanied by structural conditions for their effectiveness. Otherwise, there will be a growing portion of the unprotected population, without access to actions and services that ensure minimum conditions of well-being in old age.

Keywords: Elderly, social protection, Social Security model, ageing, social policies.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1: População acima de 60 anos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento – 1950 a 2050	13
Tabela 1: Evolução da expectativa de vida ao nascer por gênero e das taxas de Mortalidade Infantil - América Latina, 1950-2025	33
Quadro 1 - Idade mediana segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – América Latina, 1950-2050	34
Quadro 2: Matriz de análise: eixos de análise, componentes (o que analisar) e técnicas/ instrumentos de pesquisa.	64
Quadro 3: Conformação das políticas que compõem a Seguridade Social antes da Constituição de 1988: características e repercussão para os idosos	71
Quadro 4 - Quantidade de benefícios previdenciários em 1988.....	72
Quadro 5: Total de pessoas inseridas no mercado de trabalho em 1988	73
Quadro 6: Quadro-resumo dos principais instrumentos legais e normativos das três áreas da seguridade Social e repercussões para a população idosa – 1988 a 1994..	93
Quadro 7: Principais mudanças após a aprovação da EC 20/98.....	96
Quadro 8: Modalidades de atendimento para a pessoa idosa previstas no âmbito do MPAS - 2000	101
Quadro 9: Principais ações nas três áreas da Seguridade e implicações para a os idosos	112
Quadro 10: Serviços oferecidos no âmbito da Proteção Social Básica – Objetivos, atividades e relevância para os idosos	126
Quadro 11: Fundamentos da PNAB e implicações para a saúde dos idosos	134
Quadro 12: Principais ações nas três áreas da Seguridade e a implicações para a os idosos	137
Quadro 13: Regra anterior e mudanças promovidas pelas Medidas Provisórias 664 e 665/2015.	143
Quadro 14: Critérios para composição de membros de entidades civis governamentais	156
Quadro 15: Principais atribuições das comissões permanentes do CNDI.....	157
Quadro 16: Quadro resumo dos órgãos governamentais e entidades da sociedade civil que ocuparam a presidência do CNDI – 2002 a 2016.....	157

Quadro 17: Temas do PNI mais debatidos nas reuniões do CNDI e encaminhamentos	167
Quadro 18: Quantidade e percentual de BPC concedidos para a pessoa com deficiência e idosos. Brasil, 1996 a 2015:	208
Gráfico 1: Despesas do INSS com o pagamento de benefícios - RGPS e RPPS (Em bilhões). Brasil, 1991 a 2012	178
Gráfico 2: Percentual (%) de gastos sociais federais em relação ao PIB –Total e gastos com Previdência Social (RGPS). Brasil, 1995 a 2010.....	181
Gráfico 3: Participação percentual da Previdência Social no gasto social federal (GSF) entre 1995 e 2010	183
Gráfico 4: Valores do Gasto Social Federal total e aqueles investidos na Previdência Social.(Em bilhões) Brasil, 1995 a 2010	183
Gráfico 5: Despesas federais com benefícios de Aposentadorias e Pensões. Brasil, 1995 a 2014 (Em reais).....	185
Gráfico 6: Quantidade de benefícios previdenciários concedidos (RGPS) por tipo. Brasil, 1988 a 2014	189
Gráfico 7: Distribuição percentual de benefícios previdenciários concedidos por tipo. Brasil, 1988 a 2014.....	189
Gráfico 8: Evolução das aposentadorias especiais concedidas entre 1988 e 2015:	191
Gráfico 9: Quantidade (N) de benefícios de aposentadorias concedidos por tipo. Brasil, 1988 a 2014.....	192
Gráfico 10: Percentual (%) de benefícios de aposentadorias concedidos por tipo. Brasil, 1988 a 2014.....	192
Gráfico 11: Quantidade de benefícios concedidos segundo as faixas de valor (em pisos previdenciários). Brasil, 1992 a 2015.....	195
Gráfico 12: % idosos de 60 anos ou mais que recebem aposentadoria e/ou pensão ou que continuam contribuindo para algum regime - 1992 a 2012 (exclusive área rural da região Norte, exceto Tocantins).....	197
Gráfico 13: Carteiras consolidadas das entidades fechadas e abertas de previdência complementar (Em R\$ bilhões, valores constantes). Brasil, 2005 a 2014	199
Gráfico 14: Relação ativos das EFPC em relação ao PIB. Brasil, 1990 a 2015	200

Gráfico 15: Evolução dos Ativos das Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC) (Em US\$). Brasil, 2002 a 2010.....	201
Gráfico 16: Série histórica dos valores de contribuições pagas para planos abertos de caráter previdenciário (R\$ em bilhões). Brasil, 2005 a 2014	202
Gráfico 17: Percentual (%) de gastos sociais federais com Assistência Social em relação ao PIB. Brasil, 1995 a 2010	204
Gráfico 18: Participação percentual da Assistência Social no total do GSF (%). Brasil, 1995 a 2010	204
Gráfico 19: Valores do Gasto Social Federal relativos ao PIB investidos na Assistência Social. Brasil, 1995 a 2010.....	205
Gráfico 20: Quantidade (N) de benefícios assistenciais concedidos. Brasil, 1988 a 2014	206
Gráfico 21: Quantitativo (N) de idosos beneficiários do BPC e número total de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil – Brasil, 2000 a 2015	210
Gráfico 22 Percentual de idosos beneficiários do BPC em relação ao total de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil – Brasil, 2000 a 2015	211
Gráfico 23: Quantidade de unidades que ofertam Serviço de Convivência para pessoas com 60 anos ou mais. Brasil, 2012 a 2016	213
Gráfico 24: Quantidade de CRAS que ofertaram ações e atividades desenvolvidas no âmbito do PAIF para os idosos. Brasil, 2012 e 2014	215
Gráfico 25: Expectativa de vida da população. Brasil, 1988 a 2015.....	218
Gráfico 26: Mortalidade proporcional por grupos de causas de pessoas com 60 anos ou mais. Brasil, 1990 a 2011	218
Gráfico 27: Proporção de morbidade hospitalar no SUS por faixa de idade. Brasil, 1992 a 2015	220
Gráfico 28: Média de permanência no hospital por faixa de idade. Brasil, 1992 a 2015	220
Gráfico 29: Gastos sociais do governo federal em saúde –como proporção do PIB. Brasil, 1995 a 2010.....	223
Gráfico 30: Participação percentual da área da Saúde no total do Gasto Social Federal. Brasil, 1995 a 2010.....	225
Gráfico 31: Quantidade (N) de pessoas cadastradas na Atenção Básica por faixa de idade. Brasil, 1998 a 2015	226

Gráfico 32: Proporção de pessoas cadastradas na Atenção Básica por faixa de idade. Brasil, 1998 a 2015	227
Gráfico 33: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%) por tipos de despesa – 60 anos ou mais. Brasil, 2008.....	229
Gráfico 34: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%) com Assistência em Saúde por grupos de idade da pessoa de referência da família. Brasil, 2008	229
Gráfico 35: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%) com Assistência à Saúde por tipo de despesas para pessoas com 60 anos ou mais. Brasil, 2008	230
Gráfico 36: Beneficiários de planos de saúde (modalidade assistência médica) acima de 60 anos. Brasil, 200 a 2015	232
Gráfico 37: Taxa de cobertura de planos de Saúde – Total e para pessoas acima de 60 anos. Brasil, 2000 a 2015	233
Gráfico 38: Taxa de cobertura de planos de saúde - Assistência médica por faixa etária (Idosos). Brasil, 2000 a 2015	234

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SISAP – Idoso- Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso

PEA - População economicamente ativa

CNDI - Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

CEPAL - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

FMI - Fundo Monetário Internacional

PIB - Produto Interno Bruto

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAP - Caixas Aposentadorias e Pensões

PRORURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

RMV – Renda Mensal Vitalícia

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

FUNRURAL - Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural

LBA - Legião Brasileira de Assistência

PAI - Programa de Assistência ao Idoso

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

CEBES- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

CNSS - CONSELHO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

PNI - Política Nacional do Idoso

MPAS — Ministério da Previdência e Assistência Social

SAS – Secretaria de Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOB - Normas Operacionais Básicas
PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ACS – Agente comunitário de saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
MS – Ministério da Saúde
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
PEC - Proposta de Emenda Complementar
EC – Emenda Complementar
FHC – Fernando Henrique Cardoso
CNPS - Conselho Nacional da Previdência Social
CUT - Central Única dos Trabalhadores
MBES - Ministério do Bem-Estar Social
CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CBIA - Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
BPC - Benefício de Prestação Continuada
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
FNAS - Fundo Nacional de Assistência Social
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso
DNCT - Doenças crônicas não transmissíveis
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
PT - Partido dos Trabalhadores
BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES - Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social

CDES - Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
RPPS - Regime Próprio de Previdência Social
RGPS - Regime Geral de Previdência Social
MEI - Microempreendedor Individual
MAS - Ministério da Assistência Social e Promoção Social
PAIF - Programa de Atendimento Integral à Família
MESA - Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
PBF - Programa Bolsa Família
SENARC - Secretaria Nacional de Renda e Cidadania
CADÚNICO - Cadastro Único
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
ILP - Instituições de Longa Permanência
MDSA - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
RAS - Rede de Atenção à Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
FUNPRESP-EXE - Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo
FUNPRESP-LEG - Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Legislativo
FUNPRESP-JUD - Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Judiciário
MP - Medidas provisórias
LULA – Luís Inácio Lula da Silva
PL - Projeto de Lei
AD - Atenção Domiciliar
EAD – Ensino a distância
SEDH – Secretaria de Direitos Humanos
DOU - Diário oficial da União

AMPID - Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

COBAP - Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas

ANG - Associação Nacional de Gerontologia

MMIRDH - Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

ANADEP - Associação Nacional dos Defensores Públicos

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

SESC - Serviço Social do Comércio

MPS - Ministério da Previdência Social

MEC - Ministério da Educação

PMCMV - Programa Minha Casa, Minha Vida

MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

PPA - Planos Plurianuais

RENADI - Rede Nacional de Atenção às Pessoas Idosas

GSF - Gasto Social Federal

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

DRU - Desvinculação de Receitas da União

EFPC - Entidades Fechadas de Previdência Complementar

EAPC - Entidade Aberta de Previdência Complementar

FENAPREVI - Federação Nacional de Previdência Privada e Vida

ABRAPP - Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSLL - Contribuição social sobre o lucro líquido

COFINS – CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

POF - Pesquisa de Orçamento Familiar

ESF – Estratégia de Saúde da Família

AVD - Atividades de vida diária

SUMÁRIO

Introdução	2
Capítulo 1: Desafios para a proteção social dos idosos nos países avançados	12
Capítulo 2: Proteção social na América Latina: características gerais e implicações para os idosos.....	32
Características histórico – estruturais da proteção social na América Latina.	40
Capítulo 3: Referencial Analítico e Estratégias Metodológicas	57
Capítulo 4: : Trajetória da Seguridade Social e proteção aos idosos no Brasil....	66
Antecedentes e Constituição de 1988	66
1988 a 1994 - O início da Seguridade no contexto neoliberal.....	77
1995 a 2002 - O conflito entre agendas para a área social	94
2003 a 2010 – Continuidades, inovações institucionais e expansão de ações	114
2011 a 2016 - Continuidades, crise e novas ameaças	140
Capítulo 5: A atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	152
Configuração político-institucional	155
Agenda política	167
Capítulo 6: Panorama da proteção social aos idosos: financiamento e cobertura	177
Previdência Social	177
Assistência Social	203
Saúde.....	217
Considerações finais.....	239
Referências bibliográficas	257

Introdução

O presente estudo tem como objeto a proteção social aos idosos no Brasil e para tal, analisa as políticas de Seguridade Social da promulgação da Constituição de 1988 até o ano de 2016, tendo como perspectiva a articulação entre Estado, mercado e famílias no que concerne à proteção e garantia de bem-estar para esse grupo populacional.

A realização de um estudo com essa temática se justifica, primeiramente, pela questão demográfica brasileira e os desafios subjacentes. A transição demográfica é uma das transformações mais expressivas que diferentes sociedades vêm experimentando há séculos e que leva a mudanças substanciais no tamanho e nos arranjos familiares, no tempo médio que os indivíduos irão viver e no crescimento e estrutura etária das populações (CAMARANO, 2014). Um dos principais desafios decorrentes desse processo é o envelhecimento populacional, que se caracteriza por sua complexidade, heterogeneidade e por ser multifacetado, “abrangendo [assim] as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas, filosóficas em torno do significado e das repercussões do prolongamento da vida humana, no âmbito do indivíduo e da sociedade” (GIACOMIN, 2012, p. 19).

O Brasil tem vivenciado este fenômeno desde a segunda metade do século XX. Apesar de se tratar de um acontecimento de caráter universal, por marcar cada etapa da evolução populacional de uma determinada sociedade, ele é impactado pelas condições históricas de cada país. Isso porque a transição demográfica tem influência direta das particularidades de sua trajetória, que por sua vez são permeadas por desequilíbrios e desigualdades sociais, étnicas, culturais, econômicas, de gênero e também regionais, sobretudo num país de grandes dimensões como o Brasil. Assim, é preciso salientar que mesmo que essa modificação se configure enquanto um processo que atinge toda a população brasileira, ela se manifesta de maneira diferente de acordo com as diversidades regionais e, essencialmente, as sociais (BRITO, 2008; OLIVEIRA, 2013).

Portanto, é preciso pensar na questão demográfica brasileira além dos seus aspectos biológicos e/ou estritamente demográficos. Para Brito (2008, p. 6), esse processo que o Brasil experimenta, não é neutro, e sendo perpassado por diversas características histórico estruturais, “pode tanto criar possibilidades demográficas que potencializem o crescimento da economia, aumentando o bem-estar social, quanto potencializar as adversidades econômicas e sociais, ampliando as graves desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira”. Isso quer dizer que para tratar desta questão, é preciso

admitir que o ritmo da evolução demográfica, ou seja, os níveis de mortalidade, esperança de vida e fecundidade foram diferenciados conforme a classe social, grau de instrução e/ou a cor.

De forma sintética, pode-se dizer que o Brasil começou a experimentar entre os anos 1940 e 1960 um declínio significativo nas suas taxas de mortalidade, apesar dos níveis de fecundidade permanecerem estáveis. Para Oliveira (2013), isso se deve a consequências do processo de industrialização e urbanização iniciado nos anos 1930. Esse período foi acompanhado por reformas das relações trabalhistas e oferta de políticas públicas nas áreas da saúde, previdência social, educação básica entre outras, mesmo que ainda de caráter não universal, promovendo melhoras nas condições de vida e crescimento da população. Contudo esses avanços foram diferenciados por grupos, ou seja, “os segmentos compostos pela classe média, funcionários públicos e s trabalhadores qualificados acessavam de forma mais efetiva a oferta de assistência médica, obras públicas e da legislação trabalhista e previdenciária” (OLIVEIRA, 2013, p. 404).

A partir da segunda metade da década de 60, a rápida e sustentada redução da fecundidade desencadeou uma série de mudanças profundas na distribuição etária, assim como ocorreu em grande parte dos países da América Latina e das economias em desenvolvimento, e se intensificou nas duas décadas. Embora desigualdades socioeconômicas e geográficas extremas tenham adiado o início desse processo nas regiões menos desenvolvidas do país, ela atingiu de forma geral, as pessoas de diferentes níveis de escolaridade, cor e renda (WONG; CARVALHO, 2006). Essas mudanças se deram não em virtude do desenvolvimento de políticas públicas ou campanhas que incentivassem a redução na fecundidade, mas principalmente por conta dos fatores econômicos, já que a urbanização levou a uma ampliação das relações de trabalho assalariado e esse processo acabou incorporando uma parcela das mulheres; levando ao desenvolvimento de políticas governamentais como as de crédito, consumo, previdência, atenção à saúde entre outras que acabaram repercutindo em mudanças culturais e comportamentais; acesso aos métodos anticoncepcionais, entre outros (OLIVEIRA, 2013).

Na década de 1980, o número de habitantes no Brasil passou da marca dos 100 milhões, isto é: em 30 anos a população brasileira mais que dobrou de tamanho¹.

¹ O Brasil contava com 51.944.397 milhões de pessoas em 1950. No ano de 1980, o país já contava com 119.002.706 milhões de habitantes. Dados históricos do Censo. Disponível em:

Entretanto, importantes transformações ocorreram nos componentes demográficos: a estrutura etária foi impactada pelas quedas nas taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade levando ao início de um perfil mais envelhecido. Depois de algum tempo de estagnação; houve redução da razão de dependência² para 79,5%, sendo que a dos jovens caiu para quase 70%, e a de idoso aumentou para pouco mais de 6%, entre outros. Isso ocorreu em um contexto de transformações econômicas e políticas como a crise da dívida, redemocratização, ajustes neoliberais (OLIVEIRA, 2013; VASCONCELOS; GOMES, 2012)

Nas décadas que se sucederam, a estrutura etária continuou sua trajetória de aumento na proporção de idosos, com estreitamento da base da pirâmide³ devido à diminuição dos níveis de fecundidade e alargamento do topo da pirâmide etária em função da diminuição das taxas de mortalidade (se em 1960 a taxa de fecundidade era de 6,3%, no ano 2000 ela atinge a marca de 2,3%); aumento progressivo da esperança de vida ao nascer (em 1960, a expectativa de vida era média 51 anos. No ano de 2000 ela chegou a 70,4); ampliação do índice de envelhecimento (que passa de 7,5 em 1970 para 19,8 em 2000); continuação da desaceleração do crescimento demográfico e intensificação da urbanização⁴.

Nos últimos cinquenta anos, o Brasil sofreu mudanças em sua estrutura social que alteraram de forma marcante a pirâmide populacional (FERLA; LORENZI; HERÉDIA, 2007). Essa transformação na distribuição etária, com o aumento expressivo e rápido de idosos, alterou também o perfil das demandas para as políticas sociais. Em relação à área da saúde, esse processo representa a necessidade de reorganização dos serviços, visto que aumentam as doenças crônicas, o que significa cuidados mais longos e tratamentos mais custosos. A previdência também tende a ser cada vez mais pressionada diante dessas modificações, com o aumento das despesas governamentais relacionadas com aposentadorias e pensões.⁵ Diante de todos esses fatores, faz-se necessário traçar o perfil

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/1940_1996.shtm. Acesso em 01/12/2015.

² Razão de Dependência - peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade).

³ Pirâmide etária é um gráfico que permite analisar a distribuição da população por idade.

⁴ Censo Demográfico 1950/2000. De 1960 a 1991, ver Estatísticas do Século XX - IBGE 2007 no Anuário Estatístico do Brasil, 1994, vol. 54, 1994. Disponível em: http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=2&no=10. Acesso em 01/12/2015

⁵ Tais mudanças também afetam outras áreas das políticas públicas. No campo da educação, por exemplo, as demandas tendem a se modificar, pois o grupo composto por pessoas mais jovens tem um crescimento cada vez mais lento e baixo.

sócio demográfico desse grupo populacional, suas principais características e demandas para analisar que desafios se impõem para as políticas públicas.

Como se pôde perceber, o grupo populacional que mais aumenta é o de idosos. A taxa de crescimento desse segmento foi de um pouco mais de 3% no período de 2005 a 2015 e ela avança com o passar dos anos. A população com 60 anos ou mais passou de 14,2 milhões no ano de 2000 para 23,9 milhões no ano de 2015, devendo atingir 41,5 milhões, no ano de 2030, e 66,4 milhões no ano de 2050, ou seja, pouco mais de 30% da população terá mais de 60 anos. Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que em 10 anos teremos 11 milhões de idosos a mais na composição populacional brasileira.

A ampliação da população longeva como traço característico do Brasil também foi comprovada por estatísticas e pesquisas como as divulgadas pelo Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP – Idoso), que apresentou, em 2010, o índice de envelhecimento da população de 44, 8%, o que significa que nesse ano para cada 100 jovens havia quase 45 idosos.

Dados do IBGE (2009) afirmam que se em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais, em 2050, o quadro mudará e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. Além disso, o envelhecimento populacional brasileiro está ocorrendo num contexto de envelhecimento da própria população idosa, ou seja, de um crescimento mais acentuado da população com 80 anos ou mais. Segundo Camarano e Mello (2010) esse subgrupo populacional representava em 2010, 1,5% da população brasileira e no ano de 2040 estes idosos responderão por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de 13,7 milhões.

Esse grupo populacional também se caracteriza pela sua diversidade. Ele é composto em parte por longevos com autonomia, capazes de gerir sua vida nos diferentes aspectos (econômico, social, cognitivo) e de desempenhar papéis essenciais em suas famílias e no meio social onde vivem. Porém, para parte da população a chegada da terceira idade é acompanhada pelo aparecimento e/ou agravamento de doenças incapacitantes, gerando vulnerabilidades, principalmente entre longevos com idade acima de 90 anos. Portanto, essa heterogeneidade traz também demandas de políticas públicas diferenciadas.

Outro fator que caracteriza o envelhecimento brasileiro é o fato das mulheres constituírem a maior parte dos indivíduos que chegam à terceira idade. De acordo com dados informados pelo IBGE, se no ano 2000 a proporção de idosas era de 4,5%, em 2015 ele chegou a 6,5% e as projeções indicam um crescimento ainda maior em detrimento dos homens idosos que passou de 3,6% em 2010 para 5,1% no ano de 2015. De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004) , a proporção de mulheres idosas torna-se mais expressiva quanto mais a pessoa ficar idosa, fato esse explicado pela mortalidade maior entre homens com o passar dos anos. A feminização da velhice traz ainda mais desafios para as políticas sociais, visto que viver mais não é sinônimo de viver melhor. Desta forma, com o aumento da expectativa de vida, as mulheres acabam também acumulando desvantagens como discriminação, salários inferiores aos homens (que impactam nas aposentadorias ao saírem do mercado de trabalho); dupla jornada; solidão por conta da viuvez, violência, entre outros elementos. Além disso, de acordo com Almeida et al (2015, p. 116) “apresentaram maior probabilidade de serem mais pobres que os homens, dependendo assim de mais recursos externos” visto que uma parcela significativa das mulheres que hoje tem mais de 60 anos não teve trabalho remunerado durante a vida adulta ou ocupou postos de trabalho caracterizados por precariedades: do vínculo de trabalho, de remuneração, da proteção social e/ou das condições de trabalho propriamente ditas.

O cenário descrito demonstra que o Brasil cada vez mais se aproxima de um perfil envelhecido, dadas as características supracitadas. Contudo, o país ainda atravessa uma fase de evolução social denominada como “bônus demográfico” ou “janela de oportunidades (OLIVEIRA, 2013). Esse bônus significa que a população economicamente ativa (PEA) é ainda muito maior que a população dependente, o que deve ser aproveitado para promover os ajustes necessários para enfrentar a fase seguinte. O potencial desse período é enorme desde que se construam políticas de apoio, investimento social e sobretudo, na produtividade. É preciso investir nesse momento de ciclo virtuoso onde as capacidades e oportunidades podem crescer.

Desta forma, a nova situação demográfica brasileira traz repercussões para as políticas sociais, o que faz necessário que as diferentes áreas (re) construam suas ações tendo como base o crescimento vertiginoso de longevos e os desafios intersetoriais que esse processo traz consigo. Essa reorganização das diferentes áreas da sociedade deve ter em mente que lidar com o envelhecimento e seus aspectos, é tratar de curso da vida. Isto

é: as trajetórias de inclusão, exclusão, vulnerabilidades, inserção terão impacto quanto o indivíduo chegar a terceira idade. Deste modo, é preciso que esferas como a educação, saúde e mercado de trabalho, por exemplo, sejam reestruturadas no presente para que as futuras gerações de idosos tenham um envelhecimento com qualidade.

Em relação à saúde, é preciso destacar que juntamente com a transição etária ocorreu ainda uma modificação no perfil de mortalidade da população brasileira. Verificou-se a diminuição da prevalência e mortalidade por doenças infectocontagiosas como, por exemplo, malária, diarreia, tuberculose e o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas tais como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares (VERAS, 2009). Kalache (1987) também alertou para o caráter de cronicidade das doenças mais frequentes nos longevos, ou seja, o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão ou a ocorrência de um acidente vascular-cerebral em idosos pode significar a necessidade prolongada de cuidados em saúde não somente por dias ou semanas, mas anos. Vale ressaltar que no Brasil, esse aumento coexiste com a manutenção de alta incidência das doenças infecto-parasitárias e com a presença significativa de causas externas em decorrência da violência, o que faz com que o país tenha que dar conta de uma “carga tripla de doenças” (MENDES, 2010b)

A transição epidemiológica traz desafios não só para a saúde e bem-estar da pessoa idosa, mas também para os serviços de saúde, implicando num maior consumo (e conseqüentemente, custos) de internações e de tratamento, equipamentos e medicamentos mais dispendiosos. Nunes (2004, p. 427) corrobora esta análise em seu estudo ao afirmar que o aumento do número de idosos e o novo perfil epidemiológico de atenção à saúde refletem-se em “mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na conseqüente elevação dos custos de atenção médico-hospitalar”, embora os últimos também resultem muito de mudanças relacionadas às inovações e incorporação tecnológica.

Veras e Camargo (1995) ainda chamam a atenção para o duplo desafio posto pelo processo de envelhecimento brasileiro: necessidade de assegurar serviços de qualidade para os idosos e concomitantemente capacitar recursos humanos de excelência e conhecimento qualificado para lidar com esse grupo etário que cresce de forma acelerada no país. Mas os desafios não param por aí: o Brasil ainda deve dar conta da base da pirâmide etária, ou seja, dos jovens e crianças, sob a pena de se agravarem ainda mais as

situações ainda significativas de mortalidade infantil, evasão escolar, violência, entre outros problemas que atingem essa faixa etária.

Ainda no âmbito da saúde, o envelhecimento brasileiro ocorre em paralelo a transformações estruturais das famílias, o que impacta na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o aumento do contingente dessa população com perda de autonomia e independência acaba exigindo cuidados tradicionalmente prestados pela família. Conforme indicou Pasinato (2009) a maior parte dos cuidados domiciliares para com os entes familiares mais frágeis (crianças e idosos) tem sido provida informalmente pelas mulheres. Observam-se ainda, mudanças no modelo tradicional de família, devido ao aumento da taxa de divórcios, das famílias monoparentais e da permanência dos filhos no lar até idades próximas aos 30 anos (BATISTA et al., 2008).

É indispensável que se pense a proteção social atrelada à prevenção, pois o bem-estar e qualidade dos indivíduos que envelhecerão depende das atuais gerações de jovens. Conforme analisou Brito (2008, p. 11), a situação demográfica favorável pouco irá significar somente “se não for aproveitada com eficiência, quanto aos meios, e com objetivo social de ampliar, pela qualidade, a capacidade de mobilidade social da maioria da população [sobretudo] pobre, reduzindo, desse modo, as desigualdades sociais”. Além disso, é nesse momento que o sistema de seguridade social brasileiro precisa se reorganizar diante das altas taxas de dependência que caracterizarão a sociedade daqui a uns (poucos) anos.

Os desafios elencados demonstram a importância do fortalecimento, particularmente no Brasil, de um sistema de proteção social que possa assegurar à população que envelhece cada vez mais rápido uma melhoria na cobertura, na qualidade dos serviços e nas condições de vida. O Brasil conta com um Sistema de Seguridade Social (composto pelas áreas da Previdência, Saúde e Assistência), constituído a partir da Constituição de 1988, que em teoria se traduz num conjunto de garantias e direitos. É possível identificar avanços em relação às políticas sociais pregressas, em especial no que tange à incorporação e institucionalização da noção de direito universal e de responsabilidade estatal sobre o bem-estar dos indivíduos e da coletividade. Entretanto, o estabelecimento das políticas sociais através da Seguridade Social ainda sofre entraves que podem comprometer a consolidação do modelo constitucional, tais como “o privilégio a políticas centradas na pobreza, em prejuízo da universalização; a permanência de severas restrições aos gastos e os baixos efeitos simbólicos sobre os benefícios da

solidariedade social, decorrentes da baixa qualidade dos serviços prestados” (LOBATO, 2009, p. 725).

No que se refere especificamente a população idosa, a existência de um arcabouço institucional, legal, normativo e abrangente desde 1988 também significou mudanças importantes no que concerne à ampliação dos direitos dos idosos como a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003). Estas políticas – resultados de diversas mobilizações - representam uma tentativa do Estado brasileiro em conjunto com a sociedade para garantir os direitos sociais à pessoa idosa. Cabe ressaltar que diversas leis, programas, serviços públicos relevantes para os idosos têm sido ampliados nas esferas nacional, estadual e municipal (SILVA; YAZBEK, 2014). Entretanto, persistem muitas dificuldades e limites na proteção social aos que chegam aos 60 anos

O estudo teve como objetivo geral analisar as políticas de Seguridade Social no Brasil de 1988 até 2016, na perspectiva da proteção à população idosa. Já os objetivos específicos foram: descrever a trajetória da Seguridade Social brasileira entre 1988 e 2016 no que concerne à proteção social aos idosos; caracterizar as diretrizes e estratégias das políticas de Seguridade Social - Previdência, Assistência e Saúde - que influenciam a proteção social aos idosos; caracterizar a atuação do Estado, mercado e famílias na proteção social aos idosos e discutir os avanços, limites e desafios da proteção social aos idosos no Brasil.

O recorte temporal compreendeu o período de 1988 a 2016. O ano de 1988 marcou a aprovação da nova constituição brasileira que representou, pelo menos no plano legal, a consolidação, ampliação e institucionalização dos direitos fundamentais dos cidadãos, principalmente com a implantação da Seguridade Social, além de se configurar um marco histórico no estabelecimento de prerrogativas relacionadas ao bem-estar dos idosos. Diante disso, propôs-se investigar a trajetória das políticas de Seguridade após a sua institucionalização, tendo em vista a análise dos avanços e entraves no que concerne à adoção de estratégias de proteção à população idosa. A opção por encerrar a análise em maio de 2016 assegurou a consideração de um período suficientemente amplo (27 anos) para a compreensão da trajetória das políticas, seus elementos de continuidade e mudança, avanços e limitações. Além disso, nesse ano se acentua uma crise política que culmina no *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff – com afastamento temporário em maio e definitivo em agosto de 2016 – com assunção do poder por Michel Temer, o que mudou o cenário nacional e as perspectivas para as políticas sociais nos anos seguintes.

Em síntese, os argumentos que justificam o estudo são: o aumento da proporção de idosos na população em virtude de mudanças demográficas; a maior vulnerabilidade desse grupo populacional, que exige políticas de proteção social variadas e articuladas; as mudanças no marco constitucional legal da Seguridade Social brasileira a partir de 1988; a relativa escassez de pesquisas que procurem analisar as mudanças recentes na proteção social aos idosos no Brasil considerando as três áreas da Seguridade.

Desta forma, a pesquisa buscou contribuir para responder as seguintes questões norteadoras: de que forma as políticas da Seguridade Social estão enfrentando os desafios advindos do processo de envelhecimento da população brasileira? Quais seriam os avanços e limites das políticas de Seguridade Social no que se refere à proteção social aos idosos? Quais seriam os condicionantes das políticas de proteção social aos idosos? Como Estado, mercado e famílias estão organizados no que tange a garantia de bem-estar à população idosa no Brasil?

A tese está organizada em *seis* capítulos. O primeiro capítulo traz uma revisão da literatura sobre proteção social e idosos relativa aos *Welfare States* dos países avançados, uma vez que tais estudos são mais abundantes e podem trazer subsídios para a análise das implicações das políticas sociais para os idosos no Brasil.

O segundo capítulo, também baseado predominantemente em revisão bibliográfica, buscou explorar as características histórico-estruturais dos sistemas de proteção social da América Latina, entendendo que suas especificidades podem influenciar as políticas sociais para os idosos.

O terceiro capítulo apresenta o referencial analítico do estudo – que se baseou em contribuições das abordagens da economia política da proteção social e do institucionalismo histórico – e descreve as estratégias metodológicas utilizadas. A pesquisa empírica envolveu análise documental, de dados secundários e realização de entrevistas semiestruturadas com atores selecionados, cujos resultados são sistematizados nos três capítulos seguintes.

O quarto capítulo, baseado em extensa análise legislativa e documental, descreve a trajetória das três políticas que compõem a Seguridade Social (Previdência, Assistência e Saúde) a partir de 1988, nos diferentes momentos, a fim de caracterizar as mudanças e estratégias que influenciaram na conformação da proteção social aos idosos.

O quinto capítulo aborda a atuação do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) como instância de articulação intersetorial e entre Estado e sociedade civil

na formulação, implementação e acompanhamento das políticas para os idosos (sobretudo a Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso). A análise foi realizada a partir dos documentos e das atas das reuniões do CNDI, complementados por um pequeno número de entrevistas com atores selecionados que participaram do Conselho no período.

Por sua vez, o sexto capítulo tratou do panorama da proteção social aos idosos no Brasil a partir da apresentação dos dados secundários e informações selecionadas referentes às políticas desenvolvidas para os idosos nas três áreas da Seguridade Social, com destaque para as dimensões de cobertura e financiamento.

Desta forma, a tese visa contribuir para o conhecimento sobre o contexto e a configuração da proteção social aos idosos no Brasil no período pós-constitucional, bem como para a reflexão crítica acerca dos desafios a serem enfrentados no âmbito da Seguridade Social para assegurar políticas mais adequadas e igualitárias com vistas ao bem-estar desse grupo populacional.

Capítulo 1: Desafios para a proteção social dos idosos nos países avançados

O processo de transição demográfica – caracterizado pelos efeitos das mudanças na fecundidade, natalidade e mortalidade sobre crescimento populacional - tem proporcionado uma série de desafios em todo o mundo, uma vez que esse fenômeno tem como resultado uma alteração na estrutura etária, com o aumento da população com mais de 60 anos. Este panorama tem levado à necessidade de reorganização dos sistemas de proteção social, sobretudo nos países onde o número de idosos aumenta de forma progressiva.

Os países da Europa foram os que vivenciaram primeiramente essas transformações na dinâmica populacional. Yunes (1971) afirma que a transição demográfica se iniciou na Europa Ocidental ainda na metade do século XVII. Já Camarano (2004) atesta que esta começou a ocorrer aproximadamente no final do século XVIII e início do século XIX, impulsionada pela Revolução Industrial. Esta última fomentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças significativas na disponibilidade de alimentos, nas condições de moradia, em medidas de saneamento básico, no controle de doenças endêmicas, entre outros benefícios (ARAÚJO, 2012; YUNES, 1971). Alguns países beneficiaram-se desse desenvolvimento, com redução da mortalidade populacional.

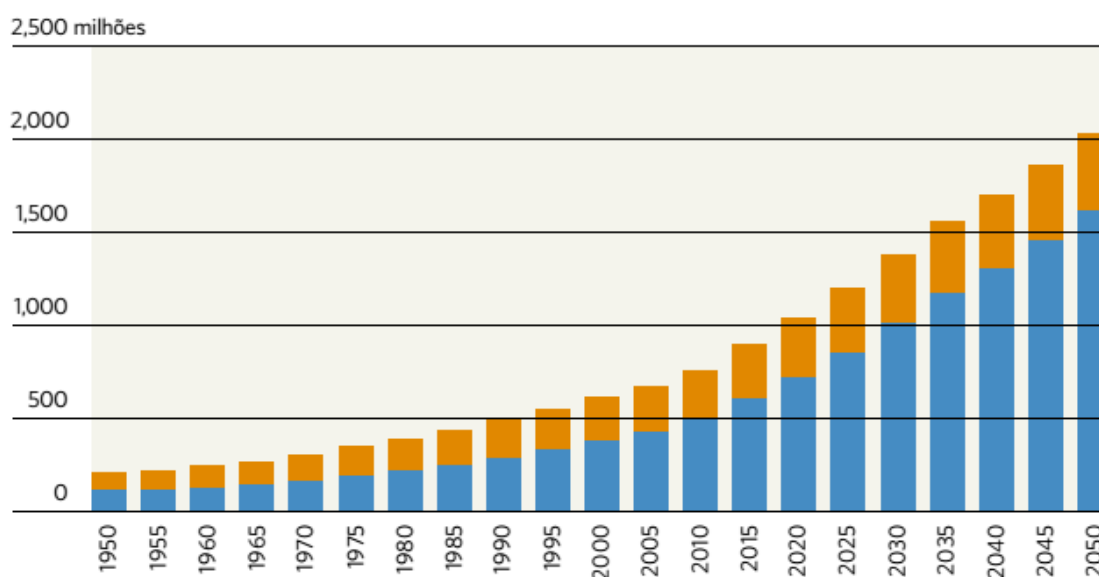
De forma geral, a experiência histórica dos países da Europa Ocidental mostrou que a mortalidade declinou primeiro, o que levou a um aumento da expectativa de vida ao nascer sendo seguida com certa defasagem, pela queda nas taxas de fecundidade. Como consequência desse descompasso, ocorreu um período de crescimento populacional intenso antes da queda da fecundidade (CAMARANO; PASINATO, 2007).

A redução na mortalidade foi impulsionada nos países avançados por diversos motivos, tais como: desenvolvimento econômico, sobretudo a partir do século XVIII, impulsionado pela industrialização, desenvolvimento comercial e agrícola; avanço da medicina e saúde pública; elaboração de legislação sanitária e o estabelecimento de agências de saúde estatais; melhoria do saneamento do meio ambiente, com o estabelecimento de órgãos públicos para remoção de dejetos; e progressos sociais, econômicos e médicos, principalmente a partir do século XIX (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; YUNES, 1971).

É importante salientar que para que as mudanças no comportamento da população e as subsequentes transformações no padrão etário transcorressem nos países avançados foi preciso mais de cem anos, o que significa que esta ocorreu de forma gradual e lenta. Como resultado, houve uma transformação no perfil epidemiológico caracterizado pela queda das doenças infecciosas e parasitárias e pela ascensão das doenças crônico-degenerativas e, particularmente, das doenças cardiovasculares e também um incremento significativo de pessoas com 60 anos ou mais na composição populacional desses países (ARAÚJO, 2012).

O processo de envelhecimento se deu de forma diferente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento a partir dos anos 50. No primeiro caso, o aumento do número absoluto de idosos ocorreu de forma crescente, mas contínuo e gradual. Por outro lado, houve um acréscimo expressivo e rápido de longevos nas nações em desenvolvimento, sobretudo a partir da década de 70.

Figura 1: População acima de 60 anos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento – 1950 a 2050



Fonte: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2012).

O fato do processo de transição demográfica (e seus desdobramentos como a modificação no perfil etário e epidemiológico) ter ocorrido paulatinamente e ao longo de pouco mais de um século fez com que as instituições sociais dos países avançados conseguissem construir políticas sociais que passaram a dar conta dos desafios advindos desse processo, sobretudo do aumento do número de idosos na composição populacional. Além disso, o crescimento gradual do número de idosos nos países mais desenvolvidos

foi acompanhado pela elevação nos padrões de vida, redução das desigualdades sociais e econômicas e implementação de políticas sociais e outras estratégias que pudessem compensar os efeitos de desigualdades existentes. Logo, quando as necessidades de uma sociedade cada vez mais envelhecida foram reconhecidas, estes países já tinham se desenvolvido econômica e socialmente (LEBRÃO, 2007).

Sabe-se que o aumento da proporção de idosos em relação ao conjunto da população acarreta uma série de consequências que afetam as diferentes esferas da organização econômica, política e social dos países, visto que suas demandas específicas adquirem maior dimensão e passam a exercer uma pressão maior sobre a sociedade em áreas como trabalho, saúde, lazer, provisão de renda, entre outras (Saad, 1990). Isso exige a construção de um sistema de proteção social que leve em conta os riscos inerentes à vida humana e a assistência às necessidades geradas em diferentes momentos e que possam levar a situações de dependência (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Cabe salientar que camadas bastante expressivas das nações capitalistas desenvolvidas contam desde o meado do século XX (período pós-guerra) com um tipo específico de intervenção do Estado na área social, baseada na provisão extensa de serviços sociais por parte do Estado (ARRETICHE, 1995; VIANA; LEVCOVITZ, 2005). Este fenômeno denominado de *Welfare State* (Estado de Bem-estar Social) é caracterizado por alguns autores como a forma criada pelo Estado para proteger os cidadãos de desigualdades e insegurança social sendo, portanto, um elemento estrutural das economias capitalistas contemporâneas (ARRETICHE, 1995; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; VIANNA, 2000).

As abordagens e variáveis contextuais que os diferentes autores adotam para explicar a origem e o desenvolvimento do *Welfare State* são variadas. Arretche (1995) identifica dois grupos de argumentos que dizem respeito à distinção entre os tipos de condicionantes que orientam os argumentos explicativos do *Welfare State*, quais sejam: econômicos ou políticos. O primeiro tipo, afirma que:

O fenômeno do *welfare state* seria um resultado ou subproduto necessário das profundas transformações desencadeadas a partir do século XIX, sejam elas o fenômeno da industrialização e modernização das sociedades ou o advento do modo de produção capitalista (Arretche, 1995, p. 7);

Portanto, o primeiro grupo de argumentos é de ordem predominantemente econômica. Por outro lado, existe uma outra linha explicativa e argumentativa de caráter

político, que associa as variações dos programas de proteção social a fatores relacionados “a luta de classes, a distintas estruturas de poder político, ou ainda a distintas estruturas estatais e institucionais” (ARRETCHE, 1995, p. 7).

Entretanto, o *Welfare State* tem sofrido diversas críticas e análises quanto a sua importância e efetividade diante do contexto das sociedades pós-industriais. Há uma ambiguidade de análises explicativas para a crise atual do sistema e seus consequentes desafios. Alguns autores têm atribuído os desafios a aspectos macrossociais e econômicos exógenos, como as mudanças econômicas e sociais, a globalização e o neoliberalismo (BENÍTEZ, 2009). Contudo, diversos analistas têm se debruçado sobre os desafios intrínsecos e endógenos ao próprio *Welfare State*, relacionados à evolução demográfica, à transição pós-industrial e seus efeitos sobre a produtividade econômica e do mercado de trabalho, mudanças estruturais nas famílias, entre outros (ESPING-ANDERSEN, 1994; SAINSBURY, 2001).

O contexto atual da economia dos países avançados tem provocado a necessidade de se repensar os compromissos que levaram ao desenvolvimento dos Estado de Bem-Estar, uma vez que as condições sociais e econômicas que moldaram esses Estados foram radicalmente transformadas, o que têm suscitado a emergência de novas intervenções. Sobre isso, Esping-Andersen e Palier (2009, p. 27) propôs uma redefinição das tarefas do *Welfare State*, ao afirmar que “as políticas sociais não podem continuar a se limitar a funcionar como dispositivos de indenização, mas que devem comportar consigo uma estratégia coletiva de investimento social”.

Autores como Esping-Andersen (2002; 2009), Hill (2006) e Artis (2013), entre outros, elencaram desafios como: a transformação socioeconômica de uma sociedade industrial para uma sociedade de serviços e informações; a necessidade de se repensar os contratos de gênero, haja visto o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a desregulamentação e flexibilização dos contratos de trabalho; a alteração demográfica caracterizada pelo envelhecimento da população (que impõe problemas aos sistemas de financiamento); a mudança no comportamento das famílias; a migração/imigração dos países em desenvolvimento, entre outros. Tais desafios têm levantado a questão de saber se e como o Estado de bem-estar social e suas instituições lidarão com essas questões emergentes, dada a premência de reconfigurar e legitimar as políticas sociais.

A questão da necessidade de observar como os *Welfare State* irão tratar estas novas pressões também foi desenvolvida por Lynch (2006). No entanto, a autora investigou como esse sistema aborda os riscos enfrentados por pessoas em diferentes fases do ciclo de vida e como o Estado trata diferentes grupos etários, visto que isso afetaria as decisões das pessoas sobre a participação no mercado de trabalho, organização familiar e estratégias de investimento e de poupança. Quando o *Welfare State* provê recursos às famílias com crianças, por exemplo, ele pode afetar as taxas de fertilidade, a participação feminina na força de trabalho, bem como a preparação profissional dos jovens adultos. Já a estrutura e extensão dos sistemas públicos de pensões e aposentadorias têm consequências para os custos do trabalho e os mercados financeiros, bem como as decisões relativas à inserção e saída do mercado de trabalho e constituição de sistemas públicos e privados. Em suma, Lynch (2006) baliza a discussão sobre a capacidade dos Estados de bem-estar para responder aos novos desafios a partir de uma característica que segundo ela, muito pouco tem recebido atenção na literatura: a “orientação etária” das políticas sociais.

Isto posto, apresentam-se a seguir alguns desafios que permeiam o *Welfare State* dos países avançados a partir de autores que abordam sua relação com o envelhecimento populacional. Destacam-se quatro questões principais: o contrato intergeracional, a relação entre dependentes e não dependentes; o contrato de gênero; e as implicações dos processos de migração para a composição populacional.

Repensando o contrato intergeracional

Durante muitos anos, o Estado de bem-estar social tem convivido com a ideia recorrente de uma “crise”. Há anos o *Welfare State* é acusado de não dar conta dos problemas sociais. No momento de seu desenvolvimento, no pós-guerra, economistas afirmaram que a rápida extensão do sistema iria afetar a economia. Resolvida essa questão, anos depois um cenário de crise era previsto para o *Welfare State*, uma vez que ele não estava dando conta dos problemas sociais, sobretudo a pobreza, que caracterizava a época. Mais uma vez os acontecimentos ultrapassaram a chamada crise e a pobreza conheceu um notável declínio, impulsionada principalmente pelo investimento nas reformas que permitiram rendimentos mais generosos para as pessoas idosas (ESPING-ANDERSEN; PALIER, 2009). Anos se passaram e hoje o Estado de bem-estar social é confrontado com mais um desafio: a alteração demográfica na composição populacional,

uma vez que algumas projeções sugerem que o sistema não dará conta das despesas sociais e das demandas que o processo de envelhecimento exige.

O contrato relacionado à aposentadoria no pós-guerra foi baseado na demografia favorável e no crescimento econômico robusto. O sistema de previdência preponderante era o *pay-as-you-go*, que funciona da seguinte forma: as pensões dos reformados/aposentados são pagas pelos ativos, não existindo a priori um mecanismo de poupança das contribuições que assegure o financiamento futuro dos benefícios. Este sistema se acomoda na solidariedade intergeracional e, por isso, necessita de uma forte intervenção do Estado, tendo em vista a necessidade de assegurar a redistribuição de rendimento. Como intuitivamente se compreende, para que esses esquemas de repartição sejam viáveis é necessária a existência de uma larga base de ativos em relação ao número de reformados/aposentados. Esta proporção deverá ainda manter-se estável ao longo do tempo, de forma a assegurar a sustentabilidade do sistema em médio e longo prazos.

Porém, o atual contexto demográfico e social parece afetar a manutenção dessas condições, levando a pressões por revisão das regras dos sistemas. Esse contexto se caracteriza por: aumento da esperança de vida, diminuição da taxa de natalidade, entrada tardia na vida ativa, diminuição da proporção de ativos contribuintes, aumento do número de reformados/aposentados aumento das aposentadorias antecipadas e prolongamento da duração das aposentadorias.

Em vez do sistema *pay as you go* preponderante, Esping-Andersen (2002) e Hill (2006) propõem avançar para um sistema de contribuição definida, onde o custo da aposentadoria pode ser proporcionalmente dividido entre aqueles que pagam e os que recebem benefícios. Tal solução é vista por ele como a mais fácil para os governos adotarem, dadas as pressões para minimizar o aumento dos impostos e a necessidade de adoção de medidas drásticas como cortes nas aposentadorias.

Outro problema que endossa a necessidade de reorganização dos sistemas de previdência são os altos custos referentes aos incentivos oficiais feitos há décadas atrás como uma medida para combater o desemprego e aumentar as oportunidades para os jovens.

Lynch (2006), em sua discussão sobre a orientação de idade nos Estados de bem-estar social, compara e analisa o alcance dos programas sociais para o bem-estar de diferentes faixas etárias da população em dois países, Itália e Holanda, e aponta seus efeitos negativos para sustentabilidade do sistema. A autora afirma que a Itália é

caracterizada pelos altos gastos agregados com pensão como porcentagem do gasto social total. Um dos motivos desses elevados gastos se dá por conta do grande número de aposentados abaixo de 65 anos. Do total de 42% de aposentados, cerca de 3 milhões estão abaixo dos 65 anos. Em contraste com a Holanda, onde a idade oficial para se aposentar é 65 anos para homens e mulheres, a idade de aposentadoria na Itália tem sido desde 1939 de 60 para homens e 55 para mulheres. Contudo, no início da década de 90, as pessoas mais velhas tanto na Itália quanto na Holanda foram encorajadas a se retirar mais cedo do mercado de trabalho através de uma variedade de incentivos como aposentadoria precoce, subsídios de desemprego prolongado e pensões de invalidez. Portanto, muitos trabalhadores com idade entre 55 e 65 anos se retiraram do mercado de trabalho, mas recebendo benefícios diferentes das aposentadorias nos dois países. Mesmo tendo em vista um substancial número de aposentadorias precoces na Holanda, a média de idade para aposentadoria é muito menor na Itália do que na Holanda.

A autora destaca que, na Itália, onde a estrutura dos programas de bem-estar está baseada na ocupação⁶ e o modo de competição política se caracteriza pelo particularismo⁷, a influência de sindicatos pela manutenção do direito de se aposentar com benefícios completos após 15 ou 20 anos de trabalho fez com fosse deixada de lado a luta para que se mantivesse um teto e um tempo de serviço mínimo para que o trabalhador se aposentasse com todos os benefícios. Nota-se, portanto, que a influência de categorias profissionais teve papel fundamental no que tange à idade de aposentadoria. Além disso, a opinião pública também representa um papel importante na manutenção da baixa idade para aposentadoria, posto que segundo a autora, em uma pesquisa nacional realizada em 1994, 71% dos italianos se opuseram ao aumento da idade para aposentadoria. Como observou Lynch (2006), questões como o aumento da idade para aposentadoria são pouco prováveis de serem aprovadas pelos legisladores, porque os grupos que seriam afetados são numerosos e atravessam as linhas partidárias. Assim, a

⁶ Em regimes baseados na ocupação, a elegibilidade para benefícios varia de acordo com a ligação da pessoa com o mercado de trabalho. As pessoas que nunca tiveram emprego formal (e seus familiares) são muitas vezes inelegíveis para benefícios baseados no trabalho. Além disso, os empregados, ou anteriormente empregados, recebem benefícios que podem variar em forma ou tamanho, dependendo do setor de trabalho, tipo de trabalho realizado, o tamanho da empresa, ou outras variáveis (Lynch, 2006)

⁷ A competição política particularista ocorre quando os políticos oferecem benefícios diretos para grupos distintos de eleitores, a fim de "comprar" seus votos. Um político que opera neste ambiente pode oferecer, por exemplo, para eliminar a regulação problemática de um determinado setor da indústria, ou a introdução de uma redução de impostos para um subgrupo específico da população na expectativa de que os beneficiários das políticas propostas recompensariam o político com os seus votos (Lynch, 2006).

pressão política do numeroso eleitorado tem dificultado o aumento da idade efetiva para aposentadoria na Itália.

Myles (2002) também desenvolveu análises acerca dos problemas que a aposentadoria precoce tem trazido para as economias dos países avançados. Segundo o autor, em muitos países, as condições do mercado de trabalho na década de 1970 levaram à visão de que a saída do mercado de trabalho precoce por parte dos trabalhadores mais velhos seria uma alternativa social e economicamente viável para o elevado desemprego entre os trabalhadores mais jovens. O resultado, como Myles, (2002) destaca, foi que tanto os empregadores e os trabalhadores começaram a ver 55 anos como uma idade "normal" para a aposentadoria definitiva.

Para o autor, a velocidade com que essas mudanças se tornaram institucionalizadas foi significativa. Ao invés de serem vistas como uma medida paliativa temporária (por exemplo, para responder a crises cíclicas da economia), a introdução rápida de opções para saída precoce se estabeleceu como uma mudança estrutural de ambas as partes do contrato de trabalho. Para muitos, “a frase popularizada por uma grande empresa canadense para o mercado de serviços financeiros para os trabalhadores mais velhos – ‘55 Freedom’ - se tornou o novo padrão para a realização de sucesso” do curso da vida econômica” (MYLES, 2002, p.178).

Outro autor que analisou as tendências mais recentes do processo de reforma de pensões e aposentadorias foi Aysan (2009). Ele analisou as reformas dos países da OECD a partir da perspectiva do envelhecimento populacional e do “*path dependence*”, ambos associados com a tipologia de regimes de bem-estar social (liberal, social democrata e conservador) de Esping-Andersen (1991)⁸ que adota como categoria chave a desmercantilização⁹. De acordo com o Aysan (2009), apesar das mudanças demográficas

⁸ Esping- Andersen (1991) identifica três tipos de regimes de Estado de bem estar social: o regime social democrata, que se caracteriza pelo forte peso do Estado, alto grau de desmercadorização e direitos sociais de cidadania universais; o modelo conservador, onde os direitos sociais estão atrelados à inserção profissional e há grande ênfase no papel da família na proteção social; e por fim o regime liberal que é marcado pelo forte peso dos mercados, benefícios dirigidos a focos de pobreza ou grupos vulneráveis e baixa desmercadorização.

⁹ De acordo com Esping-Andersen (1990, p. 8) “a medida que os mercados se tornaram hegemônicos, o bem-estar de um indivíduo passou a depender inteiramente da lógica do dinheiro, e manter uma vida sem depender do mercado tornou-se quase impossível. Esse processo é chamado de mercantilização do indivíduo” (*Tradução própria*). Por sua vez, o processo de ‘desmercantilização’ seria o grau em que os direitos obtidos permitem às pessoas que os seus padrões de vida sejam independentes das forças de mercado.

trazerem pressões semelhantes para os países avançados, os diferentes tipos de regimes os quais os países estão atrelados, acabam determinando um diferencial de responsabilidade por parte do Estado, mercado e famílias no que tange a provisão de bem-estar às pessoas mais velhas e também às reformas da previdência adotadas. Desta forma, o autor pretende determinar em que medida a reforma das pensões segue uma dependência de trajetória (*path dependence*) que está associado a regimes de bem-estar, ou seja, "em que medida os vários tipos de estados de bem-estar têm se ajustado aos novos desafios com base nos arranjos institucionais passados" (AYSAN, 2009, p. 3)¹⁰.

Para tal, o autor se baseia numa conceituação elaborada por Pierson (2001) em que este demonstra o processo de reestruturação do Estado de bem-estar baseados em três dimensões que seriam úteis para a avaliação das transformações do Estado de bem-estar social e das reformas previdenciárias recentes : re-mercantilização, contenção de custos e recalibração.

A re-mercantilização seria, de acordo com Pierson (2001) o esforço para reverter a dependência ao Estado por meio do aumento da rigidez para elegibilidade dos benefícios ou o corte dos mesmos. Portanto, ela significaria a desconstrução de aspectos essenciais do *Welfare State* no que se refere à proteção do indivíduo das pressões do mercado. A contenção de custos responderia a pressões sobre os orçamentos governamentais e visaria a reformas associadas com as despesas do governo (PIERSON 2001). Diferente da re-mercantilização, estas iniciativas políticas se concentram na redução do déficit e de contenção de custos para manter o sistema existente. Ela é adotada sobretudo por Estados de bem-estar que veem a restrição orçamental como forma de dar conta de políticas de pensões consideradas onerosas. Já a recalibração significaria a adoção de reformas sociais, através da remoção de regulamentos/ normas consideradas ineficientes. A *recalibração* visaria, portanto, tornar os Estados de bem-estar social mais consistentes com os objetivos e demandas contemporâneas para provisão social, por exemplo, se atualizar para novos problemas, ou racionalizar para eliminar os desincentivos (ANDERSEN, 2007; PIERSON, 2001).

A partir disso, o autor investiga as características das reformas previdenciárias através de regimes de bem-estar adotados pelos países. O primeiro regime analisado é o

¹⁰ Tradução própria

liberal. Esse modelo é construído com base no assistencialismo, na focalização e a ação do Estado é residual visto que este último somente intervém

“Quando o mercado impõe demasiadas penas a determinados segmentos sociais e onde os canais “naturais” de satisfação das necessidades – o esforço individual, a família, o mercado, as redes comunitárias – mostram-se insuficientes” (VIANNA, 1991, p. 137).

Comparado com outros modelos, os salários médios são mais baixos em comparação com outros regimes de *Welfare State*.

No regime liberal, as reformas das pensões têm se concentrado na contenção de custos e na re-mercantilização, seguindo os aspectos centrais da estrutura institucional deste regime (PIERSON, 2001). Grande parte dos países deste grupo têm cortado as transferências sociais, nas duas últimas décadas. Assim, as reformas têm enfatizado a orientação do sistema público de previdência para os necessitados e medidas que aumentem a cobertura das pensões privadas via incentivos fiscais. Soma-se isso ao fato de que esses países também aumentaram a idade para aposentadoria. Enquanto a idade para aposentadoria completa aumentou de 65 para 67 nos Estados Unidos, ela se elevou de 60 para 65 na Nova Zelândia, por exemplo.

Seguindo esta perspectiva, o aumento dos custos de saúde para uma sociedade cada vez mais envelhecida e a qualidade dos cuidados tornaram-se dilemas importantes em países liberais como o Canadá, Estados Unidos e Reino Unido. Algumas medidas têm sido adotadas como o reforço da elegibilidade como forma de adquirir as pensões, redução dos benefícios, elevação das taxas de contribuição para as pensões públicas. Por isso, pode-se concluir que no regime liberal predomina a *re-mercantilização*, uma vez que tem havido um aumento da dependência do indivíduo ao mercado, ao passo que a *contenção de custos* pode ser considerada outra dimensão significativa.

O segundo modelo analisado por Aysan (2009) foi o modelo social democrata. Neste modelo, os benefícios são fundamentados no princípio da justiça social, o que significa que eles devem ser estendidos de forma universal. Assim, os “benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos que deles necessitem” (FLEURY; OUVENEY, 2008, p. 35). Devido, em parte, ao desenvolvimento de arranjos institucionais favoráveis à família, esses países têm maior fertilidade do que outros países europeus, e, assim, o envelhecimento é um pouco menor do que nos outros países. O total de pessoas inseridas no mercado de trabalho é alto, assim como a idade para aposentadoria, parte em função dos programas ativos de incentivo ao trabalho. Muito

por conta desse último, a idade oficial para aposentadoria também é relativamente alta. Também nesse modelo, os trabalhadores dependem menos do mercado como um meio de segurança social, haja visto que isto é conseguido através de políticas de bem-estar universal e integral à qual todas as classes sociais estão obrigadas a contribuir. O custo de manutenção de um sistema social universalista é atendido por meio da receita de trabalhadores registrados e impostos gerais.

Esses países têm sido relativamente bem-sucedidos na restauração de seu equilíbrio fiscal. Contudo, tendem a enfrentar dificuldades em longo prazo para conciliar a necessidade de conter os custos juntamente com a manutenção do apoio a um Estado de bem-estar forte, uma vez que esse tipo de *Welfare State* depende de um bom desempenho econômico e fidelidade de todas as camadas da sociedade. Portanto, mesmo que se argumente que os países escandinavos estão se tornando a "vanguarda em matéria de liberalização" (Aysan, 2009), as reformas das pensões neste regime tendem a adotar mais a *contenção de custos*, com *recalibração* relativamente moderada e pouca *re-mercantilização* (ESPING-ANDERSEN, 1990; PIERSON 2001; AYSAN, 2009).

O terceiro regime é o conservador. Nesse modelo, a garantia de direitos é condicionada à inserção dos indivíduos no mercado de trabalho, onde os benefícios são, de forma geral, "proporcionais à contribuição efetuada, não guardando relação imediata com as necessidades do beneficiário" (TEIXEIRA, 1985, p. 402). O sistema de seguro social, por exemplo, é diferenciado por grupos ocupacionais e por isso até os seguros-desemprego variam de acordo com a ocupação anterior do destinatário. Além disso, o papel de Estado nesse regime é subsidiário à família. Por conta disso, diz-se que este regime tende a ser paternalista, hierárquico e com viés de gênero (AYSAN, 2009).

Alguns países com esse modelo optaram pela adoção de medidas de incentivo à aposentadoria precoce a fim de dar conta do desemprego de jovens nas décadas de 70 e 80. Na Alemanha, por exemplo, com a introdução da opção de aposentadoria antecipada, em 1973, a idade média de aposentadoria caiu de 62,2 anos em 1973 para 58,4 anos em 1981 (AYSAN, 2009). Atualmente, existe uma tendência de aumento da idade para se aposentar. Contudo, ainda são poucas as regulamentações que dizem respeito à idade para a aposentadoria em relação a outros países, sobretudo os integrantes do modelo social democrata.

Portanto, o principal objetivo das reformas das pensões neste grupo é a contenção de custos e a adoção de uma série de ajustes dos regulamentos (recalibração) a fim de

diminuir a dependência em relação aos impostos sobre os salários, garantir a expansão do emprego e facilitar os esforços das mulheres para combinar o trabalho remunerado com responsabilidades familiares. Entretanto, faz-se necessário enfatizar que essas mudanças têm enfrentado muita oposição, uma vez que os programas de seguros sociais criaram fortes interesses de classe. Por conta disso, o corte de benefícios ou enrijecimento dos critérios para elegibilidade para determinados benefícios e serviços podem gerar forte oposição social, sobretudo por conta dos grandes blocos de eleitores que seriam afetados por essas mudanças (PIERSON, 2001).

Pierson (2001) concluiu que as abordagens relacionadas ao envelhecimento populacional e às reformas das pensões estão diretamente relacionadas com a dinâmica de cada país e sobretudo com sua estrutura institucional. Conforme observou Esping-Andersen (1991), Estado, família e mercado têm papéis diferentes no que tange à distribuição de bem-estar. No modelo liberal, há uma tendência privatizante, onde se fortalece o papel do mercado na provisão do bem-estar e no caráter das reformas. Por outro lado, o Estado continua a ser o condutor determinante no grupo social democrata. Já no modelo conservador, a família (especialmente no sul da Europa) e o Estado ainda desempenham papéis decisivos no cuidado ao idoso. Entretanto, Pierson (2001) avalia que é possível notar semelhanças entre as agendas dos regimes como as tentativas de postergar a aposentadoria e o aumento da dependência a planos privados como forma de garantir a sustentabilidade.

Desta forma, pode-se dizer que, apesar do desafio neoliberal que se aproxima dos Estados de bem-estar, as reformas das pensões têm sido influenciadas por caminhos diferenciados por conta de seus regimes de bem-estar. Conclui-se, portanto, que não existe um caminho único para as reformas, e que os Estados de bem-estar social têm sido influenciados pelas histórias prévias e características históricas dos sistemas.

Entretanto, é importante salientar que não somente as trajetórias determinam o Welfare State a ser seguido. De acordo com Mahoney e Thelen (2009) os processos de mudança institucional também são conduzidos de formas diferentes por atores institucionais. Para esses autores, múltiplos atores têm interesse numa política pública, mas há desigual distribuição de poder. Contudo, estes têm visões distintas sobre as instituições e passam a lutar pela distribuição dos recursos (através de coalizões) a fim de que suas preferências e interesses sejam contemplados.

Hill (2006) sugere a necessidade de se rediscutir as bases nas quais se analisa a proporção entre dependentes e não dependentes. Para o autor, alguns dos grupos de pessoas com idades entre 15 e 64 anos (população economicamente ativa) são compostos por jovens que ainda estudam, mães que não estão no mercado de trabalho por ter que cuidar de seus filhos (de novo é necessário pensar em leis que harmonizem maternidade e trabalho) e pessoas que se aposentaram precocemente. Assim, ele enfatiza que o grupo de pessoas capaz de mudar seu status de economicamente inativo para ativo é substancial.

Muitos enxergam a dependência como sendo baseada na transferência de recursos dos rendimentos dos assalariados para não-assalariados. Entretanto, qualquer relação de dependência pode ter outras formas que não necessariamente a transferência monetária, mas sim a de serviços.

Existe uma dificuldade no pensamento da economia convencional que considera somente transações monetizadas. O PIB, um índice de prosperidade da nação que é usualmente utilizado, é definido como o total de valores de bens e serviços produzidos no interior daquela nação no curso de um período definido (geralmente um ano). Ele não computa a atividade produtiva não monetária e as transações. Por isso, subregistra as atividades econômicas e produtivas no interior da família. No entanto, é preciso salientar que muitas pessoas supostamente "dependentes" ou "não-produtivas" fazem contribuições substanciais para o bem-estar (e certamente para a "riqueza") da nação por meio de atividades de cuidados (para crianças ou outras pessoas idosas) e de voluntariado.

Ao abordar a relação entre dependentes e não dependentes, Hill (2006) traz para a discussão as abordagens alternativas para a “desmercantilização” dentro do *Welfare State*. Se o Estado assumir o papel de provedor de políticas de apoio às famílias, então o cuidado poderá ser visto como um direito, promovendo assim a emancipação dos indivíduos em relação ao mercado. Por outro lado, surge a necessidade de uma mercantilização de uma atividade não reconhecida ou valorizada adequadamente pela sociedade, que seria a de cuidador. Se o cuidado for uma questão a ser deixada ao mercado, então a questão-chave para a criação de emprego pode ser colocar aqueles que necessitam de serviços de apoio e assistência em melhor posição para serem capazes de adquiri-los. Mas se o problema for visto como algo que deva ser deixado para as famílias, a questão da participação no mercado de trabalho como forma de equilibrar a relação dependentes/ independentes deverá ser reavaliada. Isso porque as famílias, sobretudo as mulheres, terão cada vez mais

dificuldade de se inserir no mundo do trabalho, apesar de promover algum grau de desmercantilização, visto que o mercado assume um papel marginal.

Revisão do contrato social de gênero e idade

De acordo com Esping-Andersen (2009) a alteração do lugar das mulheres na sociedade é um fenômeno de raízes profundas e de caráter permanente. Enquanto em anos anteriores a ocupação das mulheres era, na maioria das vezes, atrelada as atividades do lar, em anos recentes é possível perceber que elas têm optado pela autonomia financeira, com inserção maciça no mercado de trabalho.

Essas modificações na trajetória das mulheres fazem com que se torne imperioso o desenvolvimento de políticas equitativas de gênero, uma vez que se a sociedade não for capaz de harmonizar a maternidade com o emprego, renunciar-se-á a uma das ferramentas mais eficazes contra a pobreza infantil: o emprego das mães. Esta desigualdade pode levar ainda a um outro desdobramento que poderá afetar as gerações futuras: ao não harmonizar maternidade com emprego, as mulheres podem optar por não ter filhos ou postergar isso, o que pode levar à escassez da força de trabalho. Soma-se a esse panorama o fato de que se as mulheres optarem por não entrar no mercado de trabalho para poder cuidar de seus filhos, pode-se estar desperdiçando capital humano, uma vez que a mulher tende a ser mais educada que os homens (ESPING-ANDERSEN, 2002).

Gornick e Jacobs (1998) também encontraram uma associação positiva e forte entre o desenvolvimento de políticas direcionadas às famílias e as taxas de participação de trabalho feminino, reafirmando a argumento de que tais intervenções estatais tendem a facilitar as mulheres, especialmente as mães. Eles afirmam que os países escandinavos, por exemplo, que representam o regime do bem-estar socialdemocrata, os altos níveis de emprego das mulheres são justificados por generosas políticas às famílias sob a forma de benefícios universais para as mães que trabalham. Estas características estão em contraste com os outros regimes de bem-estar (ou seja, economias liberais ou de mercado e o regime de bem-estar conservador), em que as políticas às famílias têm sido menos desenvolvidas e as taxas de participação das mulheres na força de trabalho são geralmente mais baixas. A redução do papel do Estado como provedor de serviços às famílias nos últimos regimes acaba delegando às próprias mulheres e ao mercado o papel de apoio ((ESPING-ANDERSEN, 1991; MANDEL; SEMYONOV, 2006).

É preciso ainda salientar que o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e a conseqüente necessidade de desenvolvimento de políticas que as apoiem no que

tange ao cuidado a seus entes dependentes afeta muito os idosos. Sabe-se que a maior parte dos cuidados domiciliares para essa população também tem sido provida informalmente pelas mulheres. A redução do número de mulheres disponíveis para ofertar os cuidados necessários e o aumento do número de idosos que precisam de cuidados prolongados têm contribuído para que este modelo de solidariedade familiar entre em crise (BATISTA et al., 2008)

O envelhecimento ocorre em paralelo a transformações estruturais das famílias, o que impacta no bem-estar dos idosos uma vez que o aumento do contingente dessa população com perda de autonomia e independência acaba exigindo cuidados tradicionalmente prestados pela família. Pasinato (2009, p. 49) indicou que:

“O envelhecimento populacional tem afetado principalmente a dinâmica familiar, uma vez que as mulheres têm sido capturadas por uma ‘armadilha’ de prestação de cuidados mais intensivos e subsequentes; assim que as mulheres ‘terminam’ de cuidar de seus filhos dependentes passam a ser pressionadas para cuidarem de seus pais com idades avançadas. Para algumas mulheres, inclusive, esse período se sobrepõe, haja vista a postergação da idade em que as mesmas iniciam seu período reprodutivo.”

Muitos são os estudos que corroboram essa realidade, demonstrando o desafio que é para as mulheres, sobretudo, participar ativamente do mercado de trabalho, ser independente financeiramente, construir carreiras, e por outro lado dar conta do papel que lhe é tradicionalmente atribuído: o de principal cuidadora. Com isso, as atividades de cuidado têm sido cada vez mais consideradas como um papel concorrente à tentativa de progresso e emancipação feminina.

Em estudo recente, Gautun e Hagen (2010) apontam que mesmo em lugares como a Noruega e outros países escandinavos, caracterizados por serem avançados no que concerne ao desenvolvimento de serviços e ações de cuidado ao idoso, homens e principalmente mulheres encontram dificuldades para conciliar a vida profissional com a familiar. Para os autores, isso se dá por conta da ainda insuficiência de serviços de assistência domiciliar e serviços de enfermagem domiciliares que possam dar conta do número crescente de pessoas idosas. Além disso, há um déficit de pessoal treinado e especializado no atendimento às pessoas demandantes de cuidado, sobretudo idosos, o que tem causado bastante preocupação às autoridades.

Esse cenário marcado pela necessidade de expansão de serviços referentes ao cuidado aos mais velhos tem impactado na participação das mulheres no mercado de trabalho. Ainda

de acordo com Gautun e Hagen (2010), em pesquisa realizada na Noruega, alguns filhos, em sua maioria do sexo feminino, têm sido obrigados a parar de trabalhar pois as suas atividades laborais não podem ser combinadas com a assistência prestada aos pais. Outros admitiram (também em sua maioria as mulheres) que as obrigações do cuidado aos pais têm impactado negativamente na saúde dos próprios.

Cabe ressaltar, contudo, que o universo de pessoas que relataram que o cuidado aos pais dependentes influencia na sua vida profissional era pequeno, o que pode ser explicado pela estrutura de proteção social do país, visto que os serviços públicos têm assumido a maioria das tarefas mais exaustivas e pesadas no que concerne ao cuidado, atividades para as quais as mulheres são tidas tradicionalmente como responsáveis. Há ainda um grande número de casas de repouso para aqueles que exigem intenso cuidado de saúde. Além disso, desde o início da década de 1990 tem havido um forte compromisso e expansão dos serviços de assistência domiciliar para os idosos que vivem em lares (GAUTUN E HAGEN, 2010). Mas mesmo contando com um sistema bem desenvolvido de atenção ao idoso na Noruega, as tarefas referentes aos cuidados entram em conflito com o trabalho, o que gera efeitos na vida laboral como presença irregular ou ausência no trabalho, problemas de concentração, impedimentos à participação em atividades sociais ou de promoção de carreira. Além disso, três em cada dez entrevistados afirmaram que usam parte de suas férias, que poderia ter sido usada para descanso e lazer, para ajudar seus pais.

Outros autores corroboram a ideia de que é preciso repensar o contrato de gênero com base na desconstrução da imagem de que a mulher é a única e “natural” responsável pelo cuidado da família. Drew et al (1998), por exemplo, afirmam que a queda na taxa de fertilidade não promoveu uma equidade de gênero na família ou no mercado de trabalho. Humphries and Rubery (1995, p. 22 apud DREW; EMEREK; MAHON, 1998, p. 28) argumentam que:

“ Os homens e as mulheres nunca poderão competir em igualdade de condições no mercado de trabalho, desde que as mulheres continuem a assumir a maior parte das responsabilidades no que se refere à assistência às crianças, tarefas domésticas e outros cuidados ligados à família”¹¹

Os autores afirmam que um regime onde essa não associação direta entre declínio da fertilidade a equidade de oportunidade de trabalho entre homens e mulheres

¹¹ Tradução própria

aconteceria seria o baseado na família, o ‘familismo’. Esses regimes pressupõem que a mulher/esposa seja a responsável pelo cuidado doméstico, das crianças e também de outros membros da família. A divisão sexual do trabalho é bem marcada visto que a mulher cuida do lar e de tudo que a ele se relaciona, e ao homem cabe o papel de provedor financeiro. O Estado por sua vez, só intervém de forma subsidiária (DREW ET AL, 1998).

Para os autores, esse modelo, exemplificado pela Irlanda e Grécia onde a mulher cuidadora e provedora do lar é tida como fundamental à família, é visto pelos autores como um dos grandes impeditivos à igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho.

A análise reforça que os modelos de proteção o qual os países estão inseridos influenciam as políticas. Países com *Welfare State* mais redistributivo, tendem a ter políticas mais equânimes e amplas, que permitem que as mulheres possam construir suas carreiras e não somente ter que cuidar dos dependentes. Países assim têm adotado e desenvolvido ações que possam dar conta das demandas da população idosa, tirando o peso do cuidado para as famílias e redistribuindo entre a sociedade e o Estado. Mesmo que os serviços ainda não cubram a totalidade dos longevos demandantes de apoio, há a preocupação no fortalecimento de ações que permitem que os idosos possam envelhecer bem e que as famílias, sobretudo as mulheres, possam atuar no mercado de trabalho. Por outro lado, num sistema de proteção onde o cuidado não seja visto como um direito, há uma dificuldade de que as mulheres participem do mundo do trabalho. Ao fomentar políticas de apoio às famílias, as mulheres podem ter maior participação no mercado de trabalho, aumentar sua independência econômica, além de ter a possibilidade de reforçar seu poder dentro da família e da sociedade em geral.

De forma geral, Mandel e Semyonov (2006) avaliam que as ações do Estado ainda são insuficientes, haja visto que nenhuma delas ainda desafia de forma definitiva a distribuição tradicional de responsabilidades familiares entre homens e mulheres. Pelo contrário, ao ajustar as demandas de emprego com os deveres do lar das mulheres, ou ao desenvolver ações que permitam as mães trabalhar em horários reduzidos ou sob folgas prolongadas, o Estado acaba preservando os papéis dominantes das mulheres como esposas e mães.

É preciso, portanto, como sugerem alguns pesquisadores (LEWIS, 2002), que a tarefa do cuidado seja “desfamiliarizada” (ESPING – ANDERSEN 1991) e deslocada

para os setores do Estado ou do mercado (em menor escala), facilitando assim a vida laboral das mulheres e a criação de um modelo de família baseada no trabalhador adulto, de forma geral. Se não houver redistribuição de deveres, permanecerão limitações ao progresso das mulheres e à sua capacidade de competir de forma plena com os homens por posições ocupacionais qualificadas.

Mudanças populacionais afetadas pela migração/imigração

Hill (2006), ao tentar compreender os impactos e desafios do envelhecimento populacional em países avançados, apontou a necessidade de readequação dos *Welfare States* em face dos fluxos migratórios.

Tipicamente, a migração envolve adultos jovens e/ ou crianças perto da idade produtiva. Assim, altas taxas de emigração aumentam a proporção de idosos em relação a dos jovens e elevadas taxas de imigração operam em direção inversa. Hill (2006) observa que se uma população significativa se deslocar do Leste para o oeste europeu nos próximos anos, isso aumentará o envelhecimento do primeiro grupo de países e diminuirá o do segundo. Outro elemento que o destaca é o fluxo substancial de migração dos países não pertencentes a OCDE para os pertencentes. Além disso, pode haver crescimento de uma forma menos típica da migração que não tem sido vista num passado mais recente, denominado de *migração de pessoas idosas*. Se a Espanha e a Grécia, por exemplo, continuarem a atrair os aposentados do norte da Europa, isso afetará as previsões do número de pessoas idosas nos países de origem e de destino dos migrantes.

A relação entre os impactos da imigração no Estado de Bem-Estar de forma geral foi explorada usando como base a tipologia dos três regimes de *Welfare State* de Esping-Andersen (1991). Para Paraschivescu (2013), o tipo de regime de bem-estar tem influência para os migrantes. Ou seja, se um país se caracteriza pela extensão dos direitos sociais e capacidade de gerar processos de ‘desmercantilização’, há uma propensão maior de integração, uma vez que nesses países o apoio público para o *Welfare State* ainda é significativo. Porém, em regimes de bem-estar corporativista-conservador e liberal-residual, onde os níveis de desmercantilização são médios e baixos respectivamente, essa inclusão não ocorre da mesma forma.

Um exemplo de país que tem adotado medidas de “proteção” ao Estado de Bem-Estar Social é a Dinamarca. Mesmo sendo reconhecida como um país com regime social democrata e, portanto, inclusivo, ele estabeleceu limites à imigração e também várias medidas que têm sido aplicadas de forma diferenciada para estrangeiros e nativos. Em

relação às pensões por exemplo, os imigrantes só passam a ter direito a receber a pensão completa se viverem na Dinamarca durante 40 anos, entre 15 e 65 anos de idade. Caso contrário, eles têm direito a benefícios com base nos anos em que estiveram no país (PARASCHIVESCU, 2013).

O cenário apresentado sugere que o fato dos países avançados terem vivenciado mudanças graduais na estrutura etária e terem expandido a intervenção pública diante de determinados riscos sociais possibilitou melhorias no padrão de vida da população e por políticas sociais mais redistributivas, com diferenças entre os países.

Entretanto, estas nações têm se deparado com a necessidade de enfrentamento de novos riscos e desafios impulsionados, entre outras coisas, pela “revolução tecnológica e a economia do conhecimento e seus efeitos de desestabilização do mercado de trabalho, a transformação demográfica e a transformação da vida familiar” (KERSTENETZKY; KERSTENETZKY, 2015, p. 7), deixando clara a necessidade de mudanças estruturais na economia e na sociedade. Ainda assim, é possível afirmar que esses países têm sido bem-sucedidos em responder às questões sociais, principalmente as que se referem ao processo de envelhecimento, apesar da emergência em se ampliar e ou/ou redefinir as ações, serviços e benefícios vigentes ante as transformações em curso.

Isto posto, a construção de um sistema de proteção social, principalmente a partir dos anos de 1950 e 1960 com o desenvolvimento do *Welfare State*, possibilitou a concessão de direitos e o enfrentamento de problemas sociais, ampliando a cobertura de programas e erigindo a proteção com base na ideia de cidadania, com relativa desmercantilização da força de trabalho através da garantia de benefícios sociais.

A forma como o sistema de proteção social foi construído e implementado pode trazer lições para os países em desenvolvimento, como os da região da América Latina, e mais especificamente o Brasil. Para tal, é necessário identificar e analisar os desafios que essas nações encontraram e como elas lidaram (e ainda estão lidando) com essas questões, principalmente às relacionadas ao processo de envelhecimento.

Todavia, sabe-se que a trajetória de desenvolvimento do *Welfare State* nos países avançados se deu sob circunstâncias outras, como o processo de industrialização e os altos níveis de mobilização e coalizões políticas de classe, por exemplo. Há diferenças no que diz respeito ao contexto histórico de surgimento e desenvolvimento do *Welfare State*; na celeridade em que as políticas sociais foram institucionalizadas; além das singularidades políticas, sociais, econômicas e culturais entre as regiões que influenciam e explicam a

forma como as políticas sociais são ofertadas a população. Por isso, apresenta-se a seguir o panorama do sistema de proteção na América Latina, suas características e em que medida elas influem na implementação das políticas, particularmente as voltadas para a população idosa.

Portanto, é importante compreender as especificidades do contexto e as características dos sistemas de proteção social latino-americanos, que apresentam diferenças importantes em relação aos países desenvolvidos (e também entre si). Essa análise pode trazer contribuições para a reflexão sobre a proteção social aos idosos no caso brasileiro, foco deste trabalho.

Capítulo 2: Proteção social na América Latina: características gerais e implicações para os idosos

As mudanças demográficas têm se intensificado na América Latina nas últimas décadas. Os países da região estão experimentando mudanças substanciais na estrutura etária de suas populações, como resultado da transição de alto para baixos níveis de mortalidade e fertilidade. Estas alterações consistem em uma redução significativa da participação da população infantil (aqueles com idade entre 0-14), e aumento expressivo da participação dos adultos (pessoas com idades entre 15-59) e, especialmente, dos mais velhos (aqueles com 60 anos ou mais) na composição da população.

De acordo com Saad et al (2009), durante a primeira metade do século XX, a mortalidade diminuiu lentamente na região, mas a fertilidade permaneceu elevada - a população da região permaneceu muito jovem e até mesmo se tornou um pouco mais jovem, como resultado da crescente proporção de crianças. Entre 1950 e 1955, a expectativa de vida ao nascer na região foi de apenas 52 anos e mortalidade infantil foi 127,7 por mil nascimentos (ver tabela 1). Desde então, a expectativa de vida começou a aumentar de forma significativa. Isso ocorreu, em primeiro lugar, por conta do declínio na mortalidade infantil, devido ao maior controle das doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias; e em seguida, em virtude do declínio da mortalidade do conjunto da população. Como resultado, a expectativa de vida na região aumentou em 21,6 anos, em média, ao longo dos últimos 60 anos, atingindo 73,4 anos em entre 2005 e 2010, favorecendo a um processo gradual de envelhecimento da população que tende a se intensificar ainda mais.

Tabela 1: Evolução da expectativa de vida ao nascer por gênero e das taxas de Mortalidade Infantil - América Latina, 1950-2025

Anos	Expectativa de vida ao nascer			
	Quinquênio	Total	Homens	Mulheres
1950-55	51.9	50.1	53.7	128.3
1955-60	54.7	52.8	56.6	114.7
1960-65	57.2	55.1	59.3	102.5
1965-70	59.3	57.0	61.6	92.2
1970-75	61.5	58.9	64.2	81.4
1975-80	63.4	60.6	66.3	71.3
1980-85	65.4	62.3	68.5	60.5
1985-90	67.1	63.9	70.3	48.6
1990-95	68.8	65.5	72.1	39.0
1995-00	70.8	67.5	74.0	32.0
2000-05	72.5	69.1	75.7	25.6
2005-10	73.7	70.3	76.9	22.4
2010-15	74.8	71.5	78.9	19.8
2015-20	75.9	72.6	79.1	17.7
2020-25	76.9	73.6	80.1	15.9

Fonte: CEPALSTAT/ Base de dados da CEPAL (Elaboração própria)

Os dados da tabela também decorrem da diminuição da mortalidade que difere da ocorrida nos países avançados, uma vez que se concentrou num período de tempo mais curto. Segundo Lebrão e Duarte (2003, p. 18), “a velocidade do envelhecimento na região será ao menos duas vezes mais elevada que em outras regiões do mundo e, na maior parte do tempo, leva a completar a passagem de uma sociedade jovem para uma mais idosa”.

É preciso salientar que, apesar das mudanças na estrutura etária já se encontrarem em andamento, o processo de transição demográfica não ocorreu de forma uniforme em todos os países que compõem a região. Isso quer dizer que o declínio dos níveis de fecundidade iniciou-se em momentos e velocidades distintas entre as nações latino americanas e por isso tais mudanças estão operando também de forma diferenciada no tempo (WONG; MOREIRA, 2000).

Isto posto, a mudança demográfica na região e principalmente seu resultado - envelhecimento populacional - se dá mantendo as diferenças nas correspondentes estruturas etárias em médio prazo, provocadas pela diferença no tempo e oscilação das taxas de fecundidade. De fato, os países que apresentam índices de desenvolvimento menor e uma entrada relativamente tardia na transição da fecundidade,

ainda possuíam mais da metade da sua população com menos de 20 anos de idade já no ano 2000 (WONG; MOREIRA, 2000), conforme demonstra o quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Idade mediana segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – América Latina, 1950-2050

Idade Mediana da População (em anos)					
<i>IDH</i> ¹²	1950	1975	2000	2025	2050
<i>Alto</i>	22.3	21.8	25.7	32.3	37.9
<i>Médio</i>	19.4	17.9	22.8	31.0	37.4
<i>Baixo</i>	18.1	17.1	19.2	25.9	24.4
<i>América Latina</i>	20.1	19.1	24.6	32.3	37.5

Fonte: Wong e Moreira (2000)

O que se pode constatar é que, assim como ocorreu nos países desenvolvidos, a transição demográfica e o posterior incremento expressivo de idosos na pirâmide etária estão intimamente ligados a elevação de níveis de qualidade de vida, haja visto que diferenças na melhoria das condições socioeconômicas incidiram nesse processo.

No entanto, apesar da heterogeneidade, grande parte dos países da região apresentam contextos institucionais similares caracterizados por baixa ou insuficiente cobertura das políticas de proteção social a população face à magnitude das necessidades. Assim, o processo de envelhecimento tem ocorrido em meio a um contexto de “economias frágeis, níveis crescentes de pobreza, aumentando mais que diminuindo as desigualdades sociais e, contraindo mais do que expandindo, o acesso a serviços e recursos (LEBRÃO, 2007, p. 137) . Para Lebrão (2007), isso indica que os idosos da região foram expostos a circunstâncias precárias como desnutrição e outras doenças em uma etapa precoce da vida, diferente do ocorrido nas nações mais avançadas que vivenciaram um aumento estável dos padrões de vida.

As alterações na estrutura etária da população e em particular, o seu envelhecimento, foram muito mais rápidas na América Latina que nos países industrializados, o que pressupõe a necessidade de medidas diferenciadas para enfrentar os desafios. Desta forma, o impacto econômico em longo prazo destas alterações demográficas dependerá das medidas adotadas como ajustes de programas e

¹²IDH alto: Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguai, Panamá, Venezuela, Colômbia (excluído México); IDH médio: Equador, Peru, República Dominicana, Paraguai (excluído Brasil); IDH baixo: Bolívia, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Honduras. De acordo com Wong e Moreira (2000), Brasil e México foram destacados por serem os países de maior população da América Latina e pelo importante papel econômico que exercem nos correspondentes entornos. No Brasil e no México, adicionalmente, a queda da fecundidade, que inaugura a significativa transição demográfica que países experimentam, foi bastante veloz.

desenvolvimento de políticas públicas em diversos setores. Segundo Saad et al (2009), caso esse processo continue se desenvolvendo em condições socioeconômicas desfavoráveis, a carga da população dependente sobre o grupo produtivo irá exigir grandes transferências de recursos, podendo levar a conflitos intergeracionais, além de aumentar a vulnerabilidade desse grupo etário aos riscos sociais. Isto posto, é preciso que se construam políticas e se fortaleça o sistema de proteção social dos países da região.

Todavia, sabe-se que a América Latina pode ser caracterizada por sua complexidade e heterogeneidade socioeconômica, o que acaba por incidir sobre a construção dos sistemas de proteção social. Isto posto, não é possível fazer uma análise ampla e aprofundada sobre os desafios e rumos da proteção social na região sem considerar o seu contexto, e sobretudo seus processos de transformação social e política.

Apesar dessa diversidade, é possível encontrar características histórico-estruturais comuns na trajetória dos sistemas de proteção social da região que podem ajudar a compreender a sua conformação.

É preciso compreender a política social da América Latina à luz da trajetória histórica e do modelo de desenvolvimento dos países. Desde a época da expansão comercial do século XVI no contexto do mercantilismo, a região era tida como fonte de lucro para os países da Europa. Nações como Espanha e Portugal detinham o monopólio do comércio nas nações latino-americanas recém descobertas, mantendo assim o fluxo contínuo de riquezas da América para a Europa. A função da região era de atender aos interesses das metrópoles mercantilistas europeias na busca pelo seu desenvolvimento e poderio econômico, sendo submetidas a uma intensa exploração por partes destas. Eram, portanto, economias mercantis produtoras de bens agrícolas de exportação.

Pode-se pensar que a participação dos países latino americanos no cenário internacional de disputas mercantis interviu em seu processo de formação econômica e social, uma vez que seu papel subsidiário freou o desenvolvimento interno e específico das áreas coloniais. Além disso, materializou-se em uma herança colonial, haja visto que mesmo com o processo de emancipação dos países latinos, manteve-se a matriz econômica e social sob a qual as nações da região teriam que se organizar, como observaram Bresser Pereira (1977) e Cueva (1987).

De acordo com esses autores, mesmo após os movimentos de independência política, o sistema produtivo da região não se alterou profundamente, mantendo-se baseado no latifúndio para subsistência (em termos de bens de consumo), mas ainda

dependente economicamente do mercado externo. A relação passou a se dar entre países juridicamente independentes, exportadores de produtos primários (especialmente gêneros agrícolas e matérias – primas) e capitaneadas por poderosas oligarquias locais, e países centrais detentores dos mecanismos de apropriação e acumulação do excedente econômico (MACHADO, 1999).

É preciso destacar que esses grupos de interesses locais eram compostos principalmente por grandes latifundiários e comerciantes cujo monopólio do poder político servia para o enriquecimento dos membros de sua própria classe social. Além disso, esse alguns países da região acabaram por ter um caráter não democrático, aproximando-se de uma faceta mais autoritária. Bresser-Pereira (1977) afirma que por conta dessa configuração seletiva e fragmentada, somente uma pequena parcela da população podia participar da vida política. A democracia na prática não existia, uma vez que ela era atrelada a vieses econômicos e manipulados por fraudes e políticas clientelistas.

Contudo, esse modelo agroexportador e oligárquico (CARDOSO; FALETTO, 2004) acabou aprofundando problemas sociais e econômicos da região, a saber: ampliação da dependência da América da Latina ao mercado internacional; exploração do trabalhador¹³; atraso no desenvolvimento industrial (dado que a infraestrutura produtiva foi construída em função da exportação de produtos primários); aumento de importação de produtos manufaturados (e mais caros); endividamento externo; entre outras consequências.

É importante salientar que houvera tentativas de elevar os países latino americanos do patamar a que estavam relegados de países periféricos exclusivamente exportadores de produtos primários e dependentes de produtos manufaturados dos países centrais. No início da década de 30, alguns desses países, impulsionados pela crise de 29 e pelos efeitos da primeira guerra mundial, iniciaram uma política de estímulo e esforço à industrialização nacional com base no modelo de substituição de importações. Contudo foi a partir do fim dos anos 40, através da Comissão Econômica para a América Latina

¹³ De acordo com Bresser - Pereira (1977), o capitalismo sempre precisou criar e recriar mecanismos que mantivessem um amplo “exército industrial de reserva” para as atividades exportadoras. Porém, no modelo primário exportador, essa tarefa foi facilitada pela grande massa de mão de obra excedente dentro dos latifúndios e minifúndios e também por não haver, nessa época, trabalho assalariado. Esse cenário facilitou a apropriação do excedente por parte das oligarquias agrário-mercantis e manutenção de baixos níveis de remuneração para os trabalhadores.

(CEPAL), que se começa a pensar *sistematicamente* no desenvolvimento de políticas com vistas à superação do atraso pela via da industrialização.

O paradigma adotado pelos cepalinos para explicar a forma específica de inserção internacional das economias da América Latina centrava-se na relação “centro X periferia”. De acordo com esse modelo, a razão fundamental para o subdesenvolvimento latino-americano residiria na forma como a América Latina se inseriu no cenário econômico mundial, a qual estabelece uma “articulação estrutural entre os países do centro hegemônico, e os países da periferia, que sofrem passivamente os efeitos de uma determinada e histórica divisão internacional do trabalho que favorece o centro”(CORAZZA, 2006, p. 138–139).

Apesar dos avanços no que tange à industrialização e construção de uma infraestrutura que conseguisse substituir parte considerável das importações, o projeto cepalino não logrou o êxito planejado, conforme constatado por Bichir (2008). O impulso à industrialização dos países não levou a uma modificação na pauta das importações (a partir da produção de bens de capital), mas a uma continuidade da condição latino-americana de subdesenvolvimento, o que pode ser justificado tanto pela dependência dos excedentes originados com a exportação dos bens primários aos países centrais, quanto pela não resolução dos problemas resultantes do desenvolvimento capitalista (DUARTE; GRACIOLLI, 2007).

Diante dessas limitações da teoria desenvolvimento construída pela CEPAL, alguns teóricos se debruçaram, sobretudo no início da década de 60, a compreender porque a industrialização nacional nos países latino americanos não se deu da forma esperada. A partir disso iniciou-se um debate sobre uma ‘teoria da dependência’ da América Latina que, adotando uma postura diferente do estruturalismo cepalino, afirmava que era possível um desenvolvimento dependente e associado dos países latino americanos, trazendo para o bojo da discussão o papel dos atores sociais como agentes importantes na reação às pressões estruturais (MACHADO, 1999).

Outro fator que marcou a história da América Latina e influenciou fortemente na forma como bens e serviços são providos a população foi o regime de ditadura que afetou grande parte dos países da região.

As ações colocadas em prática pelos governos autoritários que assumiram a América Latina¹⁴ se caracterizaram pela tentativa de excluir dos processos decisórios as forças que se mobilizavam em torno das questões sociais e eliminar do jogo político barganhas promovidas pelas organizações sindicais e partidos políticos. Apesar de alguns desses governos se caracterizarem pela expansão de políticas sociais, elas se deram em meio a um processo de “fortalecimento das estruturas burocráticas do executivo, [adoção de] medidas racionalizadoras, acentuada fragmentação institucional, tendência à privatização das políticas e eliminação dos canais de representação e organização das demandas sociais”.(FLEURY, 1994a, p. 211).

Esses períodos de hiato no que concerne à cidadania política acabaram incidindo na forma como a democracia na região se desenvolveu. Os períodos de transição democrática – ocorridos em grande parte dos países - foram marcados por atos de resistência e mobilização de crescentes parcelas da sociedade. Este processo foi de suma importância para o enfraquecimento dos regimes militares, assim como para os movimentos e conquistas que se seguiram. Contudo, esse panorama de lutas e resistências não significaram a (re) instituição integral da democracia. Na verdade, esse foi um processo conturbado e permeado por tensões, avanços, negociações, concessões, arranjos políticos e também retrocessos que envolveram diversos setores da sociedade. Pode-se dizer que os regimes militares - assim como a tradição oligárquica, populista e corporativa - deixaram um legado negativo no que se refere à consolidação da democracia na América latina e extensão e institucionalização da cidadania. Medidas normativas e legislativas foram desenvolvidas após o período ditatorial a fim de introduzir nessa região ações mais inclusivas e que promovessem direitos para a população (BORON, 2003; FLEURY, 2010)

Huber e Stephens (2012) pesquisaram as relações entre a consolidação da democracia, políticas redistributivas e redução da desigualdade e pobreza na América Latina.¹⁵

¹⁴ A emergência dos regimes militares em grande parte dos países da América Latina se deu em meio uma disputa de poder e de influência ideológica, econômica e política polarizada pelos Estados Unidos e União Soviética a partir do início da década de 50.

¹⁵ Para realização da pesquisa, Huber e Stephens (2012) aplicaram variados instrumentos estatísticos para comparar dezoito países latino-americanos, mobilizando variáveis políticas (anos de democracia, força de partidos de esquerda, etc.), e variáveis sociais e econômicas para entender a construção do Estado de bem-estar e da luta contra a pobreza e a desigualdade econômica na região.

Por meio de um estudo que assimilou análises qualitativas e histórico-comparativas dos países, identificou a democracia como importante variável explicativa que influenciaria a redução das taxas de pobreza e desigualdade na região. Isso acontece porque um regime democrático seria uma condição prévia para a organização e fortalecimento dos movimentos sociais e partidos de esquerda. A chegada de partidos com agendas mais igualitárias ao governo central influenciaria de forma decisiva a adoção de políticas redistributivas, reduzindo assim a pobreza e a desigualdade. Porém, a presença da esquerda no poder não teve uma influência tão importante quanto a da própria democracia. A democracia promove o fortalecimento da sociedade civil a partir de sua maior participação política pela via eleitoral ou direta. Além disso, ela coloca as elites sob a supervisão eleitoral da população. Embora as transições democráticas não necessariamente tenham conduzido regimes de bem-estar pleno, até mesmo as democracias em fase de consolidação ou aquelas que são instáveis foram capazes de gerar resultados positivos para sua população. Desta forma, os resultados de redistribuição e redução de desigualdades foram mais expressivos em contextos de regimes democráticos de mais de 20 anos.

Isto posto, o aperfeiçoamento das instituições democráticas com vistas à sua consolidação e expansão da cidadania permanece sendo um desafio (FLEURY, 1994b)

Outra característica histórico-estrutural que marcou a região foi a peculiar relação público x privado, sobretudo na área da saúde, caracterizada pelos gastos públicos destinados ao setor privado (expansão dos provedores privados de serviços e subsídios aos seguros). Esse modelo de organização dos serviços baseado na articulação público/privado se dá, em geral, através de uma divisão do trabalho onde o Estado se responsabiliza por regular e prover os recursos e regular e financiar os serviços e o setor privado presta os serviços sociais à população (VIANA; MACHADO, 2008). Esta relação pode levar limites no acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, além de conformar um modelo de atenção fragmentado, segmentado, desigual e orientado por uma lógica mercantil da saúde.

As análises e perspectivas apresentadas tiveram como objetivo destacar que a forma de participação dos países latino americanos no sistema capitalista mundial ao longo da história deixou marcas indeléveis nessa região. Ao situar e analisar os fenômenos a partir do percurso histórico-estrutural da América Latina, buscou-se explicitar os dilemas que se impõem a construção de um sistema de proteção social amplo para sua população na

atualidade. Sobre a importância da compreensão da trajetória dos países latino-americanos, Soares (2008, p. 930) afirmou que

“É absolutamente necessário o entendimento da especificidade latino-americana, onde historicamente se sobrepuseram formas avançadas e atrasadas da organização social e econômica, conformando uma complexidade particular e única – frágil, instável e contraditória – e que se situam diferentes estruturas de proteção social”

Assim, cabe explorar a seguir as principais características dos sistemas de proteção social latino-americanos que colocam desafios a proteção social dos idosos.

Características histórico – estruturais da proteção social na América Latina

Para se compreender os desafios que são postos diante do aumento de idosos na composição populacional da América Latina, é necessário identificar os aspectos sociais, econômicos, conjunturais e políticos que caracterizam os sistemas de proteção social da região.

As características histórico – estruturais do sistema de proteção social desenvolvidas na América Latina influenciaram a capacidade institucional dos Estados para lidar com problemas e desafios da região e, por conseguinte as estratégias e o conteúdo das políticas que serão adotadas. As principais características da proteção social latino-americana que têm implicações para os idosos são: o corporativismo; a alta informalidade do mundo do trabalho; o alto grau de familização; e a fragmentação institucional.

Corporativismo

O corporativismo é a primeira característica marcante da proteção social na região. Nunes (2010, p. 40) utilizou a definição clássica de Philippe Schmitter que compreende o corporativismo como:

“Sistema de intermediação de interesses em que as unidades constitutivas estão organizadas em um número limitado de categorias singulares, compulsórias, não-competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, reconhecidas ou permitidas (senão criadas) pelo Estado e que têm a garantia de um deliberado monopólio de representação dentro de suas categorias respectivas, em troca da observância de certos controles na seleção de líderes e na articulação de demandas e apoios”

Ou seja, o Estado seria uma organização com interesses determinados e que atua com grupos sociais. Todavia, muitas das vezes o Estado precisa simultaneamente

competir com essas mesmas categorias e preservar seu direito exclusivo de autoridade sobre elas. Para tal, ora ele oferece incentivos, ora limites às ações dos grupos. Assim, as corporações sociais aparecem como uma resposta ao poder do Estado e começam a operar a partir da articulação de interesses. Para Nunes (2003, p. 41) “o corporativismo organiza camadas horizontais de categorias profissionais arrumadas em estruturas formais e hierárquicas”¹⁶.

Grande parte dos países da América Latina chegaram à conjuntura pós primeira guerra mundial com sistemas políticos onde os trabalhadores, sobretudo os urbanos, desempenhavam um papel importante, tendo como base de apoio líderes individuais, partidos ou movimentos que polarizavam e/ ou monopolizavam a vida política nacional (Fortes, 2007).

Draibe (1995) discorreu sobre o corporativismo e seu impacto na proteção social da região. Ao partir da análise das tipologias de Esping- Andersen (1991) e Titmuss (1974)¹⁷, a autora concluiu que o modelo predominante na América Latina se aproxima do modelo *meritocrático-particularista*¹⁸, posto que quem recebe a ação protetora do Estado, são somente aqueles que estão inseridos no mercado de trabalho legítimo (formal) e que por isso contribuem para a riqueza nacional . Nesse sistema, as pessoas devem estar em condições de resolver suas próprias necessidades a partir do trabalho. Portanto, seu bem

¹⁶ Dentro do âmbito do corporativismo, as relações estabelecidas entre grupos/corporações/categoriais sociais e Estado podem adquirir formas distintas: corporativismo societal e estatal. O primeiro surgiria como uma resposta natural da sociedade civil (através de associações autônomas) à ineficiência do liberalismo econômico em contextos pós-industriais, ou seja, como efeito de processos sociais como urbanização e industrialização. Por sua vez, Smith (2010) afirma que o corporativismo estatal acontece quando os grupos de interesses são condicionados e fortemente controlados por um Estado central. Os grupos, portanto, são dependentes e infiltrados (Nunes, 2003).

¹⁷ Titmuss (1974) discrimina três modelos de políticas sociais: o modelo residual, o modelo meritocrático e o modelo institucional-redistributivo. No modelo residual, o Estado só intervém quando a família e o mercado não conseguem atender as necessidades dos indivíduos. No modelo meritocrático, a satisfação das necessidades individuais está vinculada ao mérito e ao desempenho dos grupos protegidos. Já o modelo institucional-redistributivo é caracterizado por uma política universalista e igualitária, e as políticas de bem estar são percebidas como importantes instituições sociais.

¹⁸ Medeiros (2001) explica que tipos meritocráticos agem como mecanismos de estratificação social à medida que definem políticas específicas para grupos sociais diferentes. Neles, um dos critérios de elegibilidade é a participação do indivíduo na construção do sistema. Diferentemente de um tipo residual puro, no qual a incapacidade de satisfazer às necessidades por meio dos recursos oferecidos pelo mercado coloca o indivíduo em uma situação “emergencial” e, portanto, merecedor dos serviços sociais, o tipo meritocrático exige para elegibilidade, além da condição (relativa) de “resíduo”, o pertencimento a determinado grupo (como a uma corporação, associação ou forma de inserção no mercado de trabalho) que contribui diretamente para a sustentação das políticas. Logo, como a seguridade não é estendida indiscriminadamente a todos os indivíduos de uma sociedade, os tipos meritocráticos são também particularistas.

estar depende diretamente de seu mérito, de sua produtividade, da renda que dispõem e da categoria profissional a qual pertencem.

Desta forma, num sistema fundamentado em programas previdenciários, cujo acesso a bens e serviços sociais depende da incorporação ao emprego formal, pode ocorrer a exclusão dos que não se vincularam ao mercado formal de trabalho ou que dele participaram de modo precário ou marginal (como os trabalhadores rurais, informais ou as mulheres). Além disso, a “cooptação política das frações mais organizadas e estratégicas da classe trabalhadora, através dos aparelhos de políticas sociais, transformava os cidadãos em clientes das estruturas burocráticas do Estado” (FLEURY, 1995, p. 248). A cidadania que se constituía dentro do âmbito estatal e formal como igualdade era na prática transformada em desigualdade política no que diz respeito ao acesso diferenciado a bens e serviços por alguns setores privilegiados da classe trabalhadora, enquanto grupos e setores mais necessitados da sociedade eram alijados da proteção social.

O caráter corporativo das políticas sociais na América Latina pode ser observado nos efeitos nocivos a universalidade e equidade do sistema, pois a vinculação da prestação da assistência à inserção dos indivíduos na esfera produtiva num contexto marcado por desemprego, precariedade dos postos de trabalho e informalidade, levou a uma desigualdade na expansão dos direitos e uma lacuna na prestação de serviços a totalidade da população não inserida no mercado de trabalho.

Em relação aos idosos, é possível afirmar que a marca ainda vigente do corporativismo na proteção social dos países latino americanos infere na vida desse grupo populacional. Como bem já se destacou, os sistemas de proteção social da região caracterizaram-se quase que de modo específico pela adoção do seguro social que garanta serviços (médicos, odontológicos e afins) àqueles que eram contribuintes compulsórios por conta de sua inserção formal no mercado de trabalho (LAVINAS; COBO; VEIGA, 2015). Assim, os seguros sociais contributivos constituem-se em programas de pagamentos em dinheiro e/ou serviços prestados ao indivíduo e/ou aos seus dependentes, e geralmente está condicionado à preexistência de um vínculo contributivo ao sistema, como compensação parcial ou total da perda de capacidade laborativa. De forma geral, eles têm como objetivo garantir a reposição de renda dos seus segurados contribuintes, quando não mais puderem trabalhar.

Nesse sentido, este modelo de proteção de riscos ou contingenciais sociais mostra-se essencial para os idosos, pois como o envelhecimento, na maioria das vezes, leva ao alijamento do indivíduo do processo produtivo nas sociedades capitalistas contemporâneas, o benefício recebido pelos aposentados por idade e/ou tempo de contribuição configura-se, portanto, um meio para suprir as necessidades vitais de subsistência dos longevos e de seus dependentes diretos.

Por outro lado, os sistemas de seguros sociais contributivos da América Latina “lograram-se excludentes por não cobrir a maioria da população ocupada em atividades informais e [por serem] incapazes de elaborar políticas que atingissem os grupos populacionais reconhecidamente mais vulneráveis” (CEPAL, 2006, p. 22). Logo, o grau de cobertura (que de acordo com Mesa-Lago (2007a) depende do grau de industrialização, do tamanho do setor formal e da idade do sistema) ainda baixo do sistema e seu caráter fragmentado e seletivo, pode ter preterido muitos idosos do acesso a bens e serviços que proporcionassem bem-estar, levando-os a vivenciarem trajetórias de pobreza e exclusão. Essa situação torna-se ainda mais preocupante se pensarmos nos que chegarão à terceira idade daqui a 20, 30 anos, visto que a população economicamente ativa tende a diminuir, enquanto o número de idosos demandantes de apoio, que por sua vez vem das contribuições feitas pelos trabalhadores formais, se encaminha para um aumento vertiginoso.

Informalidade

O mercado de trabalho em grande parte dos países da América Latina jamais abarcou de forma completa a massa de mão de obra existente. De acordo com Costa (2010) desde o início da formação de um mercado de trabalho, uma parte significativa da população não conseguiu ser inserida, mesmo nos países com quantidade expressiva de indústrias, com um maior número de postos de trabalhos, trabalhadores rurais e algumas categorias de empregados urbanos continuaram sendo alijados do processo de inserção laboral.

O período de política de substituição de importações que impulsionou um crescimento expressivo da economia da região não foi acompanhado de uma extensão do bem-estar geral da população e principalmente de um compromisso mais firme e vigoroso em relação ao pleno emprego. Assim,

“à constituição de um mercado formal de trabalho, que, no auge do período de crescimento econômico, a década de 70, atingiu apenas 50% da população economicamente ativa empregada no meio urbano,

conviveu *pari passu* com a expansão de todo um complexo de formas de trabalho informal em pequenas empresas urbanas, no campo, e nas inúmeras e precárias formas de trabalho autônomo e doméstico, cujos padrões de contratação e *assalariamento* passavam ao largo da legislação trabalhista e social e de qualquer possibilidade de representação coletiva” (Costa, 2010, p. 171).

Os laços de formalidade e contratualidade se fragilizaram profundamente com as alterações estruturais na economia e no mercado de trabalho ocorridas na década de 90. A abertura econômica e as privatizações que marcaram a região acabaram por pressionar “o processo de *reestruturação produtiva sistêmica*, sobretudo no setor secundário, de modo a afetar não apenas o nível do emprego, mas também a sua qualidade, com a flexibilização dos vínculos e dos regimes de trabalho”, sendo, portanto, cruciais para o processo de desestruturação do mercado de trabalho e para a ampliação da informalidade no país (Costa, 2010, p. 171).

Os países da América Latina, em sua maioria, lograram desenvolver sistemas de proteção social tendo como base o emprego formal como modelo. Entretanto a cobertura não foi a contento, uma vez “os mercados de trabalho da região não conseguiram transformar-se na porta de entrada universal e dinâmica para os esquemas de proteção social” (CEPAL, 2006, p. 8). De maneira oposta, as taxas de desemprego se elevaram mais de 10% no início da década de 2000¹⁹, diminuindo assim a cobertura contributiva na região. Desse modo, pode-se afirmar que a proteção social através das contribuições abrange apenas uma parte dos trabalhadores latino americanos de forma geral (CEPAL, 2006).

De acordo com Mesa-Lago (2006) desde a década de 80 o setor formal urbano tem diminuído na América Latina em detrimento do setor informal, o que se configura como um desafio tanto para estender quanto para manter a cobertura da proteção social da população. O setor informal - definido como de baixa qualificação e produtividade - aumentou de 42% em 1990 para 46,5% em 2002 (66% dos novos empregados na região são informais)²⁰. Isso se daria por conta da redução do emprego formal; do crescimento lento da oferta de empregos nas grandes empresas em comparação com o crescimento da demanda; de flexibilização nos contratos de trabalho, aumento do emprego em microempresas, no serviço doméstico e do trabalho autônomo (MESA-LAGO, 2008).

¹⁹ Vale ressaltar que apesar da alta taxa de desemprego no início dos anos 2000, a década anterior se caracterizou por índices ainda maiores, com registro de 11,2% no ano de 1999 (CEPALSTAT).

²⁰ Esses dados demonstram que historicamente o setor informal já era grande na América Latina.

Apesar de alguns países da região terem avançado na extensão de acesso a serviços e bens de saúde e bem-estar a toda população, sabe-se que o acesso a um conjunto de garantias sociais ainda é intimamente atrelado à contratação assalariada formal. Assim, em alguns países, quando trabalhadores formais perdem o emprego ou são acometidos por doenças ou adversidades (acidentes, por exemplo) geralmente contam com benefícios (em sua maioria monetários) que lhes garantem um mínimo de bem-estar e segurança. Por outro lado, os informais quando estão desempregados, por exemplo, e estão com dificuldade de se inserir no mercado formal de trabalho, na ausência dessas indenizações, acabam se sujeitando a trabalhos precários e até mesmo ilegais. Soma-se isso ao fato de que em parte dos países, caso o trabalhador informal fique doente ou sofra um acidente, ele não conta com nenhuma garantia formal e estatal de renda, o que pode levar ao desamparo do próprio trabalhador e de seus familiares que dele dependem (COCKELL; PERTICARRARI, 2011).

Ademais, era comum em que contextos de sofrimento ou adversidades que impedissem o indivíduo de trabalhar, este era tradicionalmente amparado por seus entes. Atualmente, com as mudanças estruturais nas famílias (que serão tratadas adiante) e outros fatores, têm-se consolidado o acesso a proteção social através de formas privadas, principalmente às mercantis como planos de saúde, seguros de vida e planos de previdência.

Nos países avançados, Esping-Andersen (1991) inovou ao analisar as políticas sociais baseando-se no grau de autonomia e independência que essas políticas conseguem garantir aos indivíduos e famílias de sobreviverem para além das relações do mercado (ZIMMERMANN; SILVA, 2009). Para tal, construiu três modelos de classificação do Welfare State. No entanto, para Gough et al (2004) os três regimes de bem-estar desenvolvidos por Esping- Andersen (1991) seriam na realidade uma variante de um mesmo regime: o regime corporativo estatal de bem-estar, só encontrando em países que contam com Estados legítimos e mercados de trabalho que protegem a maioria da população de forma exitosa. Contudo, estes autores afirmam que na América Latina os mercados não são devidamente regulados pelo Estado e grande parte da população é colocada às margens do mercado de trabalho, o que faz com que esta não participe da produção do bem-estar e que dependa das famílias e das redes comunitárias. Este contexto adverso faz com que todos os regimes de bem-estar na América Latina possuam como elemento a informalidade.

Outros autores também utilizam como base a tipologia de regimes de Welfare State de Esping- Andersen (1991) para pensar a realidade da provisão de bem-estar na América Latina. Valle (2010) sustenta que, nos últimos anos, o regime de bem-estar na região passou de conservador- informal para o liberal-informal. O regime conservador - informal tinha como base a provisão de bem-estar àqueles inseridos no mercado formal e àqueles alijados desse processo restava a informalidade e especialmente, o apoio das famílias e das redes de apoio. Entretanto, a transformação do modelo de substituição de importações para um orientado ao crescimento do setor externo se deu num contexto de forte autoritarismo, o que levou a fragilidades na organização de frentes de oposição a essas reformas. Desta forma, o enfrentamento coletivo dos riscos acabou se reduzindo e as políticas públicas retrocederam, o que fez com que as pessoas contassem cada vez menos com apoio do Estado para dar conta de suas demandas, configurando um modelo definido como liberal-informal (VALLE, 2010)

Franzoni (2007) também analisou os regimes de bem estar na América Latina e constatou que todos os países da região têm, em alguma medida, a informalidade como característica e por isso não conseguem superar a insegurança econômica e os riscos sociais através da inserção laboral ou dos serviços públicos, dependendo de “arranjos familiares e comunitários para assumir práticas cuja lógica corresponde aos mercados, em particular o trabalho, ou a Estados, locais ou nacionais” (FRANZONI, 2007, p. 24)²¹.

Nesses países, é preciso que as pessoas desenvolvam estratégias que possam dar conta das lacunas deixadas pelo Estado, que as impedem de ter acesso satisfatório aos bens e serviços. Outro fator importante a ser mencionado é que quanto maior a informalidade num regime, mais ampliado se torna o papel de entidades não governamentais (locais e/ ou internacionais), que atuam nas lacunas deixadas pela insuficiência de políticas públicas.

Ao refletir sobre esse cenário pensando na relação entre Estado, mercado e família na provisão de bem-estar, pode-se afirmar que de forma geral, o mercado e os arranjos familiares e comunitários são elementares quando o Estado não atua de forma a garantir a proteção social.

²¹ Tradução própria

Com base em Bertranou (2004), Mesa-Lago (2007b, p. 185) também traz importantes contribuições sobre o tema. Em seu texto sobre a Seguridade Social na América Latina, afirma:

“Um grande problema enfrentado por todos os sistemas de proteção social, independentemente da sua natureza privada ou pública, é a profunda transformação no mercado de trabalho que ocorreu nos últimos vinte e cinco anos [...]. O sistema de proteção social foi originalmente projetado para trabalhadores assalariados no setor formal e com empregos estáveis e financiado por contribuições de empregadores e funcionários. Todavia, desde a crise da década de 1980 na América Latina, o setor formal diminuiu e o setor informal se expandiu. Os trabalhadores informais não abrangidos pelo sistema incluem os trabalhadores independentes, os empregados domésticos e os funcionários das microempresas. Além disso, o neoliberalismo e a globalização promoveram a "flexibilização do trabalho", ou seja, empregos que não possuem proteção trabalhista, com trabalhadores sem contrato ou subcontratados, e trabalho a tempo parcial e/ou temporário”²².

Com isso, o autor alerta para a necessidade de readequação dos sistemas de e aposentadorias e pensões à realidade da América Latina como um todo, algo corroborado por um estudo elaborado em 2006 pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL). Este atesta que diante das novas dinâmicas do desenvolvimento faz-se necessário repensar os mecanismos de provisão de proteção social baseados na inserção no mercado de trabalho formal, sendo necessário reconsiderar a “solidariedade com fins de proteção social de maneira integral, isto é, tanto dentro como fora do mundo do trabalho, e nesse contexto, retrazar os mecanismos de transferência que permitam plasmar essa solidariedade integral” (CEPAL, 2006, p. 8).

O alto grau de informalidade que caracteriza a região pode também afetar o acesso dos idosos aos direitos e serviços sociais, uma vez que a oferta de bem-estar e proteção é ainda atrelada aos seguros sociais contributivos.

Os sistemas previdenciários têm se apoiado naqueles que estão inseridos no mundo do trabalho formal para que estes façam as contribuições necessárias para a sustentação do regime e de seus segurados. Isto quer dizer que o sistema se baseia no consumo presente (aquilo que se produz quando a pessoa trabalha) para ser utilizado para consumo futuro (realizado quando o indivíduo não pode trabalhar). Não obstante, cerca de quatro

²² Tradução própria

entre dez trabalhadores da região contribui para algum sistema previdenciário (Bosch et al, 2013). Segundo Mesa-Lago (2007, p. 53), a maioria dos trabalhadores da América Latina pode ser caracterizado da seguinte forma:

“(i) boa parte trabalha no setor informal: trabalhadores por conta própria, empregados em microempresas excluídas da seguridade social ou que fogem dela, empregados domésticos, trabalhadores em domicílio, sazonais, de meio período e sem contrato, e familiares sem remuneração; (ii) em sete países a população rural flutua entre 44% e 66%, e a força de trabalho agrícola entre 33% e 68%; (iii) devido à natureza do trabalho informal e agrícola, o emprego é instável; (iv) os salários nesses dois setores são baixos e variáveis; (v) a densidade de contribuição também é baixa (pela instabilidade de emprego, períodos de desemprego ou trabalho temporal, assim como o abandono do emprego pela mulher para criar seus filhos); e (vi) os trabalhadores braçais sofrem um deterioramento físico e não podem esperar a idade normal para aposentadoria”

Este panorama impõe um desafio adicional ao sistema, visto que por não conseguir gerar uma quantidade de emprego formal que abarque de forma satisfatória a população, o mercado de trabalho não tem capacidade para financiar as aposentadorias de um número grande de trabalhadores, devido à grande parte destes nunca terem tido um emprego formal, ou porque tiveram trabalhos intermitentes. Dados fornecidos por Bosch et al (2013, p. 6) anunciam que “entre 47% e 60% dos 140 milhões de adultos na terceira idade (cerca de 66-83 milhões de pessoas) chegarão à idade de aposentadoria sem ter gerado a economia suficiente para financiar uma previdência para sua velhice”.

Além disso, a organização da política social dos idosos exige pensar em trajetória de vida. Os postos de trabalhos que os indivíduos ocuparam ao longo da vida, muitas vezes precários²³, impactam quando este chega à terceira idade. Ademais, de forma geral, a passagem para a situação de aposentado é acompanhada de decréscimo nos rendimentos percebidos durante a vida ativa, o que pode contribuir para a vivência de trajetórias de vulnerabilidades.

As dificuldades ou não de acumulação de capital social, financeiro e afetivo de cada indivíduo interferem quando este atinge os 60 anos. As condições de vida são

²³ O conceito de precarização do trabalho refere-se ao “aumento do caráter precário das relações de trabalho pela ampliação do trabalho assalariado sem carteira profissional e do trabalho independente (por conta própria). Ele é identificado pelo aumento do trabalho por tempo determinado, sem renda fixa e em tempo parcial e pela ausência de contribuição da Previdência Social e, portanto, sem direito à aposentadoria” (MATTOSO, 1999, p. 8).

afetadas pelo fato de o indivíduo ter tido ou não empregos formais estáveis, vínculos permanentes, ocupações rentáveis e ter contribuído ou não para o sistema. Desta forma, o processo de envelhecimento dos idosos geralmente é afetado pelas condições em que se inseriram e permaneceram no mercado de trabalho.

“Familismo”

No sistema de proteção social dos países latino americanos é importante a atuação das famílias na provisão de bem-estar, em face de um Estado pouco expressivo ou de sistema de proteção social pouco desenvolvido. Nesse contexto, os papéis das mulheres como cuidadoras e do homem como provedor eram historicamente demarcados devido à insuficiência ou ausência de determinadas políticas sociais. Para Sunkel (2006, p. 120)

"O 'familismo' combina um viés proteção social baseado no homem provedor ("male breadwinner model") com a centralidade da família como protetora e responsável pelo bem-estar de seus membros (princípio da subsidiariedade)"²⁴.

Além da fragilidade das políticas, essa região é marcada pelo corporativismo e pelas altas taxas de informalidade, características que fazem com que as famílias latino-americanas, em sua maioria, sejam convocadas a exercer sua função de integração, inclusão e proteção social por meio da lógica da solidariedade. Porém, as mudanças demográficas (aumento da população idosa demandante de cuidado) paralelas às modificações no interior das famílias (redução do tamanho das famílias; aumento do número de divórcios; aumento da proporção de casamento de pessoas mais velhas sem filhos; e entrada das mulheres no mercado de trabalho) torna imperiosa a readequação das políticas sociais em prol da redução das desigualdades sociais (CRONEMBERGER; TEIXEIRA, 2012)

Autores como Esping-Andersen (1999), Sunkel (2006), Franzoni (2005, 2007, 2008), entre outros, propõem a “desfamiliarização”, entendida como uma coletivização das necessidades das famílias, ou seja, o aumento da responsabilidade de toda a sociedade a fim de garantir o bem-estar, satisfação com a vida e proteção de todos os membros da coletividade, atenuando a responsabilização da família pela cobertura dos riscos sociais.

De forma mais específica, o termo se refere às políticas que minimizem a dependência do indivíduo à família (em especial às mulheres). Contudo, não se trata de uma política que se oponha a família, mas que pretende reduzir as responsabilidades

²⁴ Tradução própria

diretas das mesmas na provisão de atenção e cuidado das famílias, dividindo as responsabilidades com o Estado e/ou mercados. Além disso, esse processo tem como efeito o incentivo à independência econômica das mulheres, libertando-as das responsabilidades familiares que restringem sua participação no mercado de trabalho.

Deve-se salientar que “um sistema é familista, não se é a favor da família, mas se a sua política pública assume (e age para) que qualquer núcleo familiar seja o primeiro responsável pelo bem-estar dos seus membros” (ANDRADE, 2009, p. 58)

Essa expectativa de que a família continue exercendo um papel decisivo, até substitutivo, em relação ao acesso ao sistema de direitos sociais se evidencia como um marco importante da proteção social dos países da América Latina. Todavia, diante da diminuição da capacidade protetora dessas instâncias e dificuldades cada vez mais crescentes de atender às demandas, a responsabilidade familiar no âmbito da reprodução social precisa ser repartida entre os diferentes pilares responsáveis pelo provimento e garantia de bem-estar.

O processo expressivo de familiarização dos sistemas de proteção social na América Latina também atinge a população idosa. A família é vista como primeira – e às vezes única - fonte de apoio. O processo de envelhecimento traz em seu bojo a vulnerabilidade da saúde dos longevos, com alguns acometidos por enfermidades que os incapacitam a realizar as tarefas da vida diária. Quando isto acontece, as famílias têm sido requeridas a cuidar deste segmento vulnerável, ficando a cargo delas o papel de auxiliar os idosos que necessitam de ajuda para realizar atividades.

O envelhecimento se traduz uma exposição maior a doenças e agravos crônicos não transmissíveis e incapacidades que impedem um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e conseqüentemente necessidade de cuidados (VERAS, 2009). O que se pode esperar, portanto, é um aumento da população que demanda cuidados e serviços de saúde. No entanto, no que diz respeito às condições de autonomia para as atividades de vida diária, às famílias tem sido atribuído o papel de principal cuidadora dos idosos (CAMARANO, 2010)

Por isso, se discute a necessidade de se pensar em cuidados que não se reduzam somente à família (CAMARANO, 2010). Tal desafio tem adquirido maior complexidade devido às profundas transformações por que passam, como a entrada das mulheres no mercado de trabalho, restringindo consideravelmente suas possibilidades de prover proteção social ao idoso dependente (BATISTA ET AL, 2008).

O sistema de proteção social na região se ateve, mesmo que ainda de forma precária, a tentar suprir os rendimentos advindos da perda capacidade laborativa pela idade avançada por meio do seguro social contributivo. Porém, ainda não foram solucionadas a contento questões importantes como emergência de tipos diferenciados de famílias, deflagrando a necessidade de um cuidado além do familiar, ou ainda mais ampliado por parte do Estado. Dessa forma, a família ainda é considerada o principal pilar de apoio do longo, principalmente quando esse é acometido por agravos graves e incapacitantes, além de se caracterizar como rede de apoio de cuidado, afetivo e econômico para idosos, influenciando na satisfação e bem estar. A expansão de políticas sociais que reduzam a dependencia dos idosos do cuidado familiar torna-se imperiosa para o bem estar e o bem envelhecer dos cidadãos da América Latina.

Fragmentação institucional

Os países da América Latina conseguiram construir até os anos 70 as estruturas básicas de sistemas de proteção social. Contudo, tais sistemas acabaram se desenvolvendo de forma imperfeita devido, entre outros elementos, a fatores institucionais e organizacionais (DRAIBE, 1997).

A fragmentação institucional desses sistemas se expressa na fraca capacidade regulatória na implementação de políticas nos níveis subnacionais de governo, nos perfis de coordenação institucional e arranjos corporativos. Em relação à primeira, a competência de cada unidade ou esfera subnacional para implementar programas sociais era muito frágil. Com isso, os sistemas padeciam da excessiva centralização das decisões sobre os diferentes programas sociais. Tal panorama acabou levando à sobreposição de funções, problema na coordenação das ações e pouca resolutividade, gerando uma fragmentação institucional que impossibilitava a constituição de uma política social integrada (DRAIBE, 1997).

Os sistemas de proteção social na América Latina também se caracterizam pela baixa articulação entre as políticas e setores, o que pode levar à sobreposição e ineficiência das ações e políticas. Isto posto, faz-se necessário o estímulo à intersetorialidade, compreendida não somente “como mecanismo capaz de otimizar a aplicação de recursos financeiros”, mas também “como estratégia fundamental para superar a histórica fragmentação institucional das políticas sociais e maximizar a efetividade das ações sociais” (SENNA, 2013, p. 246).

Fagnani (2005) endossa as análises sobre os efeitos deletérios da fragmentação ao afirmar que além das consequências já descritas, a limitação da capacidade redistributiva para distribuição dos bens públicos fundamentais (como acesso a acesso à saúde, à educação, trabalho, à moradia, entre outros) à população. Para o autor, a falta de coordenação institucional das políticas acabou levando a superposição e estratificação das ações, prejudicando o desenho redistributivo das políticas sociais.

No que concerne à proteção social para a população idosa, a fragmentação aparece como uma característica a ser superada pois o envelhecimento é um fenômeno onde a população idosa demanda comumente apoios de diferentes naturezas. Contudo, essa diversidade não se caracteriza apenas pelas diferenças na composição etária, mas pelas diferentes trajetórias de vida experimentadas pelos idosos, que levam a inserções diferenciadas na vida social e econômica, caracterizando o envelhecimento como um processo que perpassa a trajetória de vida pessoal e social do idoso. Por consequência, essa dessemelhança traz também demandas de políticas públicas diferenciadas.

Deste modo, a intersectorialidade, ou seja, a construção conjunta de ações e políticas entre diferentes setores tais como saúde, assistência social e direitos humanos, bem como a integralidade são necessárias para a construção de estratégias voltadas para o bem-estar desse grupo populacional e para a promoção de sua qualidade de vida. Desta forma, a *desintegração institucional* que marca a trajetória da proteção social na região pode se configurar como um dos principais desafios para gestores, trabalhadores de serviços e representantes da sociedade civil, formuladores de políticas, dentre outros no que concerne à qualidade de vida dos mais velhos.

O panorama até então apresentado demonstrou que existem características histórico- estruturais comuns entre a maior parte dos países latino americanos. Entretanto é preciso salientar que também existem diferenças nos padrões dos sistemas de proteção social.

É necessário reconhecer os condicionantes econômicos e políticos que propiciaram a proteção social na região, e ao mesmo tempo desvelar as principais características que esta assumiu nos diferentes países e as respostas construídas para dar conta dos problemas e riscos sociais que atingem a população. Mais do que isso, se debruçar sobre os sistemas de proteção social da América Latina significa reconhecer que apesar das similitudes nas trajetórias da construção das políticas em alguns países, há uma heterogeneidade significativa na região que impõe desafios tanto no que se refere à busca por elementos

de identidade , quanto na busca na formulação e desenvolvimento de proposições/ planos que permitam o desenvolvimento econômico e social regional e superação dos problemas sociais (MACHADO, 2011)

Além disso, o entendimento sobre as características específicas que explicam a conformação da proteção social na América Latina é importante para o desenvolvimento de ações e políticas para o bem-estar da população idosa que cresce vertiginosamente na região. Os caminhos similares e divergentes que os países latino americanos percorreram para construir suas políticas sociais também expressa e traz à tona que aparatos sociais os idosos podem ter a seu alcance, ou seja, que tipo de arranjos de proteção social (relações entre Estado, mercado e famílias) essa população terá a seu dispor para auxiliá-la nas suas fragilidades e demandas específicas.

O contexto pós 1980

Alguns países da América Latina experimentaram um período expressivo de crescimento, entre 1960 e 1970, a partir de uma política mais intervencionista e voltada, entre outras coisas, para um modelo de substituição de importações. Pode-se dizer que apesar de problemas como o aumento da concentração de renda, por exemplo, esse período também trouxe algumas melhoras para alguns países da região como a diminuição lenta na incidência relativa da pobreza (FILHO, 1994).

Essa trajetória foi limitada pelos efeitos da crise da dívida dos anos 80 e esgotamento da estratégia de substituição de importações, provocando uma crise econômica que por sua vez levou a uma estagnação econômica, altas taxas de inflação (que gerou também uma crise fiscal no Estado), baixas taxas de crescimento e retrocesso na distribuição de renda e nas questões relativas ao combate da pobreza. Esses desajustes levaram os países latino americanos a serem compelidos a acolher programas de ajustes fiscais e subsequentes reformas nas políticas sociais (baseadas em ideias neoliberais e necessidade de contenção de despesas públicas) ao longo dos anos 80 e 90 no intuito de alavancar mudanças no modelo econômico até então vigente (KERSTENETZKY, 2012; SALLUM JR.; KUGELMAS, 1991).

No entanto, é importante destacar que outros fatores influenciaram as reformas que se sucederam como: (i) as mudanças demográficas e sociais relacionadas ao gênero, desemprego e sobretudo ao processo de *envelhecimento populacional*; (ii) características histórico-estruturais dos países latino americanos como as trajetórias, a estrutura dos gastos, a base político – institucional em que se sustentam os sistemas (do tipo corporativa

(organizações sindicais como beneficiárias); com baixo grau de integração do sistema político – expressa na dominação das elites políticas; burocratas); (iii) a forma como esses países se inseriram economicamente no cenário internacional (trajetória marcada pela dependência, o que gerou mais vulnerabilidade às crises externas); (iv) estrutura do Estado visto que elementos como pontos de vetos (veto points) e o marco institucional influenciam na sua conformação; (v) as instituições políticas de cada país (regras eleitorais, dinâmica da relação entre executivo e legislativo, procedimentos para a tomada de decisão) que moldam, mediam os conflitos e estruturam os debates permitindo que certos atores entrem em cena, restringindo a entrada de outros e determinando pontos de estrangulamento; entre outros elementos (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011)

Com o objetivo de superar esse panorama, diversos países latino-americanos envolveram-se a partir dos anos 80 em reformas capitaneadas pela perspectiva liberal de enxugamento do setor público. As diretrizes dessas reformas foram formuladas por economistas ligados às instituições financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial e sistematizadas no Consenso de Washington. Esse ideário propugnava o Estado Mínimo e a substituição da regulação estatal pela regulação do mercado, visto que ele atribuía a crise a “problemas exclusivamente internos e a cobrança dos países latino-americanos reformas internas: o ajustamento fiscal e do balanço de pagamentos e as reformas estruturais orientadas pelo mercado” (BRESSER-PEREIRA, 1993, p. 44)

O foco era principalmente a restrição de gastos públicos, colocada como indispensável para a recuperação do equilíbrio fiscal. Para tal era necessária a eliminação do déficit público (ajustes fiscais) e também a adoção de reformas estruturais ou orientadas pelo mercado (principalmente com a liberalização do comércio e privatização), visando a desregulamentação e a redução do aparato estatal. Além disso, o Estado deveria ser apartado das pressões por interesses particulares e por isso as decisões antes delegadas a ele, seriam concedidos a agências independentes que não teriam incentivos para se renderem às pressões políticas (ALMEIDA, 1999a; BRESSER-PEREIRA, 1993).

Parte dos países da região foram pressionados a realizar os ajustes macroeconômicos propostos pelas instituições financeiras internacionais, muitas vezes condicionadas a empréstimos do FMI, Banco Mundial e outros organismos internacionais. Para conseguir pôr em práticas as diretrizes propostas, basearam suas ações em dois eixos: reestruturação dos sistemas em torno da provisão mercantil de bens

e serviços e reforço e expansão de programas focalizados nos pobres. Assim, ganharam centralidade nessa agenda o tema da pobreza, redes sociais de proteção mínima e programas de transferência monetária (DRAIBE; RIESCO, 2011).

A adesão a políticas focalizadas teve reflexo em diversos setores sociais como Saúde, por exemplo, visto que foram adotadas medidas como destinação de limitados recursos do setor para os mais pobres, instituição de formas de co-pagamento, pacotes de serviços essenciais aos mais pobres, segmentação no acesso com estímulo ao acesso ao sistema privado de saúde àqueles com maior poder aquisitivo (na maioria das vezes subsidiada pelo Estado), e implementação de um sistema público com oferta de serviços básicos e às vezes de baixa qualidade para a população mais pobre (LAURELL, 2013). Essa ampliação da segmentação da proteção social em saúde em grande parte dos países da América Latina levou a saúde a ser vista não como um direito universal, mas condicional, posto que não se configurava como um elemento incluso no campo dos direitos universais garantidos a toda população.

Além disso, diversos países enfrentaram reformas para reduzir gastos com benefícios previdenciários e assistenciais com restrições ao valor dos benefícios e elevação de impostos. Para tal, utilizou-se como principal argumento a necessidade de frear o aumento de custos decorrentes, principalmente, da trajetória demográfica de crescimento de idosos. De acordo com Simões (1997, p. 1) uma das recomendações do Banco Mundial era “a diversificação dos sistemas estatais de assistência aos idosos, mediante a maior participação da poupança individual e do setor financeiro privado na gestão dos fundos de pensão.

A questão que tem se colocado central na agenda pública para a América Latina é compatibilizar a agenda hegemônica de reforma administrativa do Estado com as especificidades diante da necessidade de dar conta dos excessos que exacerbaram os problemas sociais nas últimas décadas a partir de um panorama de (re)construção das funções do Estado, visto que os ajustes macroeconômicos dos anos 80 induziram efeitos sérios, perturbadores e de longo prazo, na estrutura e financiamento do setor público dessa região (ALMEIDA, 1999).

Os anos 1980 foram caracterizados por muitos como a “década perdida” (Costa, 1996; Bandeira, 2002). No âmbito econômico a região passou por uma desaceleração do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), aumento das taxas de inflação, diminuição do poder de compra, aumento dos níveis de desemprego, entre outros indicadores

negativos. Por outro lado, ao se analisar o período a partir do ponto de vista político, a década de 80 também compreendeu avanços.

Depois de um longo período de ditadura em grande parte dos países da América Latina, a partir dos anos 80 o quadro político da região começou a se modificar com a onda de redemocratização, sintetizada na retomada de eleições e de direitos sociais a agenda pública desses países. As reivindicações sociais tinham como propósito geral repercutir junto aos governos eleitos o desejo de maior comprometimento com a liberdade e a cidadania, “no sentido de construir e/ ou consolidar sistemas de proteção social mais abrangentes e menos permeáveis ao controle social, ou seja, mais universais e democráticos” (SOARES, 2008, p. 929).

É certo que as prioridades de ajustes econômicos e a adoção de políticas neoliberais como programa de governo impactaram negativamente nas frágeis instituições de proteção social da região, apesar do enorme esforço para ampliar direitos sociais diante da persistência de um Estado estratificado e excludente. De acordo com Fleury (2010, p. 62), vive-se ainda sob “democracias de baixa intensidade na América Latina”, com áreas do território em que o Estado não está presente, além de um elevado grau de iniquidade e exclusão social.

Capítulo 3: Referencial Analítico e Estratégias Metodológicas

O estudo, de natureza predominantemente qualitativa, buscou analisar as políticas da Seguridade Social no Brasil entre 1988 e 2015, tendo como perspectiva a proteção social à população idosa. É fundamental compreender de que forma os idosos têm sido contemplados pelo sistema de proteção social brasileiro, uma vez que a Carta Magna representou uma mudança institucional na forma de lidar com as questões sociais, identificada pela expansão do aparato político e organizacional e abrangência das políticas (LOBATO, 2009).

Para desenvolver a pesquisa optou-se em utilizar como referencial a literatura internacional e nacional sobre sistemas de proteção social, particularmente os autores e estudos que se apoiam em uma perspectiva da economia política, tendo como eixo os arranjos entre Estado, mercado e famílias na área social. No caso deste estudo, o foco será a expressão desses arranjos na proteção aos idosos.

A análise integrada da economia e da política social há muito vem sendo abordada por diversas vertentes da sociologia econômica e por autores que realizam estudos sobre desenvolvimento econômico, partindo de obras de expoentes como Karl Marx, Max Weber, Emile Durkheim e Karl Polanyi. Para estes autores, a economia é apreendida como uma parte da sociedade, ou seja, os fenômenos econômicos encontram-se absorvidos pelo todo social do qual fazem parte. Existem ainda estudos onde a política social é pensada no quadro mais amplo da relação Estado - desenvolvimento econômico - sistemas de proteção social, onde “mais do que as bases materiais do progresso social, enfatizam-se as capacidades dos sistemas de política social em promover e facilitar o crescimento econômico, simultaneamente ao desenvolvimento social” (DRAIBE; RIESCO, 2011, p. 224).

A literatura relativa à proteção social engloba ainda um conjunto de estudos que busca compreender, a partir de uma perspectiva de análise histórica e comparada, os padrões específicos de intervenção do Estado nas questões sociais, entre os quais se destacam o estudo empreendido por Esping - Andersen (1991). Partindo de uma abordagem histórico - comparativa, o autor desenvolve uma tipologia²⁵ para investigar as

²⁵ Esping- Andersen (1991) argumenta que os países industrializados podem ser agrupados, a partir das características comuns dos seus regimes de bem-estar, em três modelos: o regime liberal/residual (que inclui os Estados Unidos, Canadá e Austrália), o regime conservador /corporativista (que inclui a Alemanha e também a Áustria, a Bélgica, a Itália e a França) e o regime social democrata/universalista (que corresponde aos países da Escandinávia e à Suécia em particular).

concepções de como, com que peso e o grau em que o Estado atua na política social, em diferentes contextos. Para tanto utilizou como critérios interligados: i) a qualidade dos direitos sociais (diminuição da dependência dos cidadãos em relação ao mercado para obterem/ ter acesso ao bem-estar - grau de ‘desmercadorização’); ii) os efeitos das políticas sociais na estratificação social; e iii) arranjo de provisão de bem-estar que prevalece, ou seja, se centrado no Estado, no mercado e/ou nas famílias (Kerstenetzky, 2011).

A investigação sobre a interação entre Estado, economia e políticas sociais realizada por Esping - Andersen (1991) traz contribuições importantes para a compreensão da proteção social para os idosos, na medida em que um Estado que se caracteriza por um sistema de proteção social mais redistributivo, reconhece a ocorrência de inevitáveis e previsíveis riscos sociais que inviabilizam e/ou dificultam a manutenção de rendimentos, como o envelhecimento, e passam a protegê-los. Isso significa que, quem perde a capacidade laborativa por conta da idade, tem acesso a direitos sociais, independentemente do mercado.

As contribuições de Esping – Andersen não se resumem a sua formulação clássica sobre os três regimes de Estado de bem-estar social, as características que influenciam sua conformação e seus efeitos. Em estudo recente, o autor aborda numa outra perspectiva as grandes mudanças na sociedade pós-industrial que passa a ser confrontada por várias mudanças sociodemográficas: entrada expressiva de mulheres no mercado de trabalho, aumento do número de famílias monoparentais e o prolongamento da esperança de vida, que tem por resultado o envelhecimento populacional. Para o autor, essas transformações afetam diretamente o sistema de proteção social, o que obrigam os Estados a reavaliar suas intervenções sociais por meio das políticas sociais.

Essa mudança de perspectiva sobre as estratégias utilizadas para dar apoio e amenizar as dificuldades dos indivíduos auxiliaram e trouxeram lições para o estudo aqui desenvolvido, haja visto que Esping – Andersen (2002) propôs adotar uma concepção mais dinâmica de proteção social, deixando de lado a implementação e oferta de políticas sociais que se limitavam a atenuar os riscos e dificuldades atuais dos indivíduos, e passou a pensar na proteção social em termos de trajetória de vida, isto é: fazer investimentos sociais no presente a fim de que se evitem percalços e dificuldades no futuro .

Cabe ressaltar que diversos outros autores internacionais e nacionais se apoiam na vertente analítica da economia política da proteção social para a análise das políticas

sociais, destacando-se o trabalho clássico de Offe (1990), que assinala a necessidade de compreender a política social em ao menos dois planos: a sua inserção na economia capitalista e a sua especificidade na trajetória histórica das sociedades.

Essa compreensão remete à necessidade de consideração das singularidades dos sistemas de proteção social nos diferentes contextos. Assim, além da literatura sobre os Welfare States, é necessário considerar as especificidades dos sistemas de proteção social no países latino-americanos, que têm sido objeto de reflexão de autores como Mesa-Lago (2003), Huber e Stephens (2012), Gough (2013), entre outros.

Entre os autores nacionais, destaque-se os estudos de Draibe (1993; 1995; 1997), Vianna (2000) Viana e Levcovitz (2005), Fagnani e Vaz (2013), entre outros, relevantes pelo esforço de compreender as especificidades do sistema de proteção social no Brasil. As contribuições desses autores serão consideradas no presente estudo.

Quanto ao foco na proteção social aos idosos, o estudo de Lynch (2006) tem especial relevância para a pesquisa, visto que a autora se preocupou em investigar o viés de idade no Estado de Bem-estar, ou seja, se as políticas sociais adotadas em determinados países seriam pró idoso ou não. Isso se daria tanto pela preocupação com as transformações etárias, quanto porque se entende que a existência de um viés nas políticas pode levar a repercussões significativas em diversas dimensões da vida social, tais como a participação no mercado de trabalho, a fertilidade e o planejamento familiar, por exemplo. Deste modo, Lynch (2006) examinou como o desenho institucional dos programas de bem-estar tem tido um efeito na elaboração, formulação e manutenção (ou não) de políticas públicas para determinados grupos etários.

Além das contribuições da literatura sobre proteção social, o presente estudo também se apoiou em contribuições do referencial do institucionalismo histórico. Os autores situados nesta abordagem, valorizam a importância das instituições porque elas afetam e intermediam a relação entre as estruturas sociais e o comportamento de grupos e indivíduos ao longo do tempo.(THELEN; LONGSTRETH; STEINMO, 1992)²⁶

Além do destaque conferido às instituições, os estudos que utilizam o referencial do institucionalismo histórico se caracterizam pela valorização da dimensão temporal na análise dos processos sociais e das políticas públicas, destacando-se conceitos como temporalidade dos processos (timing) e a ordem temporal dos eventos (sequence). Para

²⁶ O conceito de instituição inclui tanto organizações formais quanto regras e procedimentos informais que estruturam a conduta (Thelen e Steinmo, 1992)

Pierson (2004), uma sequência antecedente e particular de eventos e o momento que ocorrem podem ser relevantes para explicar possíveis resultados divergentes na trajetória histórica do processo político ou de uma política. Nesse sentido, a dimensão contextual e temporal dos processos sociais importa.

Um conceito importante para autores situados nessa abordagem é o de dependência de trajetória (*path dependence*). De acordo com esse conceito, os acontecimentos do passado poderão afetar uma cadeia de eventos posteriores, estabelecendo, portanto, limites e possibilidades para as decisões políticas no presente e do futuro. Entretanto, não se trata de um determinismo histórico, mas de problematizar as condições anteriores que levaram àquela determinada estrutura e a forma como os atores estão envolvidos nela.

Em termos da pesquisa aqui empreendida, isso significa pensar que os arranjos e escolhas estabelecidos antes da Constituição de 1988 podem ter influenciado e condicionado as ações vindouras, sobretudo aquelas relacionadas às três áreas da Seguridade Social (Assistência, Previdência e Saúde) e mais especificamente na adoção e desenvolvimento de políticas sociais e no tipo de ações para a população idosa. Além disso, a trajetória das políticas desde então, considerando a sua temporalidade e a sequência das decisões e eventos, podem afetar os seus resultados no período e as possibilidades de escolhas dos atores.

A proposta de que conceito de *path dependence* ajuda a explicar a continuidade ou não de uma política e/ou processo e que essas mudanças institucionais acontecem somente em momentos críticos ou a partir de choques exógenos foi durante muito tempo preponderante entre os estudiosos do institucionalismo histórico. Com isso, muitos trabalhos recentes têm focado as mudanças institucionais, conforme proposto por Mahoney e Thelen (2009). Mantendo-se dentro da perspectiva do institucionalismo histórico, esses autores passaram a considerar a importância do caráter gradual e progressivo nas mudanças das instituições ao longo do tempo, em contraste com os estudos que consideravam as mudanças maiores e abruptas como mais importantes.

De acordo com Mahoney e Thelen (2009), os estudos dessa perspectiva também muitas vezes não davam conta de explicar o papel dos atores na concepção, transformação e preservação das instituições. Para esses autores, diferentes tipos de agentes podem influenciar as mudanças institucionais e o êxito dependerá das estratégias desenvolvidas em ambientes institucionais específicos e das coalizões que conseguirem formar. Diante

disso, a estrutura passa a ser tida como mais vulnerável à agência porque a mudança pode ocorrer tanto por meio de eventos mais amplos (exógenos) quanto por meio de rupturas e de modo incremental, ou seja, pela ação cotidiana dos indivíduos.

Para Mahoney e Thelen (2009), as mudanças podem ser determinadas pelo contexto político (ligado à ideia de distribuição de poder e à existência ou não de pontos de veto), pelas características da própria instituição e pelo tipo de agente da mudança dominante²⁷. Isso significa que seriam as características da estrutura (instituição e contexto político) e a ação dos atores que explicariam os diferentes tipos de mudança institucional.

Além da dimensão institucional–normativa, o contexto político e a noção de grupos de atores sociais também foram utilizados para analisar as áreas da Seguridade Social e como estas têm lidado com a proteção social aos idosos. Buscou-se identificar não só as estratégias da política, mas também quais foram os atores envolvidos com a temática da proteção social aos idosos que integram as organizações do governo e da sociedade civil, compreendendo que a sua atuação pode influenciar o processo de condução e o conteúdo das políticas sociais disponíveis aos idosos.

Em síntese, a análise das políticas de proteção social aos idosos buscou considerar, além da conjuntura política, social e econômica, a estrutura institucional (constrangimentos e determinações legais; arranjos) e a atuação de atores sociais²⁸ governamentais e não governamentais.

As instituições têm papel na condução e desenho das políticas sociais, assim como seu caráter menos ou mais redistributivo. Por outro lado, os atores sociais, atuam no sentido de pressionar e promover ações, impactar nas instituições e eventualmente organizar-se como representação institucional em determinados governos, gerando constrangimentos e resistências. Há, portanto, uma interação entre os dois, com influências recíprocas.

²⁷ Mahoney e Thelen (2009) definem os agentes dominantes a partir da seguinte tipologia: i) insurgentes, que rejeitam o status quo institucional e não querem cumprir a atual regulação; ii) simbioses, que vivem em associação íntima com as regras existentes e que desejam preservar o status quo desejando ganhos privados; iii) subversivos, que procuram substituir a instituição, mas sem desfazer as regras existentes; e iv) oportunistas, que, ao explorar as ambiguidades na interpretação ou aplicação das regras em vigor, acabam por refazê-las de forma a ficar diferente da intenção de seus formuladores originais.

²⁸ Como atores entende-se tanto os movimentos sociais quanto de forma mais ampla aqueles com capacidade de estabelecer prioridades e manejar recursos, incluindo partidos políticos – tidos como mecanismos institucionais importantes da vocalização política)

Assim, a partir dos objetivos definidos para o estudo e do referencial analítico adotado, a pesquisa foi elaborada tendo como base quatro eixos de análise: contexto e trajetória da seguridade social no período de 1988 a 2016; estratégias das políticas da Previdência, Assistência e Saúde para a proteção social aos idosos; atores e entidades envolvidos com as políticas de proteção social aos idosos; relações Estado, mercado e família no que refere à proteção social aos idosos.

O primeiro eixo, “contexto e trajetória da seguridade social no período de 1988 a 2016” se refere à identificação, compreensão e análise dos fatores estruturais, institucionais e conjunturais que condicionaram a proteção social ofertada aos idosos sob o âmbito da Seguridade Social.

O segundo eixo “estratégias das políticas da Previdência, Assistência e Saúde para a proteção social aos idosos” se relaciona à descrição de ações, programas e serviços que as áreas da Seguridade social brasileira têm desenvolvido para o bem-estar da população idosa.

O eixo “atores e entidades envolvidos com as políticas de proteção social aos idosos” se fundamenta no reconhecimento de que a atuação dos atores e organizações envolvidos com as políticas voltadas para os idosos pode trazer repercussões para as políticas sociais voltadas a esse grupo populacional. Nesse sentido, o estudo priorizou a análise do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa como uma arena de articulação intersetorial e de participação social nas políticas públicas, visto que é composto por diferentes órgãos governamentais e organizações da sociedade civil.

Por último, o eixo “relações Estado, mercado e famílias na proteção social aos idosos” é transversal aos demais e diz respeito à compreensão do papel de cada um na provisão de bem-estar dos idosos. Este eixo permeou a análise das políticas nas três áreas da Seguridade Social que têm implicações para os idosos, no que concerne à divisão de responsabilidades e às relações público-privadas no financiamento e cobertura do sistema.

Quanto às estratégias metodológicas, diferentes técnicas foram utilizadas na pesquisa, tais como revisão bibliográfica; análise documental (com ênfase em leis, normas e documentos federais); análise de dados secundários; e, de forma complementar, realização entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos com as políticas de proteção aos idosos.

Para a pesquisa bibliográfica, foram realizadas buscas nas bases de dados disponíveis online por meio do Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) tais como o *SocINDEX with Full Text* e *Sociological Abstracts* e o Scielo (Scientific Electronic Library Online) sobre temas fundamentais para o estudo, utilizando palavras-chave e descritores como envelhecimento, idosos, proteção social, políticas sociais, seguridade social no Brasil, Constituição de 1988.

Quanto à análise documental, foi valorizada a busca da legislação, normas e demais documentos relacionados às políticas para os idosos, que foram encontrados no portal do *Senado Federal*²⁹ e nos sites de órgãos federais como do *Ministério da Previdência Social*³⁰, do *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*³¹, da *Secretaria de Direitos Humanos*³², Ministério da Saúde³³ entre outros. Ademais, no capítulo que concerne a análise da atuação do CNDI, destaque-se a utilização das atas das reuniões do Conselho realizadas entre novembro de 2002 e abril de 2016, solicitadas através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e- SIC). No período foram realizadas 81 reuniões, das quais foram analisadas as 54 atas disponíveis (66% do total de reuniões), distribuídas entre todas as gestões bienais do período. Destas, 42 tinham a relação completa de participantes (77,7% das atas analisadas).

Outra técnica de pesquisa utilizada a fim de oferecer um quadro de informações ainda maior sobre o objeto de estudo aqui desenvolvido foi a análise de dados secundários. Essa estratégia consistiu no levantamento e análise de informações em instituições governamentais que desenvolveram pesquisas e estudos associados à população idosa e os desafios postos a proteção social (dados demográficos, gastos com atenção aos idosos, acesso e cobertura a benefícios e programas sociais) como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), além de fundações internacionais que também tratam da temática dos idosos como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

²⁹ <http://www12.senado.leg.br/hpsenado>

³⁰ <http://www.previdencia.gov.br/>

³¹ <http://www.mds.gov.br/>

³² <http://www.sdh.gov.br/>

³³ <http://www.saude.gov.br/>

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em pequeno número, em caráter complementar às demais técnicas de pesquisa, visando suprir lacunas referentes à compreensão da trajetória, contexto e escopo das políticas de interesse. Foram selecionados atores ligados à construção, elaboração e implementação de políticas voltadas à população idosa, com ênfase em atores governamentais (de órgãos federais, como ministérios e secretarias) e representantes de organizações sociais civis ligados aos direitos sociais dos idosos. Os critérios adotados foram: cargo ou posição ocupada, tempo de atuação e envolvimento na política. Foram realizadas seis (6) entrevistas, assim distribuídas: um ex-Secretário Executivo do CNDI (entrevistado 1); um representante da área técnica do Ministério da Saúde (entrevistado 2); um ex-presidente do CNDI e representante do Ministério da Saúde (entrevistado 3); um ex-presidente do CNDI vinculado à entidade civil não-governamental (entrevistado 4).; um ex-representante da área técnica do Ministério da Saúde (entrevistado 5) e um representante da Secretaria Nacional de Assistência Social (entrevistado 6).

O Quadro 2 sistematiza a matriz de análise da pesquisa, relacionando os eixos de análise, seus componentes e as técnicas de pesquisa utilizadas.

Quadro 2: Matriz de análise: eixos de análise, componentes (o que analisar) e técnicas/instrumentos de pesquisa.

Eixos de análise	Descrição dos componentes	Técnicas de pesquisa
<i>Contexto e trajetória da Seguridade social e da proteção social aos idosos no período de 1988 a 2015</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto da Seguridade no período, em sua relação com o modelo de desenvolvimento econômico e social; - Marco constitucional, legal e normativo da Seguridade e da proteção aos idosos; 	Pesquisa bibliográfica; análise documental (legislação, normas, documentos oficiais); análise de dados secundários
<i>Estratégias das políticas da Previdência, Assistência e Saúde para a proteção social aos idosos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes legais e normas para a população idosa em cada área; - Características das políticas e programas propostos em cada área relevantes para a proteção aos idosos (tipos, escopo, público-alvo); - Destaque da questão da proteção social aos idosos na agenda das políticas da Seguridade; 	Pesquisa bibliográfica; análise documental (leis, normas, documentos e relatórios das áreas), análise de dados secundários; Entrevistas semiestruturadas com atores selecionados ligados à construção de políticas para os idosos.
<i>Organizações, atores e arenas envolvidos com as políticas de proteção social aos idosos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizações e atores, governamentais e não governamentais, envolvidos com as políticas para os idosos 	Pesquisa bibliográfica; análise documental (ênfase em documentos e atas do CNDI) Entrevistas semiestruturadas com atores selecionados ligados à

	- Dinâmica e atuação do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa (CNDI).	construção de políticas para os idosos
<i>Relações Estado, mercado e famílias na proteção social aos idosos</i>	- Divisão das responsabilidades e articulação de Estado, mercado e famílias na proteção social aos idosos, - Relações público-privadas no financiamento e cobertura dos idosos nas áreas da Seguridade Social.	Análise de dados secundários de sites e bases de dados oficiais (anuários estatísticos da Previdência; Datasus, ANS,) Pesquisa bibliográfica;

Fonte: Elaboração Própria.

O capítulo a seguir centrou-se na análise da trajetória da Seguridade Social no Brasil, considerando os diferentes momentos das suas três áreas no que concerne as características gerais e estratégias (propostas, programas, ações) voltadas para os idosos.

Capítulo 4: : Trajetória da Seguridade Social e proteção aos idosos no Brasil

Antecedentes e Constituição de 1988

Desde muito tempo há nas políticas sociais brasileiras, uma preocupação com a perda do papel social do idoso impulsionada pelas mudanças do capitalismo que considerava os longevos como descartáveis, na medida em que havia uma diminuição da sua capacidade laborativa e, portanto de contribuição para o sistema (VERAS; CALDAS, 2008). Diante disso, políticas de provimento de renda aos idosos mais vulneráveis, ou seja, incapacitados e dependentes, fizeram-se necessárias e foram desenvolvidas pelo Estado brasileiro que assumiu que a insuficiência de renda e a perda de autonomia são fatores de risco para o bem estar do idoso.

Dessa maneira, diversas políticas e ações foram construídas a fim de dar suporte a população mais idosa. Informações do Ministério da Saúde³⁴ indicam que desde 1888 existem políticas referentes à garantia de renda após a chegada à terceira idade, mesmo que ainda setoriais. Mesmo que a Constituição promulgada em 1988 tenha significado uma importante conquista na ampliação dos direitos - principalmente para aqueles que não eram contemplados por políticas mais universalistas – o sistema de proteção anterior à Carta Magna já indicava uma preocupação com a garantia de direitos e qualidade de vida desse grupo populacional, sobretudo com os inseridos no mercado de trabalho formal.

O Brasil implantou ao longo do século XX um sistema³⁵ de proteção social ancorado predominantemente na lógica do seguro social, onde a garantia de direitos sociais se dava a partir do vínculo empregatício formal e contributivo do trabalhador. Para Vianna (2000, p. 140), “a Previdência tornou-se um instrumento de incorporação controlada, definindo que direitos integravam o pacote da cidadania e quem a ele tinha acesso”.

Este sistema se caracterizava por seu arranjo corporativista, fragmentado e

³⁴ Em 1888 foi criado o Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888, que regulou o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. Fixava em 30 anos de efetivo serviço e idade mínima de 60 anos os requisitos para a aposentadoria. Fonte: <http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1888-1933/>. Acesso em 22/12/2015

³⁵ Eram as Caixas Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estes eram organizadas por empresas e somente grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e eram compostos por assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadorias, entre outros. Entretanto essas Caixas beneficiavam apenas aqueles que pertenciam a um grupo de trabalhadores incluídos em sua respectiva CAP. (BAPTISTA, 2007)

excludente, uma vez que deixou de fora grande parte da população do país, sendo denominado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) como “cidadania regulada”, já que só era considerado cidadão e merecedor de benefícios aqueles que estivessem vinculados ao sistema formal de emprego. Aqueles cujo trabalho a lei desconhecia, como trabalhadores do mercado informal urbano (algo que vigora até hoje), domésticas, trabalhadores rurais, isto é, a maior parte da população brasileira, eram considerados “pré – cidadãos” (VIANNA, 2000).

Entre as década de 1930 e 1980, alguns mecanismos foram desenvolvidos a fim de ampliar o acesso aos direitos, tais como a Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS³⁶; a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)³⁷ que tornou possível a inclusão efetiva de trabalhadores rurais e como desdobramento a de empregados domésticos³⁸ e trabalhadores autônomos³⁹; a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁴⁰; e a formação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) . Para Rodrigues (2003) as mudanças realizadas foram importantes no sentido em que minimizaram a fragmentação e seletividade que caracterizava o sistema até então, além de massificar e ampliar a cobertura.

De forma geral, é possível afirmar que ao longo do período (de 30 a 80) a área da Previdência foi marcada pelo forte corporativismo, visto que foram desenvolvidas políticas diferenciadas de reconhecimento de direitos através da oferta de benefícios somente a integrantes de determinadas categoriais profissionais e urbanas de trabalho. Todavia, é possível destacar avanços como o estabelecimento de mecanismos de proteção social àqueles privados de direitos (FUNRURAL); ampliação e unificação de leis relativas aos direitos previdenciários dos trabalhadores urbanos (LOPS); e legitimação do direito de acesso a renda por parte de contingentes da população em maiores condições de vulnerabilidade e considerados inválidos para o trabalho (RMV) – mesmo que ainda atrelada à participação prévia no mercado de trabalho assalariado formal (PASINATO, 2009).

³⁶ Lei nº 3.807 de em 26 de agosto de 1960

³⁷ Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963 que depois foi revogada pela Lei nº 5889, de 08/06/1973. Esta lei instituiu normas gerais de proteção ao trabalhador rural. Contudo, foi somente a partir da criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) que o referido fundo ganhou existência real e os benefícios começaram a ser implementados efetivamente (Palmeira, 1989).

³⁸ Lei 5.859, de 11/12/1972 ([Revogada pela Lei Complementar nº 150, de 2015](#))

³⁹ Lei 5.890, de 8/6/1973

⁴⁰ Decreto Lei nº 72 de 21/11/1966. O INPS tinha como objetivo principal de corrigir as dificuldades e as intercorrências decorrentes da segmentação institucional e, ampliar o acesso a bens e serviços à população (Vianna, 1998).

Não obstante, o modelo corporativo de incorporação dos indivíduos e determinação de privilégios que prevaleceu durante o período teve repercussões para os idosos. Eram considerados cidadãos somente “aqueles membros da comunidade que se encontra[vam] localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei”. Assim, os direitos dos cidadãos restringiam-se aos direitos do lugar que o indivíduo ocupava no processo produtivo (SANTOS, 1979, p. 75).

Sendo assim, a ausência de políticas alternativas de apoio e renda àqueles idosos que não se inseriram no mercado de trabalho formal ao longo da vida significava a maior possibilidade desses indivíduos vivenciarem processos de pobreza e trajetórias de vulnerabilidades. Por outro lado, àqueles que chegavam a terceira idade e se tornavam muitas das vezes inaptos aos padrões estabelecidos pela sociedade - onde o trabalho tem um papel fundamental - o benefício recebido pelos aposentados por idade e/ou tempo de contribuição configurava-se como principal meio de subsistência para suprir as necessidades vitais de subsistência.

Em relação ao setor saúde, o sistema foi caracterizado pela dualidade e fragmentação, uma vez que a área foi marcada pela existência de dois modelos de inclusão social e também diferentes faces do direito à saúde: a saúde pública e a assistência médica previdenciária. Havia aqueles que “defendiam a subordinação da assistência médica a um conceito de saúde pública que superasse o corporativismo e englobasse saúde pública e medicina previdenciária, e aqueles que propugnavam pela manutenção da separação entre tais setores” (FIDÉLIS; FALLEIROS, 2010, p. 147). De forma geral, manteve-se o foco da proteção social no mundo do trabalho formal e urbano, apesar de tentativas de expansão às clientelas mais amplas e excluídas da regulação estatal.

A organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde foi outra marca expressiva do setor saúde. Por conta do aprofundamento da concentração urbana e da modernização que caracterizou o Brasil a partir da segunda metade da década de 50, houve um aumento da demanda por atenção em saúde por parte dos novos trabalhadores que se avolumavam nos centros urbanos. Porém, esse processo teve como efeito colateral uma progressiva e rápida expansão de convênios – empresas a fim de dar conta das lacunas deixadas pelo Estado, que não conseguia suprir a necessidade de mais serviços e ações de saúde. Nesse contexto surgem “os grandes hospitais, com tecnologias modernas, a assistência torna-se mais cara,

e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde” (BAPTISTA, 2007, p. 38).

Na década de 70, mais categoriais profissionais foram incluídas no sistema. O Estado reestruturou o sistema de saúde, recorrendo e privilegiando mais uma vez a contratação do mercado privado em uma lógica privatizante, configurando-se um ‘complexo médico industrial’, além de estabelecer um padrão de cuidado baseado numa prática médica individual, assistencialista e com ênfase na especialização. (BAPTISTA, 2007; CORDEIRO, 1985)

É possível afirmar, portanto, que a trajetória prévia do setor saúde foi determinada pela expansão da assistência hospitalar e uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, o que se constituiu em uma das bases para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde e que deixou marcas inextinguíveis na área da saúde até os dias atuais (Braga e Paula, 1987)

A adoção de uma prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo (SCOREL; TEIXEIRA, 2008) também tiveram efeito sobre os longevos. O envelhecimento traz consigo o incremento e a coexistência de patologias crônicas, o que acaba aumentando a necessidade de atenção que deve ser respondida não mais por um “sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado para condições agudas de saúde”(MENDES, 2011, p. 18), mas para o enfrentamento das condições crônicas. Logo, o privilegiamento da prática médica curativa individual, fragmentada e episódica, não é o mais adequado a ser dispensado aos idosos (MENDES, 2011). Dada a maior ocorrência de condições crônicas e suas características, o tratamento deveria basear-se na terapêutica contínua e a longo prazo, centrado no cuidado multiprofissional e no autocuidado.

A fragmentação institucional observada no setor, da mesma forma, se configura como uma característica que afeta a população idosa. A construção do sistema de saúde foi determinada pela dualidade institucional e essa trajetória influenciou a forma como ações e serviços de saúde foram desenvolvidos, condicionando as políticas de saúde. O modelo dual de assistência que caracterizou por anos as políticas de saúde sustentou-se na oposição entre assistência e prevenção, onde a assistência médica se detinha sobre as iniciativas de caráter individualizado e especializado, e a saúde pública ficava a cargo das ações de cunho coletivo e com fins de prevenção.

Esse caráter híbrido do sistema tem influência no modelo de atenção que se

configura como primordial para o bem estar da população idosa, haja visto que grande parte dos idosos apresenta muitos problemas de saúde coexistentes, o que acaba sobrecarregando o sistema de saúde, além dos custos da assistência. Faz-se necessária a construção de um sistema integrado e coordenado, baseado em um “fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos” (VERAS, 2009, p. 552).

Sobre a Assistência Social, análises mais gerais do período dão que conta de que as ações e serviços vinculados a área eram fundamentalmente atreladas a caridade, além de serem mecanismos de clientelismo político e manipulação de verbas e subvenções públicas; políticas focalizadas e com traços conservadores, desarticuladas, com as ações sendo fundamentadas na lógica da benesse, da caridade e não do direito (CARVALHO, 2008; PEREIRA, 2007; VIANNA, 2000). Assim como os direitos sociais eram restritos àqueles com vínculo empregatício, para a grande maioria da população restava a caridade das instituições filantrópicas.

Contudo, um fator relevante para a área da assistência social foi a criação, em 1942, da Legião Brasileira de Assistência (LBA), sendo considerada a primeira grande instituição nacional dedicada a assistência social. Organizada por conta da entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial, tinha como objetivo auxiliar aquelas famílias cujos chefes tinham sido mobilizados para ir à guerra. A LBA acabou por estender “sua ação às famílias da grande massa não previdenciária, atendendo na ocorrência de calamidades [através de] ações pontuais e fragmentadas” (LONARDONI et al., 2006, p. 1).

Outra ação importante que se desenvolveu no âmbito da Assistência foi a criação, na década de 1970, do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), o primeiro para a clientela idosa em nível nacional, no âmbito do INPS, consistia na implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários. Em 1977, a LBA passou a assumir o programa.

De acordo com Lemos et al (2001), nessa década grande parte das práticas desenvolvidas de atendimento ao idoso pelo governo, sobretudo àqueles não inseridos no mercado de trabalho formal, eram centradas no assistencialismo. As ações direcionadas a esse grupo, sobretudo quando ficou sob a égide da LBA, eram baseadas na distribuição de próteses, órteses, documentos e ações do tipo. As práticas de atendimento desenvolvidas pelo governo expressaram a visão de velhice preponderante naquela época.

A trajetória das políticas que compõem o atual sistema de Seguridade Social brasileiro demonstra que há muito tem-se desenvolvido políticas sociais para a população,

especialmente nos anos de 1970, onde se observou uma forte expansão de programas sociais e de beneficiários. Todavia, os graus de desigualdade de renda, pobreza e exclusão dos serviços e benefícios sociais continuaram bastante expressivos. Na área da saúde, o sistema se mantinha fragmentado apesar da universalização dos atendimentos de urgência e expansão dos equipamentos, dado que a taxa de internação era de aproximadamente 10% em 1980; a relação era de 1,3 mil médicos para mil habitantes no ano de 1981 e o número de consultas era de 1,9 por habitante, o que demonstra que a qualidade e a quantidade de atendimentos continuavam insuficientes para assistir a população. Em relação a Previdência, seus segurados, mesmo com a ampliação dos critérios de elegibilidade para receber seus benefícios, não excediam a metade da população economicamente ativa até os anos 80, o que significa que parte considerável da população brasileira estava às margens da proteção social básica. Este panorama demonstra que mesmo com a consolidação de estruturas institucionais e extensão dos programas e suas coberturas, os impactos sociais positivos ainda eram modestos.

As modificações ocorridas ao longo dos anos levaram a formação de um sistema de proteção social de cunho meritocrático-particularista, conforme já definido por Draibe (1995). A identificação dessa e outras características anteriores das políticas que compõem a Seguridade Social brasileira e a análise do processo histórico de constituição desse sistema é importante no sentido de compreender sua repercussão para a proteção social dos idosos.

As três áreas que agora compõem a Seguridade Social se organizavam conforme resumido no Quadro 3:

Quadro 3: Conformação das políticas que compõem a Seguridade Social antes da Constituição de 1988: características e repercussão para os idosos

Áreas	Principais características	Implicações para a população idosa
<i>Previdência</i>	Corporativismo	Idosos ocupados formalmente dependem do benefício a ser recebido após a retirada do mercado. Idosos não inseridos ficavam desprotegidos e vulnerável a fragilidades diversas
<i>Saúde</i>	- Dualidade institucional: saúde pública e assistência previdenciária - Modelo médico individual e privatista	- A dualidade institucional dificulta a implementação de um sistema integral que é necessário diante das demandas variadas dos idosos - Modelo inadequado para enfrentar as doenças crônicas que acometem os idosos

<i>Assistência</i>	Políticas focalizadas, assistencialismo	As ações direcionadas a esse grupo eram baseadas na distribuição de próteses, órteses, documentos e ações do tipo, não em direitos.
--------------------	---	---

Fonte: Elaboração própria

A necessidade de mudança desse cenário se fez mais forte a partir do fim anos 70/ início dos anos 80, quando temas como a cidadania e a democracia começaram a aparecer de forma mais contundente no centro das discussões políticas, incentivados por movimentos sociais que começaram a se unir em prol da democratização. O cenário se caracterizava como de exclusão de grande parte da população haja visto que o direito a saúde ainda não era uma realidade e os serviços públicos de saúde deixavam a desejar. O reconhecimento da condição de cidadão ainda era atrelado a uma vinculação ao mercado de trabalho formal produtivo, alijando os muitos trabalhadores que não se enquadravam nesse parâmetro. Ser cidadão não era um direito intrínseco ao brasileiro, mas vinculado a lei trabalhista.

Para os idosos, esse processo de redemocratização e tentativa de superação do caráter fragmentado e não universal do sistema, também importava. Uma análise concisa sobre como e/ ou quais políticas sociais produzidas eram voltadas para aqueles com mais de 60 anos, tem-se o seguinte quadro: O Brasil contava, no ano de 1988⁴¹, com 10.235.300 idosos em sua composição, ou seja, cerca de 7,2% da população apresentava 60 anos ou mais. O quadro resume alguns dados sobre os benefícios contributivos voltados para esse grupo:

Quadro 4 - Quantidade de benefícios previdenciários em 1988

Quantidade de benefícios previdenciários em 1988	
<i>Aposentadoria</i>	377.203
<i>Tempo de contribuição</i>	60.365
<i>Idade</i>	202.543
<i>Invalidez</i>	114.295

Fonte: Elaboração própria a partir da Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), IBGE. 1988.

Observa-se que a maior parte dos benefícios concedidos foram aqueles relativos à idade, ou seja, 53,7% dos benefícios concernentes à aposentadoria. Do total de pessoas com 60 anos ou mais residentes no país, cerca de 2% recebiam o benefício de *aposentadoria por idade*. Estes dados seguem que, apesar da expansão dos mecanismos

⁴¹ Dados da PNAD de 1988

de inclusão na Previdência, a quantidade de idosos beneficiários idosos ainda era reduzida. Pode-se creditar a baixa quantidade de benefícios ao alto grau de desemprego ou de informalidade, fatores que podem ser comprovados ao se observar o quadro 5 que se refere ao mercado de trabalho no ano de 1988.

Quadro 5: Total de pessoas inseridas no mercado de trabalho em 1988

Dados referentes a inserção no mercado de trabalho no ano de 1988	
<i>Total de pessoas⁴² economicamente ativas</i>	61.047.954
<i>Total de pessoas ocupadas⁴³</i>	58.728.534
<i>Total de Pessoas empregadas ⁴⁴</i>	38.802.675
<i>Total de Pessoas empregadas com carteira assinada</i>	22.777.969
<i>Total de Pessoas empregadas sem carteira assinada</i>	16.020.573
<i>Sem declaração</i>	4.133

Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE 1988

Do total de pessoas economicamente ativas no ano de 1988, apenas 37,3% trabalhava com carteira assinada. Tais dados denotam que grande parte da população ainda se encontrava fora do mercado formal de trabalho e por isso o número de beneficiários idosos ainda era pequeno, sendo necessário ampliar a extensão da cobertura previdenciária (RANGEL et al., 2009)

A Nova República inaugurou uma fase mais otimista para os movimentos que buscavam a construção de um sistema de proteção social mais equânime e universal. Porém, o período de redemocratização brasileiro aconteceu em meio a um contexto de tensão mundial: “ascensão do neoliberalismo ao poder no centro do sistema capitalista; encerramento do ciclo econômico expansivo iniciado no pós-guerra e pelo início das crises sucessivas de especulação financeira; fim da Guerra Fria e da bipolaridade”, entre outros elementos (RODRIGUES, 2003, p. 201).

Apesar dessa conjuntura, a liberdade política que se reinstaurou ganha visibilidade e força a partir da integração e participação de novos sujeitos sociais na discussão sobre a melhoria nas condições de vida da população brasileira. No âmbito da saúde, o

⁴² Pessoas que estavam ocupadas ou procurando trabalho com 10 anos ou mais de idade

⁴³ Pessoas que tinham trabalho durante toda ou parte da semana

⁴⁴ Pessoa que trabalhava para um empregador geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo em contrapartida uma remuneração em dinheiro, mercadoria, produtos ou somente em benefícios (moradia, alimentação, roupas, etc.). Incluíram-se nessa categoria os parceiros empregados e os trabalhadores agrícolas volantes

movimento da Reforma Sanitária apresentava propostas no que se refere a mudanças na assistência médica da previdência, propondo sua ampliação. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde que passaram a defender questões gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia; os partidos políticos de oposição que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi o grande marco que selou as propostas e diretrizes construídas pelo chamado "movimento sanitário". Algumas das reivindicações/ propostas desse movimento pautavam-se na no incentivo à promoção e reorganização do Estado; fortalecimento das lutas pela democratização da saúde; o incentivo ao desenvolvimento de ações públicas estatais baseadas na provisão de bem-estar a população (principalmente dos estratos inferiores e frágeis); resistência ao modelo de privatização dos serviços de saúde. Essas e outras propostas foram incorporadas e serviram de base para a Constituição Federal brasileira promulgada no ano de 1988, o que faz pensar, que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária (BRAVO, 2006)⁴⁵.

O movimento da Reforma Sanitária, portanto, partiu de críticas ao modelo vigente e à concepção de saúde restrita ao indivíduo e defendeu a democratização e universalização da atenção à saúde. Além disso, propôs-se a reorganização dos serviços capitaneada por uma gestão estatal democrática e não pela iniciativa privada.

Tais demandas puderam ser constatadas a partir de diagnósticos e pesquisas sobre o caráter fragmentado, desigual, centralizador das políticas sociais brasileiras, além da sua baixa capacidade de cobertura e uniformidade nos benefícios. Para além disso, constatou-se, principalmente no início da década de 1980, que a ideia de que o

⁴⁵ De acordo com Bravo (2006, p. 12), “a mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois , em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde)”.

crescimento econômico conseguiria melhorar as condições de vida das camadas mais pobres da população, permitindo com que estes acessassem os mecanismos públicos de proteção social era ilusório, posto que “a crise do milagre econômico havia exposto os limites do modelo de desenvolvimento nacional no que tange à dinâmica de inclusão dos setores mais desfavorecidos” (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p. 23)

A proteção social brasileira de até então, baseada no princípio do seguro social, não mais coadunava com o contexto de retração econômica e aumento expressivo de demandas e insatisfações. Além do mais, “o reconhecimento dos limites da política previdenciária associou-se à recusa da filantropia como resposta aos fenômenos da pobreza e da desproteção, que então ganhavam espaço central no debate político sobre a democratização, a recuperação da cidadania e a instituição do Estado de direito”. (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p. 24)

A Constituição Federal de 1988 representou uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Com ela o modelo da seguridade social finalmente passou a estruturar a organização da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. Esse modelo buscou romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e com a maneira como os serviços se organizavam e como estes eram financiados, elaborados por um grupo de pessoas que não se preocupavam se o que eles decidiam era a necessidade da população ou se eram coerentes com a diversidade que nosso país apresentava. A partir dela os benefícios passam a ser concedidos baseados nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais. Com isso a saúde e a assistência passaram a ser um direito garantido a todos e não um privilégio de poucos inseridos numa cidadania regulada.

A definição da Seguridade Social como conceito organizador da proteção social brasileira foi uma das mais relevantes inovações do texto constitucional de 1988, uma vez que acabou respondendo as expectativas e anseios da sociedade organizada pela ampliação dos direitos e constituição da cidadania universal.

A institucionalização da Seguridade Social funcionou como um mecanismo de proteção social na medida em que reconhece como objeto de intervenção pública o atendimento das contingências sociais da população cujo o atendimento era restrito. Grupos sociais que não contavam com a assistência médica previdenciária (ou a

assistência era feira de forma precarizada) e dependiam de ações de cunho filantrópico ou caritativo para lidar com as situações de vulnerabilidade social como os idosos e pessoas com deficiência, por exemplo, passaram a ser protegidos pelo Estado (FAGNANI; VAZ, 2013).

O sistema de seguridade social que se estabelecia tinha como finalidade de minimizar as desigualdades e amparar contra os riscos sociais a partir de seus três pilares: a *Previdência Social* se destina a assegurar a renda dos trabalhadores para os casos de perda da sua capacidade de trabalho; a *Assistência Social* visa prover condições mínimas de subsistência para os segmentos da sociedade mais necessitados; e a *Saúde*, por sua vez, prestaria serviços de atenção à saúde para toda a sociedade (PASINATO; KORNIS, 2010).

Desta forma, a noção de seguridade representou um “avanço na institucionalização de um modelo ampliado de proteção social, que previa a universalização do acesso, a responsabilidade estatal, a integração entre as três áreas”, novas formas de gestão a partir da adoção de diretrizes como a participação social e a descentralização, além da criação de um orçamento próprio, específico e com novas e diversificadas fontes de pagamento (LOBATO, 2009, p. 723)

A instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social que articula e integra as políticas de previdência, assistência social e saúde a partir de 1988 teve implicações para os processos de (re) formulação das três áreas nas décadas seguintes.

Os próximos itens abordam a trajetória das três áreas da Seguridade Social entre 1988 e 2016, com ênfase na conformação das políticas para os idosos. As análises apresentadas se baseiam na pesquisa e posterior exame documental da legislação e políticas brasileiras nas áreas da Previdência Social, Assistência Social e da Saúde que afetaram a pessoa idosa levando em consideração o contexto político, econômico e social e as estratégias adotadas em quatro períodos: (i) 1988 a 1994; (ii) 1995 a 2002; (iii) 2003 a 2010; e (iv) 2011 a maio de 2016.

A periodização proposta para a análise da trajetória das políticas de Seguridade Social e proteção social aos idosos se justificou pelo reconhecimento de características do contexto institucional, econômico e político que distinguem os momentos (apesar dos elementos de continuidades) e influenciam as políticas para os idosos. Sendo assim, o primeiro período, *1988 a 1994* se notabiliza por ser um contexto pós constitucional

imediate, em que a entrada de uma agenda neoliberal dificulta a implementação inicial das propostas da Seguridade. De 1995 a 2002 é possível observar que a trajetória das políticas expressa tensões entre diferentes agendas para a área social, com repercussões – em termos de avanços e dificuldades – para a proteção aos idosos. Por sua vez, de 2003 a 2010 pode-se observar o predomínio de continuidades nas três áreas da Seguridade, embora com mudanças incrementais e alguns avanços nas políticas para os idosos, em termos do reconhecimento dos direitos (Estatuto do Idoso, atuação regular do CNDI) e expansão de programas e ações específicos. O último período, que vai de 2011 a maio de 2016 seria de predomínio de continuidades, certa estagnação e crise política, com sinais de novas ameaças aos avanços conquistados em termos de proteção social aos idosos.

A análise privilegia os arranjos legais e normativos que demonstram a organização e regulamentação mais ampla das áreas, bem como as políticas desenvolvidas no período que têm implicações para o bem-estar da população idosa. Assume-se que a forma como as políticas da Seguridade Social foram estruturadas auxiliam na compreensão da fragilidade ou fortalecimento de políticas para aqueles com mais de 60 anos. Busca-se ainda trazer elementos para a compreensão da abrangência e/ou limites das políticas para os idosos entre 1988 e 2016, bem como das relações entre Estado, os mercados e as famílias nesse âmbito.

1988 a 1994 - O início da Seguridade no contexto neoliberal

As ações que decorreram a partir de 1988 tiveram influência não somente de processos decisórios e arranjos institucionais específicos dos governos que seguiram, mas também do contexto político-econômico, dos atores sociais e das opções políticas (MENICUCCI, 2006).

Em relação ao contexto macro político, um fator que limitou e afetou o projeto de proteção social desenvolvido e inscrito na constituição de 1988 foi a conjuntura internacional caracterizada por um contexto de “ascensão do neoliberalismo ao poder no centro do sistema capitalista; encerramento do ciclo econômico expansivo iniciado no pós-guerra e início das crises sucessivas de especulação financeira; fim da Guerra Fria e da bipolaridade”, entre outros elementos (RODRIGUES, 2003, p. 201).

A ordem desse período (fim da década de 80 e início da década de 90) era a adoção de reformas capitaneadas pela perspectiva liberal de enxugamento do setor público, que por sua vez, foram corporificadas no conjunto de medidas de ajuste macroeconômico

formulado por economistas de instituições financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, o *Consenso de Washington*. Esse ideário propugnava o Estado Mínimo e a substituição da regulação estatal pela regulação do mercado, visto que se atribuía a crise a problemas exclusivamente internos (BRESSER-PEREIRA, 1993).

O foco era principalmente a restrição de direitos sociais, colocada como indispensável para a recuperação do equilíbrio fiscal. Para tal era necessária a eliminação do déficit público (ajustes fiscais) e também a adoção de reformas estruturais ou orientadas pelo mercado (principalmente com a liberalização do comércio e privatização), visando a desregulamentação e a redução do aparato estatal. Além disso, o Estado deveria ser apartado das pressões por interesses particulares e por isso as decisões antes delegadas a ele, seriam concedidas a agências independentes que não teriam incentivos para se renderem às pressões políticas (ALMEIDA, 1999b; BRESSER-PEREIRA, 1993).

O Estado brasileiro não fugiu dessa ofensiva e abriu sua economia comercial e financeira, levando a desnacionalização e retrocessos. Nesse contexto, a Constituição Cidadã de 1988 foi atacada sob o argumento de que seria um dos principais entraves ao processo de progresso, modernização e abertura do Brasil.

O recrudescimento dos ataques à presença do Estado, concretizado na candidatura de Fernando Collor⁴⁶ à Presidência da República, “foi o amálgama da rearticulação das forças conservadoras e da gestação do novo consenso neoliberal”, deteriorando o quadro social, fragilizando a base financeira das políticas sociais e restringindo seu alcance (FAGNANI, 1997, p. 225). Para este mesmo autor,

“A estratégia governamental para a política social [foi] marcada, predominantemente, pela implementação da contrarreforma conservadora de cunho neoliberal que visava obstaculizar à consumação dos novos direitos constitucionais no campo social formalmente assegurados pela Carta de 1988. Esses direitos colidiam com a ideologia neoliberal hegemônica no Governo e com a conjuntura econômica. Esse duplo contra movimento teve repercussões contundentes nos rumos da política social” (Ibid, p. 225)

Além disso, a conjuntura nacional do período se caracterizava pela “profunda crise política e fiscal do Estado com a estagnação da economia (índice de 2% ao ano), aumento do desemprego, crescimento da informalidade, o que precarizou ainda mais as condições

⁴⁶ Fernando Collor de Mello sofreu um processo de *impeachment* no final de 1992.

de trabalho e nesta esteira, agudizando a pobreza” (ESCORSIM, 2015, p. 3) o que também foi utilizado para justificar o processo de ajuste.

No Brasil, os dispositivos político-democráticos que tinham o propósito de regular a dinâmica capitalista criados a partir da constituição de 1988 perdiam potência diante da ofensiva neoliberal e seus corolários: desregulação, flexibilização e privatização.

Previdência Social

Os diversos dispositivos legais que compunham a Constituição de 1988 não foram implementados automaticamente. Para tal, foi estipulado um prazo de cinco (5) anos após a sua promulgação para que estes fossem remetidos a leis infraconstitucionais que, por sua vez, seriam responsáveis pela revisão, legalização e efetivação das políticas de Seguridade Social. Esse período se caracterizou por disputas em torno da definição dos direitos sociais que deveriam ser inseridos no conceito de Seguridade Social e sobre a definição do modelo de proteção social que deveria ser adotado. A regulamentação da *Previdência Social* e seu modelo de financiamento eram um dos principais focos desse conflito.

Cabe destacar que o conceito de Previdência Social tem um significado diverso do conceito de Seguridade Social. Segundo Viana (VIANNA, 2002, p. 2)

“A Previdência é um sistema de cobertura dos efeitos de contingências associadas ao trabalho, resultante de imposição legal e lastreado nas contribuições dos afiliados para seu custeio; tem por objetivo ofertar benefícios aos contribuintes – previdentes – quando, em ocasião futura, ocorrer perda ou redução da capacidade laborativa dos mesmos

Para a mesma autora, a Seguridade Social é

“um sistema de cobertura de contingências sociais destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, não restringindo os benefícios nem aos contribuintes nem à perda da capacidade laborativa; auxílios a famílias numerosas, pensões não contributivas, complementações de renda, constituem benefícios de seguridade porque ou não resultam de perda/redução da capacidade laborativa ou dispensam a contribuição pretérita”. (VIANNA, 2002, p. 2)

Logo no primeiro ano do governo Collor, em 1990, o Executivo efetivou uma Medida Provisória (BRASIL, 1990a)⁴⁷ que dispôs sobre a organização da Seguridade Social, alterando a legislação de benefícios da Previdência Social. O que essa medida

⁴⁷ Medida Provisória nº 225, de 18 de setembro de 1990

propunha era a desvinculação dos benefícios previdenciários ao salário mínimo, estabelecendo como parâmetro de reajuste o índice da cesta básica, calculado pelo IBGE (Art. 5º/inciso 1º).

O ano de 1990 também foi marcado por medidas referentes a mudanças institucionais como: a extinção, no ano de 1990, do Ministério da Previdência e Assistência Social e reestabelecimento do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS)⁴⁸ e a criação no mesmo ano do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)⁴⁹, mediante fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A reestruturação dos ministérios e a junção desses institutos num mesmo lugar devem ser vistos com ressalva, uma vez que desconsideraram a ideia de Seguridade e reforçaram a de *seguro* que perdurou durante décadas no Brasil.

Em 1991 destacaram-se as leis 8.212 (dispôs sobre a organização da Seguridade Social, instituindo um Plano de Custeio) e 8.213 (que aprovou os Planos de Benefícios da Previdência Social). Essas foram fruto de intensas disputas e apesar de ter sido previsto o prazo de 60 dias para sua regulamentação, este ocorreu cerca de seis (6) meses depois⁵⁰.

A primeira lei (8.212/91) visava a organização da Seguridade Social e as regras para seu custeio. Destaca-se o reforço da previdência complementar⁵¹ regras quanto ao financiamento e composição das receitas da Seguridade Social; tentativa de reforço de integração das três áreas através da criação de uma instância democrática para a gestão do Sistema Nacional de Seguridade Social – o Conselho Nacional de Seguridade Social

⁴⁸ Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990 (BRASIL, 1990d)

⁴⁹ Lei nº 8.029 de 12 de abril de 1990

⁵⁰ Decretos 356 e 357 de 1991.(BRASIL, 1991b, 1991c)

⁵¹ O capítulo IX/ inciso 6 afirma: “No prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta lei, o Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei estabelecendo a previdência complementar, pública e privada, em especial para os que possam contribuir acima do limite máximo estipulado”.

(CNSS)⁵² que também regulamentaria questões relativas ao orçamento^{53, 54}. Cabe destacar que a criação desse último conselho pode ser considerada problemática na medida em que ao invés de se criar um Ministério da Seguridade Social desenvolveu-se um Conselho que, por sua vez, era atrelado ao MTPS (AZEVEDO, 2008).

Ademais, esta lei acabou distorcendo o comprometimento fiscal da União com a Seguridade Social, uma vez que um dos capítulos que tratava da contribuição federal afirmou que os recursos da Seguridade Social podiam ser utilizados para financiar encargos típicos do orçamento fiscal como os Encargos Previdenciários da União (EPU)⁵⁵, algo que não estava presente na concepção original do orçamento da Seguridade Social proposto na Constituição de 1988. Ainda sobre o orçamento, embora esta lei tenha abordado as três áreas, na prática ela reforçou a especialização nas fontes de financiamento.

Como a Lei 8.212/1991 propõe organizar a Seguridade Social e seus pilares, o artigo 3º que trata da Previdência Social estabelece que a mesma tem por finalidade assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, *idade avançada*, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. Já o artigo 4º que trata da Assistência Social afirma que esta é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à *velhice* e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social. Isto demonstra que a legislação estabeleceu que Assistência e a Previdência Social deveriam se comprometer a garantir o bem-estar à pessoa idosa.

⁵² Revogado pela Medida Provisória nº 2.216-37, de 2001.

⁵³ De acordo com o art. 7º da Lei 8212/1991, o CNSS seria responsável por acompanhar e avaliar a gestão econômica, financeira e social dos recursos e o desempenho dos programas realizados, exigindo prestação de contas; apreciar e aprovar os termos dos convênios firmados entre a seguridade social e a rede bancária para a prestação dos serviços; aprovar e submeter ao Órgão Central do Sistema de Planejamento Federal e de Orçamentos a proposta orçamentária anual da Seguridade Social; e estudar, debater e aprovar proposta de recomposição periódica dos valores dos benefícios e dos salários-de-contribuição, a fim de garantir, de forma permanente, a preservação de seus valores reais.

⁵⁴ Vale ressaltar que o artigo 195 da Constituição de 1988 afirma que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais.

⁵⁵ Recursos destinados a pagamento dos proventos de aposentadoria e pensões dos servidores civis e militares da administração direta da União, ou seja, para pagamento de inativos e pensionistas.

A segunda lei (8.213/91) aprovou os Planos de Benefícios da Previdência Social. Este dispositivo legal visava regulamentar a atuação da Previdência em relação aos benefícios concedidos aos trabalhadores, garantindo meios de se manter caso viessem a ser impedidos de trabalhar. Assim, ele previu os seguintes benefícios: aposentadoria por idade; aposentadoria por invalidez; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria especial; auxílio doença; salário-família; salário –maternidade. Em relação ao dependente oferecia a pensão por morte⁵⁶ e o auxílio-reclusão. Já os segurados e dependentes tinham direito ao serviço social e a reabilitação. Esta lei também instituiu o Conselho Nacional de Previdência Social – CNPS, órgão superior de deliberação colegiada e que contava com a participação de representantes do Governo Federal; da sociedade civil; aposentados e pensionistas; trabalhadores em atividade; e empregadores.

A lei confere aos trabalhadores rurais os mesmos direitos dos urbanos ao afirmar que “são segurados obrigatórios da Previdência Social aqueles que prestam serviço de natureza urbana ou *rural* à empresa, em caráter não eventual, sob sua subordinação e mediante remuneração, inclusive como diretor empregado”.(BRASIL, 1991a art. 11)

Essa lei também indica no art. 48, que a aposentadoria por idade seria devida ao segurado que, cumprida a carência, completasse 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 60 (sessenta), se mulher, reduzindo-se para 60 (sessenta) e 55 (cinquenta e cinco) no caso de trabalhadores rurais, respectivamente homens e mulheres.

O regime da previdência estabelecido a partir da lei 8.213/1991 ampliou o espectro de possibilidade de benefícios, além do aumento da cobertura de trabalhadores, consolidando o princípio da universalidade. Nesse sentido, o Estado é cada vez mais responsável pela distribuição de benefícios, mesmo que baseados em contribuições prévias, assegurando bem-estar e proteção aos cidadãos. Essa ampliação foi fundamental para os indivíduos que perderam sua capacidade laborativa e não poderiam mais contribuir com seu trabalho, o que representa parte significativa da população com mais de 60 anos.

A lei também permitiu que homens e mulheres que tivessem comprovado trabalho rural pudessem ter o benefício previdenciário mesmo sem ter contribuído com o sistema. Essas mudanças foram importantes, haja visto que possibilitaram uma maior igualdade

⁵⁶ A pensão por morte é um benefício pago aos dependentes do segurado do INSS, que vier a falecer ou, em caso de desaparecimento, tiver sua morte presumida declarada judicialmente.

de direitos entre mulheres e homens, entre trabalhadores urbanos e rurais, além de também permitirem o aumento de renda de idosos residentes no meio rural.

Em 1991 também foi estabelecida a lei⁵⁷ que instituiu a contribuição para financiamento da Seguridade Social (COFINS), elevando a alíquota da contribuição social sobre o lucro das organizações financeiras. De forma geral, trata-se de uma contribuição calculada sobre a receitas das empresas (pessoa jurídica) e é destinada às despesas das áreas da Saúde, Previdência e Assistência social.

Como destaque também houve mobilização dos aposentados em prol de seus benefícios e com tensões subsequentes. Esse movimento ocorreu a partir da tentativa do governo Collor, em 1991, de desvinculação dos benefícios da Previdência ao salário mínimo, o que acabou por gerar um conflito entre os movimentos dos aposentados e pensionistas e o Executivo chamado de “crise dos 147%”. A partir disso, o movimento dos aposentados entrou na justiça contestando o reajuste dos benefícios previdenciários (54,6%), bem inferior à revisão do salário mínimo que foi de 147,06% (SIMÕES, 2000). Capitaneado pela Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), o movimento dos aposentados e pensionistas foi o catalizador da consciência dos idosos sobre seus direitos e do espírito da cidadania, dando maior visibilidade às questões desse grupo.

No final de 1992, após a destituição de Collor do cargo de presidente, entra seu vice, Itamar Franco. Esse governo pode ser caracterizado como de gestão de transição, uma vez que tentou suplantar a crise institucional que se instaurou com o *impeachment* de Collor. Prosseguia a criação de leis com o objetivo de regulamentar e regular a Previdência Social.

De forma geral, é possível afirmar que o período descrito se destacou pela elaboração de um conjunto de leis que objetivavam a revisão e regulamentação de elementos constitucionais importantes para conformação da Seguridade Social. Tais ações impactaram na população idosa.

Algumas das políticas, principalmente as relacionadas à organização e custeio da área, principalmente quanto às as regras para receber os benefícios contributivos, impactaram na população acima de 60 anos.

A implementação da legislação complementar expressou as tentativas de modificar progressos através do descumprimento de regras, interpretação errônea de dispositivos

⁵⁷ Lei complementar n° 70, de 30 de dezembro de 1991 (BRASIL, 1991d)

legais, descaracterização de propostas, entre outros. Contudo, esse período também se destacou pelas lutas que se impuseram a fim de impedir a fragilidade e estrangulamento dos avanços constitucionais. A Previdência Social se constituiu em uma arena de disputas diante de contexto de ofensiva neoliberal (de busca por eficácia e enxugamento de custos), mas também por resistências para a efetivação dos dispositivos constitucionais que garantiriam a expansão de direitos.

Assistência Social

Com o advento da Constituição, a área da Assistência Social, pelo menos no plano legal, foi alçada à condição de direito de todo cidadão independente de contribuição prévia, apesar de ser direcionada aos segmentos mais carentes da população. O reconhecimento da Assistência como política pública com mesmo grau de importância das demais áreas significou um rompimento com a tradição filantrópica, assistencialista e privatista que marcava a área. Essa alteração provocou “a consolidação no país da proteção social não contributiva e estendeu a responsabilidade da ação estatal para manutenção do sistema público de atenção a fragilidades do ciclo da vida, ao esgarçamento do sistema de pertencimento desde a família, buscando a superação de privações”(SPOSATI; CORTES; COELHO, 2013, p. 225).

Logo no início de seu governo, no ano de 1990, o presidente Collor criou o Ministério da Ação Social (MAS)⁵⁸ que na verdade se caracterizava como um ‘super ministério’ na medida em que controlava diversas áreas governamentais como Habitação, Saneamento, Promoção Social e da Defesa Civil, além de órgãos como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem), a Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC), o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), entre outras⁵⁹.

Cabe destacar que a permanência da LBA sugeriu que a área da Assistência Social ainda guardava traços histórico-estruturais que não coadunavam com o que foi proposto a partir da Constituição de 1988. Como exemplo a LBA tinha como uma de suas principais atividades a distribuição de cestas básicas de alimentos para famílias pobres, sobretudo residentes na região Nordeste.

O Ministério da Ação Social caracterizou-se pela proposição de ações de grande magnitude, mas que não se efetivaram na prática. Um exemplo foi a construção de

⁵⁸ A ministra era Margarida Procópio, técnica de carreira e dirigente da LBA

⁵⁹ <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/margarida-maia-procopio>

duzentas mil moradias populares em 180 dias, como parte inicial de uma meta de quatro milhões até o final do mandato (CPDOC/ FGV, 2009). De acordo com Fagnani (2005, p. 412),

“As ações desenvolvidas pelo MAS tinham em comum a fragmentação de ações e programas; a pulverização de recursos em ações pontuais; a ausência de planejamento e de mecanismos de acompanhamento e controle; e a utilização preferencial da figura jurídica de convênios, mais ágeis e menos sujeitos a controle externo”

O governo Collor também desenvolveu políticas voltadas para a população idosa no âmbito da Assistência Social. Em 1990, o presidente lançou o Projeto Vivência, que, segundo Rodrigues (2001, p. 152) tinha como objetivo “desenvolver ações na área da saúde, educação, cultura, lazer, promoção e assistência social do idoso e preparação à aposentadoria”. A fim de implementar tal projeto, o governo propôs uma portaria⁶⁰ que instituía a criação de grupos de trabalho que deveriam estudar e sugerir propostas de políticas e programas para a 3ª idade (BRASIL, 1990b). Esses grupos eram compostos pelo ministro da Ação Social juntamente com outros ministérios tais como: Justiça, Educação, Trabalho e Previdência Social, Marinha, Exército e Aeronáutica, além dos Secretários de Governo dos Desportos e da Cultura.

O resultado desses grupos foi publicado em 1991, a partir da apresentação de um documento preliminar da Política Nacional do Idoso, que seria aprovada em 1994. De acordo com Rodrigues (2001, p. 152), este documento tinha como objetivo geral: “Promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, para que sejam coparticipes da consecução dos objetivos e princípios fundamentais da Nação”.

Durante os dois primeiros anos do governo Collor também houve tentativas e propostas por parte de diversos órgãos e instituições como Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Universidade de Brasília (UNB); categorias de assistentes sociais; movimentos sociais (idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes); entre outros para a construção do projeto da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Tais iniciativas foram vetadas pelo Executivo que alegou que a primeira versão dessa lei e sua formatação impactaria negativamente no orçamento público⁶¹ (BOVOLENTA, 2011; STOPA, 2012).

⁶⁰ Portaria Interministerial nº 252/ 1990

⁶¹ Na verdade, o veto pode ser melhor compreendido se levar em consideração que separar o orçamento da Seguridade Social do orçamento fiscal significaria impossibilitar e/ou dificultar a utilização para gastos

Em 1993, quando Itamar Franco assumiu a presidência, houve tentativas de mudanças, como a renomeação do Ministério da Ação Social – que passou a ser chamado de Ministério do Bem-Estar Social (MBES). Porém manteve-se o impasse sobre a regulamentação da LOAS.

A dificuldade da aprovação permanecia pautada no receio da Lei absorver recursos das contribuições sociais, sobretudo quando se pensava no Benefício de Prestação Continuada (BPC) e seu caráter não contributivo. Por isso que inicialmente, segundo Stopa (2012), os benefícios do BPC tinham caráter restritivo⁶². A opção por adotar mecanismos menos abrangentes para a concessão dos benefícios objetivava diminuir o impacto econômico. Isto sugere que a lógica econômica de supressão de custos, busca de maior eficiência para atender as necessidades sociais e seletividade se sobrepôs à lógica de ampliação de direitos.

De toda forma, mesmo sob ataques, a LOAS foi regulamentada em 1993⁶³, o que significou o reconhecimento do princípio da solidariedade como definidora da proteção social a partir da institucionalização e implementação de um mecanismo legal redistributivo como o BPC, a oferta de serviços assistenciais sob responsabilidade estatal, além da consolidação de “um sistema descentralizado e participativo e uma política constituída nas três esferas de governo, por órgãos gestores e por instâncias deliberativas de natureza colegiada com comando único por esfera de governo” (SÁTYRO; SCHETTINI, 2014, p. 12).

Esta lei também passou a reconhecer a pessoa idosa como um segmento importante e que carecia de atenção, conforme previsto no artigo 2º ao afirmar que se deve garantir:

“A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à *velhice*; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária e a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao *idoso* que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 1993d).

governamentais como pagamentos de salário e principalmente de juros da dívida. Sendo assim, a imposição de regras claras quanto ao financiamento e alocação de recursos imporá limites a essas práticas.

⁶² No início, a lei impôs que a implantação desse benefício se desse gradativamente em 12 meses para a pessoa idosa e em 18 meses para a pessoa com deficiência. Além disso, o acesso ao benefício deveria ser para pessoas com renda *per capita* familiar inferior a ¼ do salário mínimo. Também foi definida a idade de 70 anos para a pessoa idosa ter acesso ao BPC, ficando um número expressivo de pessoas sem direito ao benefício (STOPA, 2012).

⁶³ Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993a)

Outro avanço no que se refere ao bem-estar da pessoa idosa ocorreu em 1994 com a aprovação (ante debates internacionais sobre a questão do envelhecimento⁶⁴ e pressões da sociedade civil⁶⁵) da Política Nacional do Idoso (PNI)⁶⁶ vinculada ao MPAS/SAS. Essa lei pode ser caracterizada como um marco nas políticas de assistência, proteção e apoio aos maiores de 60 anos, uma vez que estabeleceu uma série de princípios e diretrizes visando assegurar a manutenção da autonomia e a promoção da saúde e qualidade de vida.

A PNI, em seu artigo 10 do capítulo IV destacou a competência e atribuições de órgãos e entidades públicas ligadas à área da Assistência Social (BRASIL, 1994, p. 9–10):

- a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais; b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, e afins; c) promover simpósios, seminários e encontros específicos; d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso; e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso.

Apesar da proposição de diversas medidas e modalidades de atendimento e atenção que implantadas significariam um avanço para a pessoa idosa, a PNI não deixa claro sobre que ações devem ser realmente concretizadas e de que forma a implantação de dispositivos de atenção como centros de convivência, por exemplo, será fiscalizada. Nesse sentido, observa-se um caráter ainda vago, apesar de se constituir um avanço.

Cabe destacar ainda a proposição de que o atendimento às necessidades básicas da pessoa idosa deveria ser feito entre *família, sociedade, entidades governamentais e não governamentais*. Observa-se a sugestão de um cuidado compartilhado com participação de organizações não governamentais, o que coaduna com um caráter subsidiário da Assistência Social.

⁶⁴ A Assembleia das Nações Unidas sobre o Envelhecimento realizada em Viena em 1982 – do qual o Brasil foi um dos signatários - foi considerada o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda centrada na questão do envelhecimento populacional e resultou na aprovação de um plano global de ação. Além disso, no início da década de 90, em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento.

⁶⁵ De acordo com Alcântara; Camarano; Giacomini (2016) a incorporação da questão do envelhecimento nas políticas públicas brasileiras, seja por entidades públicas, seja por iniciativa da sociedade civil, não é nova, mas resultado de ações e debates desenvolvidos por associações, grupos políticos e até mesmo de governos anteriores, sobretudo a partir da década de 60.

⁶⁶ Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (regulamentada em 1996)

Saúde

Seguindo a necessidade de regulação infraconstitucional, o governo Collor sancionou no ano de 1990 (25 vetos) a Lei Orgânica da Saúde (LOS)⁶⁷ que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo território as ações e serviços de saúde executados. A LOS constitui-se como uma parte significativa do arcabouço normativo que sustenta o SUS.

Entre os vetos presidenciais cabe destacar os relacionados a: (i) instituição da Conferência e conselhos de saúde como instâncias representativas de avaliação, proposição, formulação e controle da execução das políticas de saúde; (ii) a subordinação ao SUS das escolas de formação de recursos humanos em saúde; (iii) a transferência direta e regular de recursos para os estados e municípios; (iv) os artigos que propunham a não diminuição dos valores reais alocados para a saúde e a necessidade de um percentual do Produto Interno Bruto - PIB (8%) ser destinado a área no prazo de cinco anos (a contar da publicação da LOS); entre outros.

Todavia, diante de pressões intensas foi sancionada uma nova lei⁶⁸ a fim de recuperar alguns dos dispositivos vetados na LOS como a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Esse início do governo Collor também se caracterizou pela manutenção de algumas instituições que simbolizavam as características da assistência à saúde que vigorava antes da criação do SUS. Uma delas era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que era responsável por assistir aos trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social, deixando de fora aqueles não inseridos no mercado de trabalho formal. Um decreto⁶⁹ no ano de 1990 manteve essa instituição, vinculando-a ao Ministério de Saúde. O INAMPS foi extinto somente no ano de 1993⁷⁰.

Um dos princípios organizativos do SUS é a descentralização da gestão. Desta forma, as políticas de saúde foram organizadas e integradas entre os três níveis federativos: União, estados e municípios. Esse processo foi orientado pelas Normas

⁶⁷ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990c)

⁶⁸ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990e)

⁶⁹ Decreto 99.060 de 7 de março de 1990 (BRASIL, 1990f)

⁷⁰ Lei 8.689 de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993b)

Operacionais Básicas (NOB) estabelecidas por meio de portarias e resoluções ministeriais. De acordo com Levcovitz et al (2001, p. 273) estas “tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios”.

No ano de 1991 foi constituída a Norma Operacional Básica nº 1 (NOB 1/91)⁷¹. Editada pelo INAMPS, tinha como objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS no que concerne financiamento, repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do Instituto para os municípios e/ou estados - mecanismos considerados fundamentais para o processo de descentralização. Esta norma se caracterizou por uma tentativa da União de manter o controle da execução orçamentária centralizado quando propôs que o Ministério da Saúde acompanhasse, através de seu sistema de auditoria, a aplicação dos recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios. Ademais, a NOB deu destaque para o financiamento de atividades relacionadas a assistência ambulatorial e hospitalar. Isto pode ser justificado pela manutenção do INAMPS como orientador do sistema de saúde, uma vez que este significava a manutenção de um modelo de saúde médico-assistencial hospitalar.

Apesar desta norma, persistiu a busca por fazer valer os princípios do SUS a partir da reorganização da prática assistencial com ênfase no fortalecimento e expansão da atenção básica. No ano de 1991, o Ministério da Saúde (em conjunto com secretarias estaduais e municipais) institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo fundamental de reduzir a mortalidade infantil em regiões consideradas mais vulneráveis – sobretudo nas regiões Norte e Nordeste (BARROS et al., 2010; MACHADO, 2005a).

De acordo com Levy et al (2004), o PACS foi criado visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa ataca de maneira objetiva e direta os problemas relacionados a saúde materno-infantil (como mortalidade), e o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade.

⁷¹ Resolução nº. 258, de 07 de janeiro de 1991 (BRASIL, 1991e)

“O PACS desloca o foco do indivíduo para a família, ressalta a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e valoriza a integração com a comunidade, questões que são incorporadas como diretrizes do PSF. Quanto à dimensão institucional, o programa favorece a configuração de um grupo técnico experiente no Ministério da Saúde e, ao exigir o cumprimento de certos requisitos pelos municípios, influi na gestão e formato dos sistemas locais” (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008, p. 190).

De forma geral, o programa propôs mudanças no modelo de atenção, ao mesmo tempo que favoreceu a descentralização das ações em saúde – ainda que com limites – além de buscar minimizar a fragilização institucional.

A busca pela implementação do Sistema Único de Saúde a partir de seus princípios e diretrizes continuou, apesar das tentativas de recuos. Em 1992 foi criada a NOB/1992⁷² pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS). Esta tinha como objetivos normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. É possível destacar elementos como: o (i) reforço à necessidade de uma gestão articulada e diálogo permanente entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, cooperação técnica e comunidade; (ii) ser produto de um consenso entre diferentes atores que mesmo com interesses e expectativas diferentes conseguiram elaborá-la: SNAS/MS; INAMPS, CONASS e o CONASEMS; (iii) ênfase em elementos importantes do capítulo da Saúde da Constituição de 1988 e das leis que a regulamentam (Leis nº 8080 e 8142).

Em 1993 foi estabelecida a NOB/SUS 01/1993⁷³ que determinou normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Esta também se constituiu um avanço, pois incentivou o processo de discussão entre os três entes federativos e o estabelecimento de pactos entre eles para que a descentralização ocorresse de forma responsável, gradual e negociada. Buscou, portanto, resgatar princípios caros ao SUS como a necessidade de um desenho definido dos critérios e mecanismos para transferência de recursos principais do governo federal.

⁷² Portaria n. 234, de 07 de fevereiro de 1992 (BRASIL, 1992)

⁷³ Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993c)

No ano de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF)⁷⁴ foi criado, o que se deu, segundo Machado (2005b, p. 189) por conta de uma “certa convergência de agendas e atores” em torno do tema do fortalecimento da atenção básica. A expansão do programa nos anos seguintes expressaria esforços de concretizar uma das propostas da agenda da reforma sanitária brasileira, que destacava a necessidade de mudança do modelo de atenção.

O programa prioriza a conformação de Equipes de Saúde da Família - ESF (as quais os ACS fazem parte) – uma composição multiprofissional de trabalhadores de saúde – que têm papel central na reorganização do SUS e assistência à saúde da comunidade facilitando assim o desenvolvimento de um plano de cuidados orientado e singular. Uma das atribuições das equipes e dos profissionais de Saúde da Família é o acompanhamento por meio de visita domiciliar a todas as famílias e indivíduos das comunidades adscritas. Para Albuquerque e Bosi (2009) a visita é relevante, pois ela confronta o modelo hegemônico de enfoque na doença, no qual a relação profissional–paciente tem se caracterizado pela indiferença e pouca interação. Nessa nova modalidade de atenção, há uma busca por um atendimento integral e humanizado. O desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre os profissionais da ESF e os usuários pode gerar satisfação, além de facilitar o acesso ao diagnóstico de enfermidades, à promoção e à prevenção da saúde.

No que se refere à população idosa, a atenção à saúde propiciada pelo PACS (1991) e PSF (1994) pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional tanto no que se refere à saúde individual quanto às condições ambientais e físicas em que vivem, permitindo a solução de problemas atuais e potenciais a partir da promoção e educação em saúde. Além disso, são relevantes para aqueles com mais de 60 diante da necessidade de prevenção e promoção da saúde, visto que é oferecida a essa clientela (e suas redes de suporte social) orientação, atenção, acompanhamento e atendimento, facilitando o acesso a serviços e ações em saúde.

Cabe destacar que a Política Nacional do Idoso de 1994 também lançou proposições no que se refere especificamente à área da Saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares;

⁷⁴ Atualmente Estratégia de Saúde da Família

d) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; e) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; f) criar serviços alternativos de saúde para o idoso; [entre outros] (BRASIL, 1994)

A Política atenta, portanto, para a necessidade de integralidade das ações e serviços diante da singularidade da população idosa e a necessidade dos serviços de saúde e formação de profissionais para esse grupo. Além disso, reitera o dever do Estado em assegurar a saúde em uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016).

Em suma, a própria implementação do SUS, o desenvolvimento de ações decorrentes como o PSF e o PACS, a aprovação da LOS e das Normas Operacionais (que ajudaram na organização e operacionalização do SUS) foram importantes na medida em que abriram uma perspectiva de mudança de modelo. Para os idosos, essas medidas, principalmente o PSF e o PACS, configuraram-se como fundamentais uma vez que ampliaram a atenção e reorganizaram o tipo de assistência. A PNI também representou um marco legal importante, pois procurou fundamentar ações que pudessem responder às demandas trazidas pelo aumento cada vez mais expressivo de idosos no cenário demográfico brasileiro.

Vale ressaltar o papel dos movimentos sociais na construção das políticas de implementação e regulamentação do Sistema Único de Saúde. Estes foram importantes diante das pressões que prejudicavam a implementação dos princípios e diretrizes do sistema.

Em geral, o período se notabilizou nas três áreas pelo confronto entre progressistas com um projeto redistributivo e baseado num aprofundamento da democracia *versus* atores com agenda conservadora ou neoliberal. Este embate ficou notório uma vez que os avanços colocados na Constituição e a busca por sua implementação foram colocados em cheque nesse período, levando a uma “confluência perversa” desses projetos (DAGNINO, 2004). Isto posto, a organização e implementação das ações foram influenciadas pelas relações estabelecidas entre Estado e setores da sociedade.

Esse primeiro período – 1988 a 1994 – representou o restabelecimento da democracia formal e do papel do Estado no que se refere a políticas sociais mais amplas. As discussões e proposições ensejadas no fim da década de 80 e materializadas na Carta

Magna significaram uma reorientação e um encaminhamento das demandas da sociedade para o âmbito do poder do Estado. Todavia, as estratégias adotadas a partir da eleição de Collor tiveram como foco a instituição de um Estado que buscava minimizar seu papel de garantir de direitos. Essa mudança de direção exigiu uma atuação mais ativa e propositiva de atores sociais e sociedade civil.

Outro fator que marcou esse primeiro período foi que, apesar da criação de sistema de Seguridade Social, as áreas seguiram suas ações e lutas em separado, sem integração. A prevalência dessas “zonas institucionais contrapostas (ou mesmo dicotômicas)” (LOBATO, 2009, p. 722) pode configurar em uma frágil integração institucional das ações. Esta dificuldade pode ser explicada pela conjuntura política e econômica bastante adversa, em que a definição da legislação infraconstitucional – que daria respaldo às prerrogativas inscritas na Constituição – se deu. Isso acabou influenciando na institucionalização de um modelo ampliado de proteção social, na efetivação dos dispositivos constitucionais e na capacidade política, organizativa e de resistência dos atores envolvidos com essas políticas (MONNERAT et al., 2007), tornando difícil a configuração do sistema de proteção social previsto na Constituição.

Mais especificamente sobre os idosos, apesar do grande avanço legal que foi a Constituição da Política Nacional do Idoso, as ações, em geral, foram tímidas. O quadro 6 resume as principais estratégias legais e normativas do período que têm implicações para os idosos.

Quadro 6: Quadro-resumo dos principais instrumentos legais e normativos das três áreas da seguridade Social e repercussões para a população idosa – 1988 a 1994

Área da Seguridade Social	Principais leis, normas e estratégias	Implicações para a população idosa
Previdência	<p>1) <i>Lei 8.212: Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, instituindo um Plano de Custeio) /</i></p> <p>2) <i>Lei 8.213: Aprova os Planos de Benefícios da Previdência Social)</i></p>	<p>1) os artigos que tratam da Previdência e Assistência Social definem que o idoso é um dos grupos que deve ter suas necessidades/demandas atendidas e priorizadas</p> <p>2) prevê a aposentadoria por idade como um dos benefícios a serem assegurados, consolidando o princípio da universalidade e afetando positivamente a população idosa.</p>

Assistência Social	1) <i>Aprovação da LOAS no ano de 1993/ 2) Aprovação da Política Nacional do Idoso (PNI) no ano de 1994</i>	1) Estabelece o BPC como um mecanismo legal redistributivo. A partir dela também foi possível observar iniciativas para os idosos sob responsabilidade do Estado 2) Marco nas políticas de proteção aos idosos. Na área da assistência, a PNI dedicou um capítulo sobre a competência e atribuições de órgãos e entidades públicas ligadas à área.
Saúde	1) <i>Criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991 e do o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994/ 2) Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994</i>	1) A atenção integral e domiciliar propiciada tanto pelo PACS quanto pelo PSF pôde auxiliar na melhoria da qualidade de vida do longo tempo tanto no que se refere à saúde individual quanto às condições ambientais e físicas em que vivem 2) a Política atentou para a necessidade de integralidade das ações e serviços diante da singularidade da população idosa e a necessidade dos serviços de saúde e formação de profissionais para esse grupo.

Fonte: Elaboração própria

De acordo com Rodrigues (2001 apud BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016), a preocupação pública com as necessidades e demandas da pessoa idosa se deu, sobretudo, a partir da organização social de movimentos sociais dos idosos e/ou ligados a esse grupo. Contudo, ainda se notabiliza pela sua não robustez e força diante de um contexto já iminente de mudança demográfica e aumento de idosos. Ademais, foi possível observar uma incipiência de atores institucionais (partidos políticos, por exemplo) que encampassem fortemente a questão dos idosos como frente de luta, apesar de algumas iniciativas importantes como os movimentos ligados à Previdência Social e/ou de criação da Política Nacional do Idoso.

1995 a 2002 - O conflito entre agendas para a área social

A partir do ano de 1995 inicia-se, no Brasil, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). De acordo com Couto e Abrucio (2003) este governo, sobretudo o primeiro, foi orientado por dois eixos/agendas: (i) estabilização fiscal e monetária e (ii) reformas constitucionais.

A primeira, encaminhada pelo Plano Real⁷⁵, estava no cerne de uma estratégia que buscava apelar uma inflação crônica que acometia o Brasil. Para essa agenda, não seria possível reestruturar o modelo econômico e buscar desenvolvimento sem equilíbrio fiscal. Isto posto, “passou-se a defender como sinal de responsabilidade política a adesão

⁷⁵ O Plano Real foi um programa brasileiro com o objetivo de estabilização e reformas econômicas, iniciado no ano de 1994.

e o apoio à agenda do Plano Real, que implicava sustentar também reformas estruturais apontadas como vinculadas à estabilidade de longo prazo” (COUTO; ABRUCIO, 2003, p. 276).

Nesse sentido, foram estabelecidas políticas severas a fim de superar a crise fiscal a partir de medidas baseadas na racionalidade econômica, cortes de gastos e em políticas de privatizações de empresas públicas, objetivando retirar ou diminuir as tarefas do Estado, e obter recursos para amortizar a dívida pública⁷⁶. Tal política expressou os objetivos das reformas de manter a economia competitiva e limitar o papel do Estado como responsável por funções sociais essenciais, estabelecendo, portanto, um novo modelo de relação Estado-mercados.

Cabe destacar que o processo de privatizações se observou o segundo eixo, ou seja, a *reformas constitucionais*, visto que a Constituição de 1988 em seu artigo 177 afirmou ser monopólio do Estado a atuação em alguns setores estratégicos como gás canalizado e petróleo, além de competir à União prover serviços de telecomunicação. Assim, é possível afirmar que a agenda de privatizações não lograria êxito sem que as emendas e alterações na Constituição fossem feitas (COUTO; ABRUCIO, 2003).

As reformas constitucionais foram materializadas também em emendas desenvolvidas ao longo do período FHC que tinham em seu bojo, conforme apontaram Couto e Abrucio (2003), a busca pela desregulamentação dos mercados, à desestatização e abertura econômica.

Em suma, esse período pode ser caracterizado pela tentativa de rearranjo das funções do Estado baseada nos preceitos do neoliberalismo; pela adoção de diretrizes no âmbito econômico visando à sustentabilidade e competitividade do Estado (como a busca por uma estabilização econômica); privatização de parte expressiva das empresas estatais; abertura comercial significativa aos investimentos estrangeiros; terceirização; e sobretudo, a permanente tentativa de colocar o Estado num papel complementar ao mercado. Nesse sentido, o governo que se inicia propõe uma reconstrução do papel estratégico do Estado e ampliação e intensificação das relações/ laços com o mercado.

Todavia, há autores (COUTO; ABRUCIO, 2003; SALLUM JR.; GOULART, 2016) que questionam essa ideia de submissão completa do Brasil ao ideário neoliberal. Argumenta-se que apesar da notável redução de capacidade empresarial do Estado como

⁷⁶ Empresas como a Companhia Siderúrgica Nacional, inaugurada em 1943 por Vargas, a Companhia Vale do Rio Doce, uma gigante da mineração, além do sistema Telebrás, que atendia o país todo, foram leiloadas e entregues à iniciativa privada (CARLOS; BELIEIRO, 2003, p. 118)

se percebeu com as privatizações e da estabilidade monetária ter ocupado o centro da agenda política no governo FHC, por exemplo, o Estado não perdeu seu poder de regulação e desenvolveu políticas de corte social democrata. Pôde-se perceber, portanto, um Estado liberal que, a partir de pressões e demandas de grupos a favor da manutenção do pacto democrático redistributivo e também resistência do empresariado nacional, entre outros elementos, incorporou às políticas de Estado, sobretudo macroeconômicas, perspectivas neoliberais, mas de forma seletiva.

Em relação às estratégias de desenvolvimento social traçadas no documento intitulado “Uma estratégia de desenvolvimento social” publicado em 1996, são traçadas diretrizes para as políticas sociais. Assume-se que as políticas, ações e programas devam ter como foco a promoção e consolidação de direitos sociais básicos, igualdade de oportunidades e que também “ofereçam defesa contra as situações estruturais de risco, combatendo a pobreza e a desigualdade e eliminando todas as formas de discriminação social (especialmente de gênero e de raça)” (BRASIL, 1996, p. 2).

A implementação das políticas sociais expressou a influência da agenda constitucional de ampliação de direitos de um lado, e constrangimentos relacionados a agenda de reforma do Estado mais geral. É nesse contexto que as políticas de Seguridade se expressaram e foram definidas.

Previdência

É possível destacar algumas políticas importantes que foram criadas durante a gestão FHC (1995 a 2002) e que demonstram o caráter das ações que o governo buscava seguir e que afetaram a população idosa.

No ano de 1995 foi encaminhada uma Proposta de Emenda Complementar da Previdência Social, a PEC 33/95 que sofreu resistências da própria base do governo e de movimentos sociais (centrais sindicais, partidos, trabalhadores rurais e não rurais, aposentados). A proposta foi aprovada com ajustes em 1998 dando origem a Emenda Constitucional (EC) 20/98 que propôs mudanças no sistema de previdência social, estabelecendo normas de transição. As mudanças mais significativas são resumidas no quadro 7:

Quadro 7: Principais mudanças após a aprovação da EC 20/98

Para os segurados em geral	Para os servidores públicos
Substituição do tempo de serviço por tempo de contribuição com a aposentadoria passando de	

25 anos de serviço, no caso de mulheres, e 30 anos, para os homens, para o mínimo de 30 e 35 anos de contribuição, respectivamente;	Adoção de idade mínima, sendo de 55 para mulheres e 60 para homens na regra permanente, com redução de sete anos na regra de transição
Supressão dos auxílios assistenciais (auxílio-natalidade, auxílio-funeral e renda mensal vitalícia);	Exigência de dez anos no serviço público e cinco no cargo para ter aposentadoria integral
Fim da aposentadoria especial do professor universitário; extinção da aposentadoria proporcional.	Previsão de adoção, por lei complementar, da previdência complementar para os servidores públicos.

Fonte: Elaboração própria

Os elementos que orientaram as mudanças introduzidas foram a busca do governo por equilíbrio financeiro e atuarial da Previdência. Num país cada vez mais envelhecido onde a necessidade de planejamento para a proteção social dos idosos aparece como urgente, a prioridade foi o ajuste fiscal com enxugamento de custos e busca por estabilidade econômica.

O aumento do peso do critério contributivo se traduziu numa maior exigência para que o indivíduo consiga se filiar ao sistema previdenciário. A adoção desse mecanismo pode ter significado uma dificuldade cada vez maior de filiação ao sistema dados os índices expressivos de desemprego e informalidade que caracterizavam (e ainda caracterizam) o país. A medida fortalece a concepção da previdência social como seguro social contributivo, fragilizando seu potencial redistributivo.

Cabe destacar que fixar a idade mínima para aposentadoria de 65 anos (homens) e 60 (mulheres) pode significar uma grave distorção diante de um contexto caracterizado por desigualdade social e por uma expectativa de vida no ano de 1998 de 69,6 anos (IBGE, [s.d.]).

A partir da EC seguiu-se uma legislação complementar, a Lei do Fator Previdenciário⁷⁷ que dispôs sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual e o cálculo do benefício. Em suma, esta lei propôs mudanças nos cálculos dos benefícios, propondo uma taxa de juros que recai sobre as contas do segurado e que aumenta conforme a idade, a expectativa de sobrevivência e o tempo de contribuição do segurado ao se aposentar. A base de cálculo passou a corresponder as maiores contribuições realizadas durante 80% da vida contributiva dos segurados. Antes a base de cálculo se referia às últimas trinta e seis (36) contribuições.

⁷⁷ Lei nº 9.876 de 26 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999c)

A adoção desse mecanismo visava que o segurado postergasse o tempo de se aposentar, o que significaria uma economia ao sistema. É possível afirmar que sua lógica, bem como o da EC 20/98, opôs-se aos preceitos constitucionais, na medida em que recoloca a previdência como um seguro, distorcendo a concepção de seguridade inscrita na Carta.

Cabe destacar o papel de alguns atores nesse processo. Os aposentados, que têm representação nos fóruns de discussão do Conselho Nacional da Previdência Social (CNPS), configuraram-se como um grupo de oposição às reformas. O movimento sindical, sobretudo a Central Única dos Trabalhadores (CUT), também se opôs às reformas do sistema previdenciário.

Por outro lado, a classe empresarial teve atuação ativa em favor das reformas propostas, motivada pela “possibilidade de oferecer serviços financeiros para os portadores de planos de pensões individuais, ao mesmo tempo em que esperavam que a expansão dos fundos de pensão gerasse liquidez, a qual supostamente deveria estimular o mercado de capitais” (NAKAHODO; SAVOIA, 2008, p. 50).

É possível, portanto, observar continuidades no que se refere à busca pela mercantilização, com o Estado sendo incentivado a gerir e organizar os seguros sociais de forma residual. Houve mais uma vez uma tentativa de ruptura e/ou fragilização da Previdência pública – sob justificativa de desequilíbrio fiscal um suposto déficit previdenciário seria o grande responsável - em detrimento de uma proteção social marcada pela lógica do mercado. Nesse sentido, a adoção de pacotes de Previdência Privada seria a saída viável.

O setor continuou sendo alvo de enxugamento e mercantilização, em oposição a universalização prevista traduzida na compressão de benefícios, afetando a abrangência da cobertura e das transferências monetárias, afetando sobremaneira aqueles com mais de 60. No entanto, apesar das tentativas de reformas mais completas com tendência a privatização, o governo FHC acabou por implementar mudanças incrementais na área, valendo-se de diversos mecanismos institucionais para contornar vetos e reivindicações dos sujeitos políticos, adotando assim a lógica de contenção de custos (PIERSON, 2001).

Assistência Social

No que se refere à Assistência, FHC logo em seu primeiro ano de governo, em 1995, implementou diversas ações no sentido de reordenar a área. Para tal, extinguiu o Ministério do Bem-Estar Social (MBES), o Conselho Nacional de Segurança Alimentar

e Nutricional (CONSEA), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA). Paralelamente e com objetivo de substituir os órgãos extintos criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, nele, a Secretaria de Assistência Social (SAS/MPAS).

No ano de 1995 também foi regulamentado o Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na LOAS⁷⁸. Este definia quem seriam os beneficiários, quais seriam os requisitos para que os benefícios fossem concedidos, as regras para mantê-lo e o que esperar do benefício. No mesmo ano o Ministério da Previdência e Assistência Social estabeleceu normas e procedimentos para a instrumentalização do BPC⁷⁹, buscando uniformizar a operacionalização dos benefícios. A instituição dessa legislação se constituiu como uma tradução da nova institucionalidade que se estabeleceu no fim da década de 80, que logrou superar o modelo contributivo que restringia o acesso a proteção social àqueles vinculados ao mercado de trabalho formal e principalmente propiciando melhores condições a pessoa com deficiência e idosos.

O BPC entrou em vigor em 1 de janeiro de 1996. Para obter o BPC, é preciso que a pessoa idosa ou portadora de deficiência atenda a alguns critérios de elegibilidade. A renda per capita não pode ultrapassar 1/4 do salário mínimo.

O benefício apresenta-se como importante para aqueles idosos (e famílias) que encontram dificuldades de atender suas necessidades básicas, (con) vivendo com vulnerabilidades econômicas e privações materiais severas. Mesmo que o valor do benefício não seja muitas vezes considerado suficiente, ele impede aprofundamento de situações de exclusão social. Este benefício socioassistencial funciona como uma “segurança” na medida em que tenta dar cobertura a determinados riscos sociais.

Vale destacar uma característica importante da implantação do BPC, que foi optar por manter sua gestão vinculada ao MPAS e ao INSS, ao invés de fortalecer a capacidade de gestão da Assistência. Segundo Sposati (2013, p. 666) esse tratamento de gestão administrativa significou na prática, fragilidades da gestão do BPC sob a lógica de proteção da assistência social, uma vez que a manteve sob a lógica de seguro social, o qualificando como amparo assistencial ou benefício assistencial.

⁷⁸ Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995 (BRASIL, 1995b)

⁷⁹ Resolução nº 324 de 15 de dezembro de 1995

Também em 1995 foi criado o programa Comunidade Solidária (BRASIL, 1995a)⁸⁰. O programa, vinculado à Presidência da República, tinha por objeto coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispusesse de meios para prover suas necessidades básicas e, em especial, o combate à fome e à pobreza (Art. 1º). As ações prioritárias seriam aquelas ligadas às áreas de alimentação e nutrição, serviços urbanos, desenvolvimento rural, geração de emprego e renda, defesa de direitos e promoção social.

De forma geral, o programa procurou incentivar a parceria Estado e sociedade civil na execução das políticas sociais conforme demonstra o art. 3ª que afirma que compete ao Conselho do Programa Comunidade Solidária propor e opinar sobre ações prioritárias na área social; incentivar na sociedade o desenvolvimento de organizações que realizem, em parceria com o governo, o combate à pobreza e à fome; promover campanhas de conscientização da opinião pública para o combate à pobreza e à fome, visando à integração de esforços do governo e da sociedade; entre outros.

É possível identificar que o governo FHC propôs que a gestão das políticas sociais, sobretudo àquelas ligadas ao enfrentamento a pobreza, fosse operada pela relação Estado e sociedade civil. O Estado passou a ver as organizações da sociedade civil como parceiras no atendimento a fragilidades e carências socioeconômicas diante da necessidade estatal de redução de custos e equilíbrio financeiro.

Já no ano de 1998 o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou a primeira versão da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB)⁸¹. A PNAS se apresenta como um instrumento de gestão que se propunha a transformar em ações concretas os pressupostos constitucionais da LOAS. Além disso, colocou como uma das suas diretrizes a implementação e efetivação da descentralização a partir do fortalecimento dos mecanismos de controle e participação social.

Destaque-se que, no final da década de 90, programas de transferência de renda foram concebidos e se expandiram como componentes de uma rede de proteção social que tinha como foco o combate à pobreza: Bolsa-Escola; Bolsa-Alimentação e Auxílio-

⁸⁰ Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995

⁸¹ Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998/CNAS (BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1998)

Gás. Estes podem ter tido repercussões diretas ou indiretas sobre os idosos, sobretudo àqueles mais pobres.

No ano de 1999 foi regulamentada a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e o termo de parceria entre o poder público e essas organizações⁸². Esta lei introduziu uma nova concepção de esfera pública social na medida em que regulava e firmava as relações entre Estado, Mercado e Sociedade Civil. Como pressuposto, essas organizações precisam apresentar objetivos sociais algumas das seguintes finalidades: promoção da assistência social; promoção gratuita da educação; promoção gratuita da saúde; promoção da segurança alimentar e nutricional; promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; entre outros. Percebe-se a tentativa de transferir responsabilidades que são institucionalizadas como dever do Estado (saúde, educação, assistência social) à sociedade civil e mais especialmente, a organizações privadas.

No ano 2000 definiram-se ações continuadas de assistência social financiadas pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) como aquelas que devem ser voltadas ao atendimento mensal à criança e ao adolescente, à *pessoa idosa*, à pessoa portadora de deficiência, e as relacionadas aos programas de Erradicação do Trabalho Infantil e da Juventude (PETI)⁸³. Verifica-se que os idosos são vistos como um dos grupos prioritários da política, o que demonstra uma preocupação com as vulnerabilidades que o processo de envelhecimento pode acarretar, exigindo políticas e ações.

No mesmo ano foram estabelecidas categorias de atendimento que deveriam ser prestadas aos *idosos* além de novas modalidades que privilegiassem a família como referência de atenção e alternativas que reforçassem a autonomia e a independência da pessoa idosa⁸⁴.

Propõe para tal sete modalidades de atendimento resumidas no quadro 8:

Quadro 8: Modalidades de atendimento para a pessoa idosa previstas no âmbito do MPAS - 2000

Atividade	Definição
<i>Atendimento integral institucional</i>	É prestado em instituições como abrigo, asilo, lar e casa de repouso às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou

⁸² Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999 (BRASIL, 1999d)

⁸³ Decreto nº 3.409, de 10 de abril de 2000 (BRASIL, 2000a)

⁸⁴ Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000/MPAS (BRASIL, 2000b)

	impossibilitadas de conviver com suas famílias. Estas instituições deveriam garantir a oferta de serviços assistenciais, de higiene, alimentação, saúde. Também é responsável pelo desenvolvimento de esforços para reconstrução dos vínculos familiares que propiciem o retorno do idoso à família.
<i>Residência com família acolhedora</i>	Atendimento em famílias cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias.
<i>Residência em casa lar</i>	Alternativa de residência para no máximo oito idosos, com mobiliário adequado e pessoa habilitada para apoio às necessidades diárias do idoso. Destina-se principalmente a idoso que apresente algum tipo de dependência.
<i>Residência em república</i>	Outra alternativa de residência para idosos independentes, também organizada em pequenos grupos, e co-financiada com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia e outras. Em alguns casos a República pode ser viabilizada em sistema de autogestão.
<i>Atendimento em centro dia</i>	Estratégia de atenção em instituições especializadas, onde o idoso permanece durante oito horas por dia, sendo prestados serviços de atenção à saúde, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros. É importante pela possibilidade da pessoa idosa ser atendida durante o dia e retornar à noite para sua residência, proporcionando a manutenção dos vínculos familiares.
<i>Atendimento domiciliar</i>	É prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência por cuidadores de idosos, em pelo menos duas visitas semanais no próprio domicílio do idoso. Destina-se a apoiar idosos e sua família, nas atividades cotidianas com vistas à promoção, manutenção e/ou recuperação da autonomia, reforço dos vínculos familiares e comunitários e melhoria da qualidade de vida
<i>Atendimento em centro de convivência</i>	Consiste em atividades realizadas em espaço dotado de infraestrutura que permita a frequência dos idosos e de suas famílias semanalmente para usufruir de programação que vise promover a sociabilidade, o desenvolvimento de habilidades, a informação, atividades educacionais, artísticas, esportivas e de lazer, entre outras.

Fonte: Elaboração própria

Em 2001 a instituição do Cadastro Único dos Programas Sociais⁸⁵ foi uma iniciativa importante na medida em que visava fortalecer e organizar a Assistência Social. O Cadastro Único é o instrumento utilizado para identificação das famílias em situação de pobreza em todos os municípios brasileiros, com o objetivo de armazenar com segurança informações cadastrais sobre as famílias e, assim, melhorar a focalização de programas para os mais pobres (BICHR, 2010).

⁸⁵ Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001 (BRASIL, 2001)

No ano de 2002 o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI)⁸⁶⁸⁷ foi criado. Previsto desde a instituição da Política Nacional do Idoso como parte de um conjunto de ações governamentais que deveria ser implementada para os idosos em diversas áreas, o CNDI se tornou um espaço importante de articulação de demandas entre os conselhos de idosos das esferas federativas e espaço de mobilização, participação e articulação de políticas públicas para aqueles com mais de 60 anos⁸⁸.

A Assistência Social foi alvo no governo FHC, de um importante processo de institucionalização que difere e muito do padrão que vinha sendo desenvolvido. Sendo assim, as ações tiveram como objetivo geral a garantia da institucionalidade a partir regulamentação do arcabouço legal da Assistência Social e criação de dispositivos que ajudariam a organizar e fortalecer a área. Houve um processo incremental do reconhecimento das questões e demandas da área, bem como com o início da construção de uma estrutura administrativa voltada para essa política.

Porém, as mudanças introduzidas não foram suficientes no sentido de uma reforma completa, uma vez que ao mesmo tempo que se regulamentava e formulava uma institucionalidade expressiva, o governo investia em ações paralelas a área, não a priorizando como condutora das ações de cunho social. Além disso, o Executivo via as políticas sociais (principalmente aquelas ligadas ao enfrentamento da pobreza) como um campo onde tanto a ação do Estado tanto da sociedade civil deveria esta articulada, com predomínio da última, como se observou no programa Comunidade Solidária. Essa perspectiva se afasta das definições e atribuições mais amplas da Assistência Social contida na Constituição de 1988.

Para os idosos, as ações foram mais transversais, com destaque para a portaria que estabelece modalidades de atenção aos idosos, o que vai ao encontro de um dos artigos da PNI. Todavia, essa medida não se traduziu em ações concretas. Além disso, continuou a predominar a perspectiva de proteção social por parte do Estado somente nas situações em que o próprio indivíduo ou sua rede comunitária e familiar falham ou são insuficientes.

Saúde

⁸⁶ Decreto 4.227/2002 (BRASIL, 2002b)

⁸⁷ Uma análise mais aprofundada sobre o CNDI e suas principais discussões, avanços e limites foram apresentadas no capítulo anterior.

⁸⁸ A atuação do CNDI será analisada no capítulo 5.

Em 1996 mais uma Norma Operacional Básica de Saúde⁸⁹ foi instituída visando dar continuidade ao processo de descentralização do SUS. Esta teve por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios e redefinir as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Além de buscar aperfeiçoar a gestão do SUS, a NOB/96 e sua regulamentação posterior propuseram mudanças no financiamento e no modelo de atenção à saúde, mediante a criação do piso da atenção básica (valor per capita) e de incentivos aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No ano de 1998 houve a primeira regulamentação legal dos planos e seguros privados de assistência à saúde⁹⁰. Vale lembrar que uma consequência dessa lei foi a criada uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁹¹. O estabelecimento dessa lei e a criação de agências reguladoras, como a ANS, foram feitas no contexto mais amplo de reconfiguração estatal do governo FHC, ou seja, de uma reforma gerencial e institucional do Estado para viabilizar a gestão.

Levando em consideração que o Estado brasileiro se caracteriza pela permanência, no âmbito da constituinte, de duas visões antagônicas no que se refere ao papel do Estado - propostas publicistas e redistributivas *versus* manutenção dos mercados privados⁹² - a tentativa de estruturar e regular o campo da saúde suplementar surge como uma consequência dessas relações historicamente estabelecidas entre Estado e setor privado de saúde.

Partindo desse pressuposto, é possível destacar avanços na lei como a fiscalização dos pedidos de constituição e funcionamento das atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde; aplicação de sanções no que se refere a descumprimento de regras como proibição de seleção por faixa de idade e limites à internação; ampliação da divulgação e possibilidade de acesso aos dados do setor, entre outros.

⁸⁹ Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996 - NOB/SUS 01/96 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)

⁹⁰ Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 1998a)

⁹¹ Lei n° 9.961 de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000c)

⁹² Cabe ressaltar que juntos com esses atores também haviam os setores conservadores que buscavam frear os anseios do movimento sanitário na constituinte (FAGNANI, 1997).

No que diz respeito aos idosos, sabe-se que o setor privado tende a haver uma seleção de risco com a exclusão daqueles usuários mais custosos ao sistema, sobretudo os pacientes que apresentam condições crônicas de saúde e os idosos. A lei sugeriu a adoção de mecanismos e dispositivos que procurem evitar e/ou minimizar possíveis restrições de acesso aos idosos. Entretanto, tais iniciativas encontrariam dificuldades devido a sua lógica mercantilista e de busca por lucro por parte empresas de planos de saúde.

O governo FHC também se notabilizou pela preocupação com custos e demandas que o processo de envelhecimento impõe, sobretudo no que tange a aprofundamento de agravos, gerando internações. Desta forma, diante da necessidade de estabelecer planos e ações para controle de custo, “incluindo a racionalização dos procedimentos de alta tecnologia e a utilização de modalidades assistenciais alternativas de atenção à saúde do idoso” (SCHIER, 2010, p. 40) em 1998 estabeleceram-se requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico⁹³.

De acordo com Schier (2010, p. 25), o hospital dia geriátrico é uma modalidade de “serviço intermediário e complementar para a pessoa idosa e sua família cuidadora com quadro de agravos à saúde necessitando de cuidados, orientação terapêutica e reabilitação, com possibilidades de voltar ao convívio diário familiar”

Esta modalidade de atenção se dá quando se admite que a hospitalização, em alguns casos, pode ser prejudicial ao idoso. Por outro lado, a privação dos recursos e possibilidades de um hospital pode levar a piora no estado de saúde que de outro modo seria evitável. Isto posto, ao admitir que o hospital tem corresponsabilidade na resolução dos problemas de cuidados continuados aos seus pacientes, o hospital - dia se encontra em um nível assistencial intermediário e complementar entre a atenção domiciliar e hospitalar, servindo de ponte entre o hospital e a comunidade (FREITAS; MORAES, 2008; SCHIER, 2010).

Nesse sentido, a implantação do hospital-dia geriátrico é importante na medida em que propicia a assistência oportuna para pacientes idosos cuja necessidade terapêutica e de orientação não justifique a permanência em hospital (viabilizando o processo de desospitalização), e ainda sugere redução de possíveis custos.

⁹³ Portaria nº 2.414, de 23 de março de 1998 (BRASIL, 1998b)

Evidencia-se também outra tentativa de fortalecer a atenção à saúde da pessoa idosa ao se tornar “obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados”⁹⁴(BRASIL, 1999a). Baseada na PNI, essa portaria considera que idosos que precisem de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar.

Em 1999 também houve início da Campanha Nacional de Vacinação para a Terceira Idade contra gripe, tétano e difteria.

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de o setor de saúde dispor de uma política devidamente relacionada à saúde do idoso, instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)⁹⁵ (BRASIL, 1999b).

O aspecto considerado prioritário na nova política foi a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 1999, p. 1). Portanto, considera que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Para a garantia e atendimento a essa parcela da população idosa que demanda cuidados específicos, a política propôs ações preventivas, assistenciais e de reabilitação que deveriam objetivar a manutenção da capacidade funcional e, sempre que possível, a recuperação da capacidade perdida pelo idoso (BRASIL, 1999). Consequentemente, buscou-se diminuir os custos que a dependência física e mental poderia gerar, uma vez que a perda da cognição e autonomia acaba “requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar” (BRASIL, 1999, p. 6).

A referida política também apoiou a formalização dos cuidados, buscando uma parceria entre profissionais de saúde e pessoas próximas aos longevos e que cuidavam destes. Essa parceria foi tida como “a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontravam no

⁹⁴ Portaria GM/MS nº 280/1999, de 7 de abril de 1999

⁹⁵ Portaria Ministerial nº 1.395/1999

processo de adoecimento e perda da autossuficiência para realizar as atividades cotidianas” (BRASIL, 1999, p. 12).

Para alcançar esses objetivos, a PNSI propôs ações visando à prevenção de perdas funcionais (como vacinas, ações de combate a deficiências nutricionais) e também do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados, dentre outras, além da adoção de atendimento especializado nos âmbitos ambulatorial e hospitalar.

O documento também apresentou propostas de serviços alternativos à internação prolongada, como a assistência domiciliar e o hospital-dia geriátrico, reforçando a portaria 2.414/ 1998. Esta proposta corrobora o pressuposto da PNI sobre a necessidade de se desenvolver cuidados que auxiliem as famílias e estejam à disposição dos longevos quando estes não tiverem quem os cuide. Sabe-se que a família assume um papel não somente de tradicional cuidadora dos entes dependentes, mas também de suporte emocional. Porém, nem todos os idosos têm à sua disposição familiares para apoiá-los, o que torna necessária a criação dessas novas formas de atendimento.

No ano 2000 o governo federal lançou – como parte do Plano Plurianual - 2000/ 2003 - o Programa Valorização e Saúde do Idoso. Este tinha como objetivo promover a valorização da pessoa idosa no que concerne à sua saúde, independência funcional e assistência social. Tinha como principais ações: pagamento do BPC à pessoa idosa, reiterando determinação da LOAS; pagamento de renda mensal vitalícia por idade; atendimento à pessoa idosa; vacinação de idosos com idade superior a 60 anos e atendimentos às vulnerabilidades que costumaram caracterizar esse ciclo da vida (SILVA, 2010).

Em 2002, diante da necessidade de colocar em prática as proposições propostas na PNI e na PNSI, o Ministério da Saúde regulamentou a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso⁹⁶. Esta regulamentação objetivou colocar em na prática as diretrizes da Política Nacional do Idoso, que incluem: promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (BRASIL, 2002a, p. 1).

⁹⁶ Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002

O documento assinala a importância de reduzir o número de internações, já que a hospitalização não seria uma ação que promoveria a saúde do idoso, mas sua deterioração ao minar sua independência funcional e autonomia. As redes instituídas devem ser integradas por hospitais gerais, “aqueles que teriam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos” para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar (BRASIL, 2002a, p. 5), e por Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, que, por sua vez, deveriam dispor:

De condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital- -dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (BRASIL, 2002a, p. 2).

Também foram definidos critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso no ano de 2002⁹⁷. Para ser cadastrado como Centro de Referência, o hospital deveria cumprir algumas exigências, entre elas de desenvolver um programa de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o sobre como melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando em relação à sua dependência, buscando preservar ao máximo sua autonomia (BRASIL, 2002b).

Os Centros deveriam também possuir um ambulatório especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar “para os diferentes modos de atendimento, composta por médico assistente, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2002, p. 21). O Centro de Referência deveria ter ainda instalado e em funcionamento um Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso, modalidade assistencial que compreende um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso.

⁹⁷ Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril 2002

Apesar de os centros de referência e outras modalidades de cuidado aos longevos terem buscado desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação à saúde da população idosa, essas redes não foram implementadas de forma satisfatória nos estados. Para Groisman (2014, p. 263):

O processo de implantação desses centros não tem ocorrido segundo o previsto e muitos não atendem plenamente a todos os requisitos estabelecidos na legislação. Da maneira como estão formulados, tais centros são caros e de sofisticada implantação.

O autor segue sua análise ao questionar a viabilidade desses Centros para atender a abundante população idosa que demanda de redes de atenção.

Groisman (2014, p. 263) salienta que é preciso que

“Sejam fortalecidas as demais instâncias, sobretudo nos níveis intermediários de cuidado, bem como no âmbito da atenção básica e através da Saúde da Família para que a clientela longeva e seus familiares tenham a seu dispor atenção e assistência específica e de qualidade. Igualmente, é preciso que haja “um fortalecimento da rede como um todo e não apenas da existência de centros especializados e restritivos destinados a servirem de referência”

O período de 1995 a 2002 também se destacou pelas políticas relacionadas à assistência e cuidados a doenças específicas impulsionado por um cenário de aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), sobretudo naqueles com idade acima de 60 anos. Diante desse contexto, alguns esforços políticos traduzidos em planos e portarias foram feitos a fim de evitar ou minimizar a perda de capacidade funcional que essas enfermidades podem levar. Tais ações foram importantes na medida em que podem assegurar não só que cada vez mais pessoas atinjam a última fase da vida, mas, também, que estejam saudáveis quando chegarem nessa etapa.

Duas ações complementares em 2002 objetivaram dar conta de duas das principais enfermidades crônicas que atingem a população, sobretudo acima de 60 anos. Foi instituído o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus⁹⁸. Este teve como objetivo estabelecer a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco

⁹⁸ Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002.

para doenças cardiovasculares. Já a segunda foi lançamento do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus⁹⁹.

De acordo com Camargos et al (2008, p. 3), essas são as doenças crônicas não transmissíveis que incidem com mais frequência nas pessoas acima de 60 anos. Para ele, “a sobrevida das pessoas acometidas por essas doenças aliadas à industrialização, à inatividade física e à obesidade contribuem para o crescimento da prevalência e incidência destas enfermidades”. Estas alterações comprometem, em alguma medida, a qualidade de vida dos longevos, principalmente se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.

O diabetes se destaca na atualidade entre as DCNT devido à sua expansão e morbimortalidade, particularmente entre a população idosa, visto que estes se configuram como os principais usuários de medicamentos, além de serem mais propensos ao uso indiscriminado e inadequado, com interações medicamentosas que podem ser prejudiciais. Soma-se isso ao fato de que quando um idoso desenvolve diabetes isso acaba ocorrendo em associação a outras comorbidades, principalmente as síndromes geriátricas¹⁰⁰, levando a um risco maior de morte prematura (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016)

Nesse cenário de necessidade de cuidados com hipertensão e diabetes, e considerando que essas doenças acometem de forma significativa os idosos, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus apresentou-se como uma iniciativa importante. Este tinha como objetivo, segundo Toscano (2004, p. 890)

“O estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes no Sistema Único de Saúde, através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde”

⁹⁹ Portaria nº 371, de 04 de março de 2002.

¹⁰⁰ De acordo com Moraes et al (2010) as grandes síndromes geriátricas são incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa.

Os medicamentos também têm um papel significativo no cuidado e tratamento das DNCT. O cenário mundial das DCNT levou a Organização Mundial da Saúde a lançar, em 2012, o desafio de redução da mortalidade por essas doenças em 25% até 2025. A OMS considerou o acesso aos medicamentos como parte essencial para o alcance dessa meta.

Nesse sentido o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é importante na medida em que propõe de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os medicamentos se constituem como importantes instrumentos terapêuticos e podem auxiliar na qualidade de vida da população idosa, melhorando sua saúde. No entanto, estudos demonstraram que dificuldades no cadastramento dos hipertensos e diabéticos têm impossibilitado um planejamento adequado, levando à insuficiência de medicação em várias unidades de Saúde da Família (COSTA et al., 2011; THAINES et al., 2009).

O impacto social das complicações dessas patologias envolve a estruturação de serviços capazes de realizar acompanhamento periódico multiprofissional aos idosos, prevenindo ou retardando as suas complicações. Caso contrário, as alterações podem gerar gastos expressivos e adicionais com internações, amputação de membros inferiores e agravamento de doenças cardiovasculares, repercutindo de forma negativa na qualidade de vida dos idosos.

Em resumo, as políticas desenvolvidas na área da saúde se destacaram pela tentativa de regulamentar alguns dos princípios do SUS, sobretudo a descentralização. A priorização desse princípio organizativo como condutor das ações está em consonância com as orientações estratégicas e ideológicas do governo FHC cuja agenda de reformas se orientou para busca de eficiência do Estado e racionalização de custos.

As ações mais especificamente voltadas para os idosos seguiram essa orientação, na medida em que se caracterizaram fundamentalmente pela tentativa de reorganização da atenção enfocando na prevenção e não aprofundamento de agravos visto que o envelhecimento traz em seu bojo o aparecimento progressivo de doenças crônicas não transmissíveis que por sua vez, exigem respostas proativas, contínuas e integradas.

A legislação, planos e programas analisados que afetam a população idosa tinham como pontos em comum a busca por menor (re) internação hospitalar; menor utilização de serviços de urgência e emergência; menor utilização de cuidados especializados; maior eficiência no uso de recursos e maior utilização de ações preventivas, tendo como base a Atenção Básica.

O quadro 9 resume as principais ações nas três áreas da Seguridade Social e sua relevância para a pessoa idosa.

Quadro 9: Principais ações nas três áreas da Seguridade e implicações para a os idosos

Área da Seguridade Social	Principais ações do período	Repercussões para a população idosa
Previdência Social	<i>EC 20/98</i>	Promoveu mudanças como redução da idade mínima para se aposentar tanto para homens quanto para mulheres (servidores públicos); Supressão dos auxílios assistenciais; Substituição do tempo de serviço por tempo de contribuição com a aposentadoria; Fim da aposentadoria especial do professor universitário; extinção da aposentadoria proporcional; Previsão de adoção, por lei complementar, da previdência complementar para os servidores públicos
	<i>Instituição da Lei nº 9.876 de 26 de novembro de 1990 - Lei do fator Previdenciário</i>	Institui fórmula de cálculo do valor da aposentadoria que consideraria idade e tempo de contribuição, reforçando o componente contributivo e visando postergar o momento da aposentadoria.
Assistência Social	<i>Regulamentação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na LOAS</i>	O benefício apresenta-se como importante para aqueles idosos (e famílias) que encontram dificuldades de atender suas necessidades básicas, (con) vivendo com vulnerabilidades econômicas e privações materiais severas.
	<i>Em 2000: ações continuadas de assistência social financiadas pelo FNAS</i>	Os idosos são vistos como um dos grupos prioritários da política
	<i>Portaria no 2.874, de 30 de agosto de 2000</i>	A partir desta portaria foram estabelecidas categorias de atendimento que deveriam ser prestadas aos idosos
	<i>Decreto 4.227/2002 - Instituição do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso</i>	Criação de uma instância de articulação intersetorial e entre Estado e sociedade civil para a formulação e acompanhamento das políticas e ações para os idosos.

Saúde	<i>Criação da lei que dispôs sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde e, por conseguinte criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).</i>	A adoção de mecanismos e dispositivos que procurem evitar e/ou minimizar possíveis restrições de acesso dos planos de saúde como: limites de faixa etária, problemas de exclusão de clientela, entre outros.
	<i>Portaria nº 2.414, de 23 de março de 1998 - Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico.</i>	A implantação do hospital-dia geriátrico é importante na medida em que propicia a assistência oportuna para pacientes idosos cuja necessidade terapêutica e de orientação não justifique a permanência em hospital
	<i>Portaria GM/MS nº 280/1999 - Torna obrigatória nos hospitais públicos a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos quando internados</i>	Baseada na PNI, essa portaria considera que idosos com quadro de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar.
	<i>Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)</i>	Inclui ações preventivas, assistenciais e de reabilitação que devem objetivar a melhoria da capacidade funcional, a sua manutenção e a recuperação desta capacidade perdida pelo idoso
	<i>Programa Valorização e Saúde do Idoso</i>	Tinha como objetivo promover a valorização da pessoa idosa no que concerne à sua saúde, independência funcional e assistência social.
	<i>Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002, que dispôs sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.</i>	Objetivou colocar em prática, as diretrizes da Política Nacional do Idoso, que incluem: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.
	<i>Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus</i>	Essas são as doenças crônicas não transmissíveis que incidem com mais frequência nas pessoas acima de 60 anos. Nesse sentido, a instituição do plano procurou estabelecer a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, e a implementação de programa de educação permanente.

Fonte: Elaboração própria

Em geral, o governo FHC que administrou as ações e políticas do período seguiu diante de um cenário de disputas entre a adoção das diretrizes econômicas *versus* desenvolvimento da proteção social, o que ao fim acabou produzindo um desmantelamento ou, ao menos, “um recuo, um ‘retrenchment’ como [propôs] Pierson (1994), da proteção social” previamente estabelecida (DRAIBE, 2003, p. 64).

O que se percebe é que se tentou impor uma lógica fiscalista e racionalizadora de custos, ampliando o papel do mercado e aumentando o grau de mercantilização das políticas. Contudo, as disputas se mantiveram e a necessidade de realizar certas despesas a fim de construir e desenvolver políticas sociais também prevaleceu. Tais elementos afetaram sobremaneira as ações para população idosa.

Em relação à previdência social observou-se mudanças nos critérios de elegibilidade que culminaram em certas restrições no acesso aos benefícios, o que vai novamente na direção contrária ao pacto social estabelecido. Na área da Assistência percebeu-se o mesmo caminho, com avanços no que tange à institucionalidade da área, mas entraves com permanência da ação do Estado sob respaldo do “modelo da subsidiariedade onde o órgão de Estado deve ser o último a atuar, isto é sua presença deve ocorrer só após o indivíduo, a família e a comunidade tomarem iniciativas sociais” (SPOSATI, 2005, p. 4). Na Saúde, foi possível observar a tentativa de estabelecer diversos mecanismos legais que possibilitassem a preservação da autonomia do idoso, sua qualidade de vida e impedir agravos e possíveis internações. Contudo, não foram acompanhadas do estabelecimento de medidas e investimentos que pudessem efetivar tais ações, sobretudo àquelas relacionadas às alternativas ao cuidado familiar.

Cabe salientar ainda que as opções e linhas de atuação do governo foram feitas a partir de um contexto de dificuldades institucionais e financeiras que influenciaram na abrangência e caráter das políticas. No entanto, apesar do contexto macro político impor limites e constrangimentos às escolhas políticas do período elas não definem os rumos das ações, havendo liberdade das instituições e atores.

2003 a 2010 – Continuidades, inovações institucionais e expansão de ações

O período de 2003 a 2010 compreende o governo do presidente Luís Inácio “Lula” da Silva que teve início logo após um longo período caracterizado por tensões entre a busca por um Estado social (conforme preconizado na Constituição) *versus* um Estado mínimo balizado pela estratificação e focalização das ações.

O governo Lula se dividiu em dois mandatos e ambos seguiram institucionalidades diferentes. O primeiro (2003 a 2006) foi denominado por Viana e Silva (2012) de ‘fase de transição’ e caracterizou-se por manter continuidades na condução macroeconômica baseada no ajuste estrutural que caracterizou o período anterior, com ações que visavam a manutenção do tripé econômico - superávit primário, juros altos e câmbio valorizado (COSTA; LAMARCA, 2013; BOITO JR, 2012). Nesse sentido, as estratégias, opções macroeconômicas e arranjos ensejadas no governo FHC significaram um legado, impactando nas escolhas dos novos atores sociais que subiram ao poder em 2003, uma vez que houve certo constrangimento para que os pactos instituídos fossem mantidos.

Desta forma, o liberalismo econômico se manteve, mas perdeu o viço reformista que o caracterizara, sobretudo a vertente oriunda da corrente neoliberal. O que se tentou buscar foram formas de compatibilizar a herança do período anterior com o clássico conteúdo programático do Partido dos Trabalhadores (PT), que propunha uma maior participação do Estado na vida social, além de “proteção às empresas de capital nacional, principalmente às pequenas empresas, melhor distribuição da renda e proteção aos trabalhadores mais pobres” (SALLUM JR.; GOULART, 2016, p. 127).

O segundo mandato iniciado em 2007 (2007 a 2010) foi denominado por Viana e Silva (2012) de “institucionalidade neodesenvolvimentista”. Nesse novo ciclo, foi possível identificar avanços mais significativos. As mudanças que foram feitas na cúpula que dirigia a área econômica do governo - que passou a eleger como elemento estruturante da governabilidade a busca pelo crescimento e não mais a estabilidade monetária - levaram a uma aproximação e mais precisamente, uma articulação mais consonante entre políticas macroeconômicas e sociais. De acordo com Fagnani (2011, p. 15), “esse movimento [também] foi benéfico para o mundo do trabalho e para as contas públicas, abrindo maior espaço para a ampliação do gasto social”. Ademais, emergiu no campo político e ideológico,

“Um cenário favorável para a ampliação do papel do Estado na economia e na regulação dos mercados. O colapso financeiro internacional (2008) interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global. Muitos dos dogmas do “pensamento único” passaram a ser questionados. Instituições como BIRD e FMI reconheceram o fracasso das políticas inspiradas pelo Consenso de Washington. Este cenário abriu uma nova brecha para a ampliação do papel do Estado na consolidação do sistema de proteção social consagrado pela Constituição de 1988 (FAGNANI, 2011, p. 15-16)

Essa nova fase do governo também se destacou pelos investimentos voltados para o setor privado nacional. De acordo com Boito Jr e Cavalcante (2012) a burguesia brasileira – grupos industriais, agronegócio, construção civil, entre outros - foi convocada a ser mais atuante. Para tal, o Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) foi alçado a protagonizar ações de investimento e financiamento de grandes empresas estatais, sobretudo àquelas ligadas à indústria, à inovação tecnológica e ao comércio exterior (BOITO JR, 2012).

Em suma, apesar das continuidades em relação à ênfase da atuação do Estado na estabilização monetária - o governo Lula, sobretudo o segundo mandato, pode ser destacado pela sua orientação para fortalecer a capacidade do Estado na economia e no social. Este panorama aliado a incorporação de diversos sujeitos políticos na gestão do Estado como movimentos sindicais, sociais, lideranças de esquerda, mais a abrangência de políticas sociais a populações vulneráveis econômicas e socialmente aliado ao desenvolvimento de mecanismos de ascensão social a camadas médias formaram um amálgama que produziu um efeito estabilizante ao governo.

No que se refere à proteção social, o discurso inicial de Lula pautou-se na mudança a partir de um projeto de desenvolvimento nacional e de um planejamento estratégico. Nas palavras do então presidente, era preciso

“Mudar tendo consciência de que a mudança é um processo gradativo e continuado, não um simples ato de vontade, não um arroubo voluntarista. Mudança por meio do diálogo e da negociação, sem atropelos ou precipitações, para que o resultado seja consistente e duradouro”¹⁰¹.

Nesse sentido, o referido projeto deveria ser orientado para as necessidades e demandas da população mais vulnerável economicamente com investimentos nas áreas de educação, saúde, emprego e sobretudo, alimentação. Isso se daria a partir do “aumento das poupanças e investimentos, com foco no mercado interno, principalmente nas pequenas e médias empresas, infraestrutura e capacidade tecnológica” (ERBER, 2011, p. 37). Assim, “a formação de um ‘novo pacto social’ unindo trabalho e capital produtivo possibilitaria a geração de uma ‘energia solidária’” (Idem, 2011).

¹⁰¹Discurso de Lula no Congresso Nacional. <http://www1.folha.uol.com.br/brasil/ult96u44275.shtml>. Acesso em 28/03/2017

Vale destacar que o discurso invocando o aceite de um novo pacto social vai ao encontro do “presidencialismo de coalizão” (ABRANCHES, 1988) que caracteriza o sistema político no Brasil e que se dá a partir da combinação de grandes coalizões político-partidárias (e também regionais) e eleição direta para chefe de governo. A grosso modo, no Brasil, caso um governo não obtenha apoio político no Congresso, a viabilização de legislações, e propostas governamentais em geral ficam severamente comprometidas.

Há os que afirmam, ainda, que a construção dessa agenda social significou avanços no que se refere à cidadania, com destaque para as ações voltadas para grupos específicos (mulher, crianças e adolescentes, trabalhador). Para Menicucci (2011, p. 525), por exemplo, essa focalização assume outros sentidos, ou seja, refere-se a “focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema e envolve grupos sociais a partir de determinadas características. A focalização, assim, [emerge] no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito”.

Esse período também se destacou pela criação de um importante instrumento legal que se constituiu para ampliação e garantia dos direitos dos idosos: o Estatuto do Idoso¹⁰² criado no ano de 2003. O Estatuto estabeleceu os direitos fundamentais dessa população, as medidas de proteção e de atendimento ao idoso, assim como as condutas contra os idosos que constituem crimes como negligência, discriminações, violência, crueldade ou opressão. Este dispositivo consolidou, em uma ampla peça legal, muitas das leis e políticas anteriormente aprovadas, além de incorporar novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Cabe destacar que a criação do Estatuto do Idoso foi impulsionada pela maior necessidade de rigor para que as ações e medidas já desenvolvidas para garantir o bem-estar do idosos fossem asseguradas e aplicadas. Sendo assim, a atuação dos movimentos sociais ligados aos idosos foi fundamental. Segundo Paz e Goldman (2006, p. 3) dois projetos de lei foram desenvolvidos no âmbito do Congresso Nacional:

¹⁰² Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 (DOS DEPUTADOS, 2003)

“O primeiro em 1997, de autoria do Senador Paulo Paim (à época deputado federal pelo Rio Grande do Sul), uma proposta elaborada em conjunto com representantes de entidades de aposentados, dentre elas a Federação de Aposentados e Pensionistas do Rio Grande do Sul e a COBAP - Confederação Brasileira das Federações de Aposentados e Pensionistas, e a outra proposta de Estatuto foi apresentada em 1999 de autoria do então deputado federal, por Santa Catarina, Fernando Coruja. Este último Projeto de Lei, segundo o próprio autor, foi realizado por ele e seus assessores, adaptando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente ao Idoso”.

Em suma, diante da pressão dos movimentos sociais organizados dos idosos como os Fóruns regionais da Política Nacional do Idoso e representações de entidades governamentais e não-governamentais, nacionais, estaduais e municipais de todo o Brasil, a Comissão Especial da Câmara dos Deputados estabelecida para apreciar o conjunto de Projetos de Leis ligadas às demandas dos idosos convocou esses grupos e entidades e – através de debates e seminário – buscaram definir os parâmetros e diretrizes para futuras Leis e tivessem o caráter de assegurar direitos aos idosos. Sendo assim, depois de dois anos tramitando no Congresso foi aprovado em outubro de 2003 (PAZ; GOLDMAN, 2006).

Previdência Social

Na Previdência Social predominou o caráter de continuidade em relação aos governos anteriores; com ênfase nas propostas de reformas tributárias e previdenciárias. Isto posto, a proposta de Emenda Constitucional nº 40 (depois Emenda Constitucional nº 41, quando examinada e negociada no Senado), de 2003, seguiu o mesmo caminho da reforma iniciada por FHC, mas focando principalmente nos servidores. Tais medidas eram voltadas para a promoção do ajuste fiscal e o aumento da credibilidade internacional do governo.

Porém, um fator o diferenciou, pelo menos no que se refere à condução do processo, ao governo anterior: “o governo inovou ao instituir diferentes instâncias de negociação das reformas, seja na sociedade civil, no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES), seja com os governadores” (FLEURY; ALVES, 2004, p. 1002). O governo sinalizava uma busca de conciliação ou acordo mínimo entre diversos atores o que sugere a tentativa de demonstrar um caráter mais democrático na condução e decisão das políticas, apesar do caráter continuísta da proposta de reforma.

Porém, na prática, o governo assumiu os mesmos diagnósticos que apontavam a Previdência como deficitária e aprovou em menos de um ano de vigência de seu governo, a emenda 41/2003 que introduziu as seguintes modificações no regime dos servidores:

(i) Mudança no valor da remuneração mensal dos servidores, com o estabelecimento de subtetos diferenciados para os entes da federação - União, estados e municípios (Art. 37);

(ii) Alterações nas regras de concessão de pensão por morte, uma vez que a renda mensal a ser recebida deveria sofrer redução, caso o valor dos rendimentos do ex-servidor público fosse acima do teto máximo colocado no art. 201, inciso 2º¹⁰³;

(iii) Criação de mecanismo de incentivo para que os servidores que completassem as exigências para se aposentar permanecessem em atividade, visando, portanto, a economia do orçamento do regime¹⁰⁴;

(iv) Instituição de regime complementar para aqueles servidores que desejarem receber benefícios superiores ao teto estabelecido para os segurados do Regime Geral da Previdência;

(v) Fixação de um teto igual ao do INSS para as futuras aposentadorias daqueles que vierem a ingressar no setor público após a aprovação da reforma e que trabalharemos em entes que tiverem instituído previdência complementar;

(vi) Modificação de fórmula de cálculo do benefício, possibilitando que o mesmo seja feito com base na média dos salários de contribuição, em moldes similares ao que ocorre no regime geral desde o governo FHC e não mais com base no salário de final de carreira;

(vii) Para os atuais servidores até a data da promulgação da emenda – 19 de dezembro de 2003 - sem direito adquirido, seria mantida a paridade, na forma da lei, desde que cumpram com requisitos de idade (60 para homens e 55 anos para mulheres),

¹⁰³ “Art. 201. 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. Já o inciso 2º afirma que nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.”

¹⁰⁴ “§ 19. O servidor de que trata este artigo que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária estabelecidas no § 1º, III, a, e que opte por permanecer em atividade fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no § 1º, II”.

tempo de contribuição (35 para homens e 30 anos para e mulheres) e tempo de carência no serviço público (20 anos), na carreira (10 anos) e no cargo (cinco anos).

Desta forma, a Reforma da Previdência de 2003 introduziu modificações paramétricas e estruturais no sistema previdenciário do servidor público. As mudanças paramétricas são aquelas que introduzem alterações no plano de benefícios previdenciários sem mudar a sua forma de financiamento, enquanto as estruturais são aquelas que alteram o regime e a forma de financiamento dos benefícios. Já a modificação estrutural implantada pela Reforma foi o estabelecimento da previdência complementar, que funcionará sob o regime de capitalização¹⁰⁵. Assim, é mantida a previdência pública até um limite de contribuições e benefícios, funcionando com as regras do sistema de repartição simples, e, acima desses parâmetros, é instituído um Regime de Previdência Complementar.

O objetivo central da Reforma da Previdência proposta no início da década de 90 (EC 20/98) foi a unificação do RPPS e do RGPS, com a extinção gradual da previdência do setor público. A EC nº 41 avançou nessa direção, ao instituir, para os novos servidores, um teto de contribuição e benefício equivalente ao do RGPS. Concomitantemente houve a criação da previdência complementar por meio de entidades fechadas, de natureza pública, sem fins lucrativos, mas facultativo. Porém é necessário frisar que o servidor — admitido após a promulgação da EC nº 41/03 — que ganhar acima do teto do RGPS será compelido a aderir à previdência complementar para não perder renda na aposentadoria.

Pode-se afirmar que essa reforma se caracterizou, fundamentalmente, pela desconsideração da necessidade de promoção da cobertura de riscos em detrimento da adoção da agenda das agências internacionais como Banco Mundial, FMI e aquelas ligadas ao capital financeiro e fundos de pensão que viam no excesso de gastos previdenciários ameaças à estabilidade das contas públicas. Ao longo da tramitação no Congresso, a PEC 41/03 sofreu modificações e críticas profundas, tanto que a proposta original foi dividida para viabilizar a aprovação (LIMA; VIANA; GOMES, 2016). A primeira parte foi aprovada no fim de 2003 e o restante continuou em discussão diante da dificuldade em articular os interesses dos diferentes e diversos atores envolvidos.

¹⁰⁵ No sistema de capitalização, as contribuições feitas pelo trabalhador durante sua vida laboral são investidas – em grande parte no mercado financeiro – para posterior remuneração desse mesmo indivíduo, durante sua aposentadoria (CONTI, 2016)

Mesmo com as estratégias utilizadas a reforma empreendida por Lula não logrou o êxito desejado, ao se comparar a proposta inicial e a aprovada no final. Desta forma, pode ser vista como outra reforma de caráter incremental, assim como a proposta pelo seu antecessor. Esses limites se deram a partir de atuação de diversos sujeitos políticos e de conciliar um conjunto de interesses para conseguir aprovar a reforma.

No ano de 2005, outra emenda constitucional¹⁰⁶ foi estabelecida a fim de alterar alguns critérios para os novos solicitantes de aposentadoria e resgatar direitos suprimidos na EC 41/2003, como a devolução da paridade de reajuste entre a remuneração dos aposentados e servidores da ativa, isenção para aposentadorias inferiores ao dobro do teto do RGPS; redução dos limites de idade para aposentadoria. Além disso, no que se refere ao RGPS, ampliou-se a cobertura ao dispor de um sistema especial de inclusão previdenciária visando atender “trabalhadores de baixa renda e aqueles 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” (BRASIL, 2005a Art. 201, inciso 12).

Outro dispositivo de inclusão previdenciária foi desenvolvido a partir da aprovação da Lei Complementar¹⁰⁷ que conferiu tratamento previdenciário diferenciado ao empresário individual cujo faturamento anual é de até R\$ 36 mil, ou R\$ 3 mil mensais, criando assim a figura do Microempreendedor Individual (MEI). De acordo com esse sistema, quase a totalidade de trabalhadores considerados autônomos e que, portanto, não tem condições de comprovar renda formal podem pagar um tributo de valor fixo à Previdência Social, o que possibilitou o aumento de segurados. Contudo, o MEI excluiu do segurado o direito à aposentadoria por tempo de contribuição e limitou o valor dos benefícios a um salário mínimo, caracterizando-se como uma forma restrita de inclusão previdenciária.

O que se percebe, mais uma vez é a incongruência entre estrutura e organização econômica que se pretende seguir e as pressões para expandir políticas sociais universais. As propostas para a resolução desse embate têm sido encaminhadas pelas prioridades que vêm orientando os governos, além das disputas que acabam levando a adoção ou não de determinadas políticas e mais precisamente, o seu caráter mais abrangente ou seletivo.

¹⁰⁶ Emenda constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005 (BRASIL, 2005a)

¹⁰⁷ Lei complementar nº 128, de 19 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008)

No governo Lula, do ponto de vista do modelo redistributivo, as ações no âmbito da Previdência Social tiveram alguns avanços com a adoção de medidas que tiveram como objetivo a ampliação da cobertura previdenciária, garantindo a inclusão no sistema de categorias importantes, apesar dos limites.

Todavia, o governo assumiu e avançou a agenda de reformas previdenciárias, fomentando a mercantilização da área ao limitar as aposentadorias dos servidores a um teto do INSS, incentivando assim a criação e/ou integração a uma entidade de previdência complementar privada. Sendo assim, no que se refere especificamente a Previdência Social, o governo Lula caracterizou-se por continuidade às reformas de contenção de gastos, com repercussões para a população cada vez mais crescente de pessoas acima de 60 anos.

Assistência Social

O governo Lula notabilizou-se por um grande investimento na área da Assistência Social. A primeira grande inovação no campo foi a criação do Ministério da Assistência Social e Promoção Social (MAS)¹⁰⁸ em resposta a uma demanda há muito reivindicada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e do sistema participativo da Assistência Social, concretizado nas Conferências Nacionais (IPEA, 2003). De acordo com o decreto que instituiu o ministério, o MAS teria como áreas de competência:

I- A Política nacional de assistência social; II - normatização, orientação, supervisão e avaliação da execução da política de assistência social; III - orientação, acompanhamento, avaliação e supervisão de planos, programas e projetos relativos à área da assistência social; IV - articulação, coordenação e avaliação dos programas sociais do governo federal; V - gestão do Fundo Nacional de Assistência Social; entre outros (BRASIL, 2003a).

Neste primeiro momento de tentativa de delinear o que e como seria a política de Assistência Social para os anos que seguiriam foram apresentadas propostas de programas que tinham em seu bojo a oferta de serviços socioassistenciais para pessoas consideradas vulneráveis socialmente. As ações pautaram-se no cadastramento,

¹⁰⁸ Medida Provisória nº 103, de 1 de janeiro de 2003 além de criar o Ministério de Assistência e Promoção Social e, entre outras medidas, estabelece que o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e o Conselho de Articulação de Programas Sociais integrem a estrutura do ministério (BRASIL, 2003b)

atendimento e acompanhamento de famílias e indivíduos carentes de assistência e suporte a partir da integralidade no cuidado e acolhimento. Como destaque pode-se citar o *Programa de Proteção Social aos Adultos em Situação de Vulnerabilidade* e o *Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF)*¹⁰⁹ (MENDOSA, 2012).

Além do MAS, o então presidente instituiu, também em 2003, o Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA)¹¹⁰ e recriou o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) extinto por FHC (SÁTYRO e CUNHA, 2014). Posteriormente, em 2004, foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)¹¹¹ que se tornou o responsável pelas políticas de assistência social, de segurança alimentar e nutricional e de transferência de renda, unificando os dois ministérios criados um ano antes (o MAS e o MESA).

Outra ação deflagrada na área da Assistência foi o programa Bolsa Família (PBF)¹¹². Este unificou alguns programas de transferência de renda desenvolvidos ainda na gestão FHC: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás (MENDOSA, 2012) e se transformou no maior programa de transferência de renda com condicionalidades da América Latina.

O programa era executado pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) do MDS. É dirigido a família pobres e extremamente pobres¹¹³. O programa tinha como objetivos:

I – Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial de saúde, educação e assistência social; II – combater a fome e promover a segurança alimentar; III – estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; IV – combater a pobreza; e V – promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

¹⁰⁹ Este último recebeu críticas dos técnicos ligados a Assistência Social. A ministra escolhida para o, MAS foi Benedita da Silva, o que causou discordâncias por conta de sua forte vinculação a ONGs. Outro ponto é que o PAIF, escolhido como prioridade na gestão, tinha como foco a centralidade na família como princípio estruturante das ações, serviços e programas socioassistenciais. Isso dava um caráter conservador a política, além de não colocar o Estado como um dos pilares de apoio e sustentação das políticas da área.

¹¹⁰ Lei 10.683, de 28 de maio de 2003 (BRASIL, 2003c).

¹¹¹ Medida Provisória nº. 163/2004 (BRASIL, 2004c)

¹¹² O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído a partir da Medida Provisória 132, de 20 de outubro de 2003 e convertida em lei em 9 de janeiro de 2004, pela Lei Federal n. 10.836 (BRASIL, 2004d)

¹¹³ A definição de pobreza e extrema pobreza tem como base a renda familiar per capita. Para o programa, os parâmetros eram de que as famílias extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até R\$ 85,00 por pessoa. As pobres são aquelas que têm renda mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 por pessoa registradas no Cadastro Único (CadÚnico).

Cabe ressaltar que de acordo com a regulamentação do programa, a concessão dos benefícios tem caráter temporário e não gera direito adquirido, sendo que a elegibilidade das famílias para seu recebimento deve ser obrigatoriamente revista a cada dois anos (ALVES, 2013). O benefício ainda está relacionado a algumas condicionalidades que objetivam tanto que os beneficiários tenham acesso a outras políticas sociais como educação, saúde, assistência e também que o princípio da intersectoralidade e integralidade das ações seja cumprida, propiciando melhorias nas condições de vida (Idem, 2013). Isto posto, o programa visa ir além do alívio imediato da pobreza e miséria de forma a articular a transferência de renda ao acesso a bens e serviços sociais, rompendo com a trajetória da pobreza e possibilitando que as famílias tenham cada vez mais autonomia na satisfação de suas necessidades.

Logo, o BF procurou cumprir três objetivos: (i) eliminar e/ou aliviar a pobreza e miséria através da transferência de renda; (ii) permitir que as trajetórias intergeracionais de vulnerabilidade social e econômica fossem rompidas diante da necessidade de cumprir condicionalidades para receber o benefício, e (iii) fomentar a articulação com outras políticas públicas colocando em prática a integralidade e intersectorialidade preconizada na própria lei que regulamenta a Assistência Social, a LOAS.

Entretanto, há críticas em relação ao programa pautada na disputa e/ou indefinição entre assumir uma estratégia social voltada para focalização de programas sociais em oposição a universalização. Fagnani (2011, p. 27) alerta que “a transferência monetária aos mais pobres deve ser um dos eixos da estratégia”. E completa que “equivoco é pretender fazer desse eixo a própria estratégia”. Outras discordâncias se baseiam nos limites de cobertura do programa. De acordo com Lavinias (2010), embora o BF tenha ampliado o número de beneficiários através da transferência de renda, impondo-se como um pilar importante para a área, ele foi fundado como um direito em caso de necessidade, e que significa que na prática não atende a toda demanda. Isso porque o programa considera um universo de pessoas abaixo da linha da pobreza, cujo cálculo foi elaborado a partir do Censo de 2000. Assim, na prática, a cobertura do Bolsa Família não garante que todos aqueles que têm necessidades sejam contemplados.

Um último questionamento se refere ao caráter do Bolsa Família enquanto política pública. Ao garantir a transferência de renda a partir de condicionalidades deve-se ofertar também bens e serviços públicos. Caso contrário, as pessoas vão acessar esses bens através do mercado. Isso pode levar a uma equalização através dos padrões de consumo

perdendo-se o foco da cidadania em detrimento do consumo. Além disso, políticas como o BF podem caracterizar-se como colaterais às políticas do mercado ao permitirem a progressão do crédito de consumo vinculado aos benefícios sociais, funcionando assim, para solucionar falhas do mercado.

O adensamento e o fortalecimento da Assistência Social ocorreram também a partir da criação de dispositivos institucionais importantes. Esse movimento de construção e retomada de decisões e medidas estratégicas se deu a partir de uma grande mobilização em espaços diversos capitaneada pelos atores e sujeitos sociais interessados no reordenamento da política de Assistência Social¹¹⁴. Nesse sentido, sindicatos, gestores da política de assistência nos diferentes níveis federativos; conselhos e associações de ensino e pesquisa; frentes parlamentares, partidos políticos entre outros exerceram pressão sobre o governo que se iniciava a fim de convocar uma Conferência Nacional de Assistência Social. A partir dessa mobilização foi criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2004. No mesmo ano foram aprovadas a nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a NOB-Suas (Nova NOB)¹¹⁵.

Essa mobilização deu destaque a um contexto político até então pouco existente no Brasil: a permeabilidade do Estado a grupos sociais até então externos ao processo de organização e decisão, conferindo-lhes espaço e oportunidades de pressionar para que novas reivindicações passassem a entrar na agenda. Não se pode negar a influência presidencial na definição da agenda decisória, mas deve-se ressaltar que a maior perenidade desse governo às questões da Assistência, por exemplo, se deu a partir de disputas acirradas e reflete as “balizas político-ideológicas que delimitam a atuação dos diferentes atores coletivos que disputam o poder político e as políticas do Estado” (SALLUM JR.; GOULART, 2016, p. 116)

¹¹⁴ Apesar das mobilizações ganharem mais destaque no governo Lula, elas não iniciaram nesse governo. De acordo com Sátyro e Schettini (2011b) a necessidade de maior densidade e coordenação na área da Assistência durante o governo FHC produziram um consenso sobre a necessidade de efeitos mais redistributivos nos programas de transferência de renda. Há, portanto, um processo incremental tanto do reconhecimento de questões tratadas pela Assistência Social enquanto problemas, quanto o início da construção de um aparato administrativo e burocrático voltado para essa política. As propostas e pautas não encontraram espaço no governo anterior, levando a uma certa estagnação da área. Até foram observadas mudanças incrementais, mas nada que tivesse um caráter mais definitivo e de implementação.

¹¹⁵ A Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) - aprovada pela Resolução CNAS nº130, de 15 de julho de 2005 (BRASIL, 2005b) - tem como características principais a proteção social, a defesa de direitos socioassistenciais e a vigilância social, atribuindo a política em questão uma nova lógica de organização das ações, classificadas em níveis de complexidade, considerando as peculiaridades territoriais e regionais. Tal ação visa viabilizar um sistema participativo e descentralizado como forma de materializar a LOAS, tendo como finalidade garantir os princípios previstos pela Política de Assistência Social.

Definida a partir da criação da PNAS, o SUAS se configurou como um modelo de gestão para operacionalizar as ações de assistência social. Foi criado a fim de superar problemas que dificultavam a implementação da política como: regulação insuficiente na área no campo governamental e não governamental; serviços estruturados sem a devida integração, ou seja, sem fluxos de recepção e atendimento (referência e contra referência) o que acabava gerando fragmentação, paralelismos e/ou sobreposição de ações; falta de autonomia na gestão por parte dos municípios e estados; insuficiência na ação intersetorial entre as políticas sociais; entre outros fatores.

A Assistência se institucionalizou com mais robustez ao ser organizada em dois níveis de proteção, a *Proteção Social Básica* e *Proteção Social Especial*. Segundo Sposati (2013, p. 664), suas ações são desenvolvidas “por meio de serviços e benefícios para o acesso de pessoas e famílias demandantes de proteção social face a agravos de fragilidades próprias do ciclo de vida humano”.

A primeira se destina à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. No que refere à implementação, o conjunto dos serviços inclui proteção à família, crianças, jovens e idosos. O segundo tipo é direcionado a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012).

O principal equipamento do SUAS são os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). O CRAS funciona como um equipamento público responsável pelo atendimento às populações mais vulneráveis e pela articulação de recursos disponíveis e essenciais que permitam o acesso aos direitos sociais e são neles que os serviços que serão apresentados estão obrigatoriamente alocados (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016). Para fins de compreensão, primeiro serão expostos no quadro 10 os serviços caracterizados e registrados como pertencentes à *Proteção Social Básica*.

Quadro 10: Serviços oferecidos no âmbito da Proteção Social Básica – Objetivos, atividades e relevância para os idosos

Programa	Objetivos	Principais atividades	Relevância para os idosos
-----------------	------------------	------------------------------	----------------------------------

<i>Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)</i>	Consiste na oferta e ações e serviços socioassistenciais a fim de fortalecer e promover o bem-estar das famílias, e prevenir o rompimento de vínculos familiares e comunitários	Acolhida (entrevista, visita domiciliar, acompanhamento familiar, entre outros) e atividades Coletivas e comunitárias.	A função das redes de sociabilidade primária como a família adquire maior importância na medida em que os sujeitos envelhecem, visto que essas redes têm um papel importante (sobretudo instrumental) para os longevos
<i>Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos</i>	Desenvolver trabalhos a partir da separação dos grupos etários, visando prevenir situações de risco social ao ampliar trocas de vivências,	Atividades artísticas, culturais, esportivas e de lazer	Atividades de lazer e a convivência em grupo auxiliam na manutenção do equilíbrio do idoso e na atenuação de possíveis riscos pessoais e impactar no bem estar.
<i>Serviço de Proteção Social Básica, no Domicílio, para Pessoas com Deficiência e Idosas</i>	Contribuir com a promoção do acesso de pessoas com deficiência e pessoas idosas a toda a rede socioassistencial, assim como aos serviços de outras políticas.	Identificação; visita domiciliar; encaminhamentos com acompanhamento do usuário e da família; orientação sobre documentação civil; acesso do usuário ao BPC; orientar as famílias na organização do cuidado; articulação com o Ministério Público, Conselho de Direitos, Conselho Tutelar; entre outros.	O público é composto sobretudo por idosos incluídos no BPC; famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e aqueles sob situações que gerem fragilidade. O apoio se faz necessário para que as vulnerabilidades não sejam aprofundadas.

Fonte: Elaboração própria.

Por sua vez, a *Proteção Social Especial* conta com dois serviços. A primeira, a *Proteção Social Especial de Média Complexidade* opera a partir do funcionamento de duas formas de atendimento específico: os centros-dia e o atendimento domiciliar, que proporcionam: (i) orientação às famílias sobre formas de lidar com as dificuldades ou limitações que podem surgir nesta etapa do ciclo vital; (ii) potencializar as capacidades e habilidades da pessoa idosa; (iii) apoiar a permanência do *idoso* em sua própria residência a partir da melhora na qualidade de vida; e (iv) apoio às famílias no que se refere ao cuidado das pessoas *idosas* (IPEA, 2003).

Já a *Proteção Social Especial de Alta Complexidade* procura garantir a proteção integral tanto de famílias quanto de indivíduos desabrigados e com necessidades de acolhimento.

Os serviços comunitários como os centros – dia, em que o idoso passa o dia no local e à noite volta para casa, são tidos como uma das melhores alternativas, uma vez que permitem que o idoso continue morando com as famílias, trazendo benefícios para seu bem-estar, permitindo com que as famílias, sobretudo as mulheres, possam desobrigar-se do exercício exclusivo do cuidado, além de investir em suas carreiras profissionais. Também são menos onerosos do que as instituições de longa permanência (ILPIs). Entretanto, no Brasil, a sua oferta é mais baixa do que a de instituições residenciais (ILPIs).

É possível observar que o Estado tem disponibilizado o funcionamento de estratégias a fim de evitar que o processo de envelhecimento seja acompanhado de ruptura dos vínculos e ampliação de fragilidades. Em vista disso, são essenciais a construção e fortalecimento de mecanismos que possam evitar ou minimizar os efeitos desse processo como o fortalecimento e manutenção dos vínculos familiares e comunitários; a implementação de políticas assistenciais; o desenvolvimento de atividades para estimular a integração social dos idosos evitando isolamento e solidão, sobretudo para atender às necessidades daqueles em situação de vulnerabilidade muitas vezes aprofundada pela idade avançada. Contudo, seguem incipientes as políticas direcionadas à oferta de cuidados formais aos idosos que não podem contar com os cuidados de familiares.

Um instrumento que auxilia os idosos e está no âmbito da Assistência é a Carteira do Idoso. Criada em 2007, é um mecanismo de comprovação para o usufruto de ser transportado gratuitamente ou receber desconto na passagem conforme estabelecido pelo Estatuto do Idoso:

“No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: I - a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos; II - desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos”¹¹⁶,

A carteira deve ser gerada para as pessoas acima de 60 anos que não tenham como comprovar renda individual de até dois salários mínimos. Ela é emitida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS¹¹⁷ e fornecida pelas Secretarias

¹¹⁶ Decreto nº 5934/06. Esta lei estabelece mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação do disposto no art. 40 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), e dá outras providências (BRASIL, 2006)

¹¹⁷ A partir de 2016 tornou-se Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA)

Municipais de Assistência Social. A carteira possibilita, além do transporte gratuito ou com desconto, que a pessoa idosa tenha desconto de 50%, sem distinção de renda, nas atividades culturais e de lazer, conforme também previsto no Estatuto do Idoso. Para emitir a carteira, o idoso deve procurar o CRAS de seu município.

De forma geral, é possível afirmar que houve um avanço na institucionalização da Assistência Social. Mecanismos institucionais importantes foram criados a fim de dar organicidade à área e também em defender a concepção de Seguridade Social que buscava proteger os cidadãos independente de sua inserção no mercado de trabalho formal. A opção de criação de Ministério de Desenvolvimento Social, por exemplo, foi uma estratégia para integrar processos e projetos políticos e sociais que seguiam de forma paralela. Tais avanços se deram tanto pela pressão dos sujeitos políticos que lutavam pela efetivação e organização da área quanto pela entrada destes no campo político com a vitória do PT ao poder. Sendo assim, é possível afirmar que o fortalecimento da Assistência Social se deu a partir de três eixos: regulamentação da área a partir de construção de mecanismos legais; reforço do aparato administrativo e institucional no que se refere à oferta de serviços socioassistenciais; e por último, a expansão de transferência de renda através de programas como o Bolsa Família.

Essas características se expressam nas ações voltadas para os idosos que acabaram se ampliando, pelo menos no âmbito legal, e buscaram incluir não somente a garantia de renda, mas também a oferta de serviços socioassistenciais tendo o segmento idoso como público alvo.

Destaque-se ainda que a conformação da área, as políticas a ela incorporadas e o funcionamento têm como base as famílias e suas possibilidades de apoio a seus entes vulneráveis (no caso do estudo, os idosos). Isso significa que a fragilização ou ruptura da convivência familiar e comunitária são tidas como justificativas para a intervenção estatal o que sugere o Estado como um mediador entre as redes sociofamiliares e a pessoa idosa.

De toda forma, é preciso que os sujeitos continuem na disputa pelo projeto político de efetivação da assistência enquanto política estatal a fim de que a área não que fique restrita à atenção à pobreza. Para Sposati (2013, p. 671-672), as ações em relação ao pauperismo “devem ser operadas sob modalidade de gestão intersetorial uma vez que pobreza é uma questão multidimensional que tem suas raízes na opção do modelo econômico que, ao invés de ser redistributivo, é concentrador de riquezas”.

Saúde

O governo Lula se destaca pela criação e/ou reformulação de programas na saúde, caracterizando-se por continuidades e mudanças nas políticas. As continuidades se expressam na manutenção e expansão de algumas estratégias de implementação do SUS, como na atenção básica e na saúde mental, bem como na persistência de alguns problemas estruturais do sistema, não equacionados no período (financiamento e relações público-privadas). Porém, houve mudanças incrementais na atenção à saúde, por meio da criação de novos programas ou inovações nos já existentes; bem como no âmbito da gestão, por exemplo, com novas estratégias de coordenação intergovernamental.

Algumas ações podem ser destacadas como a criação, no ano de 2003, da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente que tinha como objetivo a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro marco fundamental na saúde, também em 2003, foi o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) que integra a Política Nacional de Atenção às Urgências¹¹⁸, com a construção do para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política e que tem repercussões para os idosos.

As ações no período também se notabilizaram pela priorização governamental na reorientação das políticas de saúde a partir da expansão e inovações na Atenção Básica, sobretudo relacionadas à Estratégia de Saúde da Família. Esta tentativa de mudança de modelo buscou estabelecer as unidades de saúde como principais formas de acesso da população a serviços e ações de cuidado e assistência. Dentre as oferecidas, uma que se destaca e que atinge diretamente a população acima de 60 é a política de Assistência Farmacêutica,¹¹⁹ materializada através da distribuição gratuita (ou a valores mais baixos) de medicamentos para cura, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças.

A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, é afirmada pelo SUS através da lei n° 8080/1990 que dispõe, entre outras coisas, sobre as condições para a

¹¹⁸ Portaria n.º 1863/GM em 29 de setembro de 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

¹¹⁹ A Assistência Farmacêutica, como política pública, se expandiu no início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (Ceme), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 1971) e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos. A Ceme foi responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até 1997, quando foi desativada, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde.

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Segundo a referida lei, todos os seres humanos têm direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esses fornecidos pelo Estado. No Artigo 6º, estabelecida a partir da Lei nº 8080 estabelece que no campo de atuação SUS devem ser incluídas “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” e atribuiu ao setor a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990c).

Tais diretrizes reorientaram a política de Assistência Farmacêutica no Brasil que em 2004 foi definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, como o acesso aos medicamentos e o seu uso racional (BRASIL, 2004a).

Levando em consideração que a grande maioria das pessoas que faz uso dos serviços públicos de saúde é de baixa renda, a obtenção de medicamentos para tratamento de agravos de forma gratuita, apresenta-se como a única alternativa de acesso aos remédios. Em face dessa realidade, o SUS e em especial, a Estratégia de Saúde da Família desenvolve através de suas unidades de saúde ações que visam viabilizar o acesso a medicamentos essenciais.

Nesse sentido, essa política é especialmente importante para os idosos pois, o uso de medicamento de forma contínua ganha mais importância com o quadro de envelhecimento da população e incidência de doenças crônicas. A possibilidade de se obter medicamentos de forma gratuita amplia o acesso a tratamento de saúde, além de evitar ou minimizar o agravamento de quadros e também os gastos elevados com a compra de remédios (PANIZ et al., 2008).

Outro programa que foi criado a fim de facilitar a obtenção de medicamentos por parte dos usuários e que favoreceu, em certa medida, a população idosa foi o *Farmácia Popular do Brasil*¹²⁰, lançado em junho de 2004. Este programa do governo federal também integra a *Política Nacional de Assistência Farmacêutica* (BRASIL, 2004a)¹²¹ e preconiza a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais por

¹²⁰ Decreto 5.090 de 20 de maio de 2004: Regulamenta a lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências (BRASIL, 2004e).

¹²¹ Segundo Vasconcelos et al (2017, p. 2611), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica englobou várias linhas de ação preconizadas na Política Nacional de Medicamentos e “reforçou a legitimidade do executivo na saúde para atuar em diferentes”.

meio da criação da rede de farmácias. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgão do Ministério da Saúde executa o programa adquirindo os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou privados e disponibiliza nas Farmácias Populares a baixo custo (PANIZ et al., 2008).

De acordo com Silva et al (2015, p. 2944):

“Inicialmente instituído por meio de uma rede própria de farmácias estatais, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi expandido posteriormente através de parcerias com o setor privado varejista¹²² farmacêutico. Novas mudanças ocorreram em 2011¹²³, com isenção de copagamento de um conjunto de medicamentos específicos”

Sendo assim, os idosos têm a possibilidade de obtenção dos remédios tanto de forma gratuita quanto por valores mais baixos, o que pode possibilitar o tratamento de enfermidades, uma vez que o medicamento configura-se como o recurso terapêutico mais utilizado (PANIZ et al., 2008). Entretanto, ainda são poucas as pesquisas que demonstrem a cobertura e/ou adesão do Programa na população idosa e o impacto para a renda da mesma, salvo estudos locais (MIRANDA et al., 2016).

Em fevereiro de 2006, foi lançada a que estabeleceu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a)¹²⁴. Nesse documento, a saúde do idoso foi considerada como uma das seis prioridades a serem pactuadas entre as três esferas de governo, tendo como diretrizes a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar, dentre outros.

Dentre as ações estratégicas o Pacto, propôs: a atenção domiciliar (instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde); acolhimento (reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa

¹²² Essas parcerias foram materializadas no ano de 2006 no programa “Aqui tem Farmácia Popular” firmado por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico onde o primeiro pagava 90% do conjunto de medicamento. Nesta modalidade, o indivíduo podia adquirir medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente.

¹²³ Em 2011 foi desenvolvido o “Saúde Não Tem Preço”. Este envolveu, a partir de 2011, a retirada do copagamento, dispensando o usuário de desembolso direto no momento da aquisição do medicamento. Inicialmente incluía apenas anti-hipertensivos e antidiabéticos e, posteriormente, contemplou antiasmáticos. Nestes casos, o valor de referência do medicamento passa a ser totalmente coberto pelo Ministério da Saúde, que paga diretamente aos estabelecimentos credenciados (SILVA et al., 2015, p. 2946).

¹²⁴ Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

nas unidades de saúde como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso); e a caderneta de saúde da pessoa idosa (instrumento com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde).

Apesar de sua importância, Giacomini e Maio (2016, p. 147) denunciam que o pacto se ateve ao âmbito legal, na medida em não foram

“definidas metas concretas para o cuidado com a saúde da população idosa, nem quaisquer tipos de incentivos ou sanções para o gestor. Isso, de certo, modo deixa o pacto sem efeito, pois sua interpretação fica a cargo de cada gestor e do que ele considera uma atuação prioritária junto à população idosa”.

Também no ano de 2006, foi editada a portaria que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹²⁵, atualizando a Política Nacional de Saúde do Idoso, de 1999 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). O documento assinala que a legislação relativa aos cuidados aos senis mostrou avanços, com a implementação do Estatuto do Idoso em 2003, que significou a ampliação dos direitos do segmento idoso e houve ampliação de redes e serviços disponíveis a essa população. No entanto, a prática de atenção à saúde ainda se mostrava insatisfatória, o que tornou imperiosa a readequação da política relacionada à Saúde do Idoso.

Assim como a grande maioria dos documentos relacionados a esse grupo populacional, a política de 2006 tem por objetivos garantir a autonomia e a independência ao recuperar, manter e promover a saúde desse segmento. O documento anuncia os desafios a serem enfrentados na implementação da política como a necessidade de se construir estruturas de suporte qualificado aos longevos e familiares diante da escassez de estruturas de cuidado âmbito do SUS; ampliação de serviços de cuidado domiciliar ao idoso vulnerável fisicamente, com suporte profissional e qualificado aos responsáveis pelo cuidado, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; necessidade de treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento na temática do envelhecimento e na assistência em saúde a essa parcela da população em meio à escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

¹²⁵ Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006

efetivação das Redes de Assistência à Saúde do idoso, visto que ainda se encontram no plano legal e teórico (BRASIL, 2006).

A PNSPI reitera, portanto, a compreensão de que se deve investir nas ações e serviços de saúde que busquem a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, reitera a indispensabilidade de que políticas de cuidados sejam concretizadas, principalmente para aqueles idosos mais frágeis, “insistindo na necessidade de apoio às famílias com idosos e na capacitação para os profissionais” (GIACOMIN; MAIO, 2016, p. 145).

Mantendo a perspectiva de expansão e consolidação do PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica foi aprovada também em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)^{126 127} que entre outros objetivos, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da área.

De acordo com o documento que aprova a política, a Atenção Básica tem alguns fundamentos que podem impactar diretamente e de forma positiva na saúde da pessoa idosa, resumido no quadro 11:

Quadro 11: Fundamentos da PNAB e implicações para a saúde dos idosos

Fundamentos da Atenção Básica	Implicações para a saúde da Pessoa Idosa
A) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade.	O atendimento a partir de uma rede de assistência hierarquizada que tem a atenção básica como principal porta de entrada pode contribuir para uma melhor assistência a população idosa visto que uma maior resolutividade na atenção básica pode reduzir a demanda por consultas especializadas, exames complementares e de modo especial o uso de serviços de maior complexidade (Franco e Magalhães Júnior, 2004)

¹²⁶ Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE, 2006)

¹²⁷ Em 2011 a portaria GM Nº2.488/2011 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b) revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes

<p>B) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;</p>	<p>O modelo ideal de atenção à saúde da pessoa idosa deve ser baseado na integralidade, tendo como objetivos a promoção da saúde, prevenção de agravos e para um momento posterior à captação e identificação de risco dos clientes idosos, uma etapa na qual estejam incluídas a possibilidade de tratamento de enfermidades não geriátricas e o encaminhamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado. (Veras, 2009).</p>
<p>C) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrito garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;</p>	<p>Dentro da organização da Atenção Básica, as Equipes de Saúde da Família – uma composição multiprofissional de trabalhadores de saúde, têm papel central na reorganização do SUS e assistência à saúde da comunidade e no domicílio do idoso, facilitando assim o desenvolvimento de um plano de cuidados orientado e singular.</p>

Fonte: Elaboração própria

O documento traz como áreas estratégicas para atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde bucal, a promoção da saúde e a saúde do idoso (BRASIL, 2006).

É possível observar que a PNAB preconiza desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde desse coletivo tendo como diretrizes a coordenação do cuidado, a integralidade, equidade, acesso universal, entre outros. Nesse sentido configura-se como essencial para o bem-estar da população idosa.

No ano de 2007 foi desenvolvida a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Esta era uma espécie de prontuário individual entregue aos idosos por profissionais de saúde vinculados ao SUS. Nela registram-se informações de identificação pessoal, e outros dados sobre vacinas, marcação de consultas, medicamentos que estão sendo usados, bem como ocorrência de doenças, número de quedas, entre outros, o que pode possibilitar ao gestor e ao profissional de saúde a possibilidade de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação do paciente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A caderneta pode auxiliar no estabelecimento de critérios de risco para priorização de atendimento da população idosa cadastrada pelas equipes de Saúde da Família. A Estratégia de Saúde da Família acompanha um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada caracterizada, sobretudo pela presença de populações

mais vulneráveis social e economicamente. O uso da caderneta via ESF pode possibilitar maior controle sobre a adesão dos profissionais e dos usuários à proposta da caderneta de saúde da pessoa idosa, entre outros fatores.

Outra legislação relevante é que a se refere à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹²⁸ desenvolvida no ano de 2010.

A urgência na criação dessas redes se deu pela necessidade de se mudar o foco no atendimento às demandas de saúde, visto que a transição etária e epidemiológica, conforme já exposto, expressa uma situação em que a situação de saúde deve ser respondida não mais por um “sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado para condições agudas de saúde” (MENDES, 2011, p. 18), mas para o enfrentamento das condições crônicas que agora tornaram-se predominantes. Contudo, apesar do rápido envelhecimento populacional brasileiro significar também um acréscimo relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, os sistemas ainda se organizam para funcionar baseados na realização de exames, na busca pelo diagnóstico, na atenuação de sintomas e na expectativa de cura, funções que se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos (Ibid, 2011), sendo que o tratamento que deveria ser dispensado às condições crônicas, dadas as suas características, deveria basear-se na terapêutica contínua e a longo prazo, centrado no cuidado multiprofissional e no autocuidado.

Este tipo de estratégia é extremamente importante para a pessoa idosa pois na maioria das vezes ela utiliza vários serviços e profissionais de forma desagregada e desarticulada, o que acaba elevando os custos do tratamento e a possibilidade de iatrogenia. Desta forma, deve-se ter como foco o estabelecimento de uma rede de atenção orientada para a continuidade do cuidado baseada na conexão entre todos os componentes de forma a “garantir a corresponsabilidade entre os autores envolvidos no ato de cuidar” (MORAES, 2012, p. 59).

O período analisado se destacou pela implementação de políticas e ações de extrema relevância para a população idosa como o Estatuto do Idoso, por exemplo, que se apresentou como um instrumento legal que acabou por legitimar as políticas sociais voltadas a esse grupo, revelando a importância que o aumento de idosos representa para

¹²⁸ Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b)

as políticas públicas e para a sociedade como um todo. Outras iniciativas importantes foram a atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde, que traz em seu bojo a necessidade de adoção de estratégias de ação que beneficiem diretamente a população idosa. Além disso, a busca pela expansão e fortalecimento da atenção básica através das NASF e redes de atenção, por exemplo, afeta diretamente a população idosa haja visto a importância de se constituir atenção integral para esse grupo. Entretanto, pode-se inferir que os avanços podem estar mais ligados a implementação do SUS que propriamente a concretização das políticas especialmente voltadas para os idosos. De toda forma, a abrangência das políticas transversais ou voltadas para a pessoa idosa continuou limitada pelo modelo de sistema de saúde que prevalece no Brasil e as prioridades do modelo econômico. Para que se avance é preciso que se cumpra o pacto social estabelecido em 1988.

O quadro 12 resume as principais ações nas três áreas da Seguridade Social e sua relevância para a pessoa idosa durante o período do governo Lula:

Quadro 12: Principais ações nas três áreas da Seguridade e a implicações para a os idosos

Área da Seguridade Social	Leis, normas e estratégias	Implicações para a população idosa
Previdência	<i>Emenda Constitucional n° 41/2003</i>	Instituiu para os novos servidores um teto de contribuição e benefício equivalente ao do RGPS; alterações nas regras de concessão de pensão por morte; instituição de regime complementar para aqueles servidores que desejarem receber benefícios superiores ao teto estabelecido; modificou a fórmula de cálculo do benefício; entre outras mudanças
	<i>Emenda Constitucional n° 47/2005</i>	Devolução da paridade de reajuste entre a remuneração dos aposentados e servidores da ativa; isenção para aposentadorias inferiores ao dobro do teto do RGPS; redução dos limites de idade para aposentadoria; ampliação da cobertura através de um sistema especial de inclusão previdenciária visando atender “trabalhadores de baixa renda e àqueles sem renda própria.
	<i>Lei complementar n° 128/2008</i>	Conferiu tratamento previdenciário diferenciado ao empresário individual cujo faturamento anual é de até R\$ 36 mil, ou R\$ 3 mil mensais, criando assim a figura do Microempreendedor Individual (MEI), o que a longo prazo pode auxiliar o indivíduo que teve trajetórias de trabalho marcadas pela flexibilidade e instabilidade.

Assistência Social	<i>Programa de Proteção Social aos Adultos em Situação de Vulnerabilidade e o Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF)</i>	Aa oferta de ações e serviços socioassistenciais a fim de fortalecer e promover o bem-estar das famílias e prevenir o rompimento de vínculos familiares e comunitários é importante para idosos pois essas redes adquirem maior importância quando os indivíduos envelhecem.
	<i>Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.</i>	As ações são desenvolvidas por meio de serviços e benefícios para o acesso de pessoas e famílias demandantes de proteção social face a agravos de fragilidades próprias do ciclo de vida humano e tem a população idosa como um dos grupos prioritários.
	<i>Carteira do Idoso</i>	Mecanismo de comprovação para o usufruto de ser transportado gratuitamente ou receber desconto na passagem
Saúde	<i>Política de Assistência Farmacêutica - 2004</i>	O uso de medicamento de forma contínua ganha mais importância com o quadro de envelhecimento da população e incidência de doenças crônicas.
	<i>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa</i>	A política tem por objetivos garantir a autonomia e a independência ao recuperar, manter e promover a saúde da pessoa idosa
	<i>Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)</i>	Trouxe fundamentos que deveriam impactar diretamente e de forma positiva na saúde da pessoa idosa
	<i>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.</i>	Espécie de prontuário individual entregue aos idosos por profissionais de saúde vinculados ao SUS onde se registram informações de identificação pessoal, e outros dados como vacinas, marcação de consultas, ocorrência de doenças, e afins o que pode auxiliar o planejamento e organização de ações para esse grupo.
	<i>Rede de Atenção à Saúde (RAS)</i>	Dados ao caráter do envelhecimento e as comorbidades, a constituição das redes permite um atendimento contínuo, integral e integrado e com cuidado multiprofissional

Fonte: Elaboração própria

De forma geral, o governo Lula manteve linhas institucionais no que se refere ao escopo da proteção social, com a combinação de políticas universalistas com programas

de transferência de renda para grupos pobres e vulneráveis. Houve ampliação na abrangência dos mecanismos de transferência, o que permitiu a inclusão de parte significativa da população, e significou um avanço (por mais que seu caráter possa ser questionado). Também se observaram mudanças incrementais nas políticas de saúde, sobretudo no que tange à atenção básica e seu fortalecimento com inovações importantes como ampliação do escopo das ações: aumento da cobertura, propiciando melhorias nas condições de saúde da população. Essa contínua busca pela reorientação do modelo se expressou nas ações voltadas para a população idosa ou naquelas que afetaram esse grupo populacional.

É possível constatar avanços significativos no que se refere à rede de proteção social. O governo Lula se notabilizou pelo alargamento da democracia, expresso na institucionalização de espaços de atuação, discussão e participação que tiveram papel importante na concretização das políticas sociais, principalmente aquelas no âmbito da Seguridade Social. É possível pensar que o aprofundamento desses instrumentos de diálogo entre Estado e sociedade pode ter ajudado a ampliação das reformas institucionais, como aconteceu com a área da Assistência, por exemplo. Além disso, a ampliação da participação social possibilitou uma maior atuação de grupos sociais e áreas temáticas que até então não tinham entrado de forma mais expressiva na agenda pública como a proteção social aos idosos.

Sendo assim, o governo Lula caracterizou pelo hibridismo nas orientações políticas nas áreas que compõem a Seguridade Social. Na Previdência tentou seguir com as reformas conservadoras que buscaram, de certa forma, concluir o que o governo anterior não havia conseguido, com avanços e tentativas de enxugar o sistema público. Porém, teve avanços como a ampliação do acesso a segmentos alijados da previdência social. A área da saúde como é fruto de uma construção progressiva desde a década de 80 (FAGNANI, 2005) vem construindo e consolidando mecanismos institucionais que a tornaram mais combativa a mudanças do governo. Apesar de continuar se constituindo como uma arena de disputas (privado versus público), teve avanços significativos com a consolidação do SUS a partir da busca de diretrizes e metodologias. A Assistência, por sua vez, foi a que mais refletiu a mudança de orientação do governo. A introdução da agenda participativa traduzida pela efetivação dos espaços de participação social, juntamente com a organização da sociedade civil e os conselhos ligados à área foram fundamentais para o êxito da proteção social e adensamento das políticas ligadas ao setor.

Entretanto, os desafios para cumprir o pacto social estabelecido em 1988 continuaram presentes por exemplo, no âmbito do financiamento e das relações público privadas. (Machado et al, 2017).

2011 a 2016 - Continuidades, crise e novas ameaças

No ano de 2011 inicia-se o governo Dilma Rousseff, que permaneceu no poder até maio de 2016, quando é submetida a um processo controverso e questionável de *impeachment*¹²⁹.

O governo caracterizou-se por continuidades do governo anterior principalmente no que se refere a elementos importantes da política social e econômicas. Na busca pelo crescimento econômico, alguns aspectos relevantes devem ser mencionados como a (i) adoção de políticas que propiciassem a elevação do poder aquisitivo das parcelas mais populares, materializadas na recuperação do salário mínimo e transferência de renda; (ii) ampliação de verbas a grandes empresas nacionais através do BNDES; (iii) incentivo às grandes empresas nacionais ou instaladas no país a fim de fomentar a exportação de mercadorias e capitais; (iv) investimento em infraestrutura através de parceria público-privadas; entre outros.

Apesar dos elementos de continuidade no âmbito macroeconômico que implicaram restrições às políticas sociais, Dilma propôs na campanha uma agenda que priorizava a base social popular, conforme se pôde observar no documento intitulado “13 compromissos para o desenvolvimento social” de seu primeiro governo. De forma geral, propunha-se o aumento dos postos de trabalho, expansão da capacidade de consumo das camadas mais populares; redução da desigualdade social e erradicação da pobreza absoluta; garantia de educação pública e com qualidade para todos; defesa do Estado como ator fundamental na definição e condução de estratégias de desenvolvimento; entre outros.

Cabe destacar o item do documento que coloca como premissa o aperfeiçoamento do SUS a partir da reafirmação de seus princípios (como universalidade e equidade, por exemplo), melhoria na qualidade e ampliação dos serviços e também maior gestão, fiscalização e controle dessas ações (KRÜGER, 2014; SINGER, 2012). O governo Dilma, no entanto, foi marcado por um contexto econômico e político mais adverso e por

¹²⁹ Para melhor apreciação e discussão do tema ver: Singer et al (2016); Braz (2017)

conflitos entre diferentes projetos na área econômica, bem como pelo predomínio da ênfase da política social no combate à extrema pobreza. Esse conjunto de fatores dificultou o alcance de avanços mais substantivos nas áreas da Seguridade Social e nas políticas para os idosos. A exacerbação da crise política (que culminou no *impeachment* em maio de 2016), levaria à adoção de medidas contencionistas ainda durante o governo Dilma, como detalhado a seguir, prenunciando novas ameaças aos direitos sociais que vinham se expandindo desde 1988.

Previdência Social

No ano de 2011 o governo aprovou a Lei¹³⁰ que dispõe, entre outras coisas, sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e o segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente à família de baixa renda. Em outras palavras, propôs a inclusão de contribuinte facultativo de baixa renda¹³¹.

A participação condicionada ao Cadastro Único prevê um percentual de contribuição sobre o salário mínimo também de 5%, com exigência do contribuinte atualizar seus dados a cada dois anos, para usufruto dos benefícios previdenciários. Além disso, não poder ter renda própria, a renda de sua família tem que ser de até dois salários mínimos (MOREIRA; NOBRE, 2016). O contribuinte, assim como no caso do MEI, não tem direito a aposentadoria por idade e o valor do benefício se restringe a um salário mínimo.

No ano de 2012 o governo Dilma sancionou a Lei¹³² que institui o Regime de Previdência Privada para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo. Essa medida representou um elemento de continuidade em relação aos governos anteriores na medida em que institucionaliza que os servidores terão aposentadoria e pensões no limite do teto do RGPS, devendo complementar com o Fundo privado¹³³. A lei autorizou a criação de 3 (três) entidades fechadas de previdência complementar, denominadas Fundação de

¹³⁰ Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011b)

¹³¹ Considera-se de baixa renda, a família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico cuja renda mensal seja de até 2 (dois) salários mínimos

¹³² Lei 12.618 de 30 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a)

¹³³ Art. 1º/ § 2º Os servidores e os membros referidos no caput deste artigo com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, que venham a ingressar no serviço público a partir do início da vigência do regime de previdência complementar de que trata esta Lei, serão automaticamente inscritos no respectivo plano de previdência complementar desde a data de entrada em exercício.

Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe), Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Legislativo (Funpresp-Leg) e Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Judiciário (Funpresp-Jud).

Com o objetivo de cumprir a autorização do governo federal para efetivação do regime complementar, foi instituído um decreto¹³⁴ que criou a Funpresp-Exe. De acordo com o art. 1º do decreto, a Funpresp- Exe se caracterizaria por ser uma entidade fechada de previdência complementar vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com a finalidade de administrar e executar planos de benefícios de caráter previdenciário.

Pode-se afirmar que o governo Dilma deu seguimento às reformas previdenciárias já iniciadas nos governos FHC e Lula. A Funpresp, na verdade, foi a materialização das mudanças constitucionais já iniciadas. Embora não tenha representado uma reforma estrutural no sistema previdenciário, promoveu alterações significativas no regime. Sendo assim, a partir de sua criação, houve homogeneização dos tetos previdenciários, uma vez que os servidores públicos passaram a ser submetidos também ao teto do INSS, assim como os trabalhadores do setor privado sob a justificativa de busca de equilíbrio fiscal.

No ano de 2014 houve ações significativas na área. Nos últimos dias do primeiro mandato da ex- presidenta Dilma, em 2014, foram sancionadas duas medidas provisórias (MP) que alteraram critérios para acesso e cálculo de benefícios previdenciários e trabalhistas, significando novos ataques aos direitos sociais. A primeira MP¹³⁵ tratou das mudanças no seguro-desemprego e o abono salarial. A segunda MP, transformada posteriormente em lei¹³⁶ mudou as regras do auxílio-doença e da pensão por morte.

As mudanças foram justificadas a partir do aumento do emprego e da formalização, da base de segurados da previdência e mudança na expectativa de vida dos brasileiros. Estas alterações sugerem que a orientação político-econômico do segundo governo Dilma se voltaria para a busca pelo equilíbrio dos gastos públicos, ou seja, o ajuste fiscal.

¹³⁴ Decreto nº 7.808, de 20 de setembro de 2012 (BRASIL, 2012b)

¹³⁵ Medida Provisória nº 665, de 30 de dezembro de 2014 (Posteriormente convertida na lei nº 13.134, de 16 de junho 2015) (BRASIL, 2015b)

¹³⁶ Lei 13.135 de 17 de junho de 2015 (BRASIL, 2015c)

Os direitos previdenciários foram alvos de reformas na busca por diminuir as despesas. O quadro 13 sintetiza as principais mudanças ocorridas a partir da aprovação das medidas provisórias.

Quadro 13: Regra anterior e mudanças promovidas pelas Medidas Provisórias 664 e 665/2015.

Benefício	Regra anterior	Principais mudanças
<i>Pensão por morte</i>	Não havia tempo de carência, ou seja, exigência de tempo mínimo de contribuição e casamento. Além disso, os dependentes recebiam o valor integral do vencimento do segurado	Tempo mínimo de dezoito (18) contribuições mensais e de dois (2) anos de casamento ou união estável. O benefício vitalício se mantém apenas para cônjuges com idade a partir de 44 anos. Sobre o valor a receber, o mínimo recebido seria de 60% (50% = cota familiar fixa + 10% por dependente até o limite de 100%
<i>Seguro desemprego</i>	O trabalhador poderia pedir benefício após seis meses de trabalho ininterruptos	Necessário ter recebido ao menos doze (12) meses de salários nos últimos dezoito (18) meses para a primeira solicitação, e nove (09) meses nos últimos 12 meses para segunda solicitação. Para solicitar a terceira vez, é preciso trabalhar por seis (6) meses.
<i>Auxílio doença</i>	A empresa pagava salário integral pelos primeiros 15 dias de afastamento.	A empresa paga ao empregado o salário integral durante os primeiros 30 dias de afastamento
<i>Abono salarial</i>	Pagamento de um salário mínimo para o indivíduo que trabalhou ao menos 30 dias no ano e que tenha recebido até 2 (dois) salários mínimos	Tempo trabalhado de 180 dias ininterruptos no ano base para acesso ao benefício. Cumprido o período mínimo, pagamento proporcional ao tempo trabalhado no ano base, da mesma forma como o 13º salário

Fonte: Elaboração própria a partir do Resumo das regras nas medidas provisórias nº 664 e nº 665 (BRASIL, 2014)

É possível destacar no governo Dilma a adoção de reformas previdenciárias que, assim como nos governos anteriores, seguiram a perspectiva da austeridade. Essas medidas acabaram reforçando a ideia de Previdência Social baseada na lógica do seguro privado e a na viabilidade financeira individual e voluntária dos contribuintes, indo na direção oposta dos princípios da Seguridade. Ampliou-se o espaço para os mercados e fortaleceu-se a lógica do indivíduo como consumidor ao invés de cidadão.

Na área da Assistência, houve predomínio de continuidades em relação ao governo Lula. No ano de 2011 a presidenta sancionou a Lei¹³⁷ que instituiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que na prática vigorava desde 2005, o que representou a institucionalização da política de Assistência Social e do processo iniciado desde a Constituição de 1988. Cabe destacar que o projeto entrou na Câmara dos Deputados como PL 3077 em 2008. Somente após três anos de tramitação no Congresso a Lei foi aprovada.

No ano de 2011 também foi criado o Plano Brasil Sem Miséria¹³⁸ que tinha como finalidade "superar a situação de extrema pobreza da população em todo o território nacional, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações" (BRASIL, 2011a). Dessa forma, o programa procurou dar continuidade à estratégia de ampliação das políticas de combate à extrema pobreza.

De forma geral o governo Dilma pautou-se na continuidade dos programas e ações desenvolvidas durante o governo Lula. O foco foi a ampliação dos mecanismos institucionais e aperfeiçoamento de pactos e formas de funcionamento. Mantiveram-se os mecanismos institucionais de participação fortalecidos no governo anterior, o que possibilitava a continuidade da luta pelo avanço das ações da área. A importância do fortalecimento desses mecanismos pôde ser observada na fala de uma entrevistada sobre a relação da Secretaria Nacional de Assistência Social, com a área econômica:

“A área econômica, no último ano que peguei, peguei em 2015, estava em plena crise. Essa crise vinha de 2013, 2014, então a gente discutia muito, havia muito tensionamento para convencer a equipe econômica desse pacto social, dessa sociabilidade que a gente tinha que garantir. E como era um governo mais democrático, um governo de escuta. Quando um governo é um ambiente democrático, abre espaço no dissenso para construção de consenso. Essa era a vantagem. Não que o governo Lula fosse, o governo Dilma fosse socialmente avançado. Não. Era um estado capitalista, tinha disputas sobre os custos sociais iam ser reduzidos ou não. Mas a gente conseguia pautar e ir para o embate, e conseguíamos segurar” (Entrevistada 6)

Saúde

¹³⁷ Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (BRASIL, 2011c).

¹³⁸ Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.(BRASIL, 2011d)

O período se destacou por fatos importantes no que tange à saúde. Em de 2011 foi o instituído o decreto ¹³⁹que criou as regiões de Saúde e que deveriam oferecer serviços como atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar entre outras.

O Ministério da Saúde desenvolveu no ano de 2011 o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022*. Para sua construção contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, variados ministérios do governo brasileiro, membros de Organizações da sociedade civil ligadas à área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O referido plano refere-se principalmente a quatro grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e propõe atuar sobre alguns de seus determinantes sociais em saúde, sobretudo aqueles ligados a fatores comportamentais como o tabagismo; o sedentarismo; a obesidade e a alimentação não saudável. Fundamenta-se ainda em três eixos de ação: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e o c) cuidado integral.

Objetiva-se, portanto, “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p. 14).

O panorama de aumento expressivo de idosos na composição populacional brasileira aliado ao fato dessas doenças serem mais prevalentes em pessoas acima de 60, faz com a que (re) construção e implementação de uma rede assistencial pautada nas diretrizes e ações propostas no plano seja primordial para o controle, monitoramento e também prevenção e promoção da saúde e também o não agravamento dessas enfermidades, sob riscos de perda de autonomia e aumento da dependência dos idosos.

No âmbito de um dos eixos, a Promoção da Saúde, propõe-se o Envelhecimento Ativo através da i) implantação de um modelo de atenção integral, favorecendo ações de promoção e prevenção; ii) ações de saúde suplementar; iii) incentivo a prática de atividade física regular no programa Academia da Saúde; iv) capacitação das equipes de

¹³⁹ Decreto 7508/2011. Ele Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa (BRASIL, 2011e)

profissionais da Atenção Básica em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; v) incentivo à ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; vi) criação de programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas.

Nesse sentido, o plano reforça aspectos preconizados no Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006 que propõe uma reorganização do atendimento ao idoso, e investimento na formação de profissionais para atenção integral a esse grupo, além de ações que promovam a promoção, prevenção e manutenção do bem-estar e autonomia da pessoa idosa.

Em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos¹⁴⁰ como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutive. Ele foi estruturado a fim de investir e melhorar as redes de atenção, sobretudo, as unidades básicas de saúde; promover a ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e na residência médica; e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2015).

No mesmo ano foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴¹.

Sabe-se que concomitantemente às alterações no perfil etário brasileiro há uma mudança epidemiológica que se caracteriza pelo aumento da incidência de doenças crônicas que por sua vez, atingem muito comumente a população idosa. Uma das DNCT mais temidas é o câncer. A probabilidade de desenvolver essas enfermidades aumenta com o avanço da idade, pois segundo Soares et al (2011, p. 661) com o passar dos anos “acumulam-se fatores de risco de tipos específicos de câncer. Ao acúmulo geral de fatores de risco vem associar-se a tendência a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso”. Dados obtidos no SISAP/ Idoso informam que em 2015 10,75% dos idosos haviam sido internados por alguma neoplasia.

Os planos também valorizam os determinantes sociais de saúde e a promoção da saúde ao propor que sejam desenvolvidas ações e políticas públicas para o enfrentamento

¹⁴⁰ O programa lançado em 8 de julho de 2013

¹⁴¹ Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)

do consumo de álcool, tabagismo, sobrepeso, entre outros hábitos considerados de risco para o desenvolvimento de câncer.

Para se ter ideia, no ano de 2014 a taxa de mortalidade de idosos por tumores relacionados ao tabagismo considerada evitável foi de 7,73%. Já a proporção de idosos obesos nos anos de 2013 foi de 23,24%. Nesse sentido, o plano propõe a promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares pode ajudar a diminuir esses índices.

Também em 2013 foi lançado o primeiro “Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais e Municipais no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” uma iniciativa da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, em parceria com o Laboratório de Informação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O objetivo geral era dar visibilidade às boas práticas de municípios e estados no campo da saúde da pessoa idosa, visando incentivar gestores a fomentarem estratégias e ações que contribuam para qualificar o cuidado à pessoa idosa no SUS.

No mesmo ano foi instituída a portaria que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴². De acordo com essa portaria, a Atenção Domiciliar constitui-se como uma

“Modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013, p. 2).

Essa portaria classifica a modalidade AD1 de Atenção Domiciliar como aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela Atenção Básica (Equipes de Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF). Neste tipo de atendimento, enquadram-se os usuários que possuam problemas de saúde controlados/ compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária, não podendo se deslocar até a Unidade de Saúde. Existem ainda duas modalidades de atenção domiciliar (AD2 e AD3) que variam conforme a gravidade do paciente, suas debilidades e dependência.

¹⁴² Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c)

Desta forma, essa modalidade de atenção objetiva: ampliar e/ ou substituir o cuidado prestado em outro ponto da rede de atenção à saúde, como hospital ou unidades básicas de saúde, auxiliando também na desinstitucionalização do cuidado; auxiliar na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares e continuidade do cuidado.

Nesse contexto, o atendimento domiciliar, especialmente o embasado nos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, emerge como um

“Modelo assistencial capaz de resolver ou minimizar os problemas de saúde do idoso numa perspectiva holística, ou seja, no cenário onde se dão suas principais relações pessoais e sociais e onde ele, em maior grau, interage com fatores que influenciam seu estado de saúde, seu adoecimento e sua reabilitação. Assim sendo, a implementação desse tipo de cuidado é eficaz na diminuição das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; reduz a possibilidade de hospitalização do idoso num estágio avançado da doença e/ou da incapacidade, o que aumenta os custos econômicos e os riscos iatrogênicos, além de favorecer a humanização do cuidado” (FERNANDES; FRAGOSO, 2005, p. 3)

Essa modalidade de atenção se apresenta, portanto, como um componente fundamental no cuidado à saúde, sobretudo da pessoa idosa, através do qual os serviços de saúde são ofertados ao “indivíduo e à sua família em seus locais de residência, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças” (MARRELI, 1997 apud FERNANDES E FRAGOSO, 2005, p.3).

Outras ações do período relacionavam-se a cursos e capacitações voltados para a saúde da pessoa idosa tais como¹⁴³: curso de especialização em saúde da pessoa idosa visando capacitar os profissionais da saúde na assistência à saúde da Pessoa Idosa; curso de Especialização para gestores (EAD – Fiocruz) cujo organização curricular compreendia o tema de Gestão de saúde para população idosa; e curso de aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, onde o público alvo são os profissionais de SUS de nível superior que atuam na rede básica de assistência à saúde envolvidos e/ou

¹⁴³<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/809-sas-raiz/daet-raiz/saude-da-pessoa-idosa/12-saude-da-pessoa-idosa/12740-cursos-e-capacitacoes>. Acesso em 01/04/2017

com ênfase em Equipes de Saúde da Família; oficinas de prevenção de violência, quedas e osteoporose.

No ano de 2014 foi estabelecida a Medida Provisória 656 que propunha a alteração da lei 8.080 de 1990 e autorizava a entrada do capital estrangeiro na oferta de serviços de assistência à saúde. Mesmo sob protestos e mobilizações de entidades da Reforma Sanitária exigindo o veto, a MP foi sancionada e virou lei¹⁴⁴, indo na direção contrária da Carta Magna que afirma que “é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País”¹⁴⁵.

No início de 2015, um cenário de instabilidade política passa a rondar fortemente o governo Dilma, tendo a rua como cenário de uma forte polarização política com manifestações a favor e contra a presidente (materializadas em painelaços e marchas em vias públicas). Instaure-se assim um período de crise profunda, com um congresso assumindo um protagonismo inédito e tirando do executivo seu papel de condutor do governo.

Em suma, a partir de um quadro sociopolítico composto por uma polarização ideológica, crise política e fiscal; economia em recessão e aumento significativo do desemprego; mídia parcial e alinhada com setores específicos de poder; agravamento do cenário político-institucional percebido pelo conservadorismo do congresso recém-eleito; coalizões políticas baseadas em oportunidade e não em programas; entre outros elementos levaram a um afastamento temporário em maio de 2016 e um *impeachment* em dia 31 de agosto, que representou um golpe na democracia.

Os elementos aqui descritos têm impacto nas ações voltadas para os idosos no governo Dilma. A instabilidade política, a busca pela eficiência, o foco na gestão; a continuidade das ações do governo anterior com escassos avanços na área da saúde, na assistência e na previdência e o rompimento brusco do segundo mandato impediram um maior adensamento das ações para esse grupo populacional.

É possível perceber que as ações desenvolvidas ao longo do governo Dilma para os idosos se caracterizaram, fundamentalmente, por ampliação e continuidade de ações no âmbito do SUS implementadas anteriormente. Além disso, as ações nesse período voltadas para aqueles com mais de 60 anos se destacaram pelo investimento na formação

¹⁴⁴ Lei 13.097 de 19 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015d)

¹⁴⁵ Art. 199/ inciso 3º

continuada, na educação dos profissionais, em especial daqueles inseridos na Atenção Básica, o que demonstra uma preocupação com a reorganização das ações e serviços de forma a atender a essa clientela que se avoluma e que demanda atenção em saúde.

Apesar de esforços em termos de qualificação profissional e ampliação do acesso dos idosos - através do investimento na formação dos profissionais da atenção básica que lidam com esse grupo - as ações foram pontuais e ainda não apresentaram a magnitude que a mudança rápida do perfil etário brasileiro exige. Para tal, é preciso que o Estado brasileiro tenha clareza do modelo de saúde que pretende e qual modelo econômico seguir, uma vez que a priorização e desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde somente será feita no âmbito de um SUS tal qual instituído na Constituição de 1988.

O modelo de Estado que predominou (baseado na busca por eficiência e na manutenção do subfinanciamento do SUS em detrimento do privado, por exemplo) e o abrupto rompimento democrático tiveram impacto na abrangência e adensamento das ações voltadas para a pessoa idosa.

Por fim, destaque-se em todo o período a dificuldade de construir políticas baseadas na intersetorialidade das três áreas da Seguridade Social, o que se configura como essencial para a proteção social aos idosos. Tais dificuldades também se reproduzem dentro de cada ministério, cujas áreas técnicas às vezes apresentam baixa articulação. Quanto aos mecanismos de coordenação das políticas para os idosos, um dos entrevistados¹⁴⁶ discorreu:

“Não são relações fáceis. Se de um lado, a área técnica de saúde do idoso tem capacidade para produzir ações, propor políticas específicas, por outro lado existem ações que são transversais e que ultrapassam a caixinha do departamento. Ou da área técnica. Eu preciso conversar com a Assistência ou com a Secretaria de qualificação do trabalhador e essa relação interna nem sempre é fácil porque cada uma dessas caixinhas tem sua agenda própria. E a forma de organização também dificulta a transversalidade. A gente ficava batendo: “você tem que pautar transporte, tem que pautar a educação. Nós precisamos ser proativos, quer dizer, não é só ficar na sua caixinha fazendo as suas ações. Temos que trazer a temática, levar para onde ela deve estar sendo levada, porque é um conjunto da sociedade”. Então, dentro do Ministério da Saúde algumas coisas eram mais fáceis, outras menos. Depende das pessoas, a sensibilidade, em como que chega as demandas. E é a mesma coisa nos estados e municípios. Tem uma burocracia pesada”

¹⁴⁶ Ex- representante da área da técnica do idoso do Ministério da Saúde

A discussão até aqui empreendida teve como foco a proteção social para os idosos no Brasil na perspectiva da trajetória institucional das áreas da Seguridade, incluindo o contexto e as características das políticas propostas para os idosos. Todavia, cabe investigar, mais especificamente, como os atores sociais têm atuado na implementação e monitoramento das políticas sociais preconizadas para os idosos. Sabe-se que a Constituição de 1988 também avançou na participação social, o que favoreceu avanços para o controle das políticas públicas. Nesse sentido, o estudo priorizou investigar o Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), como instância institucional de participação social e de articulação intergovernamental, a fim de compreender como os atores sociais tem atuado para o avanço e concretização das políticas públicas para aqueles com 60 anos ou mais.

Capítulo 5: A atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa

Idosa

A emergência da velhice como questão social no Brasil ocorreu sobretudo a partir da década de 1970 (RODRIGUES, 2001), com especial destaque para Constituição de 1988, que marca o reconhecimento do idoso como cidadão e, portanto, sujeito de direitos. O aumento exponencial de idosos na composição populacional também foi fator importante nessa reorientação da temática do idoso na agenda, uma vez que exigiu mudanças nas políticas sociais, e assim no papel do Estado, reorientando desafios. Soma-se isso a articulação de interesses entre sujeitos e movimentos sociais representativos das necessidades da população idosa.

A atenção política dada ao idoso também se insere numa perspectiva internacional de políticas públicas para esse grupo, como a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982. De acordo com Camarano e Pasinato (2007), essa assembleia constituiu um marco na medida em que foi o primeiro fórum global intergovernamental voltado para a temática do envelhecimento populacional e que culminou num plano internacional de ação.

Outro marco foi a Segunda Assembleia Mundial ocorrida no ano de 2002 que resultou no Plano de Madrid, com definições das diretrizes que orientariam as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI. De acordo com Fonte (2002, p. 1) a estratégia internacional adotada para enfrentar os desafios do aumento de pessoas com mais de 60 anos de idade centrou-se na tentativa de inclusão social através da capacitação destas pessoas “para que atuem plena e eficazmente na vida econômica, política e social, inclusive, mediante o trabalho remunerado ou voluntário”. Com isso se reforçou a ideia de envelhecimento ativo, que tem como base a produtividade, fomento da saúde e bem-estar na velhice.

Estes debates e eventos internacionais influenciaram tanto na Constituição de 1988 - ao adotar algumas orientações da Assembleia de Viena de 1982 – quanto nas políticas vindouras como a PNI e o Estatuto do Idoso (este com maior influência do Plano de Madrid). Tais elementos tiveram impacto na criação de políticas sociais para a população idosa no Brasil.

Com a promulgação da Constituição da 1988 também foram institucionalizados espaços de participação social, com destaque para o modelo descentralizado e participativo das políticas de Seguridade Social¹⁴⁷.

Identifica-se, portanto, como inovação política a instituição da participação social como princípio organizativo, traduzido na criação de instâncias de controle social como Conselhos e Conferências (TELLES, 2010)¹⁴⁸. Este afirma que a organização da Seguridade deve ter como base o “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados”¹⁴⁹. Outros artigos da carta magna também tratam da temática como o artigo 198 da área Saúde que afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem estar organizadas, entre outras coisas, de acordo com a diretriz da *participação da comunidade*. Por sua vez, o artigo 204 das ações governamentais na área da Assistência Social estabelece a “participação da população por meio de organizações representativas na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”.

Esse contexto favoreceu a visibilidade de demandas de grupos sociais específicos, tais como os representativos dos idosos, bem como a posterior criação de conselhos do idoso nos âmbitos municipal, estadual e nacional.

A lei que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994 previu a criação do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, com o objetivo de “viabilizar o convívio, a integração e a ocupação do idoso na sociedade, mediante sua inclusão no processo de formulação de políticas públicas destinadas a seu grupo social” (IPEA, 2012). No entanto, a criação do Conselho foi adiada, ocorrendo somente oito anos depois, em 2002, ligado ao Ministério da Justiça (BRASIL, 2002^a; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2012).

Em 2004, o CNDI foi regulamentado como um órgão colegiado de caráter deliberativo sob encargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2004b). Já em 2009, o CNDI passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial dos

¹⁴⁷ A ampliação da esfera pública não é algo inaugurado no fim da década de 80. A reivindicação por espaços onde a sociedade civil organizada possa encaminhar suas demandas e influir nos processos decisórios é bem anterior (DE CARVALHO, 1987; ROCHA, 1988)

¹⁴⁸ Inciso VII, artigo 194

¹⁴⁹ Em 1988, a partir da Emenda Constitucional nº 20, o texto foi alterado: “Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”

Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, vinculada ao Ministério da Justiça.

O desenvolvimento dessa instância foi importante, pois se caracterizou como o braço operativo da Política Nacional do Idoso, encarregado de supervisionar e avaliar a política em âmbito nacional, estimular e assessorar a criação de Conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos do idoso e tornar efetiva a aplicação dos princípios e diretrizes da PNI e, posteriormente, do Estatuto do Idoso de 2003.

O CNDI se caracteriza como um espaço inovador para a gestão de políticas sociais para garantia dos direitos dos idosos na medida em se organiza através da articulação entre setores de governo e sociedade civil. Para a população idosa, a institucionalização de uma esfera de participação social, onde se possa regular, acompanhar e fomentar políticas pode permitir o exercício da cidadania e a possibilidade de tornar mais abrangente e visíveis possibilidades de ações para esse grupo. Portanto, faz-se necessário compreender como essa instancia democrática de participação social tem lidado com as questões relativas aos direitos da pessoa idosa, sobretudo o atendimento dos pressupostos contidos na Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso, tendo como perspectiva a participação dos atores sociais.

O capítulo enfocou na atuação da CNDI tendo como base a análise de 54 (cinquenta e quatro)¹⁵⁰ atas de reuniões realizadas entre novembro de 2002 e abril de 2016 solicitadas através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e- SIC). Para tal, foram priorizados dois eixos de análise: (i) *Configuração político-institucional*, que compreendeu a estrutura, a organização e a participação dos atores estatais e não-estatais no Conselho; (ii) *Agenda política*, que diz respeito aos temas priorizados nas reuniões do CNDI.

O debate sobre o CNDI como um espaço inovador onde se busca a articulação de setores do governo e da sociedade civil para a garantia dos direitos da população idosa é fundamental (GIACOMIN, 2013b). Nesse sentido, ao caracterizar a sua atuação na proposição de estratégias de implementação e no acompanhamento da Política Nacional do Idoso (PNI) e do Estatuto do Idoso no país, a análise também buscou, em certa medida,

¹⁵⁰ Na verdade, foram realizadas 81 reuniões ao longo desse período. Contudo 27 registros não foram localizados segundo as informações enviadas.

compreender as possibilidades e limites no que se refere à articulação intersetorial e a participação social na garantia dos direitos dos idosos.

Configuração político-institucional

De forma geral, o CNDI tem como objetivo acompanhar e avaliar a expedição de orientações e recomendações sobre a aplicação do Estatuto do idoso, da PNI e dos demais atos normativos relacionados ao atendimento do idoso. Entre suas competências destacam-se: a) estimular a ampliação e aperfeiçoamento dos mecanismos de participação e controle social; b) Apoiar os Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais dos Direitos do Idoso, e os órgãos estaduais, municipais e entidades não-governamentais, para tornar efetivos as diretrizes e os direitos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso; c) Acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos do idoso; d) Promover a cooperação entre os governos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e a sociedade civil organizada na formulação e execução da política nacional de atendimento dos direitos do idoso; entre outras.

O CNDI tem caráter paritário, sendo composto por 14 membros do Poder Executivo e 14 da sociedade civil organizada. Além da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), devem compor o Conselho os seguintes ministérios: Justiça; Relações Exteriores; Trabalho e Emprego; Educação; Saúde; Cultura; Esporte; Turismo; Cidades; Ciência e Tecnologia; Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Previdência Social; Planejamento, Orçamento e Gestão.

Já os membros da sociedade civil devem pertencer a entidades civis organizadas, sem fins lucrativos e com atuação no campo da promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. De acordo com o Regimento interno do CNDI, considera-se organização da sociedade civil a entidade de direito privado sem fins lucrativos, de interesse e/ou de utilidade pública que tenha atuação no âmbito nacional, com representação em no mínimo cinco unidades da federação e três regiões.

Os critérios de elegibilidade para os membros das entidades não governamentais são descritos no Quadro 14.

Quadro 14: Critérios para composição de membros de entidades civis governamentais

Caráter das organizações elegíveis	Número de representantes
a) Organizações de trabalhadores urbano e rural; b) Organizações de Empregadores urbano e rural; c) Órgãos Fiscalizadores do Exercício Profissional; d) Organizações de Educação, ou Lazer, ou Cultura, ou Esporte, ou Turismo.	Um representante e respectivo suplente de cada um
a) Organizações da Comunidade Científica; b) Organizações de Aposentados e Pensionistas.	Dois representantes e respectivos suplentes de cada um
a) Organizações de Defesa de Direitos; b) Organizações de Atendimento à Pessoa Idosa.	Três representantes e respectivos suplentes de cada um

Fonte: Elaboração própria a partir do regimento interno do CNDI

Para o preenchimento das vagas por membros da sociedade civil foram necessários três editais – e respectivas assembleias (BORGES, 2009) para que o número de entidades fosse definido. As vagas foram preenchidas ao longo de dois meses (conforme editais publicados no diário oficial da União (DOU) em 9 de agosto de 2002, 28 de agosto de 2002 e 10 de outubro do mesmo ano, respectivamente).

A necessidade de realizar três chamadas a fim de que enfim, pudesse ter a totalidade das entidades civis não governamentais que o Conselho exigia pode sugerir certa fragilidade de organização institucional dos movimentos sociais ligados e/ou voltadas à população idosa.

O Conselho é composto por: Plenário, Comissões Permanentes e Temporárias e Secretaria Executiva. A Presidência do CNDI tem funções específicas, ficando a coordenação dos trabalhos das Comissões a cargo da Vice-presidência (GIACOMIN, 2013b).

As comissões permanentes são: Políticas Públicas; Orçamento e Finanças; Normas; Articulação com os Conselhos e Comunicação Social. A partir de 2010 também foi criada a Comissão de Gestão do Fundo Nacional do Idoso. O quadro 15 abaixo apresenta as principais atribuições das comissões.

Quadro 15: Principais atribuições das comissões permanentes do CNDI

Comissões Permanentes	Principais atribuições
<i>Comissão de Políticas Públicas</i>	I- Acompanhar e avaliar a Política Nacional do Idoso; II- assessorar, acompanhar e avaliar o plano estratégico nacional de implementação das deliberações da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa; III- criar mecanismos e estratégias para assessorar e monitorar a formulação e operacionalização dos planos estratégicos Estaduais, Distrital e Municipais, decorrentes das respectivas conferências; entre outros
<i>Comissão de Orçamento e Finanças</i>	I- Apreciar e acompanhar as diretrizes, propostas e execução orçamentárias pertinentes ao segmento idoso elaboradas pelos Ministérios; II- Assessorar na formulação da proposta orçamentária dos Planos Estratégicos das unidades federativas e a execução financeira; III - identificar as necessidades da Presidência e das demais Comissões no que diz respeito à gestão administrativa e financeira do CNDI; IV- solicitar que a Secretaria de Direitos Humanos informe os recursos previstos para a gestão e funcionamento do CNDI, entre outros
<i>Comissão de Normas</i>	I- Acompanhar, analisar, propor sobre a constitucionalidade das matérias que lhe forem submetidas; II- propor alteração no regimento interno do CNDI; III- propor a realização de estudos, debates e pesquisas sobre a aplicação e os resultados estratégicos alcançados pelos programas e projetos de atendimento ao idoso.
<i>Comissão de Articulação com Conselhos e Comunicação Social</i>	I- Organizar coletânea de instrumentos legais que versem sobre a PNI; II - organizar Resoluções do CNDI, resgatando a memória histórica; III – divulgar as atividades do CNDI e da PNI; IV - colaborar na divulgação das ações realizadas pelas entidades civis representativas da pessoa idosa em âmbito nacional; V - recomendar às Comissões Permanentes que seja dada ênfase especial ao trabalho integrado governo e sociedade, etc.
<i>Comissão de Gestão do Fundo Nacional do Idoso</i>	I- Elaborar anualmente os planos de trabalho e de aplicação dos recursos do Fundo; II - definir os procedimentos e critérios a serem contemplados nos Editais para a aprovação de projetos a serem financiados com recursos do Fundo ; III - demandar aos responsáveis as informações necessárias ao acompanhamento e avaliação das atividades apoiadas pelo Fundo; IV - desenvolver atividades relacionadas à ampliação da captação de recursos para o Fundo; V- avaliar e aprovar os pedidos de registro das instituições e inscrição dos programas junto ao CNDI, entre outros.

Fonte: Elaboração própria feita a partir do Regimento Interno do CNDI

A escolha dos membros da sociedade civil é realizada por processo eleitoral, a cada dois anos. Já a presidência e a vice-presidência são alternadas a cada biênio entre os segmentos da sociedade civil e do governo. O Quadro 16 mostra as organizações que ocuparam a presidência do Conselho entre 2002 e 2016.

Quadro 16: Quadro resumo dos órgãos governamentais e entidades da sociedade civil que ocuparam a presidência do CNDI – 2002 a 2016

Gestão	Entidades que ocuparam a presidência
2002 a 2004	Associação Nacional de Gerontologia - ANG
2004 – 2005	Secretaria de Direitos Humanos - SEDH ¹⁵¹

¹⁵¹ Foi criada em 1997 no governo Fernando Henrique Cardoso como Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Em 1999, o órgão passou a Secretaria de Estado, pertencendo à estrutura do Ministério da Justiça. No início do Governo Lula em 2003, tornou-se Secretaria Especial dos Direitos Humanos, vinculada à Presidência da República, juntamente com a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Em outubro de 2015, a pasta dos Direitos Humanos foi unificada com as secretarias de [Políticas de Promoção da Igualdade Racial](#) e de [Políticas para as](#)

2006 – 2008	Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência – AMPID
2008 – 2010	Ministério da Saúde
2010 - 2012	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG
2012 – 2014	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH)
2014 – 2016	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP

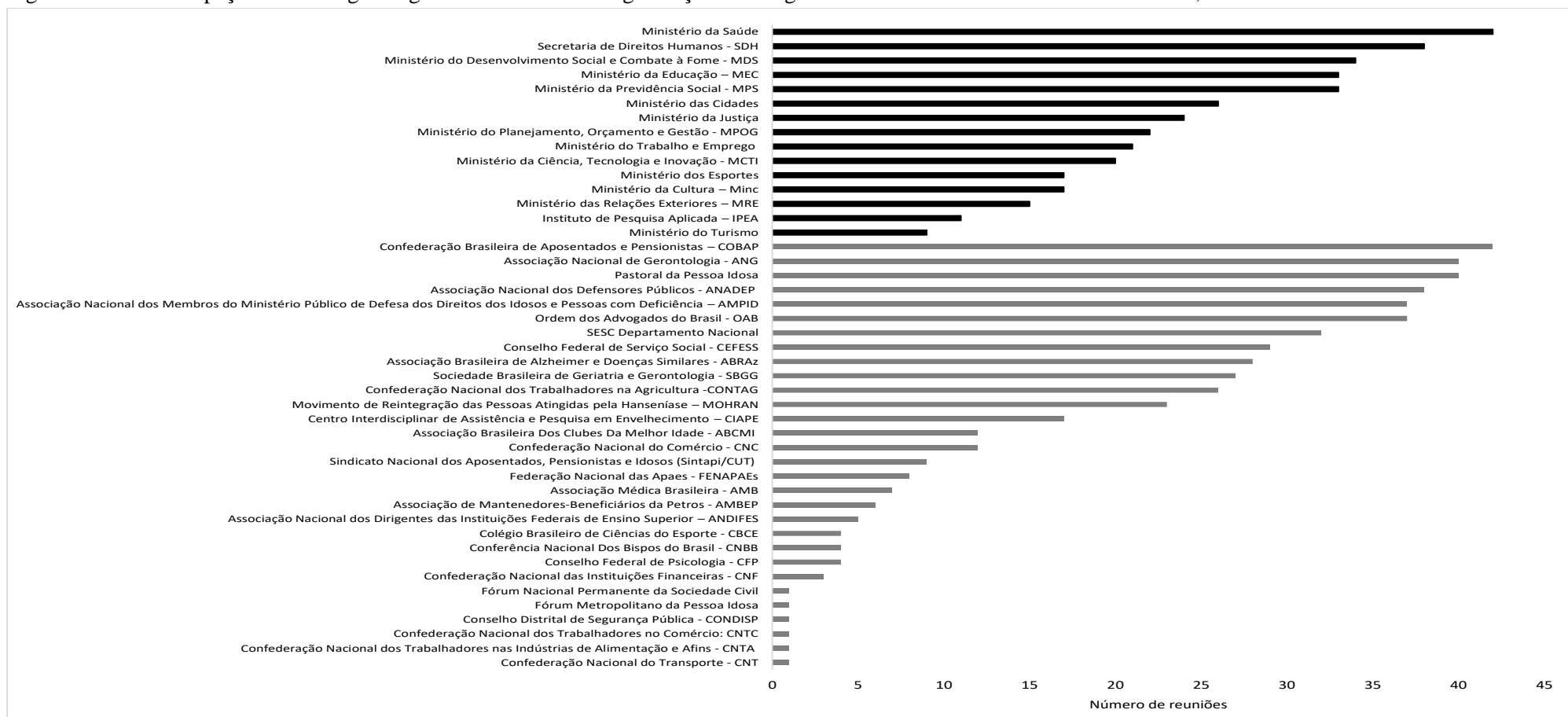
Fonte: Elaboração própria a partir das atas de reunião do CNDI

Entre as entidades da sociedade civil, se destacaram na presidência aquelas com trajetória expressiva na luta pelos direitos dos idosos. Já em relação aos órgãos governamentais, ao longo das gestões, o Ministério da Saúde ocupou a presidência apenas uma vez. Nas demais gestões sob comando de órgãos governamentais, a presidência foi assumida por membros da SEDH.

Em novembro de 2002 ocorreu a primeira reunião ordinária do Conselho Nacional do Idoso. Em relação à periodicidade, as reuniões do CNDI ocorrem de forma bimestral. A Figura 2 mostra a frequência de participação dos representantes dos órgãos governamentais e entidades não governamentais nas reuniões no período.

[Mulheres](#) na reforma ministerial realizada pela [presidente Dilma Rousseff](#) formando o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH). Foi extinto em 2016, após a posse de [Michel Temer](#) como presidente interino, e recriado como ministério em 2017 pelo mesmo,

Figura 2 - Participação dos órgãos governamentais e organizações não-governamentais nas reuniões do CNDI, 2002 a maio de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir das atas do CNDI de 2002 a maio de 2016

Nota: Das 54 atas analisadas, somente 42 tinham relação completa dos participantes.

Quanto às entidades civis não governamentais, a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP, Associação Nacional de Gerontologia - ANG e Pastoral da Pessoa Idosa foram as que mais estiverem presentes ao longo dos doze anos analisados. As duas primeiras organizações têm sido protagonistas do movimento pró direitos dos idosos no Brasil e, portanto, têm sido fundamentais no reconhecimento da velhice como questão social (BORGES, 2009; PERES, 2007).

A ANG, fundada em 1985, tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de vida da população idosa através da defesa da efetivação das políticas voltadas para esse grupo como a PNI e o Estatuto do Idoso, assim como as ações locais, promoção de espaços (conferencias, seminários, cursos, palestras) que possibilitam uma troca entre especialistas na temática do envelhecimento e produção de conhecimento, entre outros. Como destaque, essa Associação fomentou uma mobilização nacional na década de 90 que culminou na elaboração do documento “Políticas para a 3ª idade nos anos 90” que inspirou o texto na PNI e a criação do CNDI.

A COBAP, fundada em 1985, também teve um papel expressivo no que se refere aos idosos. Ganhou visibilidade durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte ao reivindicar tanto a melhoria dos benefícios previdenciários (crise dos 147%) e a necessidade de revisão do modelo econômico propiciando maior visibilidade às demandas desse grupo.

Essas organizações têm protagonizado a luta pelos direitos dos idosos, reivindicando junto ao Estado a proposição e implementação de políticas públicas para àqueles com mais de 60 anos. O fato de esses movimentos serem mais orgânicos, no sentido do tempo de atuação e na sua trajetória no que se refere a efetivação de direitos, ajudam a compreender a sua assiduidade ao longo das reuniões do CNDI. Elas também se destacam pelo seu papel decisivo na elaboração e implementação da PNI (PERES, 2007).

Importante ressaltar as entidades de caráter religioso e vinculadas a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), como a Pastoral da Pessoa Idosa, que foi a segunda mais assídua nas reuniões do CNDI. Criada em 2004, a Pastoral tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas com 60 anos ou mais de idade mediante ações junto às redes comunitárias e sócio familiares. Para tanto, líderes voluntários realizam visitas mensais a idosos em seus domicílios oferecendo cuidados básicos em

saúde, educação, buscando os (re) integrar as famílias e à comunidade (CESAR et al., 2008).

Destaque-se também a presença frequente de organizações caracterizadas pela defesa de direitos como a Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP), a Associação Nacional de Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID), esta última com atuação nacional desde 2004, além da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). A assiduidade de entidades com esse caráter é fundamental, dado que são responsáveis por monitorar os preceitos formalizados nas políticas para os idosos.

De forma geral, as entidades civis vêm tendo um papel decisivo em defender a temática do idoso na agenda de prioridades do Estado. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) também teve papel relevante na luta pela ampliação dos direitos dos idosos e se auto intitula como uma das pioneiras na “frente de defesa do idoso”, assim como a OAB e o SESC. Este último também teve um papel fundamental na ampliação da incorporação do envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras. A entidade inaugurou um novo paradigma para a velhice a partir da “promoção do bem-estar social, a ocupação do tempo livre e a refuncionalização da velhice, implementados dentro de espaços criados especialmente para esses fins, nomeados como espaços de convivência” (ROZENDO; JUSTO, 2012, p. 1).

Em relação ao governo, os cinco órgãos que mais participaram foram: o Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS; a Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH; o Ministério da Previdência Social – MPS e o Ministério da Educação – MEC. A assiduidade desses órgãos expressou os eixos prioritários da PNI e do Estatuto do Idoso.

A presença frequente desses órgãos expressa quais são os eixos prioritários no que se refere ao atendimento das demandas e anseios da população idosa no Brasil, pelo menos que instituições públicas são tidas como fundamentais para a concretização dos direitos dos idosos.

O Ministério da Saúde é um dos órgãos fundamentais no desenvolvimento de políticas para o bem-estar da população idosa, dada a relevância das ações de saúde para a qualidade de vida. A maior vulnerabilidade da população idosa muitas vezes se traduz em agravos de saúde, impactando em sua autonomia e independência. Portanto, é preciso ampliar o acesso e concretizar ações a fim de dar conta das necessidades de cuidado da

população idosa. A PNI destaca como competências da área da saúde: a) garantia integral da assistência à saúde; b) prevenção, promoção e recuperação da saúde; c) adoção e aplicação de normas para o bom funcionamento de instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) realização de estudos para detectar o perfil epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; e) criação de serviços alternativos de saúde para o idoso; entre outros. Já no que se refere ao Estatuto do Idoso, o capítulo IV também se dedica ao direito à saúde.

Desde 2009, a Secretaria do CNDI é vinculada à SEDH, que é responsável por grande parte das iniciativas e políticas específicas para a pessoa idosa. Isso explica a frequente participação desta nas reuniões do Conselho.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) também se destaca na promoção do bem-estar dos idosos. Há políticas essenciais sob responsabilidade do ministério – mais precisamente sob a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) - que são essenciais como a proteção social básica e especial que apesar de não ser exclusivas para os idosos, tem esse público como prioridade. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um mecanismo fundamental de garantia de renda básica à pessoa idosa, também integra a proteção social básica, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Sabe-se da importância do BPC como mecanismo fundamental de garantia de renda básica à pessoa idosa.

A PNI também ressalta a importância da área da Assistência. A Política afirma, entre outras coisas, que a área deve: a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais; b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; c) promover simpósios, seminários e encontros específicos; d) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso; entre outros. O Estatuto do Idoso também compreende ao desenvolver um capítulo que discorre sobre as atribuições da área na assistência aos idosos, o que sinaliza a importância da participação do MDS no Conselho.

Outro Ministério assíduo das reuniões do CNDI cuja finalidade é diretamente atrelada aos idosos é o Ministério da Previdência Social – MPS. O benefício contributivo

da previdência se configura como a principal fonte de renda para esse grupo. Além do mais, embora a coordenação e regulação do BPC seja feita através do MDS, a solicitação do benefício se dá nas agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que por sua vez é vinculado ao MPS. Isso evidencia o papel central do ministério na promoção e qualidade de vida aos idosos. Além disso, a política da previdência permite, no espaço privado familiar, uma revalorização das pessoas idosas, as quais, por meio da renda de aposentadoria, “obtem uma espécie de salvaguarda de subsistência familiar, invertendo o papel social de assistidos para assistentes, no contexto da estratégia de sobrevivência das famílias pobres” (CAMARANO; FERNANDES, 2016, p. 288).

A Política Nacional do Idoso (PNI) tratou da previdência, mas somente no que concerne à priorização do atendimento do idoso nos requerimentos dos benefícios previdenciários. Também salienta a necessidade da criação e estímulo à manutenção de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos ao afastamento (Ibid 2016). O Estatuto do Idoso dedicou o Capítulo VII à área.

A participação do MEC pode ser compreendida a partir da necessidade de se cumprirem diretrizes e orientações preconizadas na PNI como a necessidade de adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso; inserir nos currículos mínimos conteúdos voltados para o processo de envelhecimento; incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores; desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento (BRASIL, 1994). O Estatuto do Idoso também reforçou essas questões. Como resposta, o MEC tem promovido ações em algumas universidades públicas e privadas, sobretudo a partir de projetos de extensão, destacando-se o programa Universidade Aberta à Terceira Idade que visa a inserção das pessoas com mais de 60 anos no contexto social e acadêmico, contribuindo para o seu bem-estar.

O Ministério das Cidades também tem participado do CNDI, seguindo as orientações da PNI e o Estatuto do Idoso na efetivação do direito do idoso a habitações compatíveis com sua necessidade. O Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), criado em 2009, que tem por finalidade incentivar a produção e aquisição de novas unidades habitacionais ou requalificação de imóveis urbanos para famílias com determinada renda mensal, prevê a disponibilidade de unidades adaptáveis ao uso por

pessoas idosas. (BRASIL, 2015a). Ademais, o Estatuto do Idoso afirma que pelo menos 3% das unidades habitacionais devem ser reservadas para as pessoas idosas. Questões mais gerais relacionadas à necessidade de investimento em projetos de acessibilidade para pessoas com restrição de mobilidade e construção de rotas mais acessíveis visando um deslocamento mais seguro, sob responsabilidade do referido ministério, também se constituem necessidade de parte significativa dos idosos.

Destaque-se também a atuação expressiva do Ministério da Justiça nas reuniões do CNDI. O próprio Conselho é vinculado à SEDH, que por sua vez, é ligada à estrutura do Ministério da Justiça. Na primeira versão da PNI o Ministério da Justiça tinha como responsabilidades encaminhar denúncias aos órgãos competentes para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário, zelar pela aplicação das normas relativas ao idosos a fim de evitar abusos e lesões de seus direitos. O capítulo V do Estatuto também trata exclusivamente do acesso à Justiça abrangendo, a proteção dos interesses difusos, coletivos e individuais dos idosos.

A regularidade do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG nas reuniões do CNDI pode ser entendida a partir de sua finalidade que é planejar a administração governamental, planejar custos, analisar a viabilidade de projetos, controlar orçamentos, liberar fundos para estados e projetos do governo. Logo, as funções do ministério vão ao encontro de um dos objetivos da CNDI que é possibilitar a fiscalização e implementação de políticas e ações voltadas para os idosos. Para tal a organização e análise da viabilidade e custos são fundamentais. Um exemplo são os Planos Plurianuais (PPA). Estes se constituem um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da República. Por meio dele, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de 4 anos e os caminhos que devem ser feitos para viabilizar as metas previstas¹⁵². O conjunto de compromissos dos governos com a população idosa tem sido expresso nesses planos tanto por meio de programas/políticas de caráter setorial (saúde, educação, desenvolvimento urbano, assistência, previdência, cultura), como em programas/políticas de caráter transversal (BRASIL, 2014).

¹⁵² <http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/planejamento-governamental/plano-plurianual-ppa/o-que-eacute-o-ppa>. Acesso em 05/08/2017

Entidades que vem se caracterizando por estudos e pesquisas relacionadas a população idosa como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) são vinculadas ao MPOG.

Percebe-se que as três áreas da Seguridade Social - Saúde, Assistência e Previdência - têm tido atuação frequente nas reuniões da CNDI. A assiduidade de alguns ministérios expressa o esforço de construção de ações que podem afetar de forma positiva a pessoa idosa: atenção à saúde (saúde); provisão de condições materiais que possibilitem condições mínimas de bem-estar em situações de vulnerabilidade (Assistência e Previdência Social); acessibilidade e moradia adequadas (Cidades); sensibilização e ampliação dos conhecimentos sobre o envelhecimento e inclusão dos idosos (Educação); mecanismos que ajudam a concretização e fiscalização dos direitos adquiridos (Justiça) e elaboração, acompanhamento e avaliação das leis e iniciativas (Planejamento e gestão). No entanto, a frequência dos ministérios per se não assegura que as ações das áreas sejam integradas.

Foram identificadas dificuldades na participação de alguns órgãos governamentais nas reuniões e atividades do CNDI. Por exemplo, na criação do grupo de trabalho para elaboração de critérios de utilização do Fundo Nacional do Idoso, a composição do grupo foi feita exclusivamente por representantes não governamentais, o que demandou uma nova rodada de convites à participação dos órgãos de governo.

A insuficiente participação de membros dos órgãos governamentais nas reuniões ou deliberações foi destacada por uma conselheira representante da sociedade civil durante uma reunião do CNDI:

“A sociedade civil tem cumprido a sua obrigação, o seu papel, mas o que nós observamos desde a primeira... O primeiro mandato foi que o Governo não cumpriu com as suas promessas e compromissos assumidos, principalmente da participação das reuniões deste colegiado. Ainda ontem mesmo nós estávamos com dificuldade para composição de comissões. Então o que eu quero salientar é que ainda continuamos nessa expectativa de que o Governo venha para cá e cumpra aquilo que é prometido, que não fique na dependência só da sociedade civil porque isto é um colegiado, há uma paridade de membros e os conselheiros, principalmente os que vierem para reunião, devem permanecer pelo menos durante os períodos das reuniões". (Ata da 50ª Reunião Ordinária do CNDI de 2011)

Uma das entrevistadas também apontou a presença incipiente dos órgãos governamentais, sobretudo no que se refere à deliberação das propostas do Conselho:

“(…) então o Conselho tem 14 representantes do governo, 14 da sociedade civil. Agora, como os demais Conselhos, representantes de governo faltam muito às reuniões de comissões, não tem aquela garra, aquele envolvimento com a questão do envelhecimento. Os 14 da sociedade civil são sempre as mesmas instituições, mudam os atores, mas não as instituições, porque são poucas as instituições de âmbito nacional na área do idoso. Isso que precisa, o Conselho tem que fazer o seu papel de controle democrático, de acompanhar nas três esferas de governo como está sendo acompanhado, pressionado, para a implementação da política do idoso. Porque se não houver pressão, organização ou articulação, pouco vamos avançar” (Entrevistada 1)

A frequência dos órgãos governamentais nas reuniões ordinárias do CNDI nem sempre se traduziu em efetividade de participação. Estudo sobre a visão dos conselheiros sobre o CNDI (IPEA, 2012) corrobora a necessidade de uma participação ampliada destes representantes para que haja um encaminhamento de decisões do conselho, ou seja, evitar que as ações propostas no âmbito do Conselho permaneçam no âmbito legal somente, mas que sejam desenvolvidas as estruturas necessárias e suficientes para o avanço dos direitos dos idosos. Dados os limites do estudo, uma análise qualitativa mais profunda dessa participação é necessária para a compreensão da atuação do Estado nessa instância.

Por outro lado, foi possível perceber a participação mais efetiva de alguns órgãos governamentais, sobretudo o Ministério da Saúde, que teve atuação destacada nas comissões permanentes do CNDI, como de políticas públicas. Outra entrevistada enfatizou a importância do Ministério da Saúde ocupar esse espaço, com destaque para a relação com as entidades da sociedade civil:

“Sou conselheira titular, de 2012 até 2016. Esse ano nós vamos fazer nova indicação (...). Também coordenava a comissão de políticas, como representante de governo. Então é muito importante a participação. A qualificação das participações do conselho, porque a gente está ali sentada na mesma mesa com a sociedade civil, e com representantes de outros ministérios, que muitas vezes a gente nem tem tanta proximidade. Então, acho que ainda tem muito o que avançar, não tenho dúvida disso. A gente fez esse ano a quarta Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, numa organização, numa parceria muito boa. Isso aproxima as políticas, você pensa em estratégias que englobam outros setores. A gente trabalha muito, eu particularmente acho que o trabalho intersetorial é fundamental, a Saúde sozinha não vai resolver as questões. Em especial, da pessoa idosa” (Entrevistado 2)

Agenda política

O capítulo se deteve, até então, a apresentação configuração institucional do conselho e mais especialmente, quais entidades – da sociedade civil e governamental – têm participado mais ativamente das reuniões. Foi possível perceber que as mais proeminentes foram aquelas que tinham em sua trajetória a luta pelos direitos do idoso ou busca pela sua efetivação e ampliação. Isso demonstra que o CNDI se constitui num espaço onde se exerce os processos de pluralização dos atores da representação e a diversificação são exercidas (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006).

Entretanto cabe questionar: que questões têm sido consideradas prioritários para o CNDI? No período analisado, os temas mais debatidos nas reuniões do CNDI estavam presentes na Política Nacional do Idoso, o que reforça o caráter desta de definição da agenda. Os temas mais frequentes foram agregados em quatro eixos: (i) Legislação, adequação e efetivação da Política Nacional do Idoso e Estatuto do idoso; (ii) Fortalecimento do controle social; (iii) Orçamento público federal voltado aos idosos; (iv) Redes de promoção, proteção e defesa de direitos dos idosos.

Legislação, adequação e efetivação da Política Nacional do Idoso e Estatuto do idoso

Conforme a própria PNI, o CNDI tem como um de seus papéis principais acompanhar, supervisionar, fiscalizar e avaliar esta Política, bem como as ações dela decorrentes em consonância com o Estatuto do Idoso. Evidencia-se, portanto, a preocupação em zelar pela proteção da pessoa idosa, cabendo ao CNDI o papel de identificar situações em que os direitos desse grupo estejam sendo desrespeitados.

No que tange o Estatuto do Idoso, as discussões no Conselho giraram em torno da necessidade de readequação de algumas medidas tais como direito à gratuidade no transporte público e os critérios de elegibilidade, e a fiscalização das Instituições de Longa Permanência (ILPs).

Sobre a PNI, a análise das atas permitiu identificar temas frequentemente debatidos, bem como as medidas e encaminhamentos relativos a cada um, conforme resumido no Quadro 17.

Quadro 17: Temas do PNI mais debatidos nas reuniões do CNDI e encaminhamentos

Temas da PNI debatidos	Encaminhamentos
------------------------	-----------------

<i>a) Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;</i>	Não houve encaminhamentos concretos.
<i>b) Implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política em cada nível de governo;</i>	A tentativa de publicização de ações referentes a políticas e ações ficaram a cargo do GT de comunicação.
<i>c) promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à PNI;</i>	As tentativas de articulação ficaram restritas a iniciativas conjuntas do Ministério da Saúde e MDS
<i>d) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, casas-lares, atendimentos domiciliares e outros;</i>	Realização de um levantamento censitário em todas as Instituições de Longa Permanência cadastradas e que fizeram parte do censo SUAS.
<i>e) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS);</i>	As inspeções ocorreram, mas não por parte dos gestores do SUS.
<i>f) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento</i>	Não houve encaminhamentos concretos.
<i>g) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas e;</i>	Esforço em diminuir barreiras para os idosos através de melhorias no espaço público a partir de ações e reuniões com o Ministério das Cidades
<i>h) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.</i>	O plano e o manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa foram instrumentos que buscaram conscientizar e informar sobre os abusos sofridos pelos idosos e como enfrenta-los; Inclusão das denúncias referentes à violência aos idosos no disque 100 Direitos Humanos e posterior capacitação dos atendentes.

Fonte: Elaboração própria

O fato de alguns desses temas aparecerem com frequência e repetidamente ao longo de todas as atas do CNDI pode sugerir dificuldades de implementação das propostas.

Para alguns temas, houve dificuldades de encaminhar propostas. Um exemplo concerne à necessidade de formação de recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia. Apesar dos debates sobre a necessidade de capacitação continuada aos trabalhadores do SUS e de outros ministérios no que se refere ao cuidado do idosos, não houve ações concretas.

No que diz respeito à *adoção e aplicação de normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde*, foram feitas visitas de inspeção em instituições geriátricas como aquelas de longa permanência. Contudo, algumas dessas ações foram desenvolvidas pelo Conselho Federal

de Psicologia junto aos Conselhos Regionais e em parceria da OAB, sem a participação direta dos órgãos governamentais.

Quanto à *criação de incentivos e alternativas de atendimento ao idoso*, houve tentativas de regulamentar os serviços e programas de atenção que integrariam a Rede Nacional de Atenção às Pessoas Idosas (RENADI). Contudo, essa rede não foi concretizada.

No que se refere à necessidade de *inserir nos currículos mínimos conteúdos voltados para o processo de envelhecimento* o que se observou foi o incentivo à capacitação e reciclagem dos recursos humanos; o estímulo à capacitação em instituições de ensino públicas e privadas e a busca pela inclusão da temática do envelhecimento nas disciplinas do ensino fundamental, sem que fosse possível identificar encaminhamentos objetivos e desdobramentos.

Apesar dos debates e esforços, diversas questões se caracterizaram pela dificuldade de encaminhamentos mais concretos. Identificaram-se fragilidades em termos da materialidade das ações, o que sugere a complexidade para efetivar algumas dessas propostas.

Fortalecimento dos Conselhos Locais

Os debates nas reuniões também se centraram na necessidade criar e fortalecer os conselhos municipais e estaduais do idoso. Isto vai de acordo com uma das finalidades e competência do CNDI que é “dar apoio aos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais dos Direitos do Idoso, aos órgãos estaduais, municipais e entidades não-governamentais, para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso” (BRASIL, 2004b). Assim, promover a articulação entre o Conselho Nacional do Idoso e os correspondentes municipais e estaduais configura-se como essencial para a efetivação dos direitos.

Os conselhos locais de idosos constituem-se como *lócus privilegiado de elaboração e controle de políticas*, podendo ser representativos do grau de maturidade do movimento social que representa a população idosa. Mesmo antes do CNDI, alguns conselhos locais já existiam, como o Conselho do Idoso do Estado de São Paulo (BORGES, 2009). A PNI estimulou a criação de conselhos estaduais e municipais (além do Nacional) na medida em que delegou a essas entidades responsabilidades no que tange a proteção e promoção dos direitos dos idosos. Quase 60% dos conselhos locais surgiram a partir da PNI, o que demonstra o impacto positivo desse mecanismo legal. (BORGES, 2009). Contudo, se

observa que ainda é expressivo o número de Estados e municípios que não contam com conselhos do idoso ou que tem dificuldades na sua implementação.

Os debates se centraram na necessidade de fortalecer os conselhos do idoso, de forma consoante com a competência do CNDI (BRASIL, 2004b). Para esse fim, foram desenvolvidas iniciativas como o levantamento dos conselhos Estaduais e Municipais do Idoso; sugestão da criação de um sistema de informação para cadastrar os conselhos; identificação de problemas para a execução do planejamento e proposta de soluções dos mesmos; elaboração de uma cartilha de sensibilização como estímulo e apoio para a criação dos conselhos municipais dos direitos da pessoa idosa. Como avanço, destaque-se a partir do Fundo Nacional do Idoso, o CNDI apoiou a estruturação e equipagem dos conselhos que apresentavam estruturas físicas precárias.

Orçamento Público Federal voltado à Pessoa Idosa

O CNDI tem como atribuição “acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos do idoso (BRASIL, 2004b) o que sugere a necessidade de previsão orçamentária para ações voltadas à população idosa.

Em algumas reuniões do CNDI deliberou-se que fossem levantadas as ações dos ministérios direcionadas para os idosos. Porém, a Secretaria de Orçamento Federal informou ao Conselho a inexistência de ação orçamentária específica destinada aos idosos. Isto sugere que as ações para esse grupo têm sido incorporadas dentro de programas gerais nos orçamentos setoriais, o que pode dificultar o seu monitoramento ou que não houve uma priorização da temática do envelhecimento nas agendas das políticas públicas setoriais.

Ademais, um projeto para a criação de um fundo para a população idosa foi apresentado no Congresso Nacional em 2005. Entretanto, ele permaneceu durante anos na Comissão de Finança e Tributação. Nas reuniões do CNDI, enfatizou-se a necessidade de estabelecerem alguma estratégia para acelerar o processo junto ao Congresso, diante da compreensão de que um fundo orçamentário exclusivo favoreceria o avanço das ações preconizadas no Estatuto do Idoso.

Em 2010 foi instituído o Fundo Nacional do Idoso (FNI) e autorizada a criação de fundos congêneres nas esferas estadual e municipal (BRASIL, 2010a). O FNI resultou de sucessivas discussões no âmbito do CNDI diante da “inexistência de incentivos fiscais, como a dedução de impostos, para doações em dinheiro feitas às instituições prestadoras

de serviços voltados à população idosa” (ROZENDO; JUSTO, 2012). O objetivo é financiar programas e ações com vistas a assegurar os direitos dos idosos e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No entanto, sua finalidade é complementar, sendo vedada sua utilização para o financiamento de políticas de caráter continuado (ALCÂNTARA; GIACOMIN, 2013; BRASIL, 2010a).

O FNI tem como receitas: recursos públicos consignados no Orçamento da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal; contribuições de governos e organismos internacionais; e doações de pessoas físicas e jurídicas, dedutíveis do Imposto de Renda.

De acordo com o artigo 4º da lei que instituiu o Fundo, “é competência do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDI gerir o Fundo Nacional do Idoso e fixar os critérios para sua utilização” (BRASIL, 2010a). Na verdade, quem gere é o poder Executivo. De acordo com o entrevistado 3 (três):

“O CNDI fiscaliza, acompanha, propõe, delibera onde vai ser usado, mas o CNDI não movimenta. O CNDI propõe, fiscaliza, acompanha os projetos. O Fundo é um complemento, as políticas do idoso estão nos municípios, nos estados, através do SUS, da Previdência Social, da Assistência Social, do CRAS, CREAS, dos Centros de Convivência”.

A instituição do Fundo significou um ganho dos movimentos sociais representativos do idosos na medida em que colocaram na agenda do Estado a urgência de gerar recursos financeiros para viabilizar e assegurar as ações e serviços para aqueles com mais de 60 anos. Logo, consiste um instrumento fundamental para a execução e direcionamento das políticas direcionadas para os idosos. A escolha de alocação e investimento dos recursos em determinadas ações, benefícios e programas pode ajudar a compreender quais as prioridades do Estado quando se pensa na garantia de bem-estar para esse grupo.

Contudo, diante da introdução de novos processos administrativos relacionados à gerência do FNI, houve dificuldades iniciais do CNDI quanto às diretrizes e normas para utilização do fundo. Por isso, constituiu-se um grupo de trabalho (GT)¹⁵³ para subsidiar o

¹⁵³ Durante a gestão 2010-2012 foi deliberada a Resolução número 07/2010 com a instituição de critérios para a utilização do Fundo Nacional do Idoso. Contudo, somente no ano de 2011 ela foi publicada pela Secretaria de Direitos Humanos. De acordo com as atas, essa demora na publicação impactou na sustentação do Grupo de Trabalho sobre o Fundo Nacional do Idoso e na celeridade das ações.

Conselho na implementação e posteriormente desenvolver estratégias e ações tanto para captação de recursos quanto para sua utilização.

A partir de 2013, os debates nas reuniões sugerem o funcionamento efetivo do Fundo, incluindo formas de angariar doações e o estabelecimento de editais visando à seleção de entidades que tivessem projetos compatíveis com os critérios de utilização de fundo, regulamentados por resolução da SEDH de 2012: protagonismo da pessoa idosa; integração e fortalecimento dos Conselhos dos Direitos de Idosos; prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa; acessibilidade, inclusão e reinserção social da pessoa idosa; capacitação e formação profissional continuada; programas e projetos de comunicação, campanhas educativas, publicações; divulgação das ações de promoção, proteção, defesa e atendimento dos direitos da pessoa idosa; fortalecimento do sistema de garantia dos direitos do idoso, com ênfase na mobilização social e na articulação para a defesa dos direitos da pessoa idosa, entre outros (BRASIL, 2002c).

Redes de promoção, proteção e defesa de direitos da pessoa idosa

O estudo também identificou a busca pela construção de mecanismos que tivessem como propósito a abrangência das ações para os idosos a partir de redes intersetoriais de defesa e promoção de direitos, conforme previu a PNI. Buscou-se estabelecer, assim a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). Esta se caracterizou como um pacto entre os gestores de todas as políticas públicas com o objetivo de promover a intersetorialidade e integralidade entre as áreas em prol da pessoa idosa.

Para operacionalização da RENADI, propôs-se o Plano Técnico de Articulação de Rede de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa- PLANTAR, que teria como objetivo integrar políticas para a construção de uma agenda comum de trabalho entre governos, sociedade civil e organismos internacionais. Contudo, a implementação dessas iniciativas ainda está em fase de debates.

Apesar de a proposta do RENADI ter sido tema da 1ª Conferência Nacional do Idoso, em 2006, a Rede ainda não havia se concretizado até 2011. A sua importância foi ressaltada a partir de discussões sobre o não encaminhamento de denúncias de maus tratos, negligência, violência institucional aos órgãos estaduais. De acordo com a fala de uma das conselheiras, as respostas são menores que o esperado também pela ausência de uma Rede socioassistencial. A construção da RENADI evitaria, portanto, que esses idosos vivenciassem situações de precariedade e vulnerabilidade nos diversos âmbitos de sua vida social.

Percebeu-se sucessivas tentativas de construir e estimular estratégias e debates que possibilitassem a realização dos direitos inscritos tanto na PNI quanto no Estatuto do Idoso. Todavia, observaram-se fragilidades na efetivação dessas estratégias. Produziram-se normas, mas as condições para efetivá-las ainda estão sendo construídas.

Em suma, a agenda do Conselho no período foi influenciada por: (i) diretrizes da PNI e do Estatuto do Idoso; (ii) normas que norteiam o funcionamento do CNDI; e (iii) demandas trazidas pelas representações da sociedade civil e pelos conselhos estaduais e municipais do idoso. Esses três elementos repercutiram na priorização dos temas e condução das ações.

De forma geral, as instâncias participativas representam avanços expressivos na democracia brasileira, na medida em que a formulação e gestão de políticas públicas não deve se limitar ao Estado, mas envolver a participação de atores sociais interessados e implicados nas políticas para a população idosa. Ademais possibilitam a ampliação do controle público e acompanhamento das ações e serviços prestados pelo Estado através de uma estrutura horizontalizada de tomada de decisões.

Entretanto, o estudo identificou limites e problemas no funcionamento do CNDI que podem restringir o potencial do Conselho, e conseqüentemente, a efetivação de diretrizes das políticas voltadas para o bem-estar do idosos. A partir da análise das atas foi possível identificar também dificuldades relacionadas a estrutura e funcionamento do CNDI.

O Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa surgiu sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social. No entanto, como esse ministério foi desmembrado ainda no início do governo Lula, coube ao Ministério ligado a Assistência, o MDS, ficar com essa coordenação. No ano 2009, a coordenação da PNI foi transferida para a Secretaria Especial de Direitos Humanos, vinculada ao Ministério da Justiça. Esta mudança foi justificada pela amplitude dos direitos da pessoa idosa que ultrapassariam uma única política (BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013). Todavia, segundo Giacomini (2012, p. 167), esta não foi acompanhada da “estruturação necessária para que a Secretaria pudesse agir a contento na defesa dos direitos dos idosos, tampouco o organograma e o regimento interno da Secretaria construído em 2010 incluem, entre as competências daquele órgão, coordenar a Política Nacional do Idoso” o que refletiu na dificuldade frequente de

implementação da PNI e do Estatuto do Idoso e na visibilidade e eficiência do CNDI. De acordo com Giacomini (2013a, p. 168–169)

“Não há entendimento sobre o quê e a quem compete a gestão da política do idoso, no âmbito dos Estados e municípios brasileiros. Nesses locais, a política do idoso ora está na área de Direitos Humanos ou de cidadania, ora na gestão do Trabalho, na Justiça, na Segurança Pública, na Assistência Social, na pasta da Mulher ou em qualquer pasta, a depender da opinião do chefe do Executivo. Recentemente têm surgido Secretarias específicas, mas muda a gestão, muda o gestor, muda a equipe de referência, o trabalho é descontinuado e o conselho de idosos muda de lugar, mas permanece sem o devido respaldo institucional e sem a autonomia que o seu papel de controle social pressupõe”

Ainda sobre o funcionamento do CNDI, foram identificadas por meio das atas divergências no que se refere às escolhas para o exercício da coordenação da Política Nacional do Idoso, uma vez que a seleção era feita de forma vertical pelo gestor federal e muitas vezes o coordenador escolhido não tinha conhecimento da temática do idoso, o que atrapalhava o avanço das questões, além de gerar descontinuidades das ações.

Constataram-se também denúncias quanto às inúmeras mudanças de espaço físico para as reuniões do Conselho, muitas vezes sem aviso aos membros. Observaram-se, portanto, fragilidades organizacionais e operacionais do Conselho.

O Brasil apresentou avanços institucionais nas últimas décadas no que se refere às políticas para os idosos, tanto do ponto de vista constitucional, ao propor uma Seguridade Social abrangente, quanto por meio de estratégias específicas, como o Estatuto do Idoso. O Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa representa uma estrutura inovadora de governança, que procura promover a articulação intersetorial entre órgãos públicos e ampliar a participação da sociedade civil nas políticas para os idosos.

O CNDI procura garantir os direitos da pessoa idosa através da criação de leis e regras específicas com o objetivo de supervisionar, acompanhar, avaliar a Política Nacional do Idoso e também o Estatuto do Idoso. Para tal, foram constituídas comissões que visaram auxiliar o cumprimento de suas funções de órgão fiscalizador e de controle social (LIMA; SILVA, 2014).

Debert e Oliveira (2016) atestam a importância desses espaços posto que possibilitam o aumento da influência da sociedade civil institucionalizada sobre o Estado na elaboração de políticas públicas, ampliam a inclusão social, e aumentam o controle e a supervisão dos serviços prestados pelo Estado. Cabe destacar a estrutura horizontal que

caracteriza a tomada de decisões, a existência de comissões que tentam viabilizar as ações, a presença de agentes estatais de diferentes instâncias atuando (ou que deveriam atuar) no controle horizontal; a densidade organizacional da sociedade civil; e a articulação entre agendas do Estado e da sociedade civil.

No que se refere à agenda política, destaque-se o papel do CNDI na criação de estratégias para implementação da legislação existente a partir da construção de planos para a proteção dos idosos nas diferentes esferas administrativas e âmbitos (Executivo, Judiciário e Legislativo). Como exemplos, houve a tentativa construção da RENADI, o desenvolvimento do Plano e Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, a criação do Fundo Nacional do Idoso e o fortalecimento dos conselhos locais dos idosos. A institucionalização de um espaço que conjugou participação da sociedade civil e governo significou avanços, na medida em que estabeleceu mecanismos para que demandas importantes fossem debatidas, encaminhadas e eventualmente atendidas.

O CNDI se caracteriza pela diversidade de temas tratados, na tentativa de abarcar as necessidades da população idosa. As diretrizes e orientações da PNI e do Estatuto têm norteado os debates, mas nem todos os dispositivos legais têm sido cumpridos. A análise mostrou limites na capacidade de atuação do Conselho de encaminhar deliberações para que as propostas se traduzissem em ações concretas. Algumas dificuldades foram: escassez e dispersão dos recursos que financiam as políticas para os idosos por diferentes órgãos; entraves na relação entre entidades da sociedade civil e governo; e insuficiente envolvimento de alguns órgãos governamentais na proposição e avaliação das ações para os idosos. Por outro lado, o Ministério da Saúde foi um dos órgãos com participação mais intensa.

Destaque-se ainda obstáculos no que se refere às questões institucionais e organizacionais, o que tem impedido o bom funcionamento do conselho; busca pela efetivação das políticas principais (PNI e ED); entraves ao encaminhamento concreto das deliberações das conferências nacionais; e dificuldades de contato com as esferas municipais e estaduais, apesar da elaboração de manuais, capacitações e encontros com os conselhos locais.

A intersetorialidade é fundamental para o avanço das políticas para os idosos. Durante as reuniões, enfatizou-se a necessidade de construção de ações em várias dimensões da vida social: as relacionadas às Instituições de Longa Permanência e redes de serviço socioassistenciais; habitação; mobilidade; ensino para os idosos, entre outras.

O CNDI se notabilizou pela tentativa de articulação entre as diferentes áreas relevantes para a construção de uma rede integrada de proteção aos idosos. Entretanto, a integração entre setores ainda enfrenta obstáculos que dificultam a efetivação dos direitos legais.

A análise demonstra ainda a interação entre o Estado e sociedade civil no direcionamento das ações para àqueles acima de 60 anos, mas há constrangimentos institucionais e políticos que podem influenciar negativamente no fortalecimento dessa instância democrática de monitoramento e encaminhamento das políticas para os idosos. A análise das atas do CNDI sugere que o poder instituinte da política não se encerra na fase da institucionalização, sendo preciso manter condições de cidadania ativa (práxis como pressão política permanente). Nesse caso o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa seria uma arena vocacionada para esse propósito. Todavia, muitos são os desafios para que esse espaço se consolide como instância de operacionalização e efetividade das políticas.

Isto posto, o próximo capítulo enfoca o panorama da proteção social para os idosos a partir de dados selecionados de cobertura e financiamento nas três áreas da Seguridade. Busca-se assim compreender como as políticas públicas se expressam, bem como trazer alguns elementos para a reflexão sobre as relações público-privadas na proteção social aos idosos.

Capítulo 6: Panorama da proteção social aos idosos: financiamento e cobertura

As conquistas asseguradas na Constituição de 1988 a partir da luta de movimentos sociais e setores progressistas têm sido alvo de disputas por parte de grupos que têm tentado buscar uma estabilidade e equilíbrio fiscal através da revisão do pacto social redistributivo. De toda forma, a Seguridade Social estabeleceu um novo ideário onde se formulou uma proteção mais abrangente a partir da expansão de políticas nas áreas da Previdência Social, Assistência Social e Saúde, o que se traduziu também em avanços nos mecanismos legais normativos desenvolvidos para a população idosa, apesar de limites. Todavia, é fundamental investigar em que medida essas políticas, ou parte expressiva delas, estão objetivamente sendo ofertadas à população.

Sendo assim, o capítulo pretende explorar a proteção social ofertada aos idosos nas três áreas da Seguridade Social a partir da análise dos dados relativos à cobertura e o financiamento federal de ações e serviços para aqueles com 60 anos ou mais. O capítulo busca, portanto, retratar o compromisso do Estado na formulação de políticas mais efetivas para esse grupo populacional.

Os dados foram organizados a partir de séries históricas objetivando compreender a evolução das políticas propostas no período estudado. Contudo, para alguns dados não foi possível encontrar informações sobre todo o período do estudo (1988 e 2016).

Previdência Social

A Previdência Social tem um papel fundamental para os idosos, uma vez que se configura muitas vezes, como a principal fonte de renda, e em muitas vezes, para seus familiares. A análise da trajetória das políticas demonstrou que a legislação avançou no que tange a regras, benefícios e direitos, apesar de sucessivos ataques e tentativas de regressão dos avanços preconizados na constituição de 1988. Mas os avanços legais se expressaram na proteção previdenciária desse grupo?

A análise referente à área da Previdência Social se encontra estruturado em três sessões, sendo a primeira uma breve introdução sobre os regimes que compõem a previdência social e os benefícios previdenciários em vigor, ou seja, os benefícios disponíveis de cada uma. A segunda seção tem como objetivo apresentar e analisar os dados referentes ao financiamento geral da Previdência e à cobertura dos benefícios concedidos do RGPS, sobretudo aqueles que impactam diretamente a população idosa,

tendo como perspectivas o impacto delas para o bem-estar do segmento idosos. A terceira sessão trará informações relativas à Previdência Privada.

Regimes e Benefícios da Previdência Social

A Previdência Social se constitui em um programa, geralmente condicionado à preexistência de um vínculo contributivo ao sistema, que garante renda aos seus contribuintes e às famílias como compensação parcial ou total da perda de capacidade laborativa (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004). Este pilar da Seguridade Social tem-se mostrado essencial para os idosos, uma vez que o envelhecimento está diretamente associado ao alijamento do indivíduo do processo produtivo nas sociedades capitalistas contemporâneas.

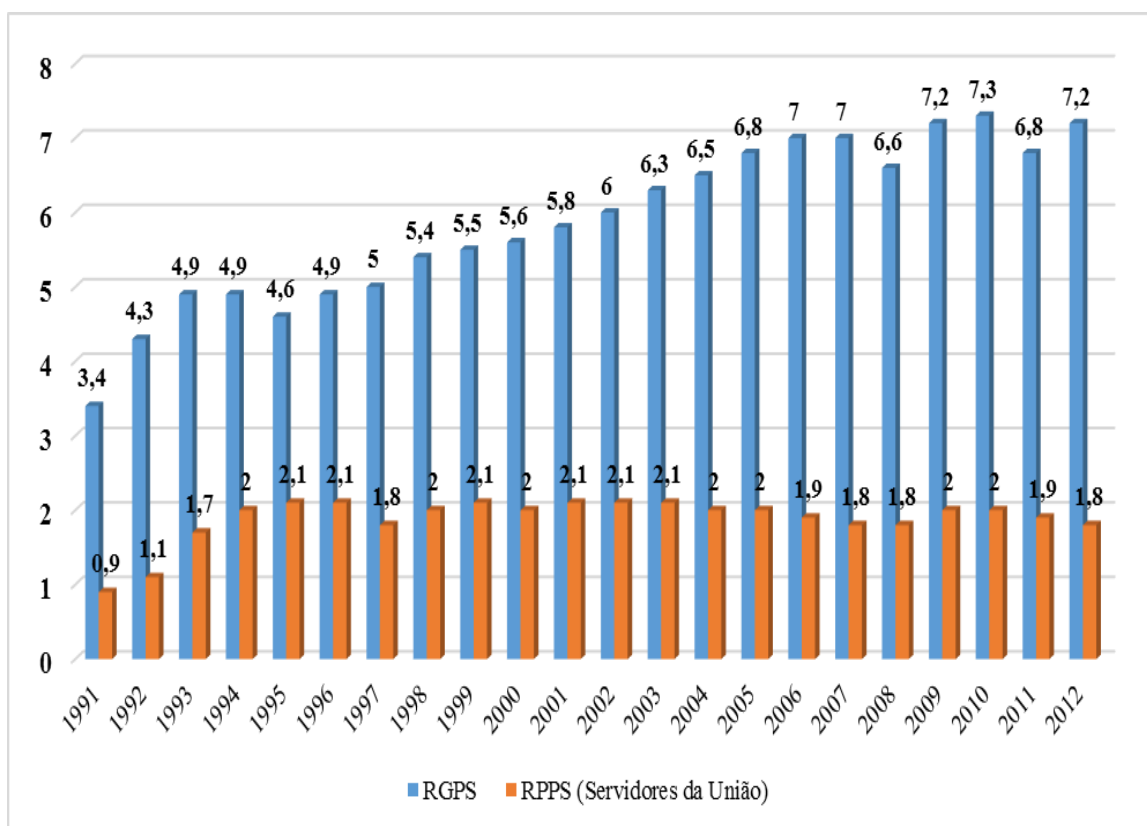
O sistema previdenciário brasileiro, segundo Batista et al (2008), é uma política de caráter contributivo composto por três regimes: o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), voltado aos segurados do setor privado e aos trabalhadores públicos contratados (empregadores, empregados assalariados, domésticos, autônomos, contribuintes individuais e trabalhadores rurais) ; Regime Próprio da Previdência do Servidor Público (RPPS) , que contempla a cobertura dos servidores públicos da União, estados e municípios; e o Regime Complementar Privado, de caráter complementar, voluntário e organizado de forma autônoma em relação à Previdência Social Pública.

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) abrange o maior número de beneficiários da Previdência Social e aproximadamente 50% da População Economicamente Ativa brasileira, pois atende os trabalhadores que contribuem para o sistema, empregados domésticos e segurados facultativos (sem renda própria, mas que optam por contribuir para a Previdência Social), além dos trabalhadores rurais em economia familiar, chamados segurados especiais (BATISTA et al., 2008).

O RGPS, baseado no princípio de repartição simples, tem no Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS), o órgão responsável por sua operacionalização, incluindo a concessão e a manutenção dos benefícios, que dão cobertura a trabalhadores urbanos e rurais, com base em regras distintas.

Nos últimos anos, tem-se observado o crescimento gradual com o pagamento de benefícios, sobretudo o que se refere ao RGPS, conforme demonstra o gráfico 1:

Gráfico 1: Despesas do INSS com o pagamento de benefícios - RGPS e RPPS (Em bilhões). Brasil, 1991 a 2012



Fonte: Tafner et al (2014)

Os dados asseveram que as despesas com o RGPS apresentaram um crescimento paulatino, sobretudo a partir de 1995 (salvo os anos de 2008 e 2011). Tafner et al (2014) afirma que três fatores combinados podem justificar o desempenho dos gastos referentes ao RGPS: a) regras menos restritivas para pensão e aposentadoria diante das mudanças demográficas do país; b) ajustes do salário mínimo desde a década de 1990; e 3) o baixo crescimento médio do PIB.

Os autores atestam que mais um fator deve se somar aos referidos: a dinâmica demográfica, posto que o processo de envelhecimento vertiginoso que vem caracterizando o cenário demográfico brasileiro impõe sérios desafios para o sistema de previdência social e finanças públicas em razão da estruturação atual do sistema onde os recursos advindos das contribuições dos ativos de hoje são empregados para o pagamento da geração que se aposentou no passado. Dessa forma, parte do equilíbrio desse regime de repartição se fundamenta na chamada razão de dependência¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Baseia-se no peso da população considerada inativa (0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade).

Os atuais benefícios da Previdência Social foram previstos no artigo 18 da Lei 8213 de 1991. São eles: (a) pensões por morte; (b) salário-maternidade; (c) auxílios (doença, reclusão e acidente); e (d) aposentadorias (por idade, por tempo de contribuição e invalidez).

A *pensão por morte* é um benefício pago à família do trabalhador que falece. De acordo com as mudanças nos benefícios previdenciários implementadas no ano de 2015¹⁵⁵, para a concessão da pensão por morte é preciso um tempo mínimo de 1 ano e seis meses de contribuição e de 2 anos de casamento ou união estável. Caso o potencial beneficiário não preencha os requisitos citados, o benefício será concedido, temporariamente, por um período de quatro meses. Além disso, benefício é vitalício apenas para cônjuges a partir de 44 anos. Para cônjuges com idade inferior a essa, o tempo de duração da pensão é escalonado. Há exceção para cônjuges inválidos, que tem direito à pensão vitalícia.

O *salário-maternidade* é um benefício pago aos segurados no caso de nascimento de filho ou de adoção de criança. De acordo com publicação do IPEA (IPEA, 2010), os contribuintes individuais e seguradas facultativas precisam comprovar carência de dez contribuições para ter direito ao benefício. Já as seguradas especiais precisam atestar dez meses de trabalho rural. As outras seguradas não necessitam de carência.

No que se refere aos *auxílios previdenciários*, há os auxílio-doença, auxílio-acidente e auxílio-reclusão. O primeiro é devido ao segurado do INSS acometido por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho. O segundo caracteriza-se como um benefício a que o segurado pode ter direito quando desenvolver sequela permanente que reduza sua capacidade laborativa. Este direito é condicionado a avaliação por perícia médica do INSS. Já o terceiro é devido apenas aos dependentes do segurado do INSS preso em regime fechado ou semiaberto, durante o período de reclusão ou detenção. O segurado não pode estar recebendo salário, nem outro benefício do INSS.

A *aposentadoria por idade* é um benefício que pode ser recebido pelos trabalhadores do sexo masculino a partir dos 65 anos, pelas trabalhadoras a partir dos 60 anos de idade, pelos trabalhadores rurais masculinos a partir dos 60 anos, e pelas

¹⁵⁵ O capítulo 4 apresenta a regra vigente anteriormente e as principais mudanças a partir de 2015.

trabalhadoras rurais a partir dos 55 anos, desde que tenham contribuído com a previdência por no mínimo 15 anos.

A *aposentadoria por invalidez* é concedida aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social como incapacitados para exercer suas atividades ou algum tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Por sua vez, a *aposentadoria por tempo de contribuição* é concedida ao trabalhador de forma integral ou proporcional, de acordo com o período em que a pessoa trabalhou de carteira assinada. Para obter a aposentadoria por tempo de contribuição do RGPS, o segurado deve comprovar ter contribuído por pelo menos 35 anos e a segurada por pelo menos 30 anos.

Financiamento da Previdência Pública e cobertura dos benefícios concedidos

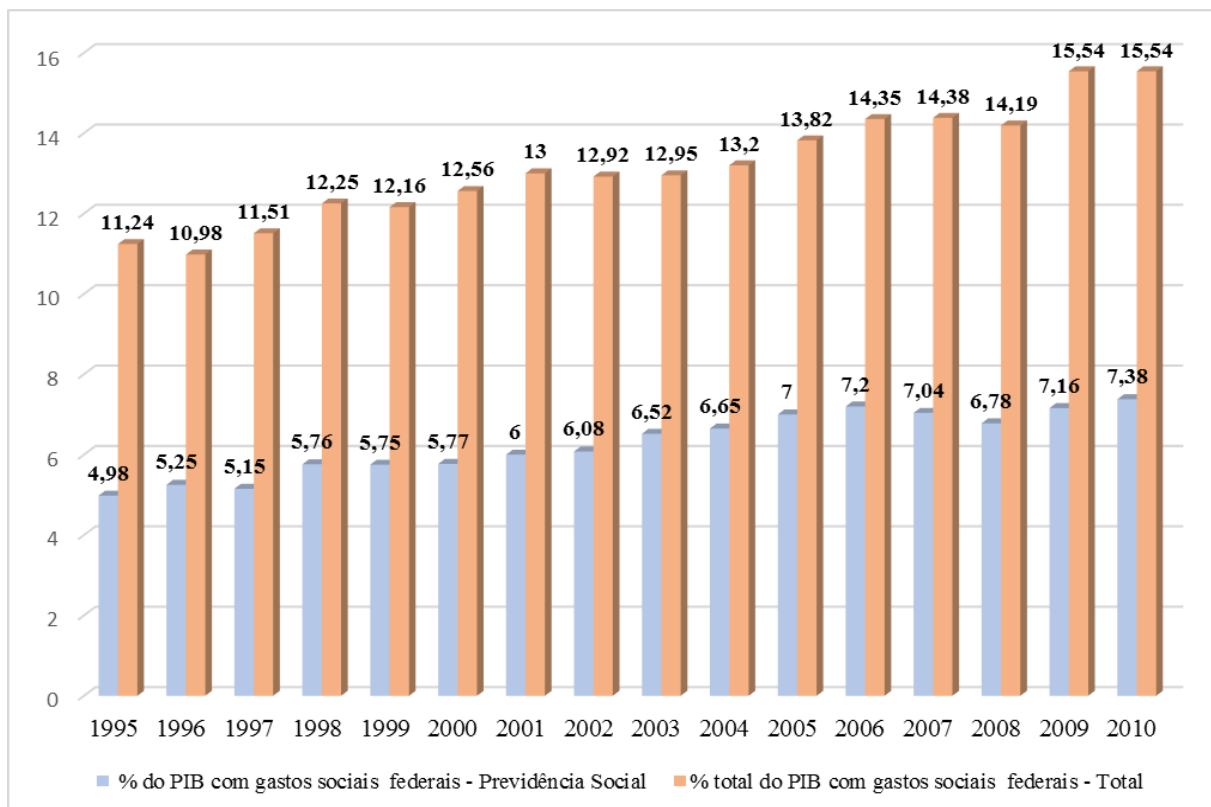
a) Financiamento e gastos gerais com a Previdência Social

A Previdência Social busca, de forma geral, reduzir as possibilidades dos indivíduos vivenciarem situações de riscos, dificuldades e dependência em contextos como: incapacidade de se manter no mercado de trabalho em decorrência de fatores externos, situações de riscos (como acidentes) ou vulnerabilidades decorrentes dos ciclos da vida como os idosos. Para tal, uma parcela significativa dos gastos sociais do Estado brasileiro tem sido deslocada para a redistribuição/distribuição de renda e desenvolvimento de ações e programas públicos, ou seja, “uma intrincada rede de tributos, transferências, e provisão de bens e serviços, recursos” têm sido utilizados para este fim (CASTRO et al., 2012, p. 5).

O gráfico 2 demonstra o percentual de gastos sociais federais em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) entre 1995 e 2010, considerando tanto o gasto total como o gasto com a Previdência Social. Os dados demonstram que ambos aumentaram no período, alcançando respectivamente 15,5% e 7,4% do PIB em 2010.

Gráfico 2: Percentual (%) de gastos sociais federais em relação ao do PIB –Total¹⁵⁶ e gastos com Previdência Social (RGPS). Brasil, 1995 a 2010

¹⁵⁶ Além da Previdência Social, os outros gastos sociais seriam Assistência Social, Educação e Cultura, Organização Agrária, Saneamento Básico e Habitação, Saúde e Trabalho e Emprego



Fonte: Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

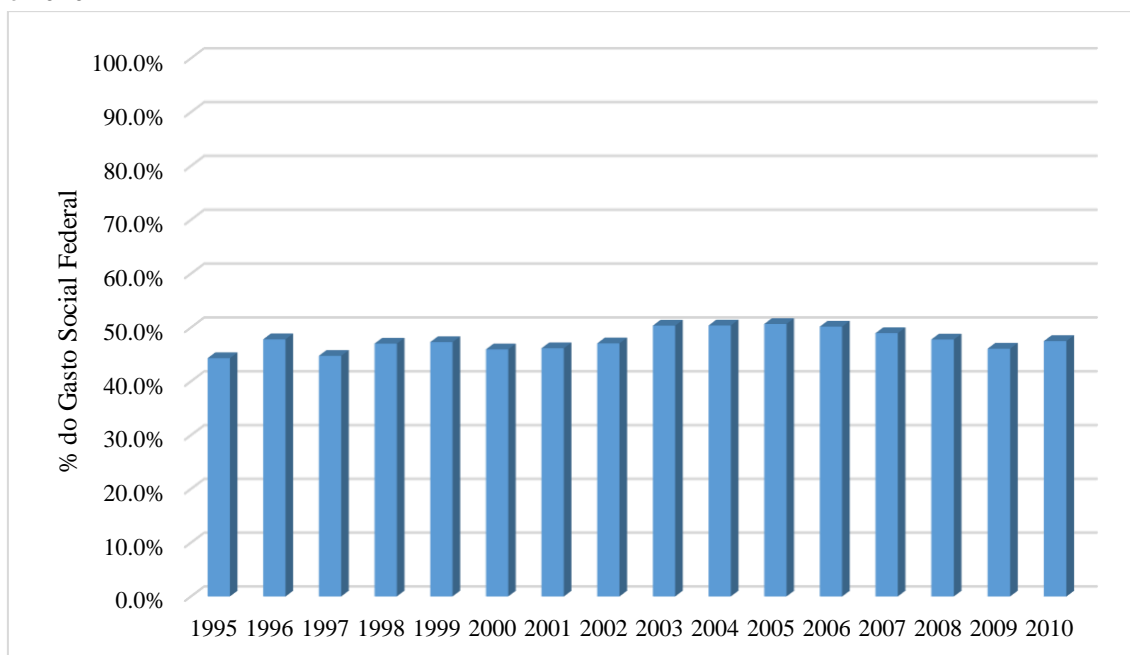
Primeiramente deve-se pensar que quando se analisa o gasto social do governo com a Previdência em relação ao PIB, está se avaliando quanto dos bens e serviços produzidos no país, isto é, sua riqueza tem sido encaminhada para o pagamento de despesas com a Previdência.

É possível perceber um aumento gradativo e praticamente constante da porcentagem do PIB destinada à Previdência Social, sobretudo a partir dos anos 2000 (salvo o ano de 2008). Isso significa que as transferências para beneficiários da Previdência (RGPS) tem ocupado um espaço expressivo no orçamento público. Um dos elementos que pode explicar essa ampliação é a aceleração da transição demográfica.

Outros elementos que podem explicar o movimento ascendente dos gastos com Previdência em relação ao PIB seriam, de acordo com Fagnani (2008, p. 11), reflexos da elevação real do salário mínimo sobre o valor do piso dos benefícios e à corrida pela antecipação das aposentadorias entre 1995 e 1998 – em virtude da reforma da previdência que tramitava no Congresso Nacional naquele momento.

Entre 1995 e 2002 foi possível também perceber que a área da Previdência Social absorveu proporções expressivas entre 40 e 50%) do total de gastos sociais do governo federal, conforme demonstra o gráfico 3, com algumas pequenas oscilações.

Gráfico 3: Participação percentual da Previdência Social no gasto social federal (GSF) entre 1995 e 2010



Fonte: Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

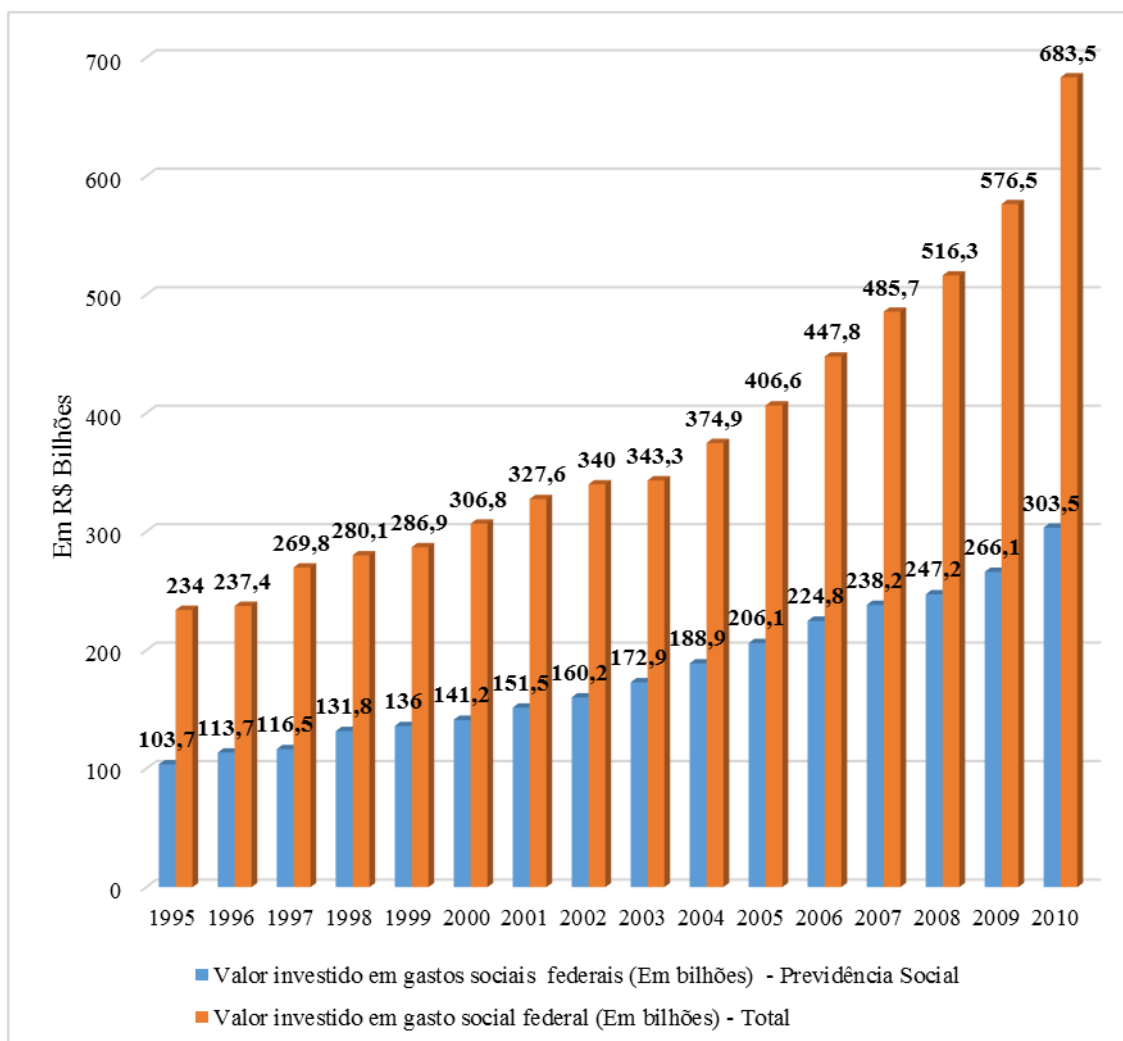
Ao analisar os gastos sociais das políticas sociais é preciso levar em consideração a trajetória das áreas, ou seja, os diferentes caminhos percorridos para sua institucionalização. No caso da Previdência, é possível pensar que sua consolidação e expansão seja resultado de seu percurso histórico. Isso pode explicar, num primeiro momento, o volume de recursos investidos na área.

O gráfico demonstra que entre os anos de 1995 e 2002 os gastos sociais com a Previdência variaram entre 44,4% e 47,1% do gasto social federal. A partir de 2003 até 2006, os gastos sociais do governo federal com a área se ampliaram e atingiram pouco mais de 50%. A partir de 2007 tiveram uma leve queda relativa, o que sugere que gastos com outras áreas possam ter aumentado, impactando no total de recursos investidos na Previdência Social.

O gráfico 4 também ilustra o papel expressivo da Previdência Social no que se refere ao volume de despesas sociais da União, sobretudo quando se observa que a área corresponde a quase metade do Gasto Social federal.

Gráfico 4: Valores do Gasto Social Federal total e aqueles investidos na Previdência Social.(Em bilhões) Brasil, 1995 a 2010¹⁵⁷

¹⁵⁷ Em R\$ Bilhões Constantes Dez/2011 (corrigidos pelo IPCA mensal)

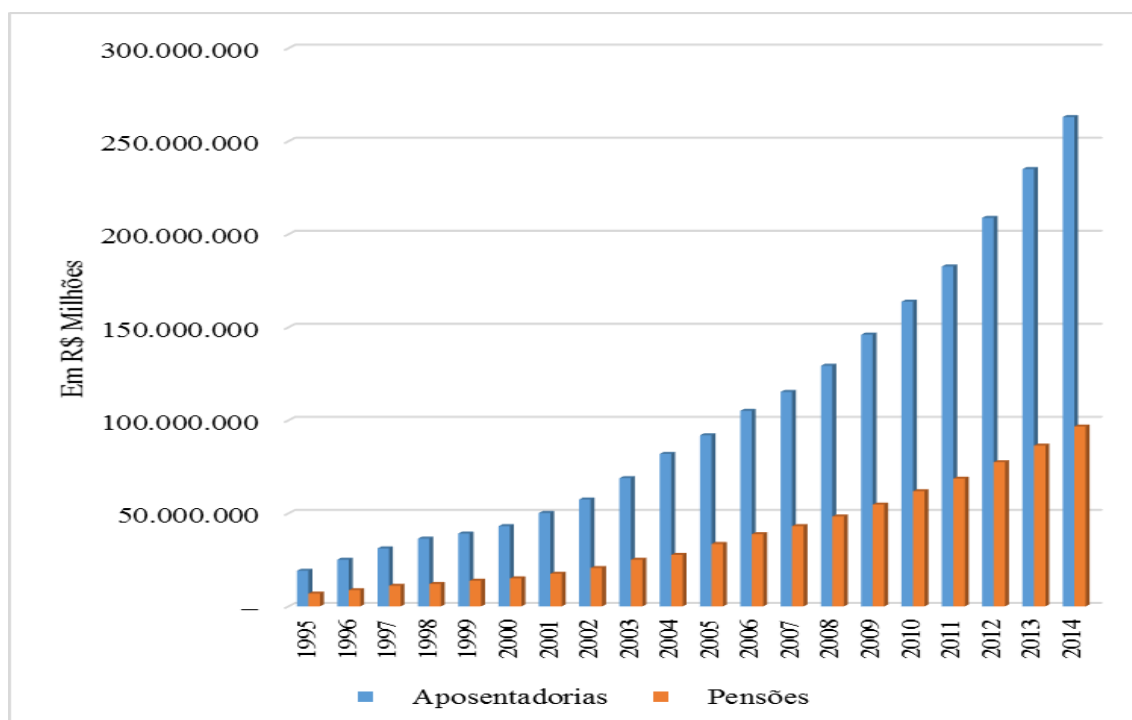


Fonte: Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

Para compreender esse cenário é necessário novamente levar em consideração a transição demográfica e, por conseguinte, o envelhecimento populacional. Estes elementos têm impacto sobre a área, principalmente o RGPS por ser um regime mais amplo ao abarcar qualquer pessoa que esteja inserida no mercado de trabalho formal fora do setor público (PEREIRA, 2009).

No que se refere às aposentadorias, especificamente, benefícios esses fundamentais para a população idosa, as despesas do governo têm sido expressivas ao longo dos anos, conforme mostra o gráfico 5.

Gráfico 5: Despesas federais com benefícios de Aposentadorias e Pensões¹⁵⁸. Brasil, 1995 a 2014
(Em reais)



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

O gráfico demonstra um aumento progressivo e significativo das despesas com aposentadorias e pensões (com destaque para a primeira), o que à primeira vista confirma a tendência positiva de investimento do Estado do pagamento de benefícios contributivos a população. Entretanto, deve-se levar em consideração a recuperação real do salário mínimo e a influência sobre o piso dos benefícios, principalmente a partir de 2002 (FAGNANI, 2008)

As informações até então apresentadas no que tange ao financiamento da Previdência Social por parte do Estado demonstra que um expressivo investimento na área e supõe um potencial efeito redistributivo. Esse caráter fica ainda mais evidente se também contabilizarmos os seus beneficiários indiretos. De acordo com Camarano et al (CAMARANO et al., 2004) os apoios intergeracionais através de arranjos familiares têm sido crescentemente importantes como estratégias de sobrevivência, ou seja, muitas famílias têm tido/mantido os idosos como chefes e provedores de seus lares por conta dos benefícios monetários que recebem.

¹⁵⁸ Compreendem os benefícios assegurados pela Previdência Social com o objetivo de garantir meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada e tempo de serviço.

O Brasil tem se caracterizado pela transição demográfica materializada no aumento de idosos na composição total. Entre outros efeitos importantes, esse incremento de pessoas acima de 60 anos tem impacto direto na Previdência Social, o que tende a gerar aumentos na despesa previdenciária tanto pela ampliação de idosos demandantes dos benefícios contributivos quanto pela diminuição da população economicamente ativa (PEA), e por conseguinte, da principal fonte de arrecadação da área (PEREIRA, 2009). Este panorama tem trazido diversas discussões sobre o financiamento e os gastos do sistema previdenciário.

Segundo Camargo (2004) há um viés pró-idoso nos gastos sociais. O autor afirma que os gastos com aposentadorias e pensões representam um terço da arrecadação tributária do país, restando pouco para ser gasto com outros programas sociais, principalmente com aqueles destinados às crianças, em especial, com educação fundamental. Nestas condições, o Estado não consegue financiar o principal mecanismo de ascensão social e econômica das famílias pobres, que é a acumulação de capital humano por meio de escolas públicas. O autor diz ainda que esse incentivo à informalidade é reforçado pelo BPC, benefício equivalente a um salário mínimo acessível a todo cidadão brasileiro que atingir 65 anos e que comprove não ter renda para subsistir, independentemente de ter contribuído ou não para a previdência.

Portanto, o autor parte da ideia de que o desequilíbrio financeiro é explicado pelo gasto excessivo com o sistema previdenciário, reflexo de uma suposta generosidade do governo. Desta forma, cria-se a ideia de que o sistema previdenciário seja o principal obstáculo para os gastos do governo em outros setores e a redução dos gastos a partir de uma reforma é considerada a possibilidade de reduzir os entraves e corrigir o sistema.

Existem de fato alguns países com modelo corporativo que concentram gastos nas políticas de aposentadorias e pensões, conforme apontou Lynch (2006), ao explicar as diferenças de gastos previdenciários entre Holanda e Itália. Entretanto, autores como Vianna (2017) e publicação do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) com Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip) (2017) refutam o argumento de responsabilidade do aumento de idosos na composição populacional pela dificuldade de sustentabilidade da Previdência. De acordo com Vianna (2017, p. 15), os impactos das variáveis demográficas sobre a sustentação da Previdência “não são diretos nem incontornáveis” e,

portanto, devem ser filtrados por outros elementos como a “dinâmica do mercado de trabalho (nível de emprego, informalidade, valor dos salários etc.)”.

Gentil (2007) corrobora essa análise. Para a autora, há um discurso dominante que descreve uma situação de falência e de incapacidade futura da previdência pública, que é frequentemente atrelada a um problema demográfico de envelhecimento da população, em função do aumento da expectativa de vida e da baixa taxa de natalidade.

No caso específico da economia brasileira, à questão demográfica de envelhecimento da população também devem ser levados em conta elementos como a elevação do salário mínimo, o valor médio dos benefícios previdenciários, “aposentadorias precoces, renúncia de receita, sonegação e evasão fiscal que deflagrariam uma inevitável crise financeira no sistema previdenciário. Criou-se uma noção de urgência por reforma para evitar o aprofundamento do desequilíbrio fiscal” (GENTIL, 2007, p. 1). Para a autora, se forem investigados minuciosamente os dados estatísticos do Brasil, o que se revelará é que não há crise no sistema previdenciário e principalmente no sistema de seguridade social.

“[...]Quanto ao conjunto de ações associadas à Seguridade Social, verifica-se que o sistema como um todo é superavitário nesse período, o que indica que o governo pôde dispor de recursos excedentes. Ao decidir sobre sua utilização, no entanto, deixou de gastá-los com serviços de saúde, previdência e assistência social, para aplicá-los no orçamento fiscal, contribuindo para os superávits primários dos últimos tempos” (GENTIL, 2007, p. 3–4).

Isto posto, é possível afirmar que a questão do financiamento do sistema previdenciário é exógena e está relacionada com as opções macroeconômicas adotadas nas últimas décadas, que resultaram em baixo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nos últimos anos e desorganizaram o mercado de trabalho. Com isso, houve nos anos 90 um aumento do desemprego, da informalidade e posterior queda nos rendimentos, que por sua vez impactaram nas contribuições sobre as folhas salariais, que são as principais fontes de financiamento do setor. Essa seria a principal origem do ‘déficit’ da previdência.

Boschetti (2003) assegura que o “déficit” existente decorre, em grande parte, da fuga de recursos que, constitucionalmente, deveriam ser utilizados na sua implementação, mas que são redirecionados para outras despesas. A autora afirma que, de acordo com o artigo 195 da Constituição de 1988, os recursos referentes à Seguridade Social foram ampliados e diversificados. Essa expansão e mudança das fontes de recursos foi um

mecanismo utilizado para atender o aumento dos direitos sociais e fortalecer a o sistema de Seguridade Social que erigia, visto que a incorporação de novos direitos como saúde universal e benefícios não contributivos exigiram uma base financeira mais ampla. Dessa forma, a criação de novas contribuições sociais configurara-se como coerentes e lógicos dada a necessidade de expansão do sistema. Contudo, os pressupostos jurídicos e acordados na Constituição não têm sido cumpridos.

Com base num estudo elaborado pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência (ANFIP), Boschetti (2003, p. 82) afirma que a Previdência não é deficitária, mas que “as fontes criadas para cobrir a ampliação dos direitos relativos à saúde e assistência não são completamente utilizadas para este fim, o que obriga o governo a lançar mão das contribuições da previdência para custear todo o sistema de seguridade social”. Logo, uma das principais causas do clamado déficit seria a realocação das fontes oriundas das contribuições sociais através da Desvinculação das Receitas da União (DRU)¹⁵⁹, além da tentativa de manter o superávit primário e pagar os juros da dívida pública.

O panorama demonstra que é importante ter cuidado ao atribuir ao envelhecimento populacional o papel de vilão do déficit previdenciário. É necessário buscar um equilíbrio fiscal da previdência que garanta sua sustentabilidade, haja visto que os benefícios contributivos têm papel fundamental para os indivíduos com idade acima de 60 anos, conferindo renda àqueles que saíram do mercado de trabalho e auxiliando o fluxo de apoio entre idosos e seus familiares.

Vale ressaltar ainda que os rendimentos obtidos por meio dos benefícios previdenciários configuraram-se como importantes não somente para idosos, mas também para seus familiares. Muitos longevos caracterizam-se como chefes de domicílio

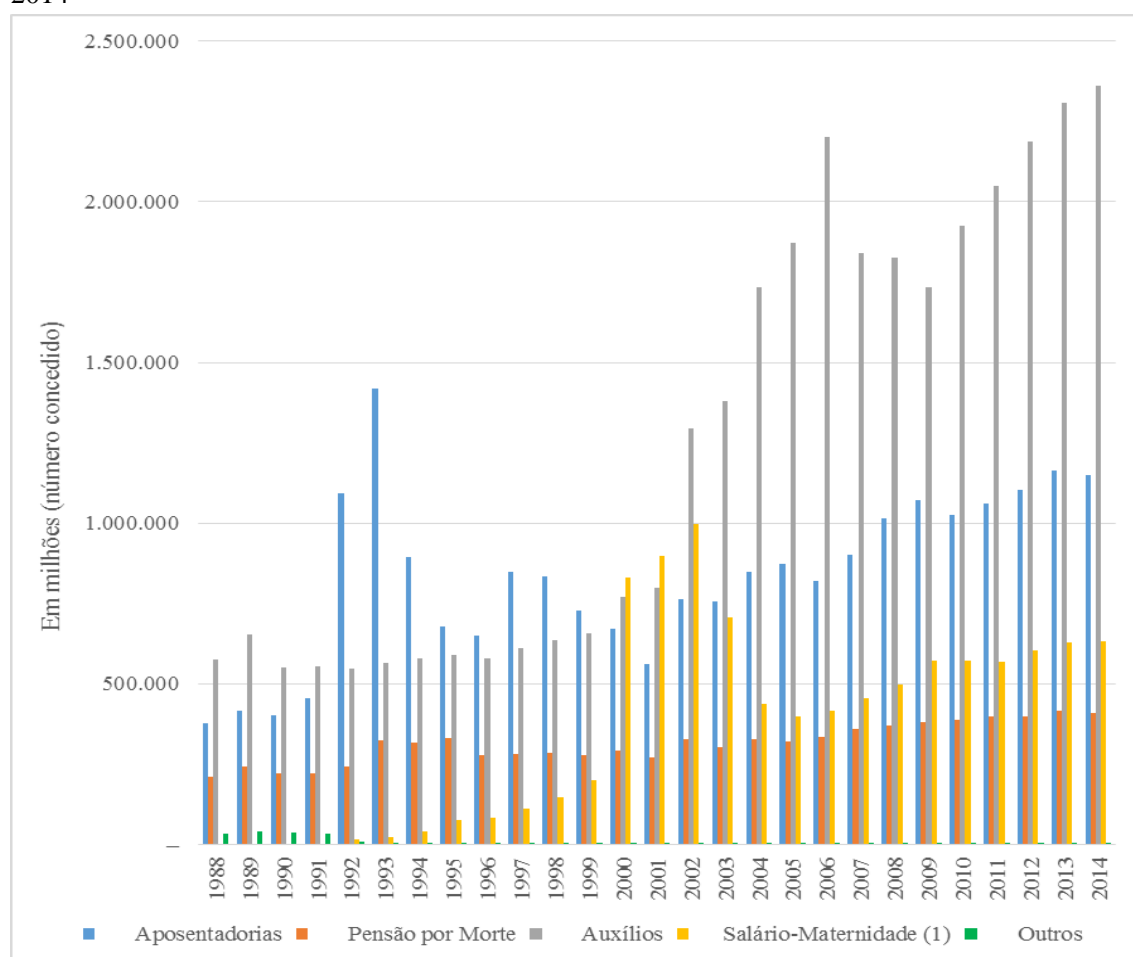
¹⁵⁹A Desvinculação de Receitas da União (DRU) é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. Criada em 1994 com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), essa desvinculação foi instituída para estabilizar a economia logo após o Plano Real. No ano 2000, o nome foi trocado para Desvinculação de Receitas da União. Na prática, permite que o governo aplique os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência social em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para o pagamento de juros da dívida pública. Prorrogada diversas vezes, a DRU está em vigor até 31 de dezembro de 2015. Em julho de 2015, o governo federal enviou ao Congresso Nacional a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 87/2015, estendendo novamente o instrumento até 2023 e aumento para 30%.

sendo sua renda a que provê sua família restrita ou ampliada, o que lhes confere o poder e o *status* de principal quando não o único provedor dos custos da manutenção do lar e também do bem-estar dos outros familiares (esposas, filhos, netos) que com eles convivem. Com isso, o peso da renda dos idosos no orçamento familiar é expressivo, observando-se assim uma inversão da tradicional relação de dependência e uma associação entre arranjos familiares e condições de vida, em que a política previdenciária desempenha um papel importante (CAMARANO; PASINATO, 2004).

a) Cobertura dos benefícios concedidos

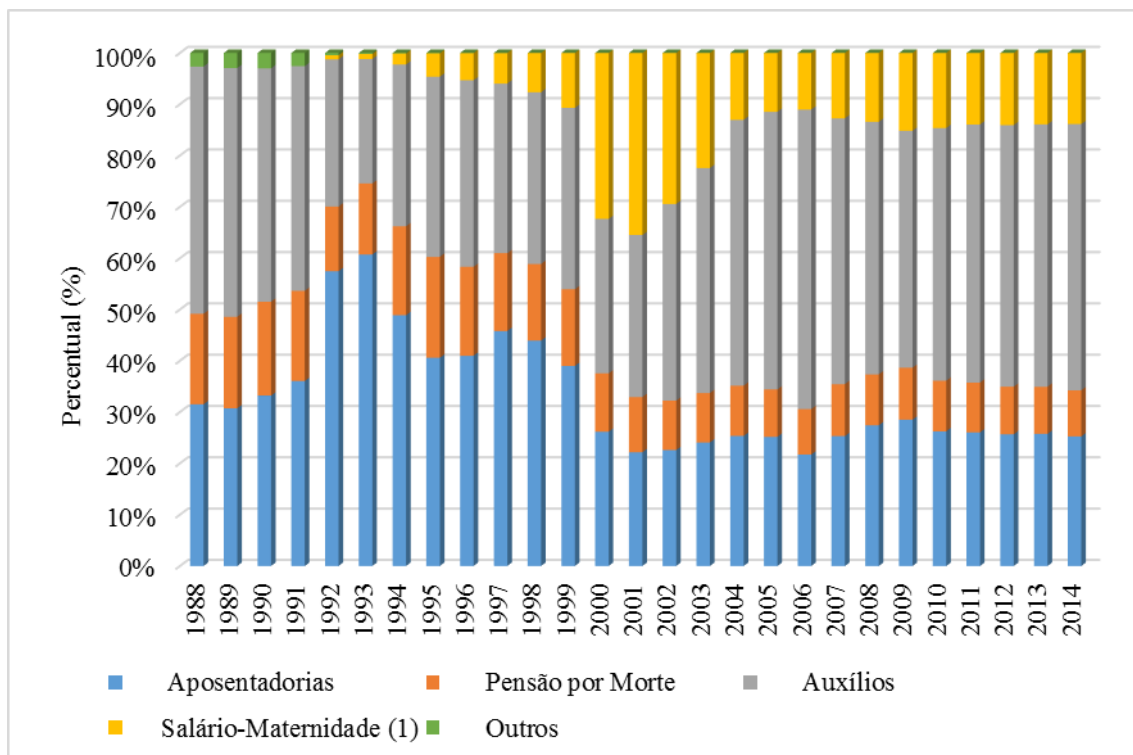
Os gráficos 6 e 7 demonstram o percentual e número absoluto de benefícios previdenciários concedidos entre 1988 e 2014 por tipo de benefício.

Gráfico 6: Quantidade de benefícios previdenciários concedidos (RGPS) por tipo. Brasil, 1988 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

Gráfico 7: Distribuição percentual de benefícios previdenciários concedidos por tipo. Brasil, 1988 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

Os gráficos demonstram que as aposentadorias e auxílios são os benefícios previdenciários mais frequentes. No que se refere às aposentadorias, a sua participação expressiva pode ser justificada pelo fato destas serem sinônimo de garantia de renda, sobretudo para aqueles em idade avançada. Sobre os auxílios previdenciários (doença, reclusão e acidente) não há muitos estudos que expliquem o grande volume de benefícios deste tipo concedidos. No entanto, alguns como o relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União sobre a concessão de auxílio-doença sugerem causas como

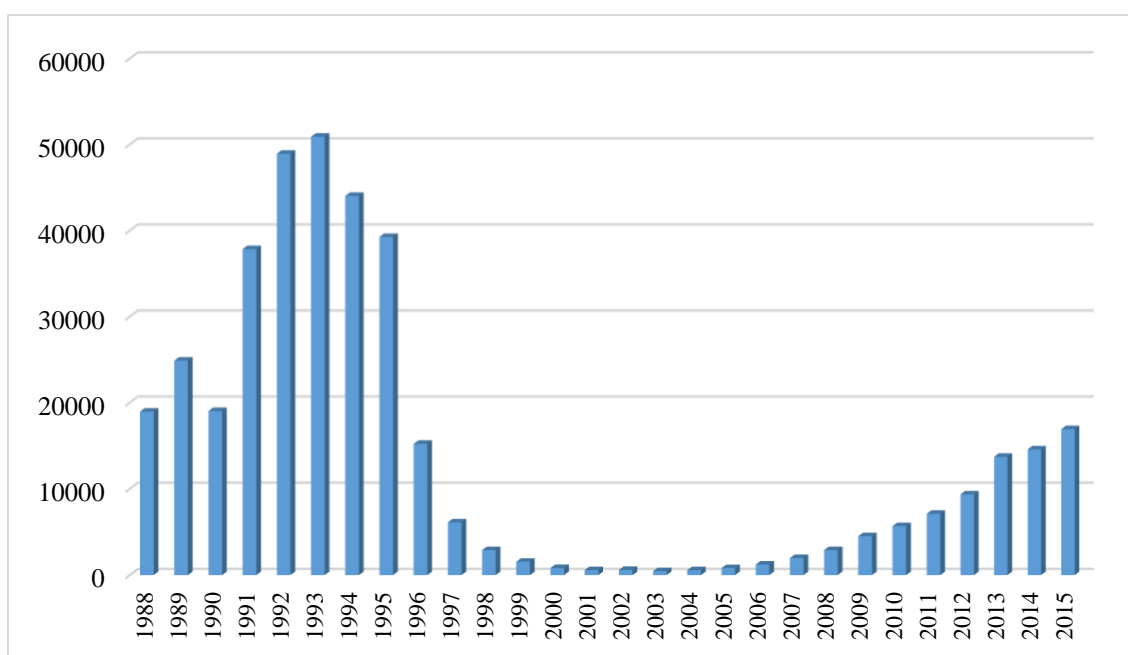
“graves distorções nas concessões, a modernização operacional da Previdência Social, que facilitou a comprovação dos direitos e o acesso aos benefícios; a aplicação de critérios mais rígidos para a aposentadoria a partir das reformas de 1998 e 1999, com possível migração de parte dos segurados impedidos de se aposentar para o benefício de auxílio-doença; a existência de incentivos à permanência em auxílio-doença, decorrentes da sua forma de cálculo, que possibilitaria um salário de benefício maior do que o percebido na ativa; a terceirização das perícias médicas e a sua remuneração por consultas; baixa resolubilidade da reabilitação profissional; [entre outros]” (BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2010, p. 36)

Cabe destacar ainda um aumento significativo de aposentadorias concedidas a partir de 1991. Essa evolução na proteção previdenciária pode estar ligada ao estabelecimento da categoria “Segurado Especial” que passou a ser regulamentada após a publicação da

Lei de Custeio e Benefícios (Lei 8.212 e 8.213) de 1991. Essa nova legislação trouxe melhorias profundas para os segurados rurais do INSS, expandindo a cobertura. Por outro lado, percebe-se uma queda significativa no percentual de benefícios concedidos a partir de 1998. Esse movimento pode ser atribuído ao endurecimento das regras para concessão de benefícios previdenciários realizada através da Reforma previdenciária de 1998 (Emenda Constitucional 20).

O gráfico 8 demonstra a evolução das aposentadorias especiais concedidas entre 1988 e 2015

Gráfico 8: Evolução das aposentadorias especiais concedidas entre 1988 e 2015:



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

É possível observar um incremento de aposentadorias especiais concedidas a partir da década de 1990, com destaque para os anos de 1992 e 1993. Nesse sentido, o incremento e institucionalização dessa modalidade previdenciária pode ter contribuído para o aumento geral de pedidos de aposentadorias no período.

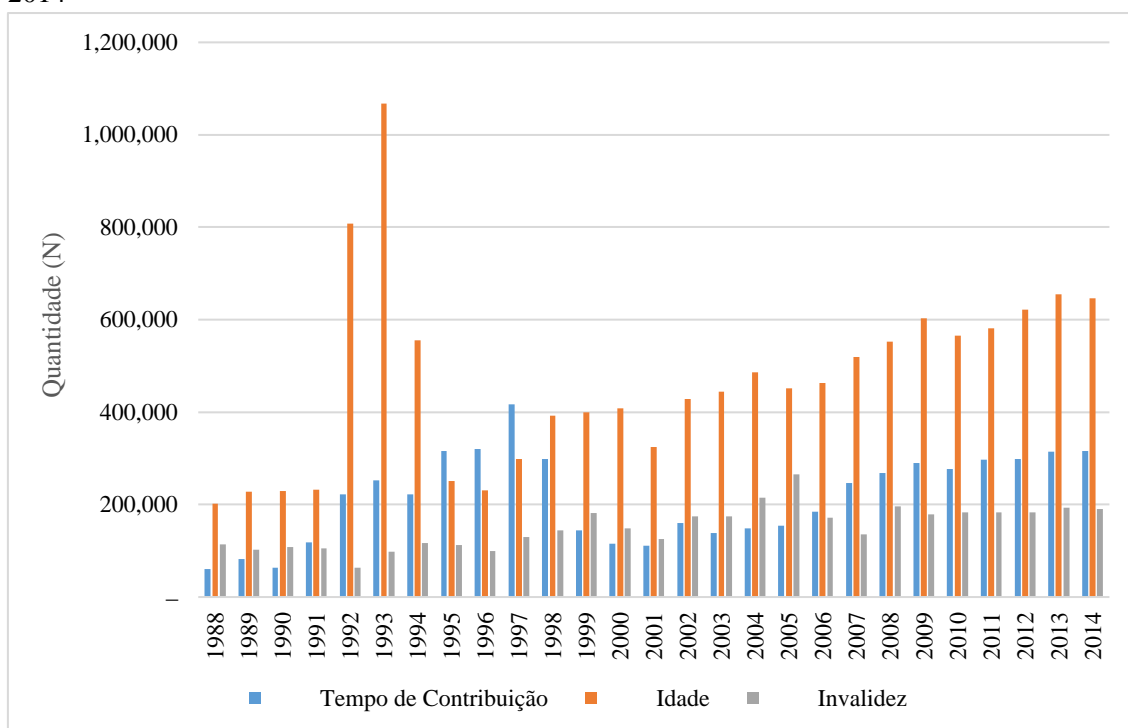
Vale destacar que houve uma série de modificações na legislação previdenciária a partir de 1995 e que afetaram também a aplicação e regulamentação das aposentadorias especiais. De acordo com Marques e Mendes (2004, p. 14), segundo a nova legislação a concessão de aposentadoria especial passou a ser feita aos trabalhadores que comprovadamente exerciam atividade insalubre e/ou de risco, e não mais àqueles que trabalhavam em “empresas cujas atividades eram consideradas nocivas à saúde (não importando se o trabalho era, por exemplo, administrativo ou não em uma empresa de

prospecção de petróleo), como também certas categorias de trabalhadores como jornalistas e aeronautas”.

A ampliação significativa de aposentadorias a partir de 1991 também pode ser justificada pelas ameaças de reformas previdenciárias anunciadas a partir do governo Collor. Diante do medo das mudanças, e mais especialmente do endurecimento das exigências para dar entrada na aposentadoria, o trabalhador pode ter optado por buscar o mínimo garantido de recursos para viver.

Os gráficos 9 e 10 demonstram o percentual e o número absoluto de benefícios de aposentadorias concedidos entre 1988 e 2014 por tipo.

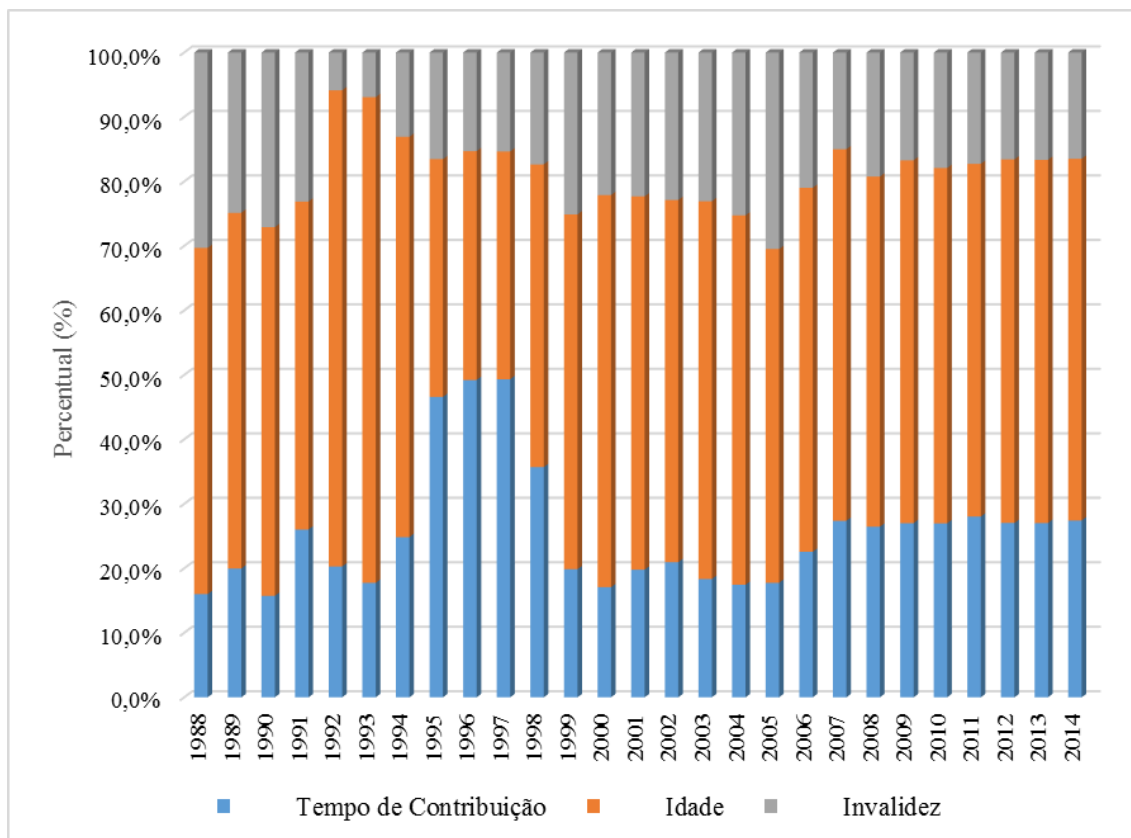
Gráfico 9: Quantidade (N) de benefícios de aposentadorias concedidos por tipo. Brasil, 1988 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

O gráfico 10 demonstra como os valores cima se expressam na composição percentual:

Gráfico 10: Percentual (%) de benefícios de aposentadorias concedidos por tipo. Brasil, 1988 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

A despeito das várias mudanças e tentativas de alterações da Seguridade Social, principalmente a Previdência Social, esta ainda se configura como um importante anteparo e apoio econômico para os idosos. Salvo três anos da série históricas onde as aposentadorias por tempo de contribuição foram muito numerosas - 1995, 1996 e 1997 – a maior parte dos benefícios de aposentadorias concedidas foram àquelas relacionadas a idade. Vale ressaltar que o súbito aumento de concessão de aposentadorias por tempo de contribuição pode estar diretamente relacionado à reforma previdenciária anunciada por FHC no início de seu governo. Isso quer dizer que nos anos que antecederam as reformas previdenciárias de 1998 e 1999 as aposentadorias por tempo de contribuição ultrapassaram aquelas de idade em termos quantitativos. Sendo assim, provavelmente quem já tinha tempo para se aposentar, o fez com receio das mudanças de regras que dificultariam a entrada com o pedido.

Outro fator que explicaria o “boom” de aposentadorias por tempo de contribuição nos anos de 1995, 1996 e 1997 seria a ameaça de reformas no sistema, ou seja, pode ter ocorrido uma busca para dar entrada nos pedidos de aposentadorias antes que as reformas em discussão entrassem em vigor, sobretudo o fator previdenciário, criado no ano de

1999. Este teve implicações para o cálculo dos valores de aposentadorias a partir de então, com o objetivo de evitar que as pessoas se aposentassem cedo.

Desta forma, se por um lado pôde-se observar um aumento da concessão de aposentadorias ao longo da série histórica justificada pelo direito constitucional, isto é, à luz dos direitos constituídos no âmbito legal, por outro lado logo no pós - constituinte observaram-se ameaças de reformas no sistema previdenciário. Isto sugere que parte desses pedidos de aposentadoria possam ter a ver com o receio das pessoas com as reformas que começaram a ser propostas.

A elevada quantidade de aposentadorias por idade também pode ser atribuída a diversos fatores ligados à trajetória do sistema previdenciário. Uma das explicações pode se relacionar ao período anterior à constituição de 1988, mais especialmente na década de 70, onde “toda mão de obra urbana com carteira assinada, independentemente de sua categoria ocupacional torna-se também cidadãos, [incluindo] trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos” (VIANNA, 2000, p. 142). Essa expansão massiva do critério de elegibilidade da população – alvo, ou seja, do direito formal ao benefício, pode ter contribuído para o crescimento de pessoas habilitadas a requerer o benefício nas décadas vindouras, sobretudo se levar em consideração que a população que entrou no mercado de trabalho entre 1950 e 1970 – período de expansão da economia e do mercado de trabalho no Brasil – já teria os requisitos necessários para requerer a aposentadoria, principalmente por idade.

Outros elementos que podem ser apontados como responsáveis pela maior participação das aposentadorias por idade na concessão geral de benefícios de aposentadorias, especialmente no início da década de 90, foram as inovações introduzidas a partir da constituição e regulamentadas pelas leis infraconstitucionais de 1991 (Leis 8212 e 8213). Estas também introduziram avanços no que tange a clientela rural como a redução da idade mínima para requerimento do benefício, o que pode ter influenciado no aumento de aposentadorias por idade concedidas. De acordo com Ramos e Arend (2012, p. 70), os planos de Custeio e de Benefícios possibilitaram a regulamentação do

“Acesso universal de idosos e inválidos de ambos os sexos do setor rural à previdência social, em regime especial, no valor de um salário mínimo nacional, desde que comprovem a situação de produtor, parceiro, meeiro e os arrendatários rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como respectivos cônjuges que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes”.

Estes elementos podem explicar as proporções de 73,9% e 75,3% em benefícios de aposentadorias de idade concedidos em 1992 e 1993, respectivamente, em relação ao total de benefícios.

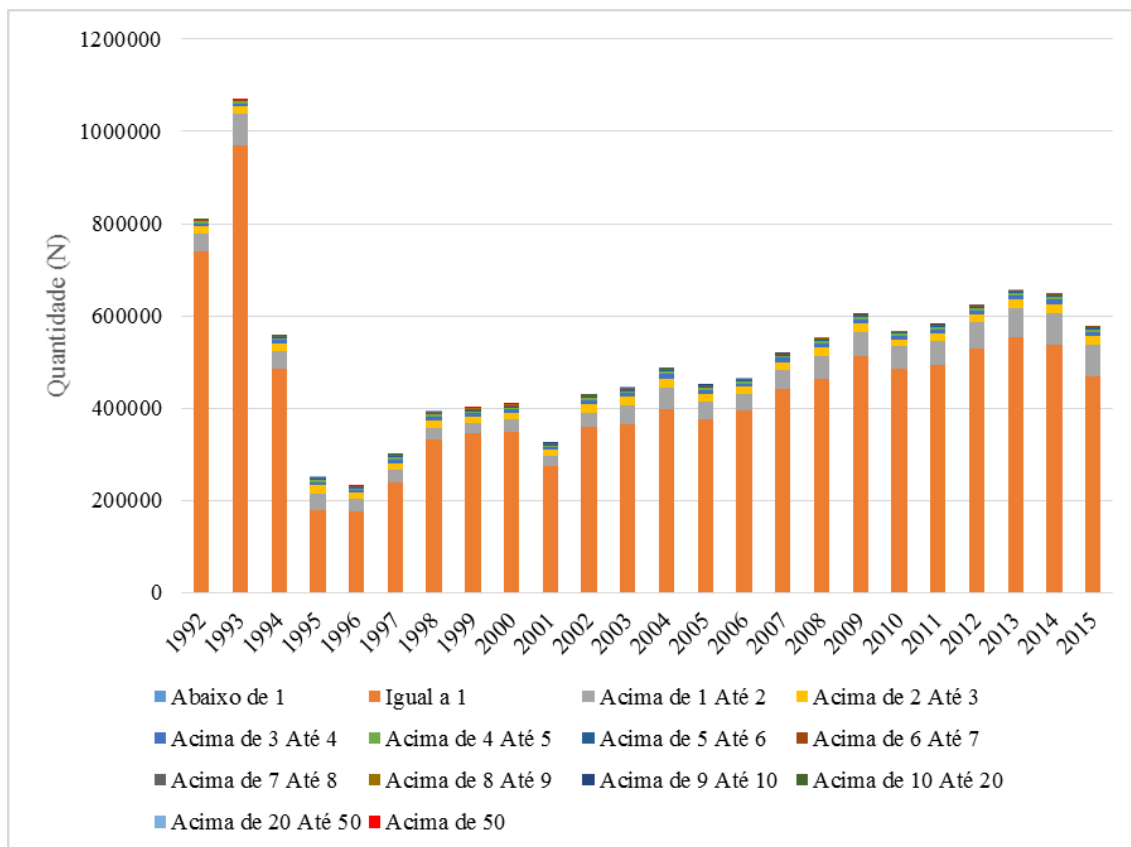
Outro fator que deve ser levado em considerações são os critérios para que o indivíduo possa requerer a aposentadoria por idade dado o baixo período de contribuição exigido. Ademais, o envelhecimento populacional leva a que os benefícios devido à idade avançada aumentem a sua contribuição relativa.

As reformas realizadas em 1998 (visando especialmente os trabalhadores da iniciativa privada) e a ocorrida em 2003 (que teve como foco principal os servidores públicos) buscaram o adiamento da idade para solicitar o benefício contributivo. Estas podem ter contribuído para a redução das concessões e estabilização das taxas ao longo da série histórica utilizada no estudo, embora a partir de 2003 se observe um pequeno aumento das concessões que podem ser fruto do receio de endurecimento dos critérios para obtenção dos benefícios. Já o crescimento gradativo pode estar atrelado a dinâmica de crescimento econômico do país e estrutura do mercado de trabalho¹⁶⁰.

A proporção expressiva de aposentadorias por idade concedidas entre 1988 e 2014, em torno de 55%, sugere que a falta de rendimento como resultado da perda da capacidade laborativa vem impulsionando aqueles com idade acima de 60 anos a requerer o benefício. O gráfico 11 demonstra a quantidade de benefícios concedidos em pisos previdenciários, o que demonstra como se dá a distribuição de aposentadorias e pensões por faixas de valor:

Gráfico 11: Quantidade de benefícios concedidos segundo as faixas de valor (em pisos previdenciários). Brasil, 1992 a 2015

¹⁶⁰ Segundo Ipea (IPEA, 2010, p. 48), “o nível de cobertura previdenciária está estreitamente ligado à dinâmica de crescimento econômico do país e à estrutura do mercado de trabalho. Em períodos de baixo crescimento, aumentam o desemprego e a quantidade de trabalhadores inseridos informalmente no mercado de trabalho. Ou seja, reduz também a quantidade de contribuintes e, assim, a formalidade em termos previdenciários. Com isto, ao longo dos anos 1990, observou-se uma redução na quantidade de contribuintes do sistema previdenciário brasileiro. Só a partir de 2004, quando houve certo reaquecimento da economia, é que a quantidade de trabalhadores segurados voltou a crescer, principalmente os segurados contribuintes”.



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

A distribuição das aposentadorias e pensões por faixas de valor revela elevada concentração na faixa equivalente a 1 (um) salário mínimo. Com base nisso, pode-se sugerir que na ausência dessa proteção previdenciária, uma parte expressiva da população estaria vivendo em situação de pobreza e passando por situações que caracterizariam vulnerabilidade social e econômica.

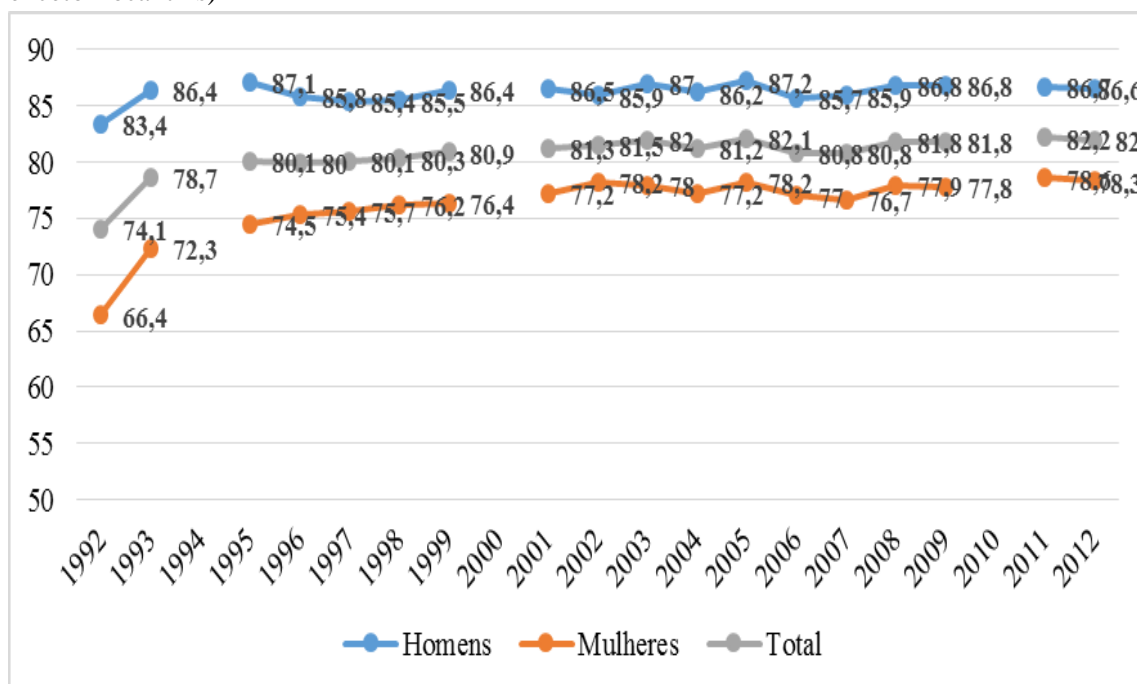
A constatação de que a pobreza é menor entre a população idosa tem sido objeto de estudos de diversos pesquisadores e institutos de pesquisa (AGOSTINHO; MÁXIMO, 2006; BANCO MUNDIAL, 2011; BATISTA et al., 2008; CAMARANO; MELLO, 2010; CAMARANO; PASINATO, 2007; VIANNA, 2004). Estas análises consideram os benefícios contributivos e não contributivos do governo federal como os principais responsáveis pela redução dos índices de pobreza entre aqueles com mais de 60 anos.

No entanto, o número proporcionalmente menor de idosos pobres no Brasil não permite afastar a possibilidade de que essa população possa vivenciar situações de fragilidade econômica e social, ou experiências de trajetórias excludentes, uma vez que a ausência de recursos é apenas uma das dimensões, nem sempre a mais importante, conforme será visto nas seções seguintes (sobre Assistência Social e Saúde).

Isto posto, as atuais políticas públicas voltadas para os idosos, nesse caso as aposentadorias por idade, podem estar contribuindo para a redução da pobreza ou para evitar situações de vulnerabilidade econômica desse segmento.

Diante de todo o panorama apresentado, faz-se necessário questionar como está a cobertura previdenciária¹⁶¹ daqueles com 60 anos ou mais de idade, ou seja, em que medida o Estado tem de fato protegido essa população através dos benefícios contributivos, como demonstra o gráfico 12:

Gráfico 12: % idosos de 60 anos ou mais que recebem aposentadoria e/ou pensão ou que continuam contribuindo para algum regime - 1992 a 2012 (exclusive área rural da região Norte, exceto Tocantins)



Fonte: Ministério da Previdência Social, a partir da PNAD – IBGE

De forma geral, percebe-se uma evolução relativamente estável na cobertura previdenciária daqueles com mais de 60 anos entre 1992 e 2012, com destaque para a passagem do ano de 1992 para 1993 (pós constituição de 1988) onde houve um aumento substancial de idosos cobertos pela Previdência Social, com destaque para as mulheres. As taxas expressivas de cobertura sugerem que a Previdência tem acompanhado o acréscimo progressivo e gradual de pessoas idosas na composição populacional do Brasil,

¹⁶¹ Proporção de indivíduos que tinham cobertura previdenciária direta (por serem contribuintes, beneficiários de benefícios permanentes de aposentadoria ou pensão, ou por serem ambos) ou que, pelos critérios da legislação atual, teriam direito a cobertura indireta (por terem algum vínculo legal de dependência previdenciária a um detentor de cobertura direta). Série calculada a partir das respostas à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE).

haja visto que o total passou de 74,1% em 1992 para 82% em 2012, último ano da série histórica descrita.

Previdência Privada: Crescimento e relevância para o futuro da Previdência Pública

No Brasil, coexistem um sistema público de previdência social – no modelo de repartição – e um sistema complementar – baseado modelo de capitalização, onde a adesão é optativa. O objetivo é constituir-se em opção para os segurados de outros regimes que desejam receber valores superiores aos tetos de benefício dos regimes a que pertencem e para aqueles que estão excluídos do mercado formal de trabalho, mas que querem garantir recursos para o momento da aposentadoria. Para tanto, contribuem durante a vida laboral, com vistas ao usufruto de uma renda – adicional – futura.

Sua administração é realizada por fundos de previdência complementar fechados (chamadas Entidades Fechadas de Previdência Complementar – EFPC¹⁶²) e abertos (Entidade Aberta de Previdência Complementar – EAPC). A diferença entre ambas é que a os primeiros são voltados exclusivamente para funcionários vinculados a uma determinada empresa ou grupo, servidores das três esferas de governo, e também associações profissionais, ao passo que o segundo é aberto a possibilidade de adesão por parte do público em geral, ou seja, qualquer pessoa física pode se filiar a qualquer fundo ou empresa que ofereça esse tipo de serviço (BELTRÃO et al., 2004; CONTI, 2016). Vale ressaltar que as entidades fechadas devem se organizar sob a forma de sociedade civil ou fundação sem fins lucrativos.

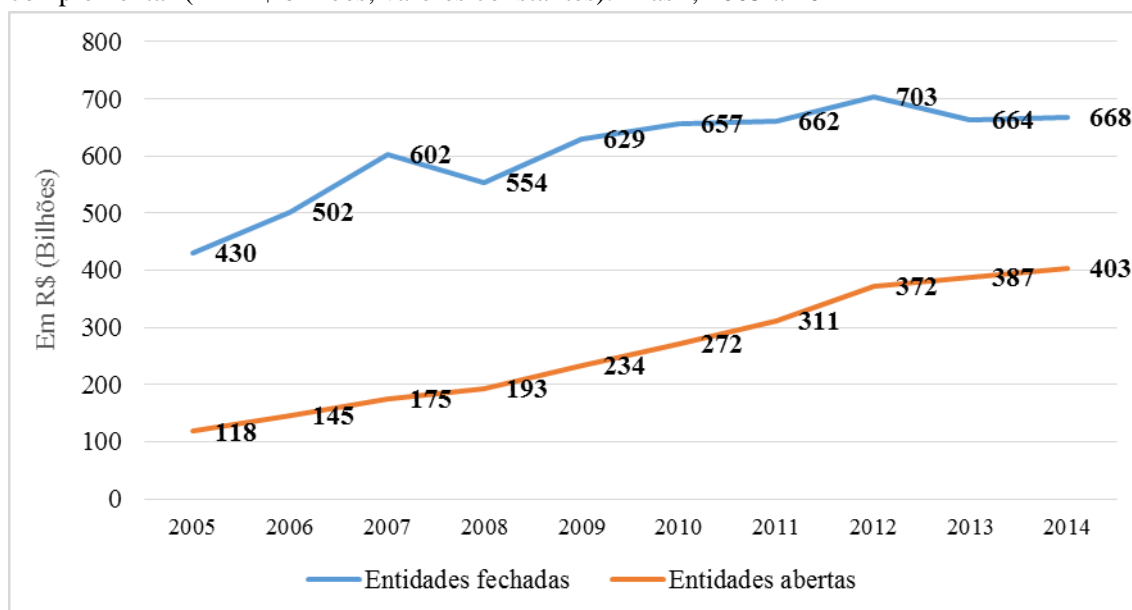
Em conformidade com o discurso de inviabilidade das contas do sistema da Previdência Social tem-se priorizado alterações na regulação e no arcabouço jurídico legal. Algumas mudanças têm levado, por exemplo, a diminuição do valor das aposentadorias, o que acaba por incentivar os trabalhadores a buscarem complementação dos benefícios previdenciários através da previdência privada, estimulando, portanto, seu crescimento. A provisão pública tem acabado “se restringindo ao pagamento de benefícios de valores muito reduzidos, a maioria equivalentes ao salário-mínimo, para uma parcela de trabalhadores de baixa renda, ao invés de abarcar o universo dos trabalhadores com uma renda digna na velhice”. (GENTIL, 2005, p. 134).

¹⁶² A criação de uma EFPC está condicionada a motivação do patrocinador (empregador) ou instituidor (entidades representativas de classe) em oferecer aos seus empregados ou associados planos de benefícios de natureza previdenciária, razão pela qual são acessíveis, exclusivamente aos servidores ou empregados dos patrocinadores, e aos associados ou membros dos instituidores.

De acordo com Conti (2016), no fim do primeiro semestre de 2014, o volume obtido pelo conjunto das carteiras das entidades de previdência complementar foi de R\$ 1,071 trilhão, o que equivale a mais de 20% do PIB brasileiro.

No que se refere as duas modalidades de Previdência complementar, o gráfico 13 ilustra a evolução de carteiras consolidadas das entidades abertas e fechadas entre 2005 e 2014:

Gráfico 13: Carteiras consolidadas das entidades fechadas e abertas de previdência complementar (Em R\$ bilhões, valores constantes). Brasil, 2005 a 2014



Fonte: Conti (2016)

Cabe destacar que, por serem vinculadas às empresas, as entidades fechadas são corresponsáveis por possíveis problemas atuariais no fundo, o que acaba por garantir certa segurança aos trabalhadores da empresa com relação a preservação de seus recursos. Por outro lado, essa lógica aumenta a responsabilidade das empresas quanto aos riscos.

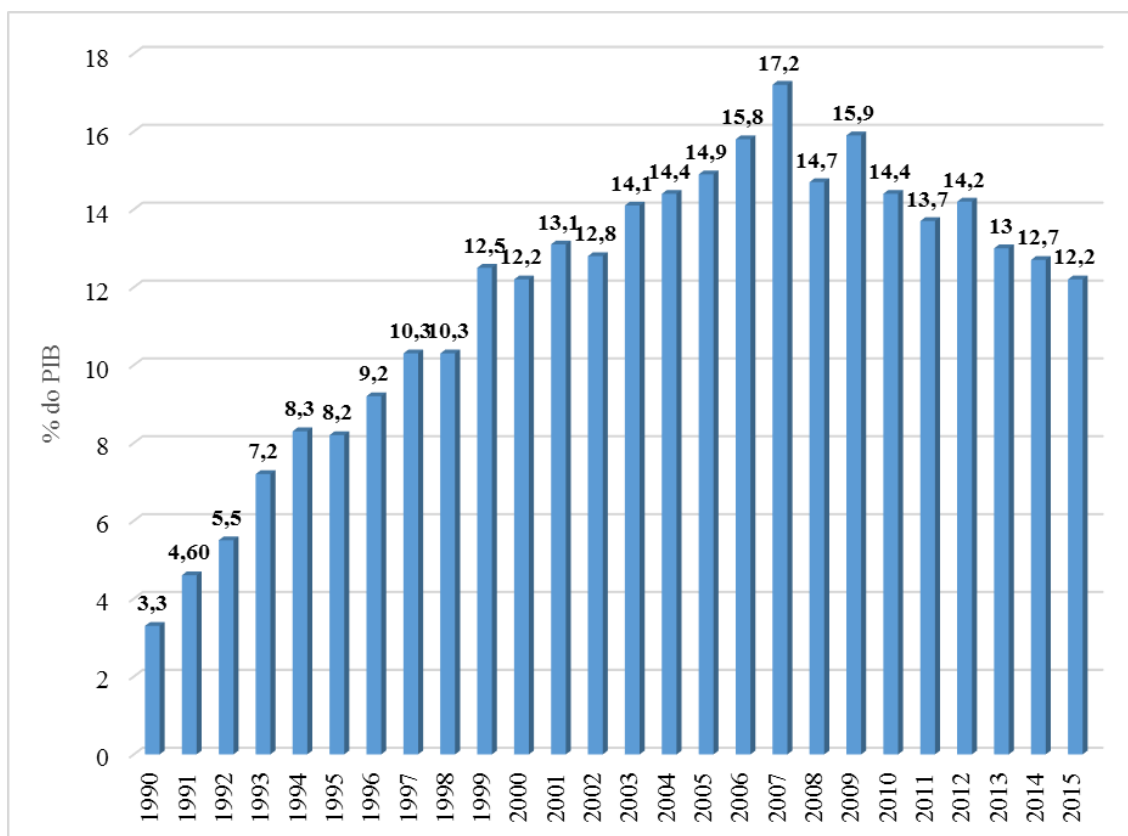
Diante dessa realidade, muitas empresas têm optado por não oferecer fundos fechados a seus funcionários, passando a oferecer planos coletivos de entidades abertas de previdência complementar. Isto explicaria a expansão vertiginosa das entidades abertas no período histórico destacado.

De acordo com dados da Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FenaPrevi), em 2016, 13 milhões de indivíduos possuíam planos abertos de previdência em bancos e seguradoras em 2016. Já o número de pessoas dentro da previdência privada em fundos de pensão fechados, incluindo pagantes, aposentados e pensionistas de dependentes em 2016 era de 7,1 7,1 milhões segundo a Associação Brasileira das

Entidades Fechadas de Previdência Complementar (Abrapp)¹⁶³. Os dados denotam que o número de pessoas que acessam a previdência aberta tem crescido de forma expressiva, ultrapassando os segurados pelo Regime complementar fechado.

A relevância das entidades fechadas de Previdência Complementar pode ser observada ao se analisar a participação dos ativos na representação do PIB conforme demonstra o gráfico 14.

Gráfico 14: Relação ativos das EFPC em relação ao PIB. Brasil, 1990 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir da ABRAPP

De acordo com Rodarte (2011), no ano de 1970 a poupança constituída pela previdência complementar fechada era praticamente nula. Entretanto, é possível observar no gráfico 14 que no ano de 2006, ele chegou a 17,2% do PIB, um percentual bastante significativo e que denota um potencial de crescimento do segmento (apesar da queda nos anos seguintes).

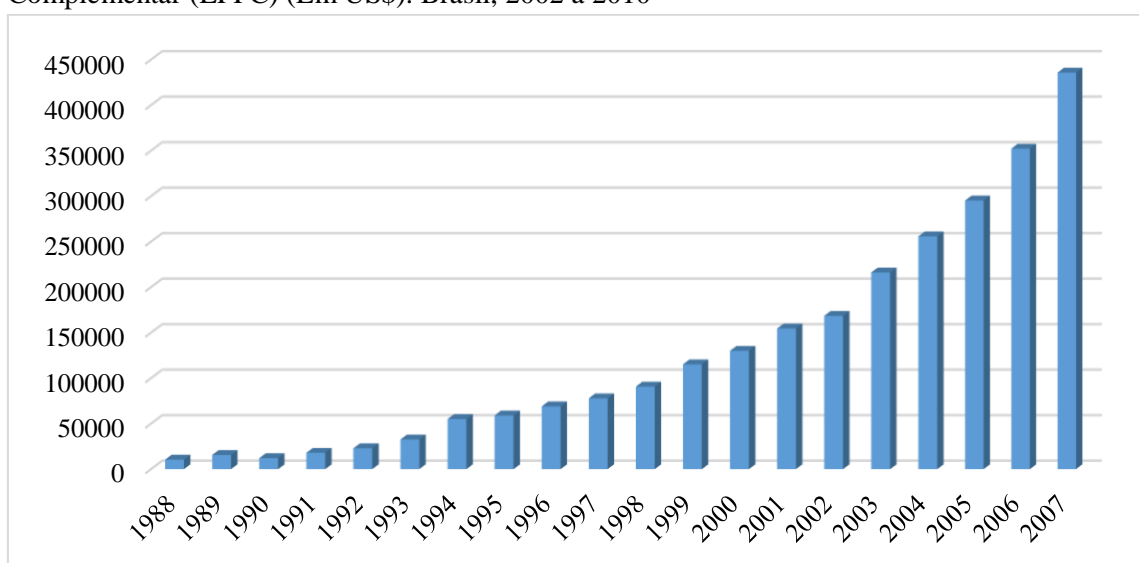
O crescimento do setor também pode ser reflexo de uma constante tentativa de promover a área, na medida em que concomitante às reformas previdenciárias (além de leis complementares) foram desenvolvidas regulamentações e incentivos aos planos de

¹⁶³<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2017/03/08/Como-funciona-a-previd%C3%A2ncia-privada-alternativa-%C3%A0-aosentadoria-p%C3%BAblica>. Acesso em 18/01/2017

previdência complementar. Nota-se que nos anos subsequentes às principais reformas da Previdência – EC/98 no governo FHC e EC 41/2003 no governo Lula – há um aumento dos ativos em relação ao PIB. Isso pode ser justificado porque com a instituição de critérios de elegibilidade mais rigorosos, além do estabelecimento de um teto de contribuição previdenciário, os indivíduos passaram a buscar no mercado, alternativas para complementar as aposentadorias vindouras.

O gráfico 15 demonstra o crescimento dos ativos dos fundos de pensão entre 2002 e 2010.

Gráfico 15: Evolução dos Ativos¹⁶⁴ das Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC) (Em US\$). Brasil, 2002 a 2010



Fonte: Elaboração própria a partir da Abrapp

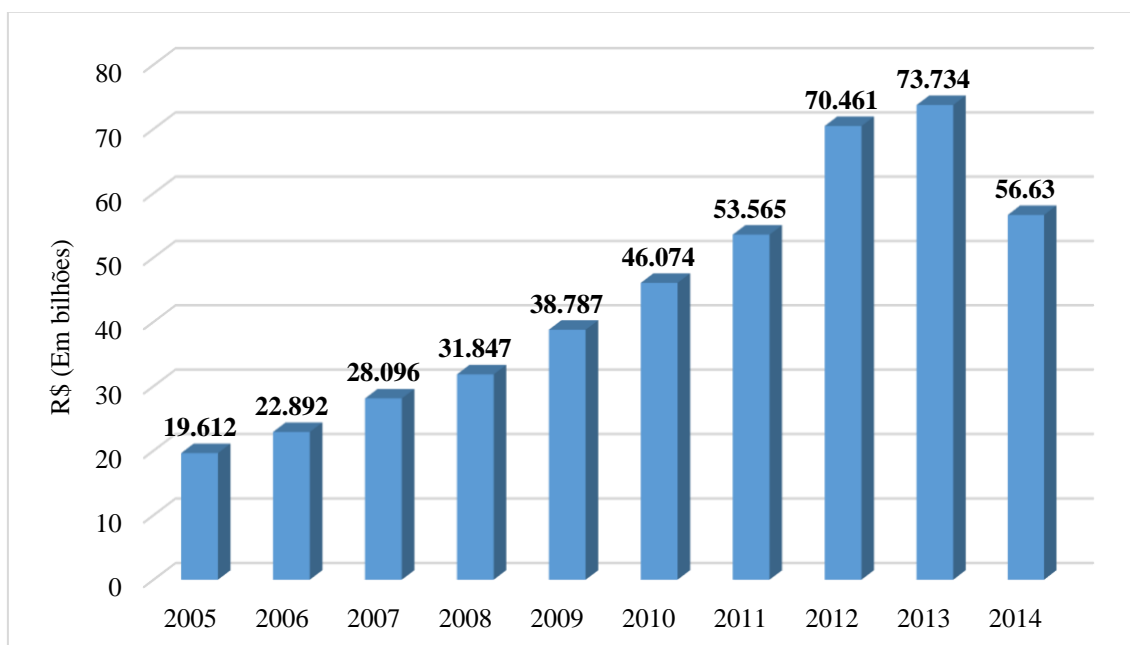
O número de ativos está intimamente ligado, entre outros fatores, ao (i) número de filiados, pois quando novas pessoas entram no sistema passam automaticamente a contribuir, e as (ii) contribuições mensais. Percebe-se, portanto, que o aporte de recursos é elevado e o número de pessoas atingidas é substancial.

A partir do gráfico é possível observar um crescimento no volume total de ativos desde 1988, com destaque para o salto significativo no volume de ativos de 1988 para 1999 e de 2006 para 2007. De acordo com Filho (2010, p. 34), “o crescimento dos ativos dos fundos de pensão, assim como sua aplicação, seria influenciado fortemente pelos mercados financeiros nacionais em desenvolvimento e pela mudança da legislação referente”.

¹⁶⁴ Conjunto de bens e direitos das EFPC's.

O gráfico 16 ilustra, por sua vez, a totalidade de contribuições individuais (em bilhões) contabilizadas entre 2005 e 2014 nas entidades abertas de previdência complementar:

Gráfico 16: Série histórica dos valores de contribuições pagas para planos abertos de caráter previdenciário (R\$ em bilhões). Brasil, 2005 a 2014¹⁶⁵



Fonte: Federação de Previdência Privada e Pvida (FenaPrevi)

Percebe-se que o acumulado de contribuições em planos abertos de previdência privada vem aumentando de forma significativa ao longo do período destacado, com as contribuições crescendo de 19,6 bilhões em 2005 para 73,7 bilhões em 2013, uma alta significativa.

Os dados revelam uma tendência de aumento na procura pelos planos privados de previdência. O discurso de que a previdência pública é deficitária e que precisa de reformas pode estar incentivando a procura por esse mercado na medida em que a expectativa que se tem é que essas alterações nas regras de elegibilidade previdenciárias levem com que o indivíduo tenha que trabalhar mais para obter benefícios de valores limitados. Assim, a previdência pública pode parecer insuficiente para dar conta das despesas e custos de vida. Ressalte-se ainda as características do mercado de trabalho brasileiro, marcados por informalidade e precariedade, mesmo com a introdução de mecanismos de inclusão previdenciária como o MEI. Assim, a dificuldade de se vincular ao mercado de trabalho formal pode também levar o indivíduo a se filiar às entidades

¹⁶⁵ O valor contabilizado em 2014 foi até o mês de setembro.

privadas de previdência complementar a fim de dispor renda e certa segurança financeira quando não mais puder trabalhar.

O cenário descrito demonstra uma tendência à mercantilização do sistema previdenciário fomentado pelas reformas previdenciárias. A abrangência desse segmento ainda é pequena, diante da previdência pública e universal brasileira. Porém, observa-se um crescimento ativo e contínuo o que demonstra que o caminho escolhido para ampliar a arrecadação que dá sustento a Seguridade Social não tem sido a ampliação do mercado de trabalho formal ou a justiça tributária, por exemplo, o que fortaleceria o papel da Previdência como um mecanismo importante de distribuição de renda.

Assistência Social

A partir da Constituição de 1988 a Assistência Social passou a integrar a Seguridade Social juntamente com as áreas da saúde e da previdência social. Formalmente, a assistência social deve ser prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (BRASIL, 1988), mas ao mesmo tempo dá-se ênfase à proteção a grupos sociais tidos como mais vulneráveis como crianças e adolescentes carentes, pessoas portadoras de deficiência e idosos.

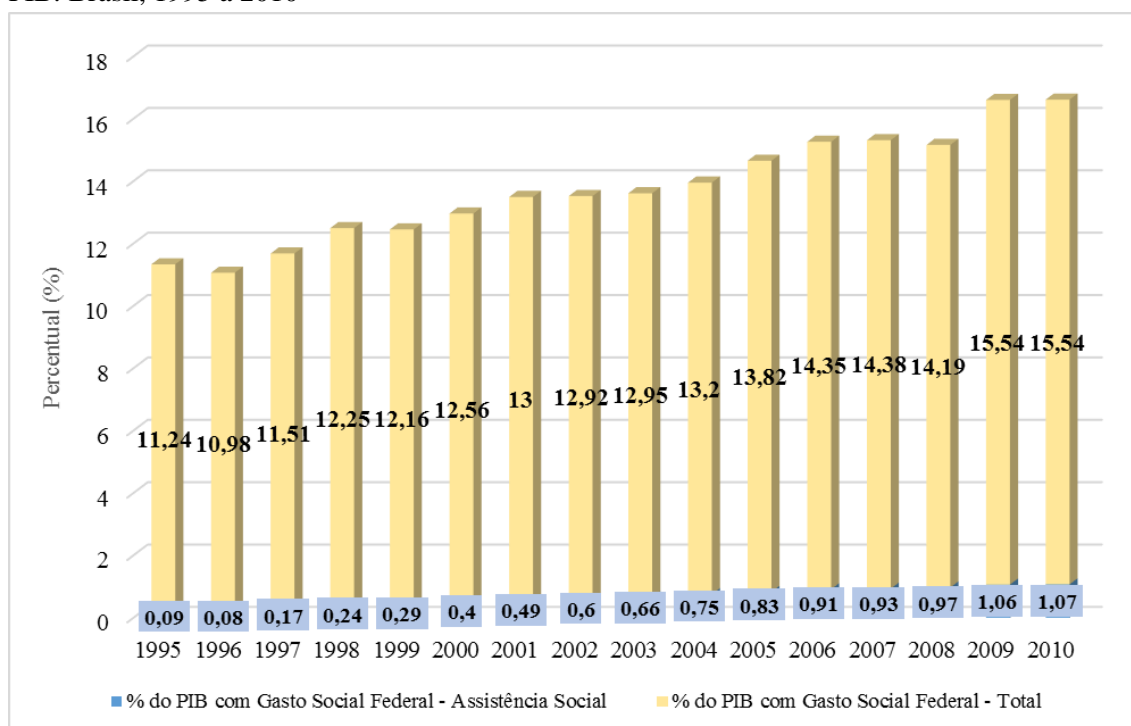
O processo de reorganização das políticas sociais a partir da década de 1990 impactou sobremaneira a área da Assistência Social, promovendo, institucionalizando e ampliando a cidadania a partir da organização de ações, serviços e benefícios monetários não contributivos (transferência de renda) a parcelas da população tradicionalmente excluídas. Sendo assim, pode-se afirmar que a política de Assistência se divide na (i) provisão de serviços, programas e projetos socioassistenciais, e (ii) benefícios monetários sem qualquer caráter contributivo, o que, em tese, “permitiria eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social do cidadão, inclusive idoso” (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016, p. 110).

A política de Assistência Social passou por grandes mudanças, materializada na promulgação da LOAS em 1993. Este é o instrumento legal que regulamenta os pressupostos constitucionais, ou seja, aquilo que está escrito na Constituição Federal, nos seus artigos 203 e 204, que definem e garantem o direito à assistência social. Ademais, a lei desenha e organiza a política com base na descentralização e na participação social. A descentralização se dá a partir da distribuição de responsabilidades entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Já a participação social ocorre por meio dos

Conselhos de Assistência Social e da parceria com as Entidades Beneficentes de Assistência Social.

Nos últimos anos, sobretudo entre 1995 e 2010, foi possível observar que o volume de recursos investidos na Assistência cresceu de forma significativa conforme ilustra o gráfico 17.

Gráfico 17: Percentual (%) de gastos sociais¹⁶⁶ federais com Assistência Social em relação ao PIB. Brasil, 1995 a 2010



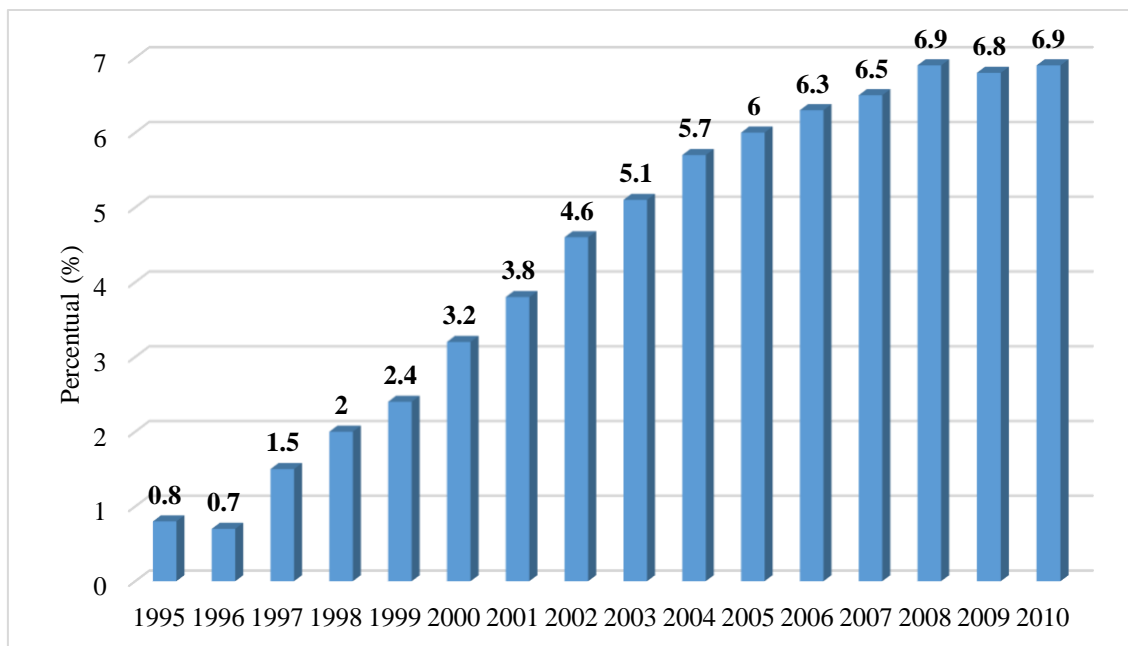
Fonte: Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

Esse crescimento gradativo e significativo dos gastos federais da área (apesar de ainda ser pequeno) pode estar relacionado com a expansão de programas e serviços, principalmente àquelas ligadas a garantia de renda, como o benefício de prestação continuada (BPC), programas de transferência com condicionalidades como o Bolsa Família (BF) e a criação do SUAS em 2004. Estes avanços se traduziram no aumento de investimento federal que passou de 0,08% em 1996 para 1,07% em 2010, quando as despesas superaram a marca de 1%.

No que tange à participação da área no total de gastos sociais federais entre 1995 e 2010, há o seguinte cenário ilustrado no gráfico 18.

Gráfico 18: Participação percentual da Assistência Social no total do GSF (%). Brasil, 1995 a 2010

¹⁶⁶ Além da Previdência Social, os outros gastos sociais seriam Assistência Social, Educação e Cultura, Organização Agrária, Saneamento Básico e Habitação, Saúde e Trabalho e Emprego



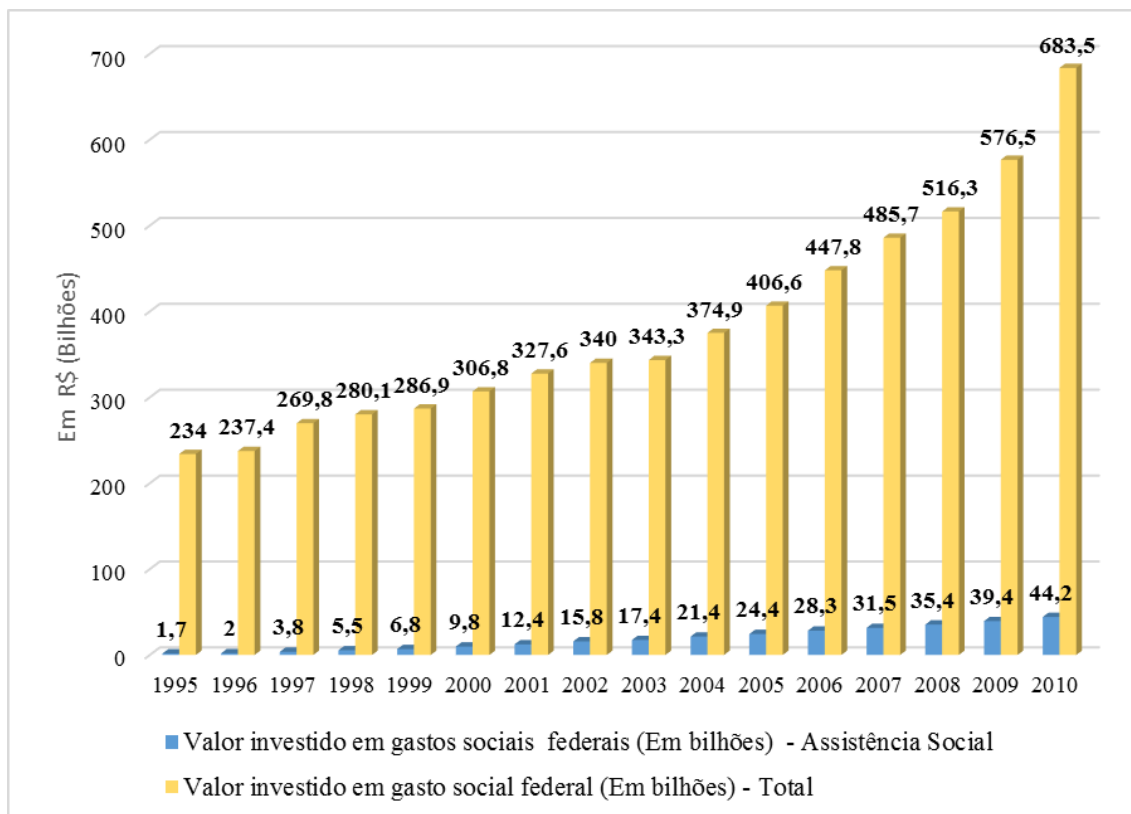
Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

A área da Assistência Social vem ocupando um espaço importante na composição de gastos sociais federais, aumentando em quase nove vezes o percentual de investimento em 14 anos, indo do patamar mais inferior em 1996 que foi 0,7 a ao índice mais alto da série: 6,9% no ano de 2010, o que demonstra um aumento na destinação de recursos federais para a área ao longo do período destacado.

Este crescimento também está atrelado à trajetória de crescimento da área, sobretudo em 2003, impulsionada tanto pela ação dos movimentos sociais ligados a política quando a entrada de um governo mais perene à participação e reivindicações sociais. Tais fatores impactam no perfil e composição dos gastos sociais. Todavia, mesmo com uma ampliação robusta no investimento e com um intenso crescimento, a participação ainda é pequena diante do total, não passando de 7%.

O gráfico 19 também ilustra o aumento do volume de gastos federais com Assistência Social comparados com os gastos sociais da União.

Gráfico 19: Valores do Gasto Social Federal relativos ao PIB investidos na Assistência Social. Brasil, 1995 a 2010

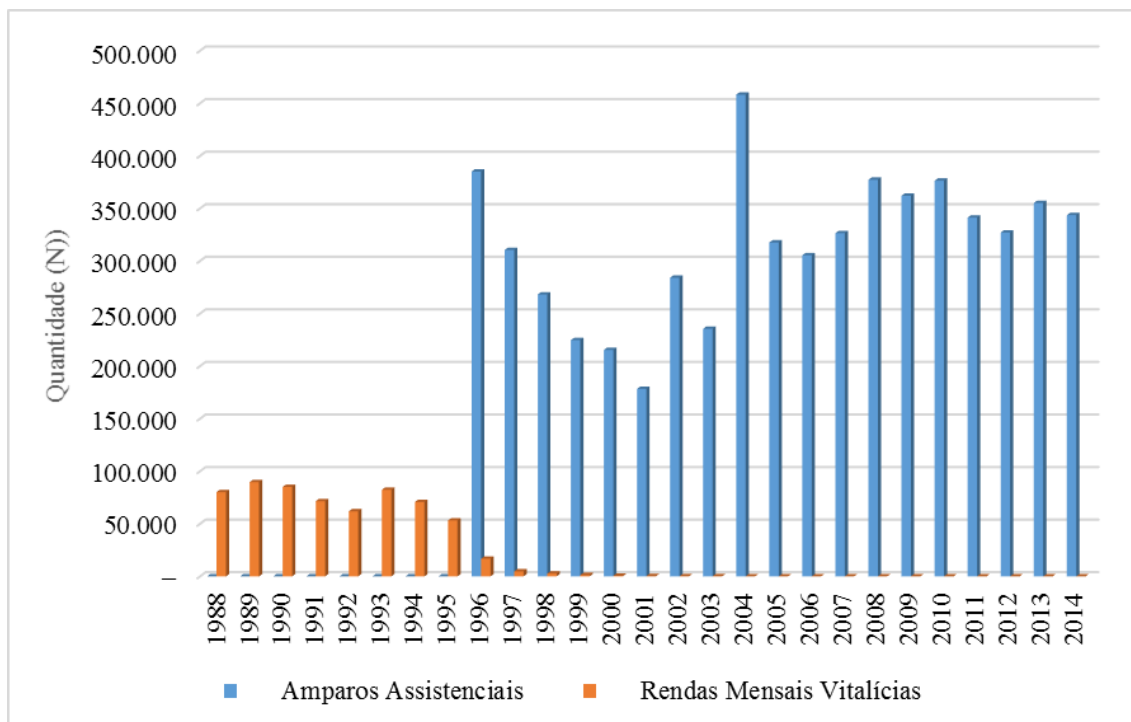


Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

É possível observar que apesar da trajetória ascendente de recursos investidos na Assistência Social o investimento ainda é baixo, sendo cerca de 1/15 do gasto social federal total no ano de 2010 (ano com maior valor investido na área na série histórica) (CASTRO et al., 2012).

O dispositivo legal institucional também instituiu 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, independente de participação prévia no mercado de trabalho, o Benefício de Prestação Continuada – BPC. Pode-se afirmar que a mudança jurídica foi fundamental para romper com o paradigma da ‘ajuda ao necessitado’ e construir o paradigma do cidadão do direito à assistência social no Brasil (PASINATO; KORNIS, 2010; SPOSATI; CORTES; COELHO, 2013). O gráfico 20 demonstra a evolução da quantidade de benefícios concedidos entre 1988 e 2014 com destaque para o ano de 1996, quando o BPC foi implementado:

Gráfico 20: Quantidade (N) de benefícios assistenciais concedidos. Brasil, 1988 a 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Estatístico da Previdência Social – Série histórica

Até o ano de 1996, o benefício voltado para os idosos era a Renda Mensal Vitalícia (RMV). Com a regulamentação do inciso V do art. 203 da Constituição Federal, que originou o BPC, a RMV foi substituída. Contudo, o BPC só foi implementado de fato em janeiro de 1996.

O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício, e que garante o pagamento mensal de 01 (um) salário mínimo à pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. O BPC integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e para acessá-lo não é necessário ter contribuído¹⁶⁷.

Para requerer o BPC, a pessoa idosa ou portadora de deficiência deve procurar um dos postos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), preencher um formulário de solicitação do benefício, juntamente com uma declaração que comprove a renda dos membros da família - que não pode ultrapassar 1/4 de renda familiar *per capita* -

¹⁶⁷ A partir do dia 07 de novembro de 2016, o cadastramento do requerente e do seu grupo familiar no Cadastro Único passou a ser obrigatório como requisito para a concessão do BPC. Dessa forma, o benefício só será concedido para inscrições no CadÚnico que tenham sido realizadas ou atualizadas nos últimos dois anos.

comprovar residência e apresentar documentos próprios e da família para avaliar os critérios de renda. A pessoa beneficiada passa por uma revisão a cada dois anos e, nessa revisão, a situação social e níveis de vulnerabilidade são também avaliados por meio da avaliação social e visita domiciliar.

Cabe ressaltar que o BPC não pode ser acumulado com outro benefício no âmbito da Seguridade Social, tais como: seguro desemprego, aposentadoria, pensão, ou de outro regime, com exceção dos benefícios da assistência médica, das pensões especiais de natureza indenizatória e da remuneração advinda de contrato de aprendizagem.

O quadro 18 demonstra a quantidade e percentual de BPC concedidos para a pessoa com deficiência e idosos entre 1996 e 2015:

Quadro 18: Quantidade e percentual de BPC concedidos para a pessoa com deficiência e idosos. Brasil, 1996 a 2015:

BPC- Quantitativo de beneficiários¹⁶⁸						
ANO	BPC Pessoa com Deficiência	% Crescimento	BPC Pessoa Idosa	% Crescimento	TOTAL	% Crescimento
1996	304.227	-	41.992	-	346.219	-
1997	557.088	83,12%	88.806	111,48%	645.894	86,56%
1998	641.088	15,08%	207.031	133,13%	848.119	31,31%
1999	720.274	12,35%	312.299	50,85%	1.032.573	21,75%
2000	806.720	12,00%	403.207	29,11%	1.209.927	17,18%
2001	870.072	7,85%	469.047	16,33%	1.339.119	10,68%
2002	976.257	12,20%	584.597	24,64%	1.560.854	16,56%
2003	1.036.365	6,16%	664.875	13,73%	1.701.240	8,99%
2004	1.127.849	8,83%	933.164	40,35%	2.061.013	21,15%
2005	1.211.761	7,44%	1.065.604	14,19%	2.277.365	10,50%
2006	1.293.645	6,76%	1.183.840	11,10%	2.477.485	8,79%
2007	1.385.107	7,07%	1.295.716	9,45%	2.680.823	8,21%
2008	1.510.682	9,07%	1.423.790	9,88%	2.934.472	9,46%
2009	1.625.625	7,61%	1.541.220	8,25%	3.166.845	7,92%
2010	1.778.345	9,39%	1.623.196	5,32%	3.401.541	7,41%
2011	1.907.511	7,26%	1.687.826	3,98%	3.595.337	5,70%
2012	2.021.721	5,99%	1.750.121	3,69%	3.771.842	4,91%
2013	2.141.846	5,94%	1.822.346	4,13%	3.964.192	5,10%
2014	2.253.822	5,23%	1.876.610	2,98%	4.130.432	4,19%
2015	2.358.481	4,64%	1.940.444	3,40%	4.298.925	4,08%

Fonte: Síntese/ DataPrev – Janeiro 2017

Percebe-se que em termos quantitativos, o número de benefícios concedidos para pessoas com deficiência excede o de pessoas idosas. Porém, a concessão para idosos tem

¹⁶⁸ O quantitativo de beneficiários indica o número de beneficiários em dezembro de cada ano.

crescido de forma mais vigorosa, sobretudo a partir de 2003, quando após a promulgação do Estatuto do Idoso, a idade exigida para poder requerer o benefício foi reduzida para 65 anos¹⁶⁹ (COSTA et al., 2016).

A renda obtida a partir do Benefício de Prestação Continuada tem exercido um papel muito importante na redução da pobreza entre os idosos e suas famílias. De maneira geral, os longevos brasileiros estão em uma situação financeira melhor do que os adultos mais jovens, visto que segundo documento desenvolvido por Camarano et al (2013), a proporção de idosos pobres foi de 4,8% enquanto a taxa de pobreza entre os não idosos foi cerca de três vezes maior (16,7%). Portanto, as transferências de renda são de suma importância para a redução da pobreza e da desigualdade. Entretanto, a utilização dessas ações para amparar os idosos e deficientes mais vulneráveis financeiramente, não isenta o papel central que as políticas fiscais e tributárias tem na redistribuição de renda, tampouco a importância da provisão universais de serviços públicos, como a saúde, para a universalização das oportunidades e promoção da igualdade.

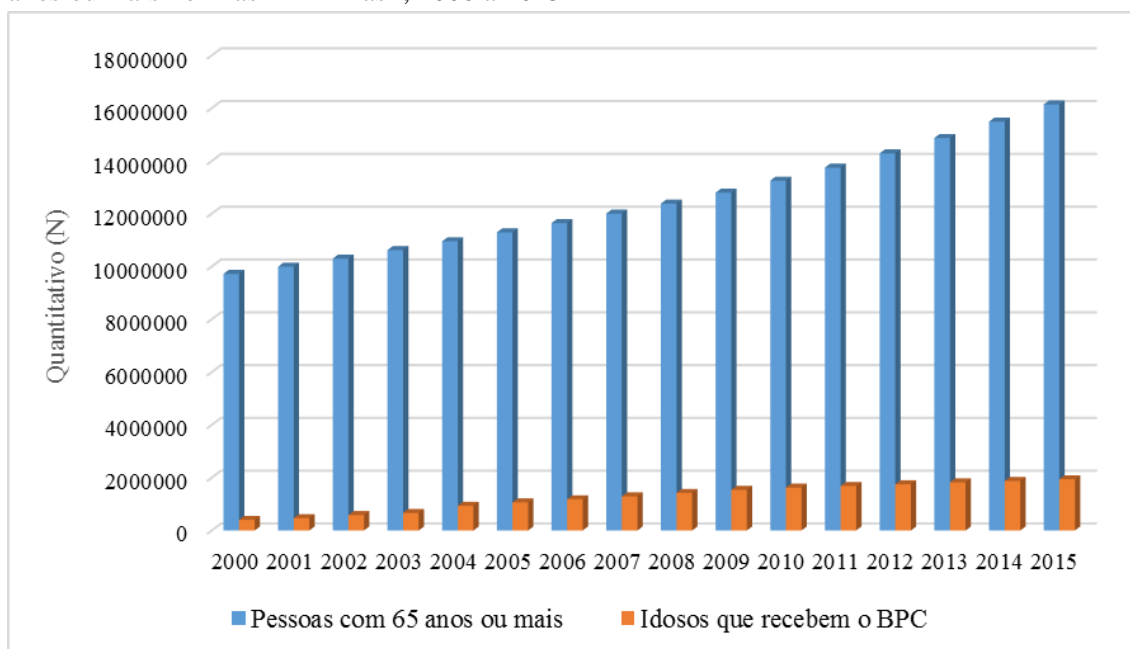
Existe um debate em torno do BPC que diz respeito à natureza do benefício e sua função no campo da proteção social. Há os que defendem uma reforma nas regras que permitem o acesso ao benefício sob a justificativa de que o BPC, desvinculado da necessidade de qualquer contribuição previdenciária prévia, acaba por incentivar a evasão de contribuintes à Previdência. Sustenta-se que as pessoas poderiam passar um período significativo de sua vida produtiva sem se inserir no mercado de trabalho formal, pois elas poderão receber, assim que tiver 65 anos, o mesmo que receberiam pelo sistema previdenciário (BATISTA et al., 2009).

É preciso salientar que o Benefício de Prestação Continuada não substitui as coberturas ofertadas pela Previdência, mas oferece apoio a amparo a um conjunto de contingências sociais que acaba ocorrendo, inclusive, durante a vida economicamente ativa da pessoa idosa. Desta forma essa crítica acaba por escamotear as reais razões por trás de processos de desfiliação previdenciária: o desemprego, o aumento da informalidade e a precarização do mercado de trabalho.

¹⁶⁹ Esta redução foi ratificada pela Lei 12.435 de 2011, que atualiza a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

O número de beneficiários do BPC pode crescer dependendo da economia e da sua capacidade de gerar empregos formais. O gráfico 21 demonstra que o quantitativo de beneficiários está crescendo ao longo dos anos:

Gráfico 21: Quantitativo (N) de idosos beneficiários do BPC e número total de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil¹⁷⁰ – Brasil, 2000 a 2015

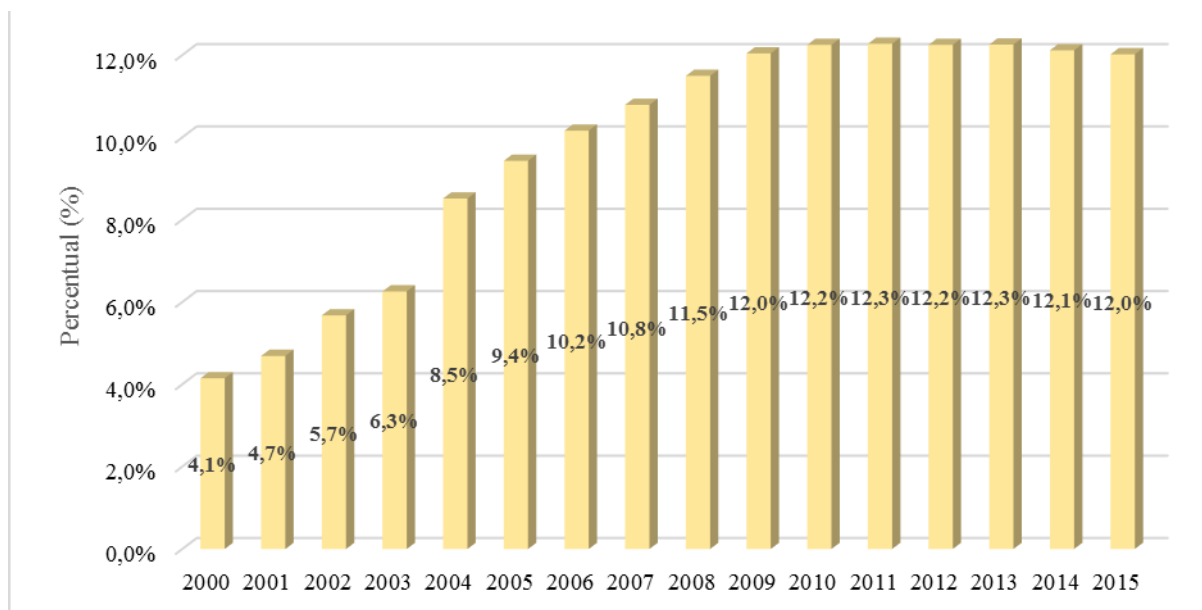


Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE e Síntese/Dataprev

O gráfico 22, por sua vez, demonstra como as informações acima se expressam de forma percentual.

¹⁷⁰ Como o critério de elegibilidade para receber o BPC é de 65 anos, optou-se por fazer a análise do total de idosos com essa faixa de idade pelo total de beneficiário do programa.

Gráfico 22 Percentual de idosos beneficiários do BPC em relação ao total de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil¹ – Brasil, 2000 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE e Síntese/Dataprev

Percebe-se, de forma geral, um aumento proporcional da população idosa beneficiária do BPC até 2010 com relativa expansão a partir de 2006. O aumento de beneficiários está em parte atrelado ao aumento progressivo de idosos na composição populacional ao longo dos anos, e em parte porque idosos podem estar vivenciando situações de vulnerabilidade e fragilidade econômica. Nesse sentido, é preciso promover políticas sociais sustentáveis e que tenham como parâmetro a trajetória de vida.

Na busca por uma efetiva política pública de assistência social, a LOAS também repôs o debate sobre os serviços e ações que deveriam ser prestados, o que afeta diretamente a população idosa. A Política de Assistência Social fortalecida através da LOAS e do SUAS estabeleceram que as vulnerabilidades e riscos sociais, que atingem as famílias, extrapolam a dimensão econômica e exigem intervenções que visem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar.

Nesse sentido, trata-se de direito incondicional, isto é, “gratuito e desmercantilizado, que, por reconhecer aos cidadãos direito ao acesso a serviços socioassistenciais, especialmente aos que estão em situação de vulnerabilidade social, se apresenta como dever de prestação, quando não de ressarcimento, dos poderes públicos” (PESSÔA, 2010, p. 35).

Para tal, os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), como equipamento público que estrutura a atenção básica, têm sido colocados como lócus onde as ações

intersectoriais para prevenção, promoção e proteção social de grupos sociais e indivíduos vulneráveis e suas famílias têm sido desenvolvidas. Três dos programas desenvolvidos no âmbito do CRAS - e pertencentes à Proteção Social Básica – que têm impacto para os idosos são: (a) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), (b) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e (c) Serviço de Proteção Social Básica, no Domicílio, para Pessoas com Deficiência e Idosas.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) consiste em ações com grupos desenvolvidas a partir de etapas de modo a garantir o desenvolvimento progressivo e gradativo dos usuários, de acordo com seu ciclo vital, a fim de prevenir situações de risco social e complementar o trabalho com as famílias, fortalecendo vínculos e incentivando a socialização e a convivência comunitária (MACÊDO et al., 2015).

Um dos grupos alvo do programa são os idosos com idade igual ou acima de 60 anos em situação de vulnerabilidade social, sobretudo aqueles beneficiários “do BPC; outros programas de transferência de renda; com vivências de isolamento social por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço” (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014, p. 18).

Essas ações devem ter como foco

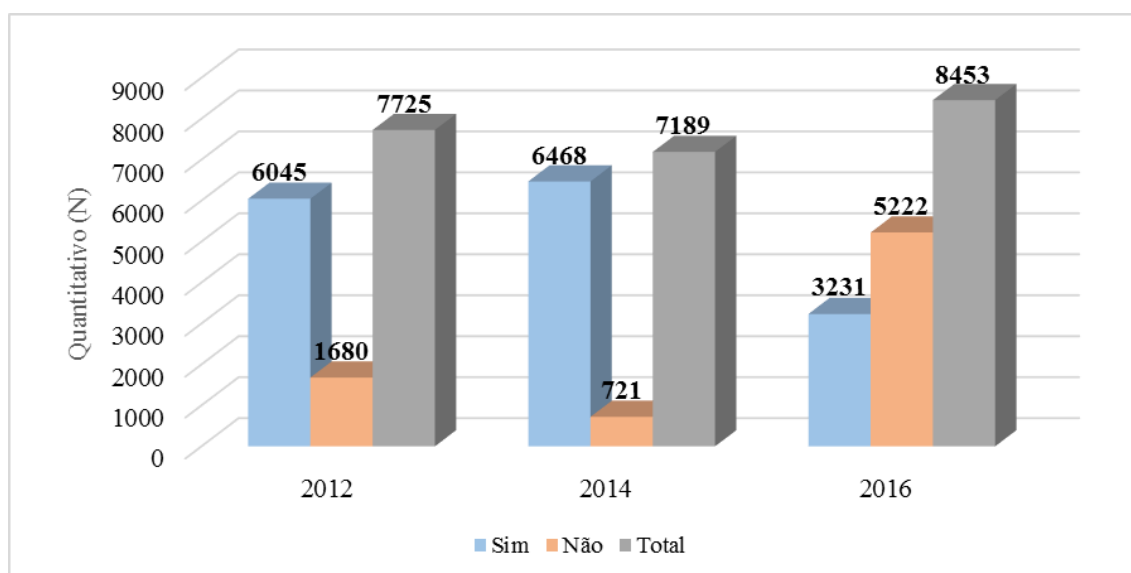
“O desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social. A intervenção social deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social. Devem incluir vivências que valorizam suas experiências e que estimulem e potencialize a condição de escolher e decidir” (Ibid, 2014, p. 18).

Percebe-se que há uma priorização àqueles idosos em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade social com vínculos comunitários fragilizados. O enfoque nesse grupo se justifica na ideia de que a função das redes de sociabilidade primária e de outros apoios informais de apoio social adquirem maior densidade e importância nas dinâmicas da vida social na medida em que os sujeitos envelhecem, visto que essas redes têm um papel

fundamental para o bem-estar subjetivo e satisfação da vida. Sendo assim, há um incentivo ao desenvolvimento de ações no âmbito institucional da Assistência Social para esse grupo que estimule a integração social evitando isolamento e solidão.

Sobre o SCFV, foi possível encontrar o panorama no gráfico 23.

Gráfico 23: Quantidade de unidades que ofertam Serviço de Convivência para pessoas com 60 anos ou mais. Brasil, 2012 a 2016



Fonte: Elaboração própria a partir de CENSO/SUAS

Observa-se um aumento de CRAS que oferecem o Serviço de Convivência para pessoas com 60 anos ou mais entre 2012 e 2014. Todavia, no ano de 2016 nota-se um decréscimo de oferta desse programa para os idosos, apesar do aumento total de unidades que ofertam o SCFV.

Outro programa no âmbito da Proteção Social Básica e que tem ações e diretrizes voltadas para os idosos é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF consiste na oferta de ações socioassistenciais às famílias em situação de vulnerabilidade social, de caráter continuado, com a finalidade de prevenir o rompimento de vínculos, protegendo as famílias a função protetiva das famílias, e promovendo seu acesso e usufruto dos direitos à convivência familiar e comunitária, contribuindo para melhoria de sua qualidade de vida.

Cabe ressaltar que

“Todos os serviços da proteção social básica, desenvolvidos no território de abrangência do CRAS, em especial os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, bem como o Serviço de

Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, devem ser a ele referenciados e manter articulação com o PAIF. É a partir do trabalho com famílias no serviço PAIF que se organizam os serviços referenciados ao CRAS.” (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014, p. 12).

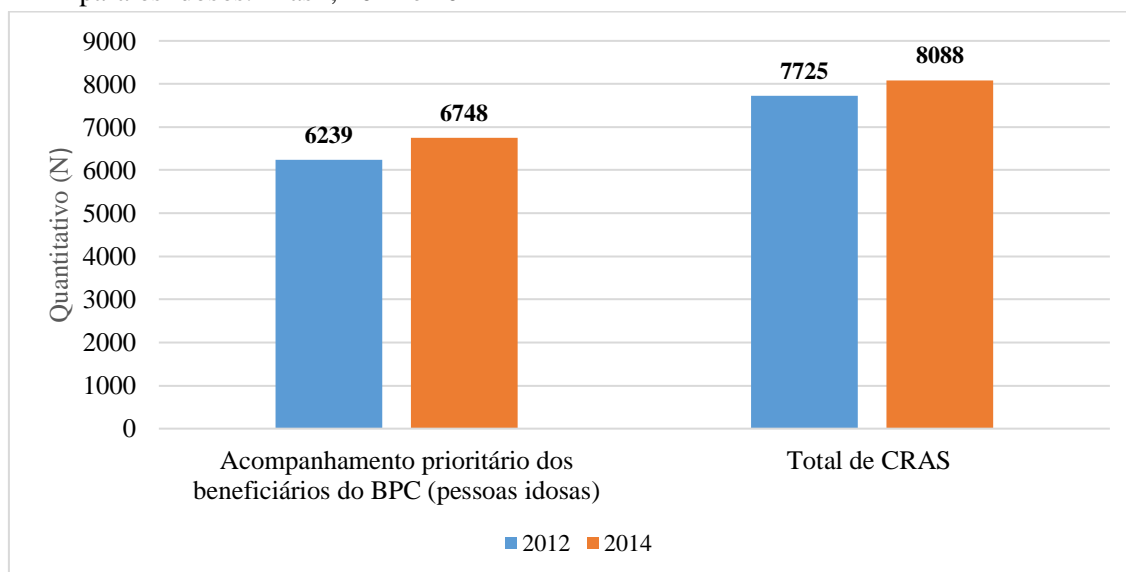
De forma geral, o público –alvo do programa são “famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social”(BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014, p. 13). De forma mais específica, pessoas idosas (e também com deficiência) que sejam identificados vínculos familiares fragilizados, sem acesso a serviços de cuidado e apoio, com pouca capacidade de autonomia e outras situações que apontem a vivência de vulnerabilidade social são um dos grupos prioritários do programa.

De acordo com publicação da Secretaria Nacional de Assistência Social (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012), as ações do PAIF são: formatar a acolhida, ou seja, o processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial; planejar oficinas com famílias; promover a mobilização social e fortalecimento dos vínculos entre as famílias do território através de ações comunitárias (que podem se dar através de palestras, campanhas e eventos comunitários); subsidiar, quando for necessário, ações particularizadas à família ou algum (ns) membro(s) ou todo o grupo familiar; e desenvolver processos de orientação e direcionamento das famílias para serviços e/ou benefícios socioassistenciais ou de outros setores.

Observa-se, novamente, a busca em fortalecer a função protetiva da família através da institucionalização e tentativa de efetivação de mecanismos que possam evitar ou minimizar fragilidades sociais, bem como o fortalecimento e manutenção dos vínculos familiares e comunitários, além de prestar apoio a famílias sem acesso a redes de cuidado, reconhecendo que as “vulnerabilidades e riscos sociais que atingem as famílias extrapolam a dimensão econômica e exigem intervenções que trabalhem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar” (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016, p. 126).

O gráfico 24 demonstra o quantitativo de CRAS ofertam âmbito do PAIF voltadas aos idosos:

Gráfico 24: Quantidade de CRAS que ofertaram ações e atividades desenvolvidas no âmbito do PAIF para os idosos. Brasil, 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria a partir do CENSO/SUAS

Percebe-se que há um número expressivo de centros de referência que desenvolvem ações no PAIF direcionadas aos idosos (mais especificamente àqueles beneficiários do BPC, ou seja, com 65 anos ou mais). Em 2012, o número de CRAS com ações era 6239, ou seja, 80,8% do total de centros cadastrados nesse ano. Em 2014 registrou-se um pequeno aumento de menos de 3%. De toda forma, é relevante o número de CRAS que oferecem essas atividades, o que demonstra uma tentativa de proteção àqueles idosos mais vulneráveis econômica e socialmente.

Assim como os anteriores, Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas visa prevenir agravos e rompimentos de vínculos comunitários e familiares dos indivíduos idosos e portadores de deficiência, buscando ainda promover autonomia, garantia de direitos, inclusão social desse grupo. Ele busca ainda promover acesso aos serviços de outras políticas públicas como “educação, trabalho, saúde, transporte especial e programas de desenvolvimento de acessibilidade, serviços setoriais e de defesa de direitos e programas especializados de habilitação e reabilitação”(BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014, p. 25). As ações também objetivam se estender aos familiares através de “ações de apoio, informação, orientação e encaminhamento, com

foco na qualidade de vida, exercício da cidadania e inclusão na vida social, sempre ressaltando o caráter preventivo do serviço” (Ibid 2014, p. 25).

O funcionamento da Proteção Social Básica foi atestado por uma entrevista vinculada à Secretaria Nacional de Assistência Social. Ao ser questionada sobre a política, afirmou:

“Funciona bem, se você perguntar para o CRAS, existe um prontuário que não é 100% dos CRAS que preenchem e lá dá para saber por exemplo se aquele idoso compareceu quantas vezes, o que foi feito, o que ele vivenciou, alguns idosos foram acompanhados, outros foram desabrigados, que voltaram para o ambiente familiar. Então, a gente consegue recuperar algumas informações desse tipo. Funciona. Quando o serviço consegue ter uma equipe, o problema é que o sistema ainda é precário. Ele tem pouco trabalhador, tem uma estrutura mínima, mas o CRAS que tem uma equipe para atender as necessidades do território, não é o caso padrão. O caso padrão são quatro pessoas de nível superior, para dar conta de uma infinidade de vulnerabilidade. Mas se você consegue organizar e atender por vulnerabilidade é muito interessante. O BPC cria um vínculo desse idoso com o serviço, se o CRAS está atento, disponível e com capacidade para atender, às vezes na cidade tem uma assistente social aí num dá. Então você tem um sistema que pode atender, ele tem capacidade e capilaridade. Hoje você pode dizer “a assistência social está em todo o Brasil”, a assistência social pública. E eu, particularmente, defendo que a política do idoso [deve passar] pela assistência social pública, independente de ser pobre ou não”.

As redes de apoio primárias são importantes para a qualidade de vida dos longevos, não somente para a melhoria de suas condições de vida, fornecendo apoio material e instrumental, mas também pelo impacto do apoio prestado no âmbito emocional. Isto posto, as redes de apoio social, principalmente as famílias, configuram-se como um elemento-chave para as ações e serviços desenvolvidos no âmbito da Assistência Social e que impactam nos idosos.

No que se refere à cobertura, das 2100 unidades que responderam sobre o funcionamento de outros serviços/programas da Assistência Social, somente 120 disponibilizavam esse serviço, ou seja, 5,7% no ano de 2016. Quando questionados se essas ações se estendiam às famílias, o número de unidades que respondeu afirmativamente diminuiu: 46 unidades ou 2,2% do total.

Observou-se que um número expressivo de CRAS desenvolvem ações para os idosos no âmbito relacionadas aos tipos de serviços, o que significa uma tentativa de efetivação de ações para esse grupo, visando seu bem-estar e de suas famílias. Percebe-

se que o Estado possui primazia na oferta dos serviços, indicando o seu papel na condução e concretização de ações que beneficiem os idosos. Não obstante, é preciso atentar que o cuidado a pessoa idosa continua muito restrito ao âmbito privado, o que num ambiente de fragilização dessas redes familiares e comunitárias pode levar a institucionalização da pessoa idosa, o que vai na direção contrária da PNI, que propôs o estímulo à criação de alternativas ao asilamento da pessoa idosa.

Apesar da importância dessas ações que buscam o fortalecimento de vínculos e evitar o isolamento social de idosos vulneráveis, é preciso é preciso questionar sobre ações que visem também apoiar as famílias no cuidado desses idosos, sobretudo as mais pobres. Além disso, parte significativa das ações têm se baseado na formação e incentivo a grupos de convivência, o que não é suficiente para dar conta das necessidades de atendimento, assim como auxiliar as famílias com idosos frágeis (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016)

Saúde

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

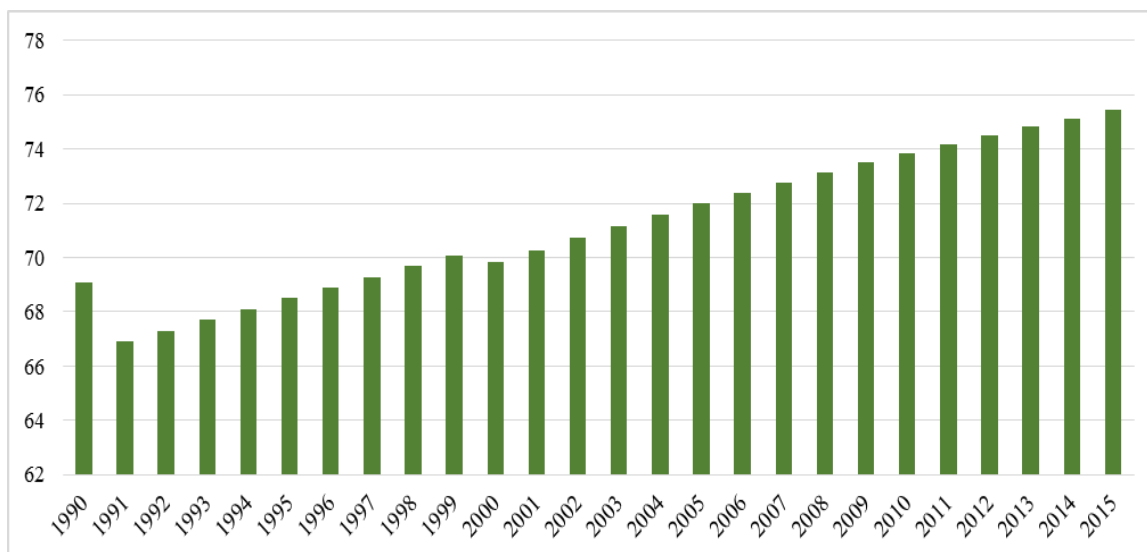
Essas mudanças constitucionais e legais, associadas às transformações demográficas - quedas nas taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade, com aumento da proporção da população com mais de 60 anos – têm profundas implicações para a proteção social em saúde dos idosos, colocando novas demandas para as políticas e organização do sistema de saúde.

Características da saúde dos idosos: Perfil e demandas

Um indicador que ajuda a compreender a expansão vigorosa e progressiva de idosos no Brasil é o de expectativa de vida, isto é, o número aproximado de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano viveria, se mantidas as mesmas condições desde o

seu nascimento. O gráfico 25 mostra a evolução da expectativa de vida da população brasileira de 1990 a 2015¹⁷¹.

Gráfico 25: Expectativa de vida da população. Brasil, 1988 a 2015.

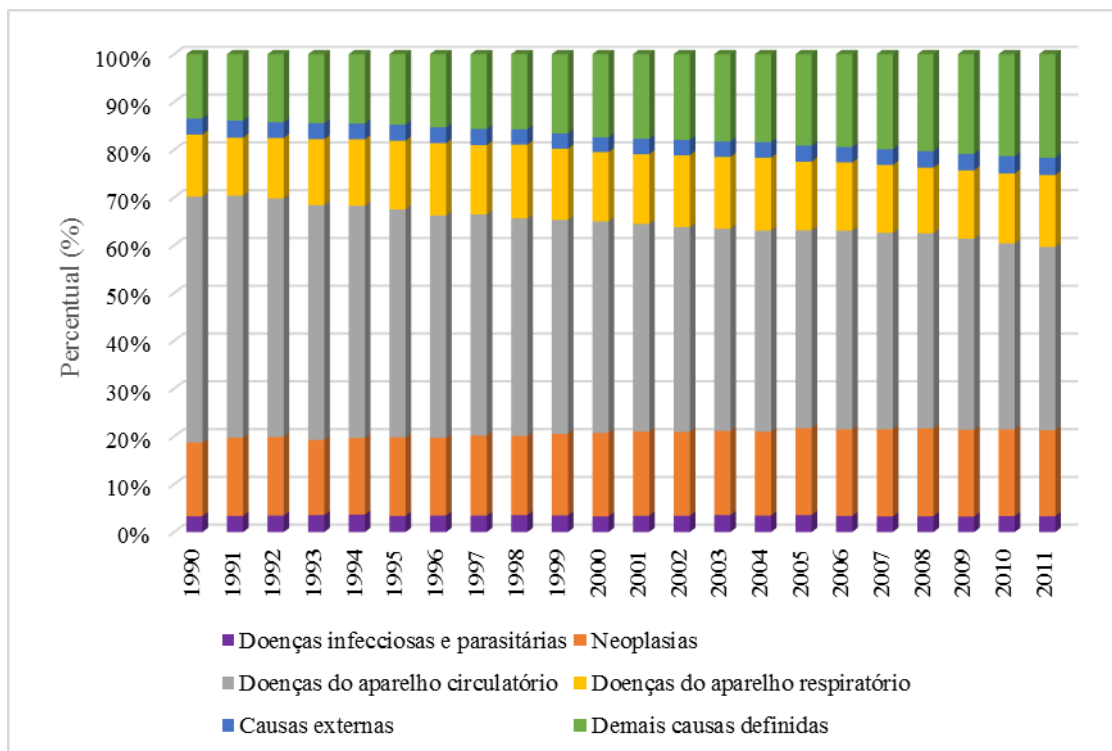


Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE

Juntamente com a transição etária e consequente aumento de idosos ocorreu ainda uma modificação no perfil de mortalidade da população brasileira. Verificou-se a diminuição da prevalência e mortalidade por doenças infectocontagiosas como, por exemplo, malária, diarreia, tuberculose e o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas tais como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares (VERAS, 2009), conforme ilustra o gráfico 26.

Gráfico 26: Mortalidade proporcional por grupos de causas de pessoas com 60 anos ou mais. Brasil, 1990 a 2011

¹⁷¹ A análise aqui empreendida tem como marco inicial a institucionalização de um sistema redistributivo de Proteção Social em 1988 até o ano de 2015. Contudo, na impossibilidade de ilustrar toda a série histórica pretendida, optou-se por usar o máximo de anos possíveis.



Fonte: Elaboração própria a partir do DATASUS

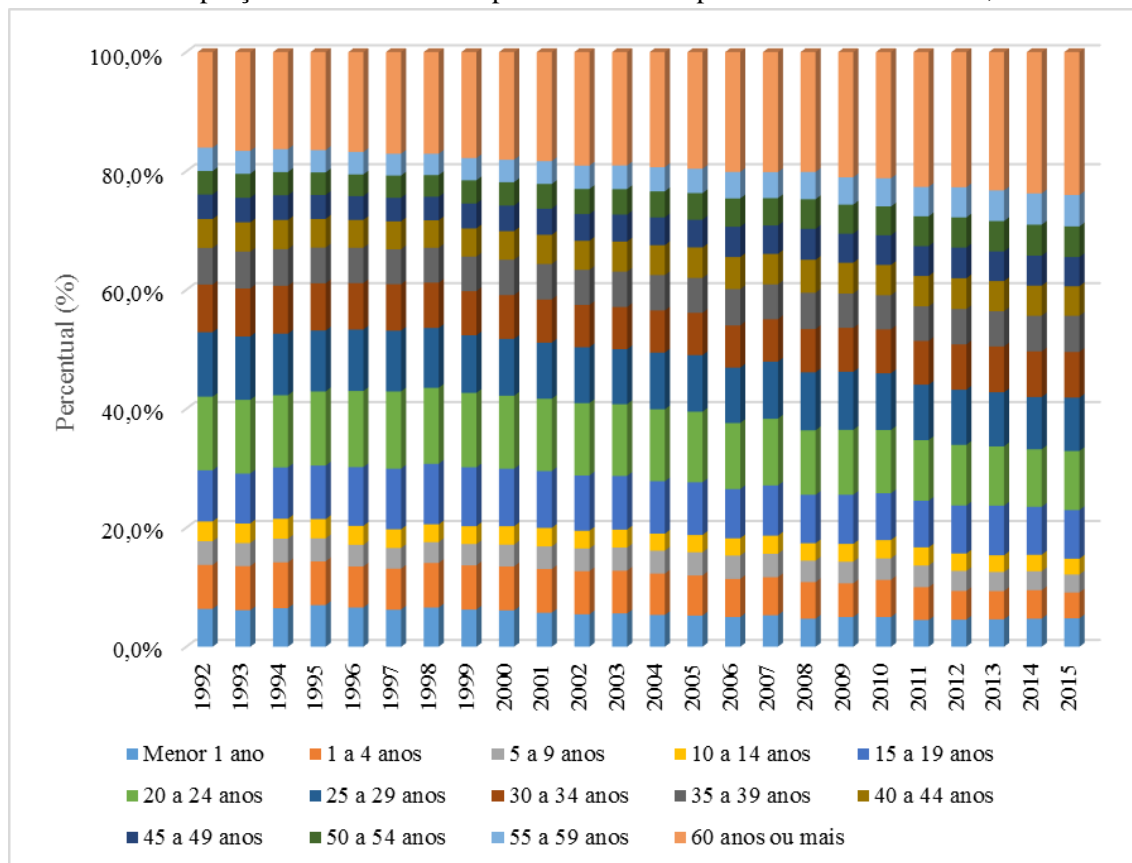
Os dados demonstram que as doenças que mais causaram a morte dos idosos foram aquelas de caráter crônico: as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Kalache (1987) alertou para o caráter de cronicidade das doenças mais frequentes nos longevos, ou seja, o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão ou a ocorrência de um acidente vascular-cerebral em idosos pode significar a necessidade prolongada de cuidados em saúde não somente por dias ou semanas, mas anos. Vale ressaltar que no Brasil, esse aumento coexiste com a manutenção de alta incidência das doenças infecto-parasitárias e com a presença significativa de causas externas em decorrência da violência, o que faz com que o país tenha que dar conta de uma “carga tripla de doenças” (MENDES, 2010a).

A mudança no perfil de saúde da população leva a alta prevalência de doenças crônicas e suas consequências, além de perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais, o que pode acarretar patologias ou agravar doenças preexistentes (DE ASSIS, 2005). Vale destacar que a morbidade passa a se destacar nesse contexto, uma vez que se faz necessária a estruturação de serviços capazes de realizar acompanhamento eficaz e integral aos idosos. Sendo assim, o aumento da população com mais de 60 anos tende a ser acompanhado de alteração no quadro de morbidade devido à expansão das doenças

crônicas não transmissíveis e suas consequências (SOUZA; SCOCHI; MARASCHIN, 2011). O gráfico 27 demonstra uma crescente participação do grupo etário de 60 anos ou mais no total das internações hospitalares do SUS

Gráfico 27: Proporção de morbidade hospitalar¹⁷² no SUS por faixa de idade. Brasil, 1992 a 2015



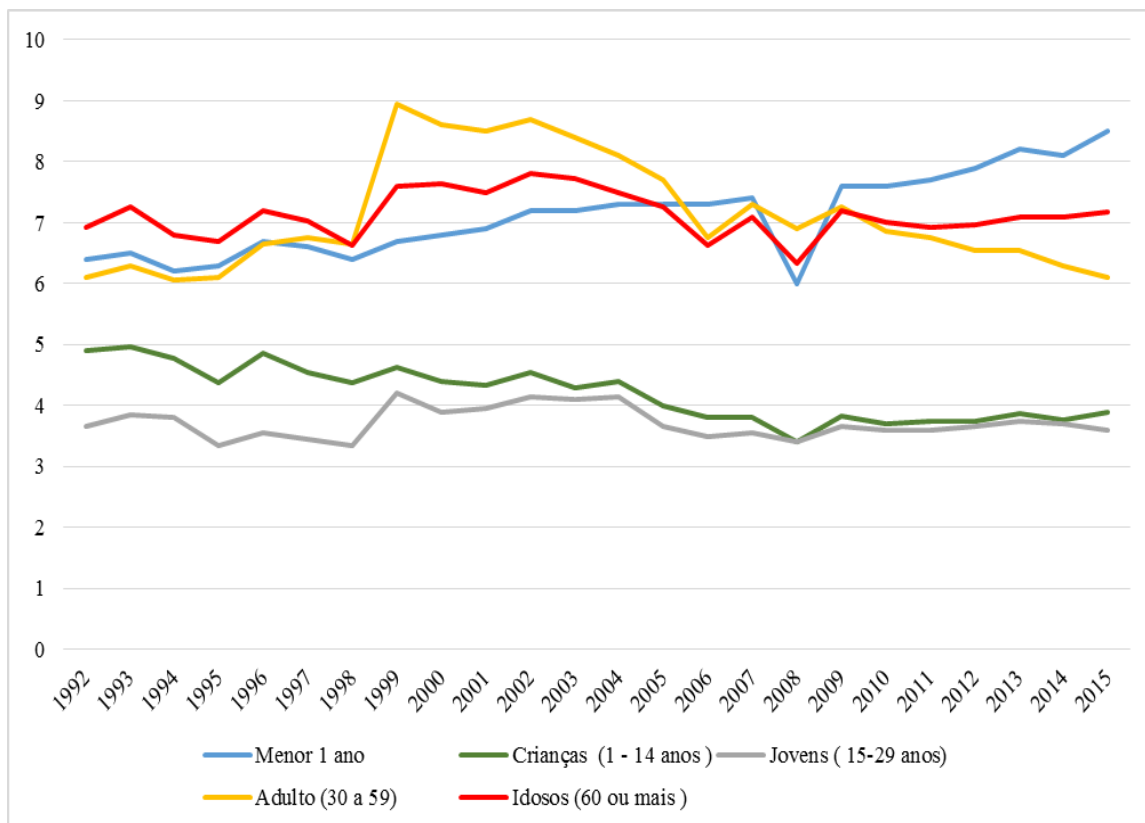
Fonte: Elaboração própria a partir do DATASUS

É possível perceber que há um quadro expressivo e progressivo de morbidade entre aqueles acima de 60 anos. Estudos afirmam que o sexo e sobretudo a idade constituem-se nos principais indicadores demográficos que conformam o perfil de morbidade de uma população (FILHO et al., 2004).

Outro elemento que pode ajudar a compreender o aumento de idosos e estado de saúde é a análise da média de permanência dos indivíduos no hospital. O Gráfico 28 mostra a evolução desse indicador por faixa etária.

Gráfico 28: Média de permanência no hospital por faixa de idade. Brasil, 1992 a 2015

¹⁷² O conceito “morbidade hospitalar” neste caso significa que dentre as internações pagas pelo SUS, como foi a distribuição por faixa etária



Fonte: Elaboração própria a partir do DATASUS

O gráfico demonstra a média de tempo de internação (em dias) por faixas de idade. O que se observa é que três são grupos etários que permanecem o maior número de dias (em média) internados: menores de um 1 ano, pessoas acima de 60 anos e adultos entre 30 e 49 anos.

É possível observar que entre 1998 e 2005 a população com idade entre 30 e 59 anos foi a que permaneceu mais tempo internada. Isso pode ter ocorrido por diferentes fatores como por exemplo causas acidentais, representadas pelas quedas, acidentes de transporte terrestre e demais causas externas como a violência (MASCARENHAS; BARROS, 2015). Todavia, é possível perceber uma queda na média de permanência de internação a partir de 2003.

O mesmo acontece com o tempo médio de internação daqueles com mais de 60 anos. Percebe-se que no ano 2008 essa população ficou o menor tempo no hospital. Porém no ano seguinte há um aumento dessa trajetória e esse grupo etário manteve a média de 7 dias internados. Cabe destacar a ascendente (salvo o ano de 2008) na linha que se refere àquele (a) s pertencentes a crianças até um ano de idade que pode ser atribuída a afecções originadas no período perinatal ou doenças mais comuns a indivíduos dessa idade como

as respiratórias. Ao longo dos anos, sobretudo a partir de 2008, se percebe um aumento gradativo de tempo de internação desse grupo.

As mudanças no perfil epidemiológico têm gerado demandas específicas de cuidado e atenção, dada a potencialidade desse grupo para o acometimento de doenças incapacitantes e de caráter crônico.

O modelo ainda vigente de atenção à saúde - modelo biomédico - que reduz o processo saúde-doença a sua dimensão biológica, excluindo assim as dimensões históricas, sociais, cultural, política) mostra-se limitado para dar conta dessa realidade, além de ser mais custoso (SILVEIRA et al., 2013). A mudança deste modelo deve levar em conta o processo de envelhecimento e suas consequências para a saúde e o SUS a fim de elaborar estratégias mais eficazes para promoção e prevenção de agravos. Considerando que os idosos apresentam mais problemas de saúde, especialmente de longa duração, o conhecimento do perfil clínico dessa população é importante para o planejamento das ações de saúde.

Diante do panorama apresentado, é necessário questionar como o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se organizando. A mudança no cenário demográfico, com a expansão acelerada do contingente de idosos vem exigindo mudanças urgentes nas políticas de proteção social diante do aumento de doenças crônicas degenerativas e das morbidades que elevam a necessidade de readequação dos serviços de saúde. Desta forma, é fundamental compreender os mecanismos que o Estado vem utilizando (gastos sociais em Saúde, financiamento, cobertura dos programas) para dar conta dessa realidade demográfica.

Financiamento e cobertura privada e pública em Saúde

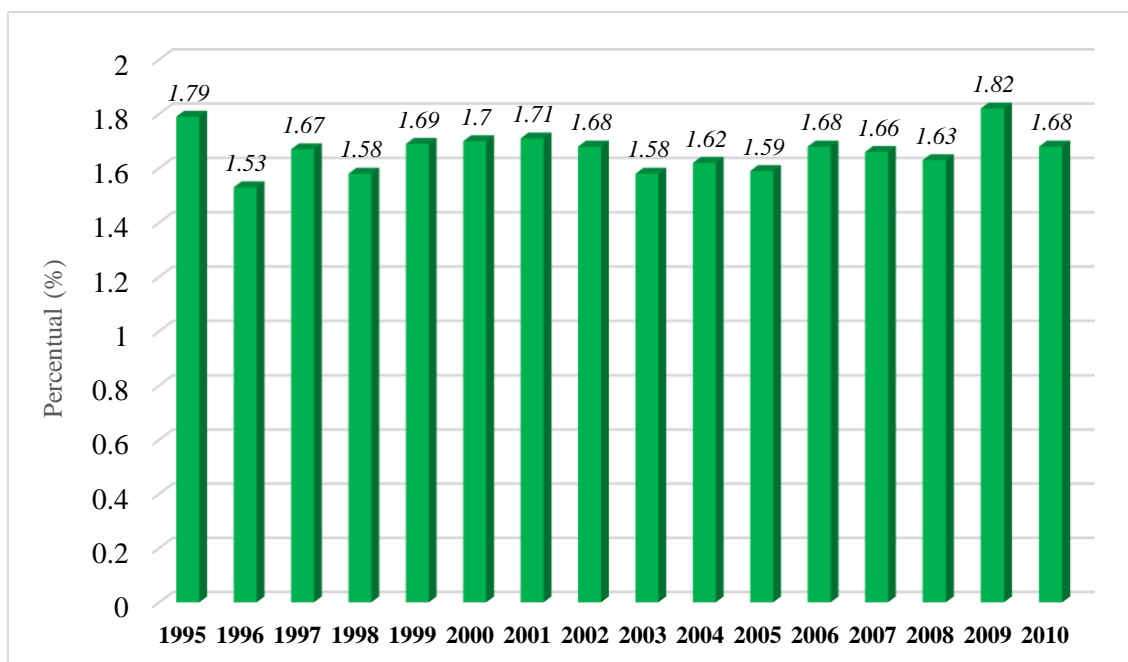
Desde a sua criação, o SUS vem passando por mudanças legais e institucionais a fim de concretizar as diretrizes preconizadas na sua criação. No Brasil, é fundamental ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde a toda população e que buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico (PIOLA et al., 2012). Considerando os idosos, a efetividade e volumes dos gastos com saúde no Brasil são essenciais, dado o aumento quantitativo desse grupo e os desafios que estes acarretam para o sistema de saúde e a sociedade como um todo.

De acordo com Ribeiro et al (2007, p. 11), o Brasil tem um sistema de saúde que pode ser dividido em quatro grupos de acordo com o financiamento e modalidade de atenção em saúde:

“a) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); b) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e planos exclusivamente odontológicos; c) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; d) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato”.

No que concerne ao sistema público, o gráfico 29 ilustra a participação do gasto federal de saúde no PIB

Gráfico 29: Gastos sociais do governo federal em saúde –como proporção do PIB. Brasil, 1995 a 2010



Fonte: Elaboração própria a partir de Castro et al (CASTRO et al., 2012)

O gráfico demonstra que uma parcela significativamente baixa do PIB tem sido revertida para a saúde, o que se traduz nos valores baixos e na trajetória bastante irregular no que se refere a ao destino dos recursos, variando de 1,53% a 1,82%, o que sugere uma certa estagnação do investimento dos governos federais ao longo do período. Vale destacar que esses percentuais deveriam ser um pouco maiores, uma vez que no ano de 1996 foi

instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)¹⁷³, fruto de intensa mobilização social e do Ministro da Saúde da época junto ao Congresso. De forma geral, os produtos das arrecadações deveriam ser destinados à saúde para o financiamento das ações e serviços. Inicialmente, 0,20% das movimentações financeiras deveriam ser destinadas a área. Posteriormente esse percentual foi ampliado para 0,38% sob a justificativa de prover recursos também para a Previdência Social (PIOLA et al., 2013). Sendo assim, é possível afirmar que a introdução da CPMF contribuiu mais para estabilizar os recursos destinados a Saúde do que propriamente ampliá-lo, como era esperado.

Todavia, na prática a CPMF não significou uma ampliação robusta dos recursos para a área, pois a cada proporção que entrava por conta das movimentações financeiras, ao mesmo tempo era reduzida a participação de outras fontes de financiamento, o que levava que o volume de recursos direcionado a Saúde continuassem aquém no necessário (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Além disso, no ano de 1999 a CPMF¹⁷⁴ “deixou de ser fonte de financiamento exclusiva da saúde, passando a compor o financiamento das despesas previdenciárias e, dois anos mais tarde, passa a compor também o Fundo de Combate à Pobreza” (MARTINIANO et al., 2011, p. 99).

Mesmo a instituição da Emenda Constitucional nº 29/2000¹⁷⁵ não foi suficiente para uma expansão expressiva dos recursos federais para a saúde, embora tenha favorecido sua relativa estabilidade, e o aumento da participação de estados e municípios no financiamento setorial.

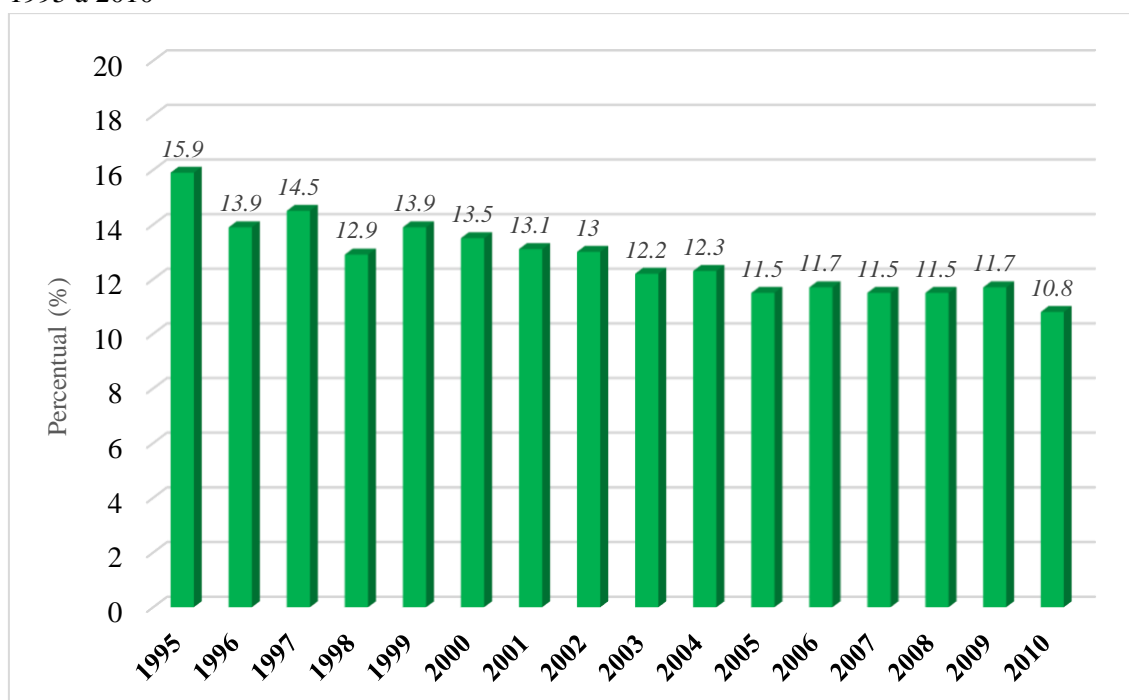
No que se refere à participação social da saúde nos gastos sociais federais, o investimento teve recuos, conforme demonstra o gráfico 30.

¹⁷³ Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996

¹⁷⁴ No ano de 2007, o Senado Federal votou por não estender a CPMF (imposto de transação bancária em vigor desde 1996 e uma importante fonte de receitas fiscais para o sector da saúde), decretando, portanto, seu fim (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014).

¹⁷⁵ A EC 29 estabeleceu a vinculação de recursos orçamentários da União, Estados e Municípios para despesas com saúde.

Gráfico 30: Participação percentual da área da Saúde no total do Gasto Social Federal. Brasil, 1995 a 2010



Fonte: Elaboração própria a partir de Castro et al (2012)

Percebe-se que se no ano de 1995 a área da saúde foi responsável por 15,9% dos gastos sociais, em 2010 esse percentual chegou a 10,8% do total aplicado em políticas sociais. Os baixos patamares de investimento federal na área da saúde podem ser atribuídos a alguns fatores como o estabelecimento da EC 29 no ano de 2000 que pode ter elevado os gastos dos governos estaduais e municipais e estabilizado o crescimento de recursos por parte da União e a permanente lógica de financiamento que vem historicamente beneficiando o setor privado. Desta forma, ao examinar o gasto público federal destinado à saúde sugere-se que ele é baixo e insuficiente para cumprir e materializar o princípio da universalidade colocado na norma constitucional.

Cabe assinalar que o gasto federal com ações e serviços públicos em saúde corresponde a cerca de 44,7% do gasto público total em saúde, já que em 2011 mais de 50% do gasto era estadual ou municipal (PIOLA et al., 2013). Ainda assim, no período analisado o total estimado do gasto público em saúde não ultrapassou cerca de 3.6% do PIB, o que é baixo se comparado a outros países com sistemas públicos fortes como a França, por exemplo, onde 11,5% do PIB é investido em saúde. Diversos autores têm destacado a insuficiência do financiamento público para dar conta da concretização das diretrizes do SUS e das necessidades de saúde da população, bem como as iniquidades no financiamento setorial.

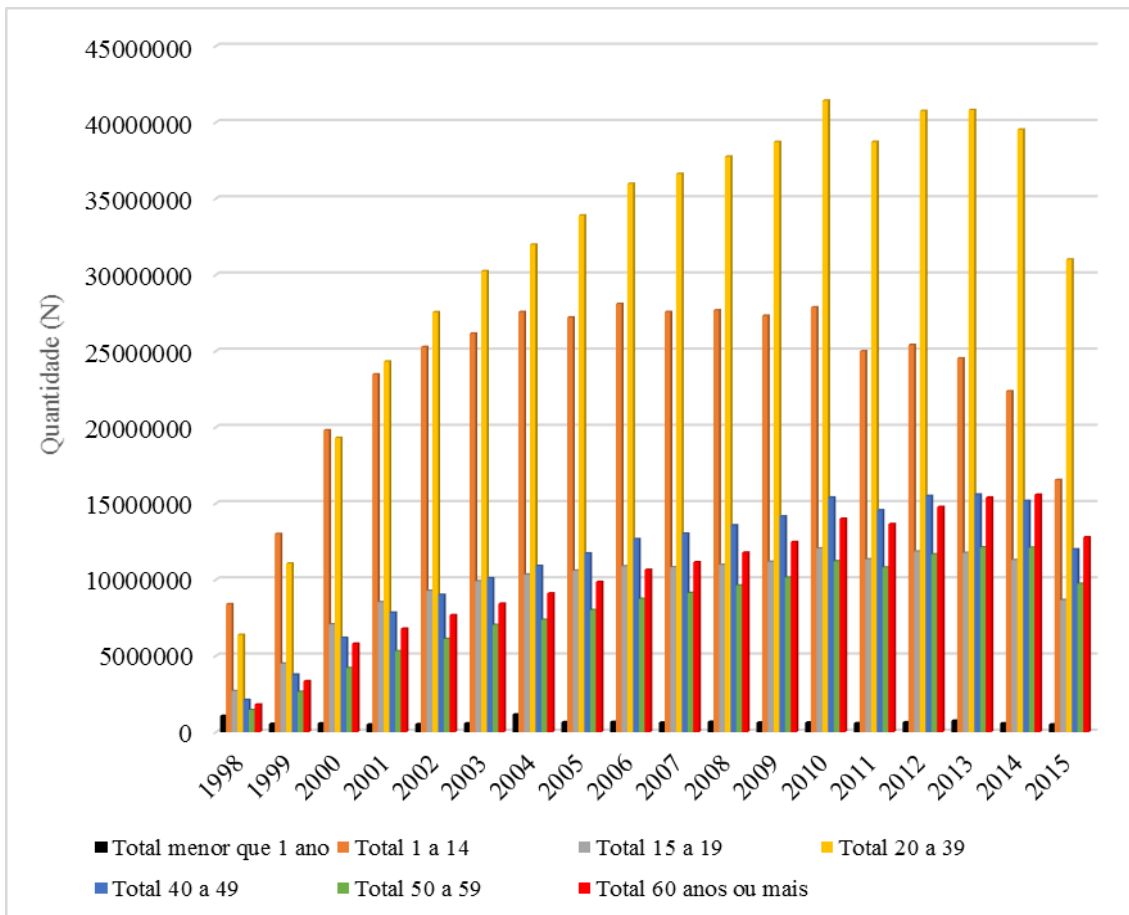
Para os idosos, especialmente, a estabilidade do financiamento e investimento no SUS é ainda mais fundamental. A transição epidemiológica traz desafios não só para a saúde e bem-estar do idoso, mas também para os serviços de saúde, implicando num maior consumo (e conseqüentemente, custos) de internações e de tratamento, equipamentos e medicamentos mais dispendiosos (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004). Nunes (2004, p. 427) corrobora esta análise em seu estudo ao afirmar que o aumento do número de idosos e o novo perfil epidemiológico de atenção à saúde refletem-se em “mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na conseqüente elevação dos custos de atenção médico- hospitalar”.

Ademais, é necessário considerar duas dimensões relativas à saúde dos idosos: de um lado a *manutenção da capacidade funcional*, ou seja, da capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma e a *prevenção de agravos* nesses idosos independentes e; por outro a busca pela *recuperação da saúde* dos que adoecem e *reabilitação* daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, o que pode comprometer a autonomia e impedi-los de satisfazer suas necessidades cotidianas, gerando situações de dependência (SOUZA, 2016).

Pensando nesse aspecto, o cuidado à saúde a partir do SUS apresenta-se como essencial, pois tem-se que o atendimento a partir das unidades básicas de saúde pode contribuir para uma melhor assistência a população idosa visto que uma maior resolutividade na atenção básica pode reduzir a demanda por consultas especializadas, exames complementares e de modo especial o uso de serviços de maior complexidade (FRANCO; JÚNIOR, 2003).

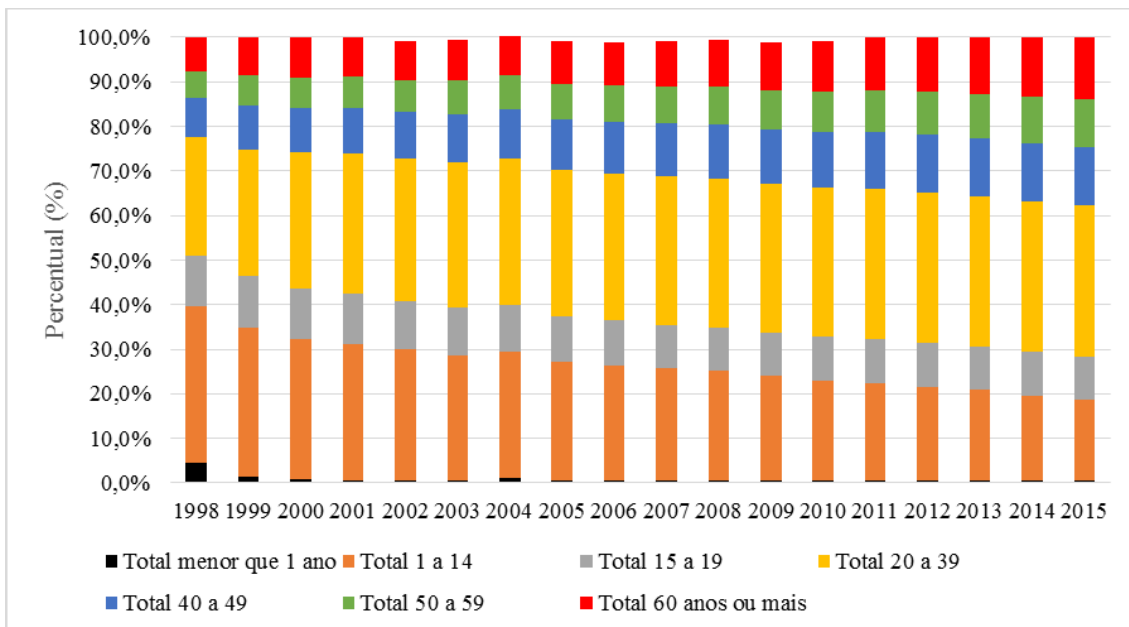
Para reorganização da prática assistencial foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da *Política Nacional de Atenção Básica*, o *Programa Saúde da Família – PSF* (atualmente *Estratégia de Saúde da Família*), com o objetivo de reorientar o modelo de atenção e imprimir nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade. Os gráficos 31 e 32 mostram o número e proporção de idosos nas unidades de Atenção Básica.

Gráfico 31: Quantidade (N) de pessoas cadastradas na Atenção Básica por faixa de idade. Brasil, 1998 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir do DATASUS

Gráfico 32: Proporção de pessoas cadastradas na Atenção Básica por faixa de idade. Brasil, 1998 a 2015

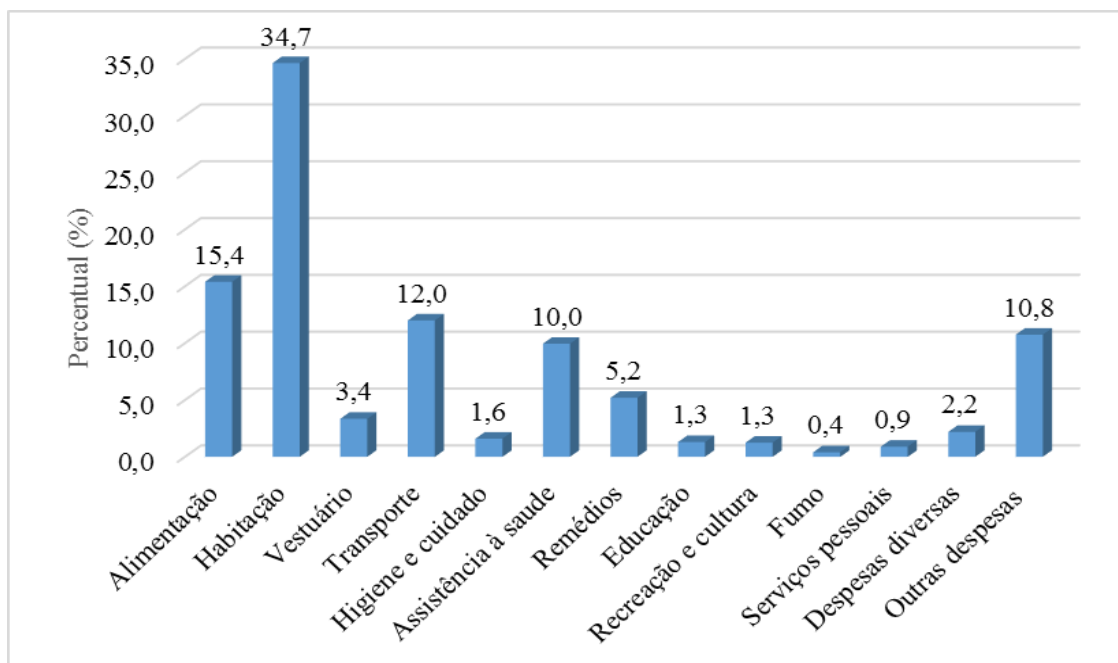


Fonte: Elaboração própria a partir do DATASUS

É possível perceber um crescimento gradativo da proporção de pessoas acima de 60 anos cadastradas na Atenção Básica entre 1998 e 2015, com destaque para os anos posteriores a 2013, quando o percentual de idosos cadastrados ultrapassou o grupo de pessoas de 40 a 49 anos. Este panorama sugere uma tentativa de que a atenção à saúde dessa população tenha como porta de entrada a Estratégia de Saúde da Família, algo enfatizado no Pacto pela Vida e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ambos de 2006. Outro elemento que explicaria essa expansão na cobertura seria o também gradativo aumento de idosos na população. De toda forma, o que se verifica é que há uma população idosa requerendo, cada vez mais, o atendimento através da Atenção Básica. Isto é importante porque, ao ingressar no programa, os idosos podem ter a seu dispor serviços e ações de prevenção e promoção necessários para evitar adoecimento e agravos. Nesse sentido, no período de 1998 a 2015, a expansão do SUS proporcionou extensão da cobertura assistencial a um grande contingente populacional.

O aumento da população idosa também está associado com uma elevação dos custos de cuidados de saúde, justificado na maior propensão das pessoas nessa faixa etária de necessidades de cuidados de saúde, visto que as doenças dos idosos tendem a ser crônicas e múltiplas, perdurando por vários anos e demandando acompanhamento constante, medicamentos, consultas médicas e por vezes internações hospitalares de longa duração (COLET; BORGES; AMADOR, 2016; SOUZA, 2013). Ressalte-se ainda a questão das inovações tecnológicas, que colocam uma pressão constante de aumento dos custos da assistência à saúde (COSTA et al., 2013). Sendo assim, em que pese a expansão do sistema público, os gastos das famílias que têm idosos em sua composição continuam bastante expressivos.

Gráfico 33: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%) por tipos de despesa – 60 anos ou mais. Brasil, 2008

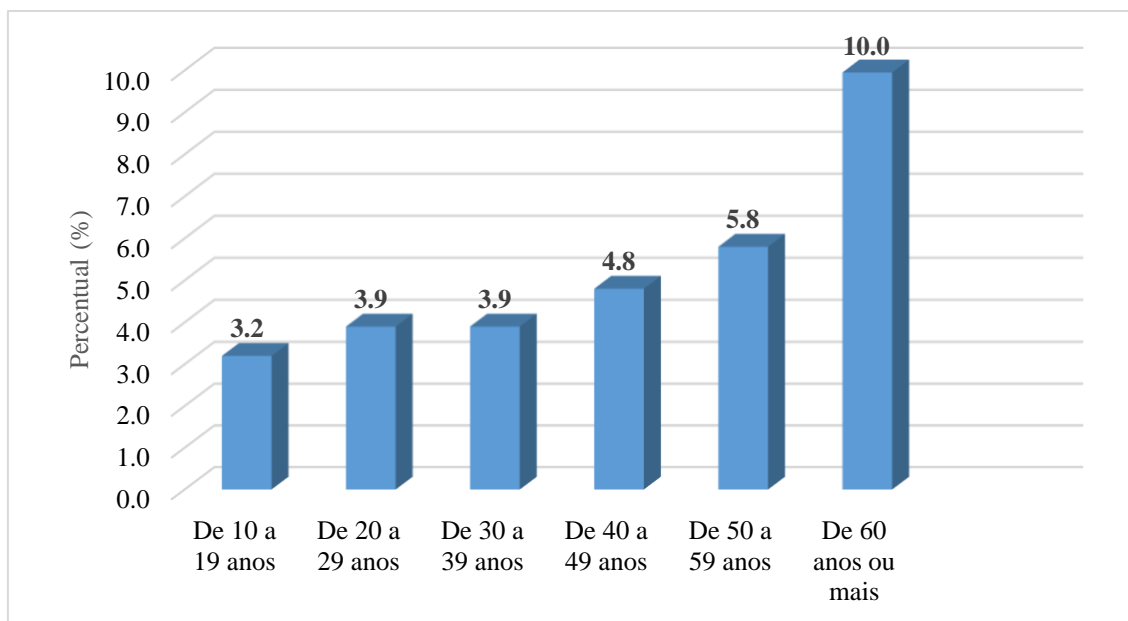


Fonte: Elaboração própria a partir da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) / IBGE 2008

A assistência à saúde constitui-se o quarto maior gasto dos idosos (10%), precedido por habitação (34,7%), alimentação (15,4%) e transporte (12%). Sobre este último cabe enfatizar que desde a constituição de 1988 a gratuidade nos transportes coletivos urbanos para aqueles com 65 anos ou mais, algo enfatizado no Estatuto do Idoso (2003). O gasto expressivo com transporte pode estar ligado tanto ao fato dos idosos entre 60 e 64 anos não estarem sendo contemplados pelas leis federais (salvo algumas leis municipais e/ou estaduais) ou que os dispositivos legais não estão sendo respeitados.

Especificamente no que se refere aos dispêndios com a saúde, estes se tornam mais elevados e constantes com o processo de envelhecimento e o conseqüente aparecimento de agravos decorrentes da idade avançada como ilustra o gráfico 34:

Gráfico 34: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%) com Assistência em Saúde por grupos de idade da pessoa de referência da família. Brasil, 2008

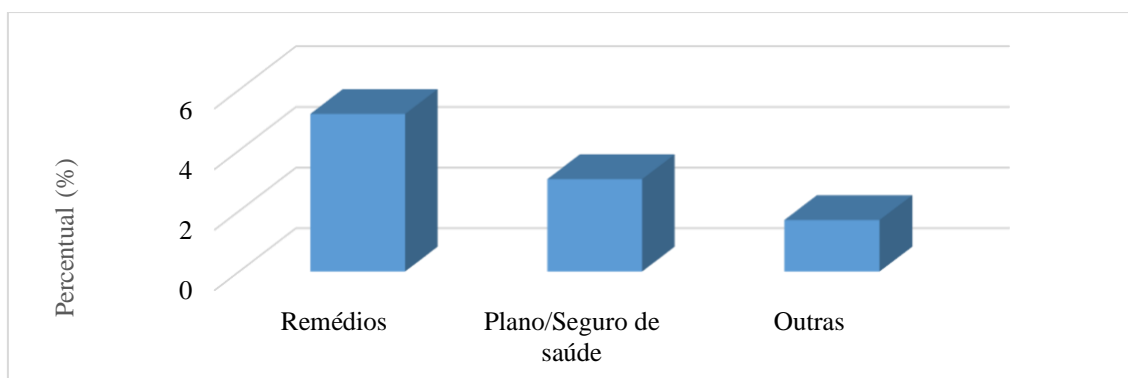


Fonte: Elaboração própria a partir da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) / IBGE 2008

Percebe-se que à medida em que a pessoa envelhece, aumenta a demanda por serviços de saúde e os gastos com assistência à saúde se avolumam. Isto sugere que mesmo com a ampliação da cobertura daqueles com 60 anos ou mais na Atenção Básica (conforme indicou o gráfico 31), a pessoa idosa ainda precisa arcar os custos de seu bem-estar.

Ao analisar especificamente os gastos com assistência em saúde é possível constatar que os medicamentos representam as maiores despesas dos idosos, conforme demonstra o gráfico 35.

Gráfico 35: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar (%) com Assistência à Saúde por tipo de despesas para pessoas com 60 anos ou mais. Brasil, 2008



Fonte: Elaboração própria a partir da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) / IBGE 2008

A maior demanda por serviços de saúde, refletido no aumento dos gastos com este item, é percebida principalmente na aquisição de medicamentos. O gasto com

medicamentos representa a maior parte dos gastos privados em saúde entre os idosos e o peso dos medicamentos no total dos gastos em saúde tem se dado de maneira inversamente proporcional à renda (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011) comprometendo o orçamento das famílias, sobretudo as mais pobres.

O comprometimento de renda com gasto em medicamentos, especialmente não programado, pode levar famílias a riscos de saúde ainda maiores, como a redução da compra de alimentos, e torná-las mais susceptíveis a problemas de saúde, ou, pela ordem econômica, tornar as famílias mais pobres ou até mesmo indigentes (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011, p. 3).

Estudo recente de Pacheco et al (2011) corrobora essa análise. De acordo com os autores, o financiamento público da assistência farmacêutica possibilita o acesso a medicamentos a uma parcela importante da população brasileira. Além disso,

“Existem evidências da sua natureza progressiva, uma vez que é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos. Por outro lado, as famílias mais ricas gastam mais com a aquisição privada de medicamentos do que as mais pobres. Entretanto, exatamente as famílias mais pobres, que gastam muito menos com medicamentos que as famílias mais abastadas, em termos absolutos, são aquelas que proporcionalmente comprometem muito mais a renda familiar na aquisição com esses bens essenciais”. (PACHECO et al., 2011, p. 15)

Cabe destacar que gastos excessivos com remédios podem indicar procedimentos, talvez excessivos, de medicalização da velhice. É importante pensar formas de promoção da saúde da pessoa longeva, com o controle e/ou prevenção de patologias, sem limitar-se a adesão de tratamentos médicos e remédios.

O Brasil vem contando com diversos programas de Assistência farmacêutica públicos. Em 1997 foi desenvolvido o Programa Farmácia Básica que se destinava exclusivamente à atenção básica de saúde na rede SUS, a nível ambulatorial. A população também passou a contar, sobretudo a partir da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), com a distribuição gratuita de medicamentos estratégicos (aqueles utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos) e excepcionais (utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos).

Todavia, mesmo com a criação de programas e políticas com o objetivo de expandir a disponibilidade e cobertura de medicamentos, inclusive aqueles essenciais, à população

no âmbito das unidades do SUS, entraves no que se refere a oferta e distribuição públicas aliados e o padrão diferenciado de gastos das famílias “levaram o governo brasileiro a implantar, a partir de 2004, ação até então inédita no cenário nacional: a disponibilização de medicamentos mediante sistema de copagamento pelos usuários” (SILVA et al., 2015, p. 2944).

Concomitantemente à expansão dos serviços e programas públicos, observou-se no país no período analisado um crescimento e maior dinamismo de mercados em saúde, com implicações para a atenção aos idosos.

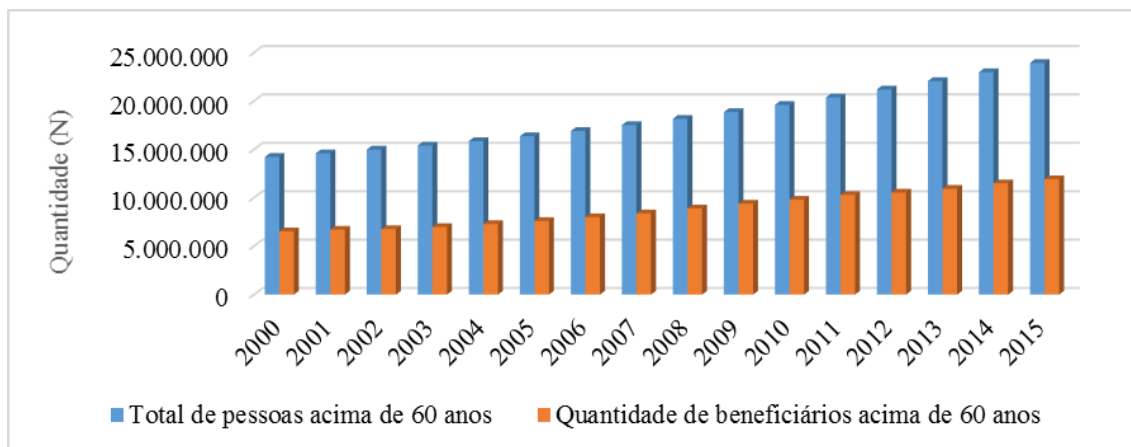
A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceu na mesma época em que houve corte de verbas públicas, acompanhando a política antiestatizante e neoliberal que se desenhava no Brasil nos anos 90. A restrição de verbas e a precarização do sistema público de saúde dificultaram a ampliação do grau de cobertura por um lado, e por outro “permitiram a segmentação do mercado e o crescimento expressivo da assistência médica suplementar no país” (KILSZTAJN; CAMARA; CARMO, 2002).

Essa segmentação foi explicada por Faveret e Oliveira (1987) que apontaram como efeito da ampliação do acesso a serviços públicos com a criação do SUS, a exclusão da classe média desse tipo de serviço que buscou os planos privados de assistência para resolução de seus agravos de saúde. Esse processo foi estimulado pelo aumento da oferta de planos de saúde para funcionários de instituições públicas e privada (PINTO; SORANZ, 2004).

No Brasil, dos 24,5% de pessoas vinculadas, no ano de 2015, a planos de saúde, 11,9% são de pessoas acima de 60 anos, o que demonstra a grande quantidade de idosos usuários dessa modalidade de assistência, apesar das mensalidades mais elevadas, entre esse segmento etário, justificadas pelo custo adicional com assistência e tecnologia médicas (PINTO; SORANZ, 2004).

Sobre quantidade da população idosa coberta por plano privado de saúde, o gráfico 36 demonstra que ela vem aumentando desde 2000 (salvo pequenas oscilações):

Gráfico 36: Beneficiários de planos de saúde (modalidade assistência médica) acima de 60 anos. Brasil, 200 a 2015

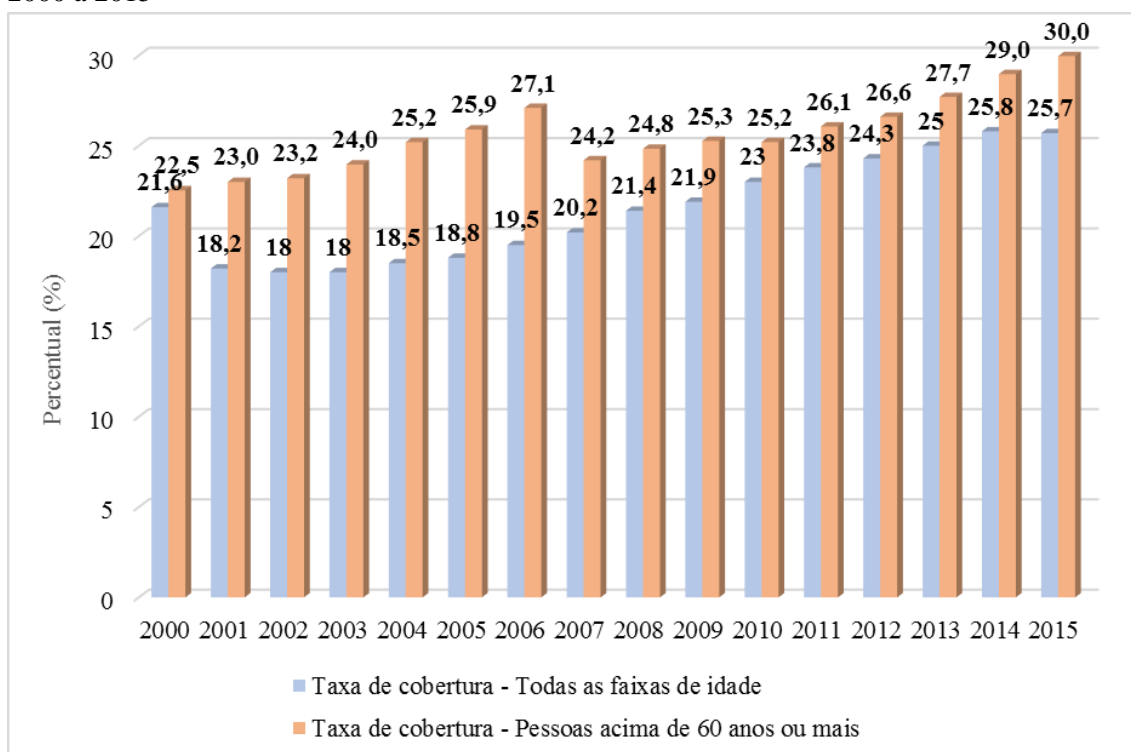


Fonte: Elaboração própria a partir da ANS Tabnet

Percebe-se, portanto, um aumento gradativo de idosos cobertos por planos de saúde, mesmo com a constituição do SUS. Este cenário sugere que a opção pelos gastos privados de saúde (neste caso por intermédio de plano de saúde) pode estar relacionado com a associação da assistência nos serviços públicos de saúde com a baixa qualidade.

O Gráfico 37, por sua vez, demonstra a taxa de cobertura de pessoas acima de 60 anos em relação a cobertura de planos privados na população geral.

Gráfico 37: Taxa de cobertura de planos de Saúde – Total e para pessoas acima de 60 anos. Brasil, 2000 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir da ANS Tabnet

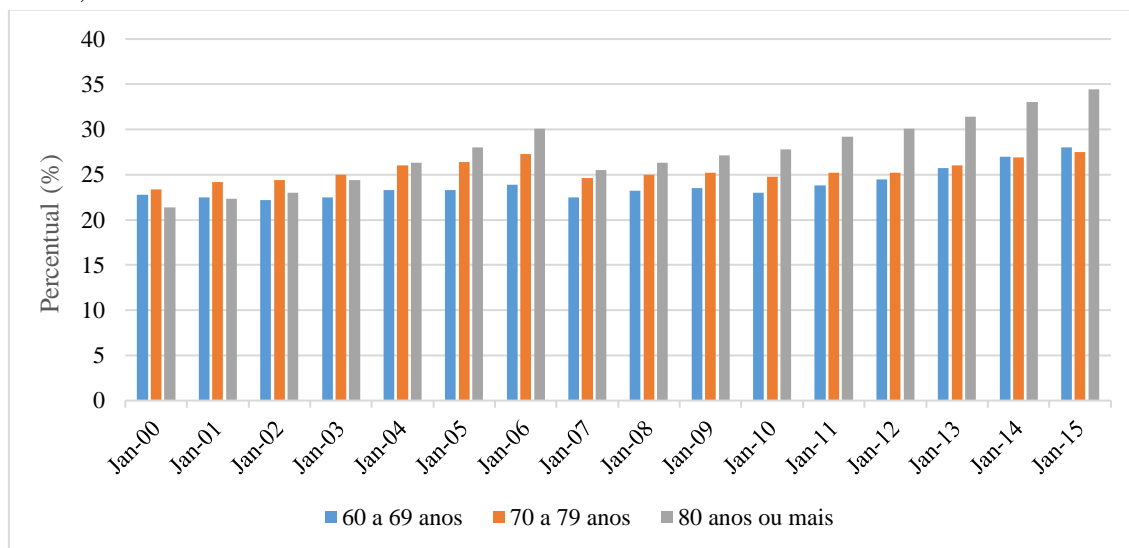
O gráfico demonstra que os idosos têm alta cobertura de saúde suplementar, ultrapassando a proporção de cobertura de planos privados na população total. Pesquisa

sobre as condições de saúde e vida da população idosa na cidade do Rio de Janeiro (SMU/IPP/SMS, 2006) identificou que a procura pela adesão a um plano de saúde aumenta de acordo com a idade.

É possível supor que, entre outros fatores, que parte expressiva dos indivíduos que enquanto estavam inseridos no mercado de trabalho formal eram vinculados a planos de saúde coletivos (pelas empresas) podem ter continuado a custear o plano após a aposentadoria. Sendo assim, é possível inferir que as decisões dos indivíduos e nesse caso dos idosos em relação a como e onde será seu atendimento em saúde podem ser afetados por sua situação social e econômica. Segundo Andrade e Maia (2007) as condições do mercado de trabalho têm uma correlação positiva com a cobertura de planos de saúde. Desta forma, os “setores mais formais da economia tendem a apresentar uma proporção maior de pessoas cobertas por plano de saúde”. Há um imaginário de que a partir dos planos, é possível de ter ao alcance serviços de saúde mais organizados e de maior qualidade.

A expansão de idosos cobertos pelos planos privados de saúde é ainda mais perceptível quando se observa a taxa de cobertura por faixa de idade entre aqueles acima de 60 anos, conforme demonstra o Gráfico 38:

Gráfico 38: Taxa de cobertura de planos de saúde - Assistência médica por faixa etária (Idosos). Brasil, 2000 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir da ANS Tabnet

A proporção de idosos que têm planos privados de saúde aumenta quanto mais a idade, tanto que no ano de 2015, por exemplo, a taxa de cobertura entre aqueles com 80 anos ou mais chegou a 34,4% contra 28% e 27,5% daqueles com idades entre 60 e 69 e 70 a 79 anos de idade, respectivamente.

A expansão do setor privado de saúde tem mercantilizado a assistência em saúde, uma vez que tem seguido a lógica de lucratividade das empresas. O caráter desse tipo de negócio passa pela seleção de risco e exclusão da população caracterizada por riscos elevados e doenças crônicas que levam, portanto, a maior utilização dos serviços de saúde, além da possibilidade de tratamentos muito onerosos nos anos finais de vida, como é o caso dos idosos. Desta forma, é possível perceber uma tentativa de exclusão dessa clientela.

De acordo com Junior e Martins (2015) existem entraves para o ingresso de idosos nos planos de saúde, seja por constrangimentos ou por dificuldades impostas, como exigir laudos médicos ou entrevistas qualificadas. Observa-se ainda

“A adoção de mecanismos de regulação, como exigência de autorização prévia ou análises de solicitações médicas, que dificultam a utilização da rede assistencial. Embora estas condutas incidam sobre todos os grupos, pode-se supor que seu efeito seja maior nas faixas etárias mais avançadas ou em portadores de doenças cujo tratamento inclui uso intenso de tecnologias caras. Acrescente-se ainda o impacto do reajuste da mensalidade ao atingir a última faixa etária, com aumentos que podem ultrapassar 100% do valor da mensalidade, o que pode impossibilitar o pagamento. Além da seleção de clientela e de riscos, as operadoras também utilizam mecanismos previstos na regulamentação da saúde suplementar, para controle tanto da demanda quanto da utilização dos serviços”.

Este cenário justifica o fato dos beneficiários idosos dos planos de saúde serem os que mais encaminham reclamações à ANS (JUNIOR; MARTINS, 2015). Para os autores, esse panorama sugere que os planos de saúde suplementar podem estar, de fato, criando barreiras de acesso a fim de reduzir os riscos de custos dos planos, o que pode prejudicar os idosos, que tendem a utilizar mais serviços de saúde.

Cabe destacar que os embates e disputas por recursos financeiros para assegurar a política pública universal têm sido uma constante desde a criação do SUS. Essa trajetória do sistema tem sido acompanhada pelo crescimento da renúncia fiscal¹⁷⁶ que resulta da dedução dos gastos com planos de saúde e afins no imposto de renda e também concessões fiscais a entidades privadas sem fins lucrativos (principalmente hospitais), além da indústria farmacêutica. Essa prática favorece as empresas ao mesmo tempo em

¹⁷⁶ De acordo com Ocké-Reis e Gama (2016), a renúncia de arrecadação fiscal pode ser definida enquanto uma transferência de recursos públicos realizada mediante a redução da obrigação tributária dos contribuintes.

que fragiliza a arrecadação estatal de parte significativa dos lucros que poderiam ser convertidos para políticas sociais (MENDES; WEILLER, 2015).

Para os idosos, o gasto tributário (conforme essas renúncias têm sido denominadas) tem um papel particularmente perverso na medida em que essa população depende, em sua significativa maioria, do SUS e de suas ações e serviços para evitar agravos ou recuperá-los. Quando o Estado brasileiro opta por conceder privilégios a operadoras de saúde está: (a) fortalecendo uma modalidade de atenção excludente, sobretudo da pessoa idosa e que opera sob critérios mercadológicos e não sob a ótica da universalização e, portanto, ampliação da cobertura; e (b) deixando de investir no sistema público e universal de saúde, o que é fundamental para o bem-estar dos mais velhos.

O presente capítulo buscou investigar os gastos, cobertura e o componente público-privado no âmbito das três áreas da Seguridade Social – Previdência Social, Saúde e Assistência – tendo como perspectiva a efetivação ou não das ações desenvolvidas e desenhadas no âmbito legal.

No que se refere à Previdência Social, os dados levantados demonstram que há um elevado grau de cobertura entre a população idosa, o que confere um caráter de Seguridade à área. As inovações trazidas pela Constituição de 1988 e pelas leis infraconstitucionais auxiliaram na ampliação de beneficiários. Nesse sentido, o idoso encontra-se, em média, em melhores condições objetivas de vida no que tange a renda mensal, o que é influenciada pela sua trajetória laboral ao longo da vida, pelas políticas públicas, e, especialmente, pela universalização da Seguridade Social. Ademais, os benefícios contributivos têm tido um papel fundamental nas famílias dos idosos, evitando processos excludentes.

Por sua vez, a Assistência Social avançou na organização da área, desenvolvendo dispositivos legais importantes como a LOAS e o SUAS e ampliando a cobertura da população a benefícios não contributivos como o BPC. Desta forma, é possível afirmar que um dos papéis da área que é, em última instância promover a proteção da população (nesse caso dos idosos) e garantir bem-estar. Porém não foi possível perceber o mesmo progresso no que tange às ações e serviços de apoio e cuidado dessa população, principalmente de idosos pobres.

Pode-se concluir que, em nível micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Isso sugere que quando se reduzem ou se aumentam os benefícios previdenciários, o Estado não está

simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração considerável dos rendimentos de famílias inteiras. Isso é importante de ser notado porque, como consequência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias

Na área da saúde, é possível perceber, primeiramente, que o financiamento tem sido afetado por decisões políticas, arranjos institucionais e as decisões que os diversos governos sobre o modelo de proteção social querem adotar ou privilegiar. Isso pôde ser observado nas variações dos gastos públicos em saúde e nos baixos valores do PIB investidos na área (BAHIA, 2008; MENDES; WEILLER, 2015; PIOLA et al., 2013).

No que tange ao atendimento dos idosos no âmbito no SUS, percebeu-se que houve uma ampliação modesta, mas importante da cobertura nos idosos na atenção primária. Além das ações de cuidado desenvolvidas através da ESF, o presente estudo apresentou algumas informações referentes à situação de saúde dos idosos (morbidade, internações hospitalares, mortalidade), que expressam a importância de assegurar o acesso dessa população a todos os níveis de atenção. Paralelamente à expansão de serviços públicos, observa-se um aumento do número de beneficiários e da taxa de cobertura de idosos por planos e seguros privados de saúde, o que sugere uma insuficiência do SUS no atendimento das enfermidades e necessidades desse grupo.

Importante destacar que esse público tem demandado cada vez mais cuidados de longa duração - entendido de forma geral como cuidados não especializados tais como ajuda para as atividades de vida diária (AVDs) entre elas, citam-se tomar banho, usar o banheiro e se alimentar (CAMARANO et al., 2010). Parte desses longevos que com perda de capacidade funcional e alto grau de fragilidade física necessita de ajuda, uma vez que o envelhecimento e o aumento da esperança de vida trazem consigo o incremento e a coexistência de patologias crônicas, o que acaba aumentando a necessidade de atenção mais efetiva à saúde da clientela idosa.

Em síntese, em termos da proteção social aos idosos, no período destacou-se o aumento das transferências monetárias, nas áreas da previdência e assistência social. Quanto à prestação de serviços, ainda que tenha ocorrido aumento de serviços públicos nas áreas de assistência social e de saúde, as condições de financiamento e provisão estatais não foram (e ainda não são) suficientes para dar conta das crescentes necessidades de atenção a esse grupo populacional, em face do aumento do número dos idosos, da diversidade e da complexidade das ações requeridas para a promoção de seu bem-estar.

Percebe-se que em alguma medida o sistema de Seguridade Social avançou na tentativa de reduzir desigualdades que marcaram a trajetória de vida dos idosos. Como exemplo tem-se a ampliação dos benefícios assistenciais não contributivos como o BPC e BPF. Esses benefícios de transferência de renda têm tido um papel fundamental para o grupo alvo do estudo. O avanço pode estar atrelado ao fato desses setores – e mais especificamente esses benefícios - estarem protegidos por direitos constitucionais onde a área econômica não tem margem tão ampla para decidir (apesar das recorrentes tentativas), diferente das Saúde.

Contudo nosso sistema de proteção social é extremamente limitado quando se consideram as demandas que a população idosa exige. Houve avanços no que tange à transferência de renda, mas não em ações e serviços, o que é pouco para uma população que envelhece num país que conta com mecanismos legais que garantam atenção integral à saúde do idosos além de serviços socioassistenciais, mas que é marcado por altos índices de pobreza e desigualdade, o que amplia os desafios. A análise permite afirmar que o Estado tem preconizado mais especialmente as transferências monetárias (contributivas e não contributivas) e deixando a desejar no desenvolvimento e fortalecimento de ações que possibilitem a qualidade de vida integral da população idosa.

O envelhecimento brasileiro ocorre em paralelo a transformações estruturais das famílias, o que impacta no bem-estar dos idosos uma vez que o aumento do contingente dessa população com perda de autonomia e independência acaba exigindo cuidados tradicionalmente prestados pela família.

As profundas transformações por que passam as famílias, com a massiva presença da mulher no mercado de trabalho, por exemplo, têm restringido consideravelmente as possibilidades de prover proteção social ao idoso dependente, exigindo a reorganização e efetivação das ações para além das transferências de renda.

Em termos fiscais, as transferências monetárias ocupam proporcionalmente maior espaço no orçamento público. Esse comportamento deve ser acompanhado pelos previsíveis aumentos das despesas com assistência social e saúde dos idosos, em um cenário no qual as três funções da Seguridade Social serão responsáveis, de forma crescente, por parcela significativa das despesas totais do governo.

Considerações finais

O aumento da proporção de pessoas idosas no Brasil vem colocando desafios econômicos e sociais significativos ao sistema de proteção social do país, em face das demandas diversificadas e urgentes da população com mais de 60 anos. Embora o aumento da expectativa de vida tenha sido um avanço importante, o acelerado envelhecimento populacional muitas vezes entra na agenda dos propositores de políticas públicas como problema, diante da crescente demanda por cuidados específicos. Isso porque o avanço da idade traz vulnerabilidades múltiplas, que ainda se somam às desigualdades de renda, raciais e territoriais.

O Brasil avançou na formulação de políticas que buscaram ampliar e institucionalizar direitos sociais. O grande marco da instituição de um pacto redistributivo foi a Constituição Federal de 1988, que avançou na proposição de garantias fundamentais a todo cidadão. Estes foram obtidos graças à organização e mobilização de expressivos segmentos da sociedade brasileira, desde o fim dos anos 70.

A mobilização social de atores sociais comprometidos com as propostas democráticas afetaram a população idosa, uma vez que a Carta Magna se configurou como um marco na ampliação e tentativa de efetivação dos direitos sociais também desse grupo. A própria construção de leis e normas que buscaram propiciar aos idosos melhores condições de vida como a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) denotam o papel fundamental dos movimentos e mobilizações sociais, sobretudo àquelas ligadas a sociedade civil.

Todavia, é fundamental compreender de que forma o sistema de proteção social e mais especialmente as três áreas que compõem a Seguridade Social – Previdência Social, Assistência Social e Saúde – têm construído políticas para o bem-estar dos idosos, tendo como perspectiva a atuação do Estado e suas relações com o mercado e as famílias na conformação e provisão dessas políticas.

Para tal, o presente estudo partiu do reconhecimento e discussão sobre os riscos e desafios colocados para os sistemas de proteção social nos países avançados e os latino-americanos, visando trazer contribuições para a reflexão sobre o caso brasileiro. Alguns desafios identificados na literatura internacional (mais abundante para os *Welfare States*) são similares para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o aumento dos idosos, as consequências para os sistemas previdenciários e a progressiva inserção das mulheres no mercado de trabalho. Assim, o debate internacional pode trazer algumas

lições, em que pese a necessidade de considerar as especificidades dos distintos contextos e trajetória de construção das políticas sociais.

No que concerne às nações capitalistas avançadas, os países que enfrentaram os riscos sociais e reorganizaram suas políticas a partir de uma orientação socialdemocrata, tendo como base a ampliação da cidadania, a redistribuição social, a universalização e desmercantilização dos direitos sociais, tiveram maior capacidade de superar problemas, inclusive com aumento no financiamento das políticas sociais (RODRIGUES; SANTOS, 2017). Os avanços dos países que mantiveram e fortaleceram os pactos sociais amplos frente aos riscos sociais sugerem que o Brasil precise resgatar o modelo de proteção social pautado na solidariedade social construído a partir da Constituição de 1988, onde o Estado assumiu seu papel de “interventor nos elementos geradores de desigualdades sociais” (LOBATO, 2017, p. 144) a fim de dar conta dos desafios e mais especificamente, daqueles que se referem ao aumento de idosos.

Por sua vez, as sociedades e os sistemas de proteção social de países latino-americanos, incluindo o Brasil, apresentam características histórico-estruturais que os distinguem dos países avançados, impondo desafios adicionais à proteção social aos idosos. Apesar da América Latina constituir-se uma região múltipla, complexa e com diferentes padrões de proteção social, foi possível encontrar similitudes. Entre essas, destacam-se as marcantes desigualdades sociais, a segmentação dos sistemas de proteção decorrente da trajetória corporativa associada à alta informalidade no mercado de trabalho e a fragmentação institucional. Tais especificidades refletem-se em uma expressiva proporção de idosos vulneráveis e desprotegidos, bem como na capacidade em geral mais limitada desses países na construção de sistemas de proteção social abrangentes, adequados e igualitários.

Desta forma, para avançar na superação das dificuldades que limitam a expansão de políticas mais equânimes para os idosos é preciso levar em consideração a complexidade estrutural e institucional da região, além das condições políticas, sociais e econômicas específicas desses países e em que medida eles viabilizam as demandas sociais. A identificação dos traços predominantes que conformaram o desenho institucional da proteção social para os idosos na região ajudou a compreender o cenário mais amplo onde o Brasil está inserido e entender os desafios que se impõem para a ampliação e fortalecimento de políticas sociais para os idosos.

A análise do caso brasileiro, em particular, aponta que as políticas sociais foram conformadas a partir de um padrão de cidadania regulada (SANTOS, 1979) onde o acesso aos direitos era atrelado à inclusão dos indivíduos ao mercado formal de trabalho, deixando descobertos diversos grupos da sociedade. Ademais, a proteção social tinha como marcas mecanismos tradicionais de mediação de interesses, como o clientelismo; alta centralização e pouca interferência da população (sobretudo no período antidemocrático de 1964 a 1985); além de fragmentação e segmentação das ações.

A Constituição buscou romper e superar as características históricas-estruturais e institucionalizar um padrão de proteção social ampliado, “nos moldes dos estados de bem-estar social, com universalização do acesso, responsabilidade estatal, orçamento próprio e exclusivo e dinâmica política inovadora baseada na integração federativa e na participação da sociedade” (LOBATO, 2016, p. 90). Isto posto, o estudo buscou identificar e analisar as principais políticas desenvolvidas nas três áreas da Seguridade Social a partir de 1988 até 2016, tendo como foco as ações voltadas e/ou que impactaram os idosos.

Em relação à Previdência Social, é possível afirmar que a área se caracterizou como uma arena de debates e disputas. Nos diversos momentos analisados, sob sucessivos governos, predominaram o discurso e as propostas contencionistas, por exemplo, de mudanças nas regras de elegibilidade do sistema para evitar possíveis desequilíbrios orçamentários. A ênfase nos estrangimentos demográficos e no suposto ‘déficit da previdência’ preponderou, a partir de cálculos que em geral consideram apenas a arrecadação de contribuições sociais e não o conjunto das fontes da Seguridade. Raramente se reconhece a necessidade de se ampliar a base de arrecadação, por meio de incentivos à geração de empregos formais e redução da renúncia fiscal. Acrescente-se ainda a opção dos governos por privilegiar a geração de superávit visando liberar recursos para o pagamento de juros e encargos da dívida pública¹⁷⁷.

De forma geral, essas tentativas de reforma não têm levado em consideração a perspectiva de solidariedade intergeracional, uma vez que aqueles/as inseridos/as no mercado de trabalho formal contribuem diretamente para a proteção social dos que perderam temporária ou permanentemente a sua capacidade laborativa. Tampouco se

¹⁷⁷ De acordo com Moura (2016) “no Brasil, a Previdência Social se configura como um modelo de *repartição* no que se refere à arrecadação, pois tem como principal fonte de custeio a contribuição direta dos trabalhadores; e, como um modelo de *capitalização* das suas reservas orçamentárias – superávit – por [permitir ao Estado destinar os recursos da previdência para a acumulação capitalista](#)”.

valoriza a atribuição do Estado em assegurar a solidariedade social por meio da garantia das aposentadorias e demais benefícios previdenciários, que afetam sobremaneira a população idosa.

Todavia, observou-se a atuação de atores na arena institucional e em outros espaços que buscaram resistir às reformas, culminando no predomínio de reformas paramétricas, ou seja, aquelas destinadas a adequar as contribuições e benefícios, adiar as aposentadorias e/ou reduzir o valor dos benefícios. Esse tipo de reforma pode se caracterizar ainda por incentivos à previdência privada, mas sem modificação completa das estruturas públicas de aposentadorias e pensões ou privatização radical do sistema (DELGADO, 2005; GIAMBIAGI et al., 2007). Ressalte-se, no entanto, que mudanças graduais orientadas para o reforço dos mecanismos de capitalização – como algumas adotadas – e as alterações no regime dos servidores públicos com aproximação ao regime geral podem levar em médio prazo a transformações de maior envergadura.

Por outro lado, constataram-se avanços no que concerne à ampliação da cobertura previdenciária, sobretudo a partir de 2003. Um exemplo é a inclusão previdenciária por meio da redução das alíquotas contributivas e simplificação tributária relacionada à criação do estatuto de Microempreendedor Individual (MEI), que favoreceu um incremento expressivo de trabalhadores por conta própria protegidos pela Previdência Social (MOSTAFA; SANTOS; STIVALI, 2012).

De toda forma, é possível afirmar que as ações na área vêm se dando a partir de conflitos entre diferentes concepções e estratégias dos governos e dos atores sociais, o que tem gerado disputas e tensionamentos no que se refere à definição do modelo de contribuição e benefícios que a Previdência irá seguir, a saber: aquele preconizado na Constituição de 1988 ou o que tende à mercantilização da área.

Esping-Andersen (2003 apud DELGADO, 2005, p. 196) afirma que as reformas podem prejudicar as futuras gerações por conta de aposentadorias precárias. Para ele, o que diferencia os sistemas de repartição simples (vigente ainda no Brasil) daqueles de capitalização é que, “no primeiro, o custo adicional representado pelo envelhecimento é totalmente suportado pelo aumento das contribuições dos jovens, ao passo que, no segundo, tal custo é suportado pelos idosos, com ajustes em seus benefícios”. Nesse sentido, o caminho que os governos vêm adotando, em busca de reformas de caráter exclusivamente fiscal, pode fragilizar o sistema de proteção social no país e prejudicar sobremaneira os idosos, podendo elevar índices de pobreza e vulnerabilidade.

No que diz respeito à trajetória das políticas da assistência social, as análises do período demonstram que estas foram se fortalecendo ao longo dos anos, apesar de alguns recuos e embates. A partir da Constituição de 1988, buscou-se dissociar a área do seu papel de campo subsidiário do Estado e compensatório, para ser alçada à condição de direito de todo cidadão independente de contribuição prévia, apesar de direcionada aos segmentos mais carentes da população. O reconhecimento da Assistência como política pública com mesmo grau de importância que as demais áreas significou uma tentativa de rompimento com a tradição filantrópica e assistencialista que marcava a área. Essa alteração visou “a consolidação no país da proteção social não contributiva, [estendendo] a responsabilidade da ação estatal para manutenção do sistema público de atenção a fragilidades do ciclo da vida, buscando a superação de privações” (SPOSATI, 2013, p. 225).

Entretanto, o texto constitucional de 1988 não foi suficiente para assegurar a construção e o fortalecimento da Assistência Social nessa nova perspectiva. Os avanços se deram de forma paulatina e tímida, o que pôde ser observado nos embates observados em cada governo. A Assistência foi a área da Seguridade Social que mais teve empecilhos para sua regulamentação, aprovada somente em 1993. Mesmo assim, no início da década de 90, os avanços na Assistência Social se deram apenas no terreno legislativo, o que pode ser associado a um contexto social desfavorável a políticas sociais mais amplas. Assim, para compreender as inovações e retrocessos da Assistência Social no Brasil, bem como suas repercussões para os idosos, foi preciso situar os limites impostos pela conjuntura e as correlações de forças presentes nas disputas pela área.

A marca das características históricas e estruturais com práticas pautadas pela benemerência, caridade e ação individualizada também pôde ser observada, principalmente nos períodos Collor e FHC. O fortalecimento da Assistência Social como política de direito foi escamoteado em face de estratégias como o Programa Comunidade Solidária, que direcionava suas ações ao comando da sociedade civil, relegando a responsabilidade estatal ao segundo plano e fragilizando as possibilidades de institucionalização das ações preconizadas na LOAS. Ademais, observou-se estreita relação entre assistência social e o conceito de pobreza. Este cenário remonta ao cuidado tradicionalmente prestado aos idosos, por exemplo, onde a assistência estava vinculada a instituições filantrópicas assistenciais e confessionais.

Por outro lado, foi possível observar avanços expressivos a partir da construção de um arcabouço institucional visando à expansão da oferta de serviços socioassistenciais, aspectos importantes previstos na Constituição de 1988 e na regulação infraconstitucional da área, que beneficiaram os idosos. Destaque-se a elaboração da Política Nacional do Idoso (PNI), com orientações específicas para a Assistência Social, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), a criação do SUAS e de programas que tinham os idosos como público alvo (como a Proteção Social Básica e Especial e Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - Paif), buscando, portanto, a estruturação das redes de apoio. Houve ainda avanços substanciais em termos de transferências monetárias que repercutiram positivamente na população idosa, como o Bolsa Família e principalmente o Benefício de Prestação Continuada (BPC), muito importante para a redução das taxas de pobreza entre aqueles acima de 65 anos. Contudo, transferir renda somente não é suficiente para dar conta das demandas da população idosa.

Vale ressaltar o papel dos movimentos sociais e de diversos atores na luta pela institucionalização, implementação e fortalecimento da Assistência Social como área da Seguridade e, portanto, direito de todos. Os avanços em termos de controle social e gestão participativa mostraram-se essenciais para superar velhas práticas de conceber e gerir a área, afirmando-a como política pública a ser desenvolvida em um campo democrático.

De forma geral, as ações da Assistência Social permaneceram tensionadas entre a luta pela concretização da concepção universalista prevista na Constituição e a ênfase no seu caráter focalizado e compensatório. Estas características impactaram no caráter e abrangência das ações desenvolvidas para os idosos.

Na área da Saúde, a Constituição de 1988 garantiu “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196) culminando na criação do SUS. Empreenderam-se mudanças na estrutura política e administrativa do sistema de saúde por meio da descentralização da gestão e da regionalização, e passou-se a organizá-lo a partir dos princípios de “universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, hierarquização da rede e participação social” (Viana e Silva, 2005, p. 189). Todavia, a análise mostrou contradições na implementação das políticas, evidenciando um espaço de disputas.

As políticas de saúde expressaram influências de duas visões antagônicas no que se refere ao papel do Estado na garantia de bem-estar à população: uma ligada à instituição

do pacto social que universaliza a saúde e os direitos e, outra ligada à expansão dos mercados privados em saúde.

De forma geral, as ações para os idosos refletiram essas tensões. Observaram-se avanços no que concerne à criação e institucionalização de normas e políticas que buscaram promover o bem-estar da população idosa, reduzir possíveis fragilidades (especialmente diante do aumento de doenças crônicas degenerativas) e readequar serviços de saúde às necessidades específicas desse grupo populacional. Destaque-se a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI); a criação de mecanismos para a organização e implantação de redes de assistência à saúde do idoso; políticas transversais que impactaram no bem-estar do idoso, como a expansão e fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); normas referentes ao controle de doenças comumente atreladas aos idosos, como hipertensão arterial e diabetes; construção de agendas estratégicas a partir da área técnica da saúde do idoso do Ministério da Saúde; lançamento do Pacto pela Vida, que estabeleceu prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, entre as quais, a saúde do idoso; entre outras estratégias.

Por outro lado, observou-se que, a despeito do compromisso constitucional, a oferta de serviços de saúde foi prejudicada pelo subfinanciamento do SUS e predomínio de uma lógica de racionamento de recursos; pela segmentação do sistema e fragmentação de ações; pelo movimento em direção ao fortalecimento do segmento privado, por meio de mecanismos como renúncia fiscal. Esse cenário vai ao encontro à análise de Paim (2013, p. 1933) de que os maiores desafios para a consolidação do sistema são políticos “pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde”. Mesmo os governos mais progressistas não barraram esse avanço predatório e, em alguns casos, foram coniventes com a mercantilização e os interesses privatistas.

O panorama de disputas de agendas afeta aqueles com mais de 60 anos. Para que esse grupo tenha um envelhecimento digno é necessária a implementação de políticas visando à manutenção da capacidade funcional dos idosos, novas estratégias de prevenção e atenção integral, e foco inovador no cuidado do idoso. A mercantilização e privatização da assistência à saúde fragmentam o cuidado, além de incentivar a manutenção de um modelo biomédico que vai na direção contrária das demandas dos idosos.

Em relação ao processo político e aos atores envolvidos nas políticas para os idosos, o estudo privilegiou a análise da atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), que é uma instância de articulação intersetorial e de participação da sociedade civil organizada. Tal instância tem favorecido a formulação, o acompanhamento e o controle social das políticas para esse grupo, sobretudo a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso.

A partir da Constituição de 1988, os mecanismos de participação social ampliaram a possibilidade de influência de atores não governamentais sobre a ação do Estado. O CNDI, ao propiciar a participação de entidades da sociedade civil e a interação entre órgãos de governo, tem sido fundamental para a densidade, a institucionalidade e a relativa estabilidade da política para os idosos. A atuação do Conselho favorece o fortalecimento de redes de atores sociais envolvidos com o tema e avanços graduais no que concerne aos direitos dos idosos.

Porém, diante das aceleradas mudanças demográficas, do quadro de acentuadas desigualdades sociais e da vulnerabilidade da maior parte da população idosa no país, essa estratégia de governança *per se* não tem sido suficiente para assegurar a efetivação de todos os direitos previstos no marco constitucional-legal, persistindo muitos desafios para a ampliação da proteção social aos idosos no Brasil. Há ainda um limite na abrangência e na capacidade de atuação do Conselho, que esbarra em questões administrativas e na não priorização da temática do envelhecimento por alguns órgãos governamentais. Essa limitada cooperação entre os órgãos do Estado e CNDI sugere dificuldades na condução de ações e implementação de ações recomendadas no âmbito da Política Nacional do Idoso, como aquelas ligadas às áreas da Cultura, Educação, Assistência Social, por exemplo.

Destaque-se que o aumento dos idosos na composição populacional amplia a gama de demandas das políticas públicas e a necessidade de seu caráter intersetorial. Todavia, na análise das atas foi possível observar certa fragilidade organizacional e operacional do Conselho para lidar com a variedade e complexidade das políticas públicas exigidas, tanto no que se refere à dificuldade de condução das comissões e grupos de trabalho, quando na comunicação com ministérios, conselhos locais e poder legislativo, por exemplo.

Desta forma, o estudo reconhece os limites e dificuldades da capacidade de atuação do CNDI para a concretização das políticas que beneficiem a população idosa, sobretudo o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso.

Cabe salientar que a escolha de investigar a atuação do CNDI se deu diante da necessidade de se compreender como essa instância de participação e articulação intersetorial tem atuado no controle democrático e representação dos interesses da população idosa. A análise das atas das reuniões realizadas entre 2002 e 2016 visou contribuir para a compreensão dos entraves, das discussões, dos dilemas que se apresentavam para o reconhecimento e concretização dos pressupostos legais desenvolvidos para os idosos dentro desse espaço.

De forma geral, a análise referente à participação e articulação entre atores na formulação e acompanhamento das políticas com foco no CNDI foi importante para a compreensão dos avanços e limites da capacidade de ação dessa instância no sentido da concretização das ações para os idosos. Porém, é preciso investigar se e como as políticas preconizadas no âmbito legal e negociadas nos espaços institucionais têm sido efetivadas, visto que estas “devem assegurar o fornecimento de serviços integrados e coordenados, a fim de possibilitar uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade, para todo o cidadão brasileiro” (BERZINS et al, 2016, p. 166)

Nesse sentido, o estudo procurou traçar um panorama da proteção social aos idosos, com ênfase em dados selecionados de financiamento e cobertura das principais políticas e programas. Buscou-se explicitar como as estratégias propostas para os idosos se expressam em termos dos gastos públicos, ações e serviços implantados, visando mapear o alcance e escopo da ação do Estado em cada área. Além disso, apresentaram-se informações, ainda que sucintas, sobre a expansão de mercados nas áreas da previdência e saúde, demonstrando a complexidade das relações público-privadas nessas áreas.

Observou-se crescente destaque da área de Previdência Social entre os gastos sociais federais, o que pode ser relacionado ao aumento da expectativa de vida e à elevação real do salário mínimo em alguns períodos (ao qual os benefícios previdenciários são atrelados). Cabe ressaltar o aumento relevante de gastos com aposentadorias nos anos que antecederam reformas previdenciárias, o que sugere que o receio com o endurecimento de critérios de elegibilidade para obtenção dos benefícios teve um efeito expressivo no aumento das solicitações, impactando nos recursos gastos na área.

Ressalta-se que o impacto significativo da previdência nos gastos públicos tem suscitado a discussão de propostas de reforma que visam principalmente ao equilíbrio financeiro diante dos compromissos de despesas assumidos pelo regime. No entanto, a

manutenção e mesmo a expansão de recursos para a área é fundamental diante do papel dos benefícios previdenciários, contributivos ou não, para o atendimento das diversas necessidades dos idosos e suas famílias.

Os dados referentes à cobertura demonstraram sua expansão no período, sobretudo no Regime Geral de Previdência Social (RGPS), pilar mais abrangente do sistema, com uma grande quantidade de benefícios contributivos concedidos, principalmente por idade. Essa expansão sugere que as inovações introduzidas a partir da Constituição de 1988 resultaram no aumento da concessão de benefícios, incluindo os não-contributivos. Em alguns anos, a expectativa da implementação de reformas previdenciárias pode ter favorecido ‘picos’ de novas aposentadorias.

Vale ressaltar que cobertura previdenciária expressiva dos idosos reflete trajetórias e políticas desenvolvidas no passado, bem como as mudanças da Constituição de 1988. Considerando que uma das atribuições do sistema previdenciário é evitar perda de renda dos que saem do mercado de trabalho, como grande parte dos idosos, o alcance de uma cobertura significativa entre pessoas com mais de 60 anos sugere que a Previdência Social tem buscado cumprir uma de suas funções, amparando economicamente a maior parte da população idosa do país, que continua a crescer.

Por outro lado, foi possível observar a expansão da previdência privada no Brasil, impulsionada pela dinâmica dos mercados nessa área e pelas reformas previdenciárias adotadas no período. Mesmo as mudanças de caráter predominantemente paramétrico têm o efeito de dificultar o acesso, limitar os valores e diminuir a atratividade da previdência pública. Esse processo pode levar à retração do reconhecimento da previdência pública como direito social e ao fortalecimento da previdência privada, obtida a partir da contratação coletiva ou individual de planos de previdência complementar no mercado. As mudanças ligadas a regras de acesso e cálculo de benefícios desenvolvidas no âmbito das reformas e leis complementares foram acompanhadas da regulamentação e incentivo aos planos de previdência complementar. Com isso, esses planos têm crescido de forma significativa no número de entidades, de participantes e volume de ativos (ANDRIETTA, 2015).

Na Assistência Social, no que concerne ao financiamento, observou-se um aumento constante no volume de gastos sociais federais com a área, o que coaduna com a expansão de políticas de transferência de renda como o BPC e o Bolsa Família, avanços na institucionalização do SUAS e de seus programas. A ação dos movimentos sociais e de

equipes técnicas foi importante para impulsionar e fortalecer a área. Entretanto, o volume de recursos investido ainda é baixo.

Analisou-se ainda a cobertura de alguns programas de transferência de renda e socioassistenciais, tendo como perspectiva a população idosa. Sobre o BPC, pôde-se constatar um aumento substancial no número beneficiários idosos. De acordo com Costa et al (2016), o Estatuto do Idoso de 2003 teve papel fundamental nessa expansão, devido à redução de idade para elegibilidade do benefícios para o idoso, que passou para 65 anos. Estudos apontam que programas de transferência de renda são relevantes para a redução das desigualdades de renda e melhorias das condições de vida das famílias em condições de pobreza e extrema pobreza (SOCHACZEWSKI; LOBATO; TAVARES, 2014). Para os idosos, o BPC tem um efeito importante para não aprofundar vulnerabilidades econômicas, sobretudo num contexto caracterizado por fragilidades dos mecanismos de solidariedade social.

As necessidades sociais dos idosos (assim como de outros grupos vulneráveis) vão muito além dos benefícios não contributivos de transferência de renda, sendo necessária a criação de redes de serviços que garantam cidadania a esse segmento, o que foi favorecido principalmente a partir da criação, em 2004, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e dos programas que o integram. No estudo foi possível analisar a cobertura de alguns dos programas que integram a Proteção Social Básica e que tem os idosos como público alvo.

Em geral, as ações têm como foco a busca pelo fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários através da articulação da matricialidade sociofamiliar, a fim de prevenir o isolamento e/ou abrigamento da pessoa idosa; incentivo à autonomia desse indivíduo; o apoio às famílias quanto ao cuidado; a promoção e o incentivo à participação dos idosos nas decisões familiares; a formação de grupos de convivência visando à socialização dos idosos. Destaque-se que a maior parte das ações da área tem a família como eixo norteador e núcleo fundamental para a sua efetividade. Se por um lado isto sugere maior articulação, parceria e complementaridade para evitar ações isoladas e fragmentadas entre o Estado e a sociedade (BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016), “o limiar da inovação ao conservadorismo se torna bastante tênue, pois não basta demarcar as transformações que perpassam as famílias, se persistirem abordagens conservadoras e disciplinadoras no trabalho profissional que se realiza” (ANDRADE, 2011, p. 38). Nas políticas para os idosos na Assistência Social, observou-se que as

famílias ainda são enfatizadas como fonte primária de bem-estar. Nesse sentido existe o risco de que a política social, ao reforçar o papel das famílias em um contexto de transformações na sua configuração, se distancie da concepção de direito social, favorecendo a privatização do cuidado que deveria ser realizado pelo Estado.

Os programas e ações no campo da Assistência Social são essenciais para o estabelecimento do pacto redistributivo, a partir da garantia de renda e apoio a fim de resguardar os cidadãos de certos riscos sociais. Nesse sentido, os programas desenvolvidos na área (sobretudo no âmbito do SUAS) significarem avanços para a população idosa, sobretudo a mais pobre. Entretanto, é importante questionar se os objetivos e diretrizes preconizados nas políticas estão sendo garantidos à população ou se permanecem no âmbito normativo e legal, não sendo cumpridos de forma integral e satisfatória. Estudos para avaliação de programas como o PAIF, por exemplo, são fundamentais para compreender os reais limites e potencialidades dessas iniciativas.

A área da Saúde é especialmente demandada pela população acima de 60 anos por conta de condições de saúde como as doenças crônico-degenerativas, que geram aumento da utilização de serviços de saúde. Os dados corroboram os desafios que se colocam para o setor, diante de: altas taxas de mortalidade por doenças crônicas; participação expressiva desse grupo no total das internações hospitalares do SUS; elevado tempo médio de permanência hospitalar desse grupo, entre outros indicadores.

No que concerne ao financiamento, a área não tem recebido investimentos suficientes por parte dos governos. Desde a sua concepção, propôs-se que o SUS deveria ser financiado pelo orçamento da Seguridade Social, composto por impostos gerais e contribuições sociais variadas. Além disso, enfatizou-se a relevância da participação das três esferas de governo no financiamento, prevendo-se mecanismos gerais de descentralização fiscal e transferências intergovernamentais setoriais. Todavia, os dados demonstram a baixa prioridade da Saúde nos investimentos dos governos, o que fragiliza o setor e impede sua expansão e a oferta eficiente e adequada de serviços. A questão do financiamento do SUS é fundamental para os idosos diante das mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas, que implicam em maior utilização de serviços de saúde.

No que tange à cobertura, houve uma expansão dos idosos cadastrados na Atenção Básica, sugerindo que a tentativa de fortalecer a Estratégia de Família como porta de entrada do sistema tem alcançado também esse grupo da população. Para os idosos isso

é importante, diante da possibilidade de um atendimento baseado na promoção da saúde, prevenção e acompanhamento de agravos, o que contribuiria para a melhoria da situação de saúde e bem-estar dos idosos.

Nota-se ainda que, a despeito da existência do SUS e de políticas relevantes na área de assistência farmacêutica, as famílias com idosos gastam muito com assistência à saúde, principalmente com medicamentos. Isto posto, o perfil de utilização de remédios por parte dos mais velhos acarreta em gasto elevado com a sua aquisição, em comparação ao observado nas demais faixas etárias. Faz-se necessário o planejamento de ações de saúde destinadas a melhorar o acesso a medicamentos e às condições sanitárias da população idosa no Brasil.

Destaque-se o número significativo de idosos beneficiários de planos de saúde, o que denota um esforço da manutenção do vínculo do idoso ao plano privado, influenciado por seu maior risco de adoecimento e também por um receio de baixa qualidade de atendimento por parte do sistema público de saúde.

A lógica desses planos é a busca da lucratividade e fortalecimento do mercado. Nesse sentido, os idosos tendem a ficar suscetíveis a mecanismos de seleção de riscos no momento da contratação do plano e a enfrentar obstáculos no momento da utilização de serviços, principalmente os de alto custo. Por exemplo, a indicação de que a população segurada apresenta maior prevalência de morbidades – como é o caso da pessoa idosa – pode levar à seleção adversa e/ou ao estabelecimento de elevadas mensalidades e copagamentos. Ademais, a trajetória da área tem sido marcada pelo gasto tributário como mecanismo de financiamento indireto do setor privado de saúde. De acordo com Ocké-Reis e Gama (2016, p. 6), esta é “uma transferência de recursos públicos realizada mediante a redução da obrigação tributária dos contribuintes. Assegurados na legislação, tais gastos dão um tratamento favorável a uma determinada atividade ou para determinados contribuintes”

Para os idosos, o gasto tributário (conforme essas renúncias fiscais têm sido denominadas) tem um papel particularmente perverso, na medida em que essa população depende, em sua significativa maioria, das ações e serviços do SUS para evitar agravos ou recuperá-los. Quando o Estado brasileiro opta por conceder privilégios às operadoras e seguros de saúde está: (a) fortalecendo uma modalidade de atenção excludente, sobretudo com a pessoa idosa, que opera sob critérios mercadológicos e não sob a ótica

do direito universal; e (b) deixando de investir no sistema público e universal de saúde, cuja consolidação é fundamental para o bem-estar dos idosos.

O estudo aqui empreendido buscou compreender como a Seguridade Social e as três áreas que a compõem estão lidando com os desafios que se impõem diante do aumento de idosos na composição populacional brasileira. De forma geral, é possível afirmar que houve avanços nas políticas desenvolvidas para os idosos a partir da promulgação da Constituição de 1988 até 2016. Esses progressos podem ser percebidos na criação de políticas fundamentais para a proteção social a esse grupo, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, além das diversas leis que vem buscando avançar na provisão de ações que proporcionem um cuidado integral e efetivo a esse grupo. Ressalte-se ainda a criação e o funcionamento do CNDI como um importante avanço institucional, ao favorecer a interação entre atores do Estado e da sociedade civil com vistas à garantia dos direitos dos idosos. Todavia, a provisão de serviços de saúde, de assistência e de cuidados abrangentes e de boa qualidade para esse grupo ainda é uma questão não equacionada. A implementação efetiva dos diversos programas e ações ainda está aquém do previsto na legislação e nos documentos oficiais.

A partir da análise das três áreas, percebeu-se que o sistema de proteção social aos idosos no Brasil até o momento parece mais bem sucedido na atribuição de suprir os rendimentos advindos da perda capacidade laborativa pela idade avançada, por meio do sistema de previdência (Camarano, 2009). As leis e portarias voltadas à população idosa configuram-se avanços importantes, mas ainda não solucionaram a contento questões fundamentais como emergência de tipos diferenciados de famílias, deflagrando a necessidade de um cuidado além do familiar, ou ainda, mais ampliado por parte do Estado. Dessa forma, a família ainda é considerada o principal pilar de apoio do longo, principalmente quando esse é acometido por agravos graves e incapacitantes, além de caracterizar-se como rede de apoio de cuidado, afetivo e econômico para os idosos influenciando de forma decisiva o seu bem estar.

Desta forma, o modelo de proteção social disponível aos idosos no Brasil é fortemente ancorado em transferências de renda. Os idosos têm a seu dispor os benefícios contributivos como as aposentadorias e pensões que são, em regra, proporcionais à contribuição feita pelos indivíduos, e os benefícios não contributivos da Previdência (aposentadorias especiais) ou ligados à Assistência Social, como o Benefício de Prestação Continuada. Sobre os benefícios não contributivos, é possível afirmar que, apesar da

tentativa de organização e prestação de serviços socioassistenciais e avanços normativos, a área tem caminhado rumo à opção de prestar cuidado aos idosos a partir dos benefícios de transferência de renda, o que é insuficiente diante das demandas desse grupo e da necessidade imperiosa de que as ações saiam do âmbito legal e sejam realmente efetivadas. Não é possível pensar em proteção social aos idosos sem contar com a oferta de ações, programas, redes de apoio e atenção aos idosos e às famílias.

Este cenário em parte corrobora as afirmações de Lynch (2006), que buscou estudar a “orientação de idade” de distintos modelos de *Welfare State*. A autora argumenta que sistemas de proteção erigidos sobre forte base corporativa tendem a se destacar por altas transferências previdenciárias aos idosos no conjunto do gasto social, em detrimento de outros tipos de políticas e gastos sociais. Ressalta-se, no entanto que o contexto estudado pela autora foi de países avançados que alcançaram na segunda metade do século XX uma cobertura do seguro social ligado ao trabalho quase universal. Isso é diferente dos países em desenvolvimento, em que os padrões históricos de alta informalidade laboral fazem com que parcela expressiva da população chegue à velhice sem garantida de renda mínima, o que sinaliza a importância de expansão tanto de transferências não contributivas como de serviços públicos de diferentes tipos para esse grupo.

O desenho da Constituição de 1988 brasileira se inspira em um modelo mais socialdemocrata, como designado por Esping-Andersen (1991), com um sistema de Seguridade Social amplo que visaria minimizar as desigualdades e amparar os cidadãos contra os riscos sociais a partir de suas três áreas, o que é fundamental para os idosos. Conforme constatou Lobato (2017, p. 148): “Cidadania, democracia, solidariedade social e intervenção estatal estavam explícita ou implicitamente incorporadas à Constituição de 1988 no Brasil, quando nesta se introduziu a noção de Seguridade Social”. Contudo, condicionantes históricos, estruturais e institucionais do Estado brasileiro como altas desigualdades e frágeis níveis de organização social; o caráter corporativo, segmentado e excludente do sistema de proteção social; a presença de atores ligados a uma perspectiva liberal do papel do Estado nas arenas política e institucional; a permanência de relações entre o Estado e os mercados que privilegiam agentes privados, entre outros elementos, ajudam a compreender a dificuldade de abrangência e efetivação do pacto social estabelecido em 1988 e também o porquê das políticas para os idosos enfrentarem obstáculos para sua efetivação.

Cabe destacar alguns limites do estudo. Em primeiro lugar, a opção por abarcar as políticas nas três áreas da Seguridade foi importante para uma visão panorâmica da proteção social aos idosos, mas prejudicou o detalhamento dessas políticas e tampouco permitiu analisar sua implementação ou efetividade, o que demanda estudos específicos. Em segundo lugar, a análise do processo político foi circunscrita à atuação do CNDI, com ênfase na análise de atas e em um número restrito de entrevistas, não sendo possível uma compreensão aprofundada das relações entre atores na implementação das políticas para os idosos. Em terceiro lugar, houve dificuldades no acesso a informações e dados objetivos sobre o conjunto de programas e ações previstas no marco legal e normativo, resultando na opção por apresentar indicadores selecionados de financiamento e de cobertura nas três áreas da Seguridade. Por fim, em que pese a preocupação central do estudo com as relações entre Estado, mercado e famílias na proteção aos idosos, a discussão da atuação dos mercados e das famílias na tese foi relativamente delimitada, cabendo a realização de outras pesquisas com esse foco.

O período do estudo se encerrou em maio de 2016, dada a mudança no cenário político-institucional do país, com o processo controverso de destituição da Presidente Dilma Rousseff. Cabe destacar que o sistema de proteção social está sob severas ameaças desde então. Os recuos, intimidações e constrangimentos ao pacto social estabelecido baseiam-se no resgate do ideário neoliberal que visa reduzir o papel do Estado na economia, a partir de cortes profundos nos gastos públicos; privatização de estatais; flexibilização de leis trabalhistas, entre outros.

Na área social, destacam-se as seguintes ações promovidas pelo governo atual rumo à destruição da proteção social sob égide da cidadania ampliada: restrições aos direitos trabalhistas; congelamento de gastos públicos por duas décadas (aprovado no fim de 2016), que incide sobre os serviços públicos de educação e saúde; restrições às políticas de transferência de renda como o BPC, com a proposta para aumento da idade para solicitar o benefício; proposta de reforma previdenciária de caráter contencionista, ignorando as desigualdades socioterritoriais e de gênero; retrocessos na política de saúde mental, com volta à ênfase na atenção hospitalar; ameaças de cortes nos gastos obrigatórios com o SUS e flexibilização de mecanismos de financiamento; entre outros.

Este cenário é extremamente grave para a sociedade como um todo e também para os idosos. Para lidar com os desafios do envelhecimento populacional, organizar, fortalecer e efetivar ações nas três áreas da Seguridade Social, é preciso que prevaleça o

que foi acordado na Constituição de 1988 e que o bem-estar do idoso seja prioridade no modelo de Estado e de sociedade que o país pretende construir.

Destaque-se ainda a necessidade dos movimentos sociais pró-idoso se fortalecerem e disputarem a agenda em prol das ações para os idosos nos espaços institucionais e nas diversas arenas de atuação. É preciso considerar que a universalidade dos direitos e amplitude das políticas para esse grupo só podem ser conquistadas se a luta pela democratização da sociedade contemplar a particularidade das formas de opressão que caracterizam as experiências dos idosos (DEBERT; OLIVEIRA, 2016). O debate sobre o papel do Estado na garantia de direitos sociais tem sido a marca das lutas políticas na atualidade. Assim sendo, discutir controle social em sociedades democráticas significa assumir uma posição política em relação ao Estado e, por conseguinte, estabelecer o lugar das instâncias de controle social e dos demais mecanismos de participação no jogo do poder o que, por sua vez, depende do caráter e da solidez da democracia.

O Brasil conta com mecanismos legais que visam o bem-estar dos idosos, nas três áreas de Seguridade Social, em um desenho de proteção social universal. Diante do atual momento político e econômico, o principal desafio é a defesa do modelo preconizado na Constituição de 1988 e das conquistas alcançadas nos anos subsequentes, inclusive as mais especificamente relacionadas aos idosos. Para tal, é preciso que os governos se organizem face às demandas e priorizem esse grupo populacional.

Importante destacar que o principal responsável por evitar a queda da maioria dos idosos brasileiros na indigência e na pobreza é o benefício de natureza previdenciária (urbana e rural). Isso revela, de um lado, que um número significativo de pessoas que hoje têm 60 ou mais anos construíram suas trajetórias de vida em momentos históricos de expansão do emprego assalariado, o que lhes garantiu, posteriormente, o acesso a aposentadorias e pensões. De outro lado, a ampliação dos direitos sociais decorrentes, principalmente, da Constituição de 1988, permitiu a cobertura de um contingente importante de idosos não filiados à Previdência Social até então, por meio de benefícios previdenciários não contributivos, do BPC e da expansão de alguns serviços públicos.

Cabe interrogar como será a velhice das pessoas que estão construindo suas trajetórias de vida nos últimos anos, caracterizados por nova crise do emprego e por outro movimento de aumento das relações informais e precárias no mercado de trabalho. No futuro, pode aumentar ainda mais a demanda por benefícios não contributivos dirigidos

às pessoas idosas, para impedir que, no momento de redução da capacidade laboral por conta da idade, estas caiam na indigência ou na pobreza.

Nesse contexto, o envelhecimento progressivo da população aponta para uma complexidade crescente dos desafios da proteção social no Brasil, que requerem a reafirmação dos direitos sociais duramente conquistados ao longo de décadas, bem como a expansão dos serviços públicos e demais mecanismos de redistribuição social.

Referências bibliográficas

ABRANCHES, S. H. H. DE. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v. 31, n. 1, p. 5–34, 1988.

AGOSTINHO, C. S.; MAXIMO, G. C. **Idosos num Brasil que envelhece: uma análise multidimensional da pobreza**. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006, Caxambu. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006.

ALBUQUERQUE, A. B. B. DE; BOSI, M. L. M. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza**, Ceará, Brasil. 2009.

ALCÂNTARA, A. D. O.; GIACOMIN, K. C. Fundo Nacional do Idoso: um instrumento de fortalecimento dos Conselhos e de garantia de direitos da pessoa idosa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 143–166, 2013.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A., GIACOMIN, K. C.. (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. 1ªed. Rio de Janeiro: Ipea, 2016

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115–131, 2015.

ALMEIDA, C. M. DE. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263–286, 1999a.

ALVES H.J. **Programa Bolsa Família, Saúde da Família e Processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no Município de Silva Jardim (RJ)** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

ANDERSEN, J. G. **Conceptualizing Welfare State Change**. CCS Working Paper. **Anais...R: 2007**

ANDRADE, F. F. DE. A institucionalidade da assistência social na proteção social brasileira. **Serviço Social em Revista**, v. 13, n. 2, p. 19–44, 2011.

_____. Desfamiliarização das Políticas sociais na América Latina: Uma breve análise dos sistemas de proteção social na região. **Barbarói.**, n. 31, 2009.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Demanda por planos de saúde no Brasil. **FG Silveira, LM Servo et al. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**, v. 2, 2007.

ANDRIETTA, L. S. **A MERCANTILIZAÇÃO DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO BRASILEIRO (1988-2014)**. Dissertação de mestrado. Instituto de Economia/ Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Campinas, 2015.

ARAÚJO, J. D. DE. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012.

ARRETCHE, M. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais(BIB)**, v. 39, p. 3–40, 1995.

ARTS, W. Welfare regimes in an age of austerity. **Sociologia E Politiche Sociali**, v. 16(1), p. 9–23, 2013.

AYSAN, M. F. **Welfare regimes for ageing populations: divergence or convergence?** The 26th International Population Conference IUSSP. **Anais...Marrakech, Morocco**: 2009

AZEVEDO, J. A. M. DE. **A POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA NO BRASIL : Análise de seu Dimensionamento frente a um novo Cenário Institucional**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385–1397, 2008.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços**. Washington: The World Bank; 2011.

BAPTISTA, T.W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes, ALM. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

BARROS, D. F. DE et al. O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL T. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 1, p. 78–84, 2010.

BATISTA, A. S. et al. Envelhecimento e Dependência : Desafios para a Organização da Proteção Social Envelhecimento e Dependência : **Coleção da Previdência social**, v. 28, p. 160, 2008.

BATISTA, A. S. et al. OS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL. In: **TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1402**. Brasília: Ipea, abril, 2009.

BELTRÃO, K. I. et al. ANÁLISE DA ESTRUTURA DA PREVIDÊNCIA PRIVADA BRASILEIRA: EVOLUÇÃO DO APARATO LEGAL. **TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1043**, 2004.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. **Texto para Discussão Nº 1.034**, 2004.

BENÍTEZ, H. G. ¿QUÉ CRISIS AFECTA AL ESTADO DE BIENESTAR? DINÁMICA GENERAL Y LECCIONES DEL CASO ALEMÁN. **Andamios**, v. 5, n. 10, p. 335–359, 2009.

BERZINS, M. A. V. DA S.; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. In: ALCÂNTARA, A. DE O.; CAMARANO, A. A. O.; GIACOMIN, K. C. (Eds.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2016.

BICHIR, M. M. **O subdesenvolvimento econômico da América Latina sob a perspectiva da teoria da dependência**. Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica 2008 - UFCAR. **Anais...São Carlos**. 2008

BICHIR, R. M. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **NOVOS ESTUDOS**, v. 87, 2010.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 45, n. 5, p. 897–905, 2011.

BOITO JR., A; GALVÃO, A. **Política e classes sociais no Brasil dos anos 2000**. São Paulo: Alameda Editorial, 2012

BOITO JR, A. **As bases políticas do neodesenvolvimentismo**. Trabalho apresentado no Fórum Econômico da FGV/São Paulo. 2012

BORGES, A.P. A. **Representação da população idosa na luta por seus direitos no Brasil: o caso dos Conselhos Estaduais do Idoso** [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2009.

BORON, A. A. **Estado, capitalismo y democracia en América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2003.

BOSCH, M. et al. **Melhores aposentadorias, melhores trabalhos: Em direção à cobertura universal na América Latina e no Caribe**. Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, 2013.

BOSCHETTI, I. IMPLICAÇÕES DA REFORMA DA PREVIDÊNCIA NA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 57–96, 2003.

BOVOLENTA, G. A. Os benefícios eventuais previstos na Loas: o que são e como estão. v. 106, p. 365–387, 2011.

BRANDÃO, A. P. et al. Hipertensão arterial no idoso. **Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 459–473, 2006.

BRASIL. **Decreto Nº 68806 de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 225, DE 18 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, altera a legislação de benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1990-1995/225.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. **LEI Nº 8.029, DE 12 DE ABRIL DE 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8029cons.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 252/ 1990**, 1990c.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017d.

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências**

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017e.

BRASIL. Decreto nº 99.060, de 7 de Março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99060-7-marco-1990-328511-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017f.

BRASIL. DECRETO Nº 356, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1991. Aprova o Regulamento da Organização e do Custeio da Seguridade Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0356.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. DECRETO Nº 357, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1991. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0357.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL. LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212orig.htm>.

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 70, DE 30 DE DEZEMBRO DE 1991. Institui contribuição para financiamento da Seguridade Social, eleva a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp70.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017d.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 258, DE 07 DE JANEIRO DE 1991. NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/91. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao/258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2017e.

BRASIL. Portaria Nº 234, de 07 de fevereiro de 1992 - Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92) Diário Oficial da União, 1992.

BRASIL. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. LEI Nº 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 1 nov. 2017c.

BRASIL. LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994.

BRASIL. Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742,

de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1995/decreto-1744-8-dezembro-1995-431802-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995. Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1995/decreto-1366-12-janeiro-1995-426118-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL. Uma estratégia de desenvolvimento social, 1996.

BRASIL. LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. PORTARIA SAS/MS nº 2.414, de 23 de março de 1998. p. 2–6, 1998b.

BRASIL. LEI Nº 9.876, DE 26 DE NOVEMBRO DE 1999. Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual, o cálculo do benefício, altera dispositivos das Leis nºs 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9876-26-novembro-1999-369974-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. LEI Nº 9.790, DE 23 DE MARÇO DE 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9790-23-marco-1999-349541-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MPAS Nº 5.153, de 7 de abril de 1999. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. 1999c.

BRASIL. Portaria 1395/GM – Política de Saúde do Idoso. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 28 out. 2017d.

BRASIL. DECRETO Nº 3.409, DE 10 DE ABRIL DE 2000. Define as ações continuadas de assistência social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3409.htm>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.874 DE 30 DE AGOSTO DE 2.000. Altera dispositivos da Portaria N.º 2854, de 19 de julho de 2.000. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/suas/noticias/portaria_n_2874_-_30.08.2000.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL. LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9961-28-janeiro-2000-369733-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017c.

BRASIL. Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001. Institui o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3877-24-julho-2001-332172-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

BRASIL. 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: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4227.htm>. Acesso em: 27 out. 2017a.

BRASIL. PORTARIA MS N. 702 DE 12 DE ABRIL DE 2002 Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. 2002b.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 19, DE 27 DE JUNHO DE 2012. Estabelece critérios para a utilização dos recursos do Fundo Nacional do Idoso e para o seu funcionamento. 2002c.

BRASIL. Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro de 2003 - Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2003/medidaprovisoria-103-1-janeiro-2003-492624-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 jan. 2018a.

BRASIL. Decreto Nº 4655, de 27 de março de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Assistência e Promoção Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4655.htm>. Acesso em: 14 jan. 2018b.

BRASIL. LEI Nº 10.683, DE 28 DE MAIO DE 2003 - Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10683-28-maio-2003-496772-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 jan. 2018c.

BRASIL. Medida Provisória nº 163, de 23 de janeiro de 2004 - Altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2004/medidaprovisoria-163-23-janeiro-2004-497878-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 jan. 2018a.

BRASIL. Lei Nº 10836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018b.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 8 dez. 2017c.

BRASIL. Decreto Nº 5090 de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018d.

BRASIL. 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 - CNDI, e dá outras providências. 2004e.

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 47, DE 5 DE JULHO DE 2005 - Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc47.htm>. Acesso em: 14 jan. 2018a.

BRASIL. RESOLUÇÃO CNAS Nº 130, DE 15 DE JULHO DE 2005 - Lex **MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.** Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_504145_RESOLUCAO_CNAS_N_130_DE_15_DE_JULHO_DE_2005.aspx>. Acesso em: 15 jan. 2018b.

BRASIL. Decreto nº 5934 de 18 de outubro de 2006. Estabelece mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação do disposto no art. 40 da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5934.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 128, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2008. Altera a Lei Complementar no 123, de 14 de dezembro de 2006, altera as Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, 8.029, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp128.htm>. Acesso em: 14 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, n. Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93, 2010a.

BRASIL. LEI Nº 12.213, DE 20 DE JANEIRO DE 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei no 9.250, de 26 de dezembro de 1995. 2010b.

BRASIL. LEI Nº 12.470, DE 31 DE AGOSTO DE 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112470.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018a.

BRASIL. LEI Nº 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018b.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras p. Diário da República, 1ª série - nº 116, n. Pdr 2020, p. 3901–3902, 2011c.

BRASIL. DECRETO Nº 7.492, DE 2 DE JUNHO DE 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7492.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018d.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018e.

BRASIL. Lei Nº 12618 de 30 de abril de 2012 - Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona; fixa o limite máximo para a concessão de

aposentadorias e pe. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112618.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018a.

BRASIL. Decreto nº 7808 de 20 de setembro de 2012. Cria a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo - Funpresp-Exe, dispõe sobre sua vinculação no âmbito do Poder Executivo e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7808.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018b.

BRASIL. LEI Nº 13.134, DE 16 DE JUNHO DE 2015. Altera as Leis no 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego e o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no 10.779, de 25 de novembro de 2003, que dispõe sob. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13134.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018a.

BRASIL. LEI Nº 13.135, DE 17 DE JUNHO DE 2015 - Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13135-17-junho-2015-781013-norma-pl.html>>. Acesso em: 15 jan. 2018b.

BRASIL. LEI Nº 13.097, DE 19 DE JANEIRO DE 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da COFINS-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm>. Acesso em: 15 jan. 2018c.

BRASIL. Mapa das Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal (2014). Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, – Brasil, 2015d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. RESOLUÇÃO Nº 207, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1998. Aprova por unanimidade a Política Nacional de Assistência Social - PNAS e a Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB2. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/1998/Resolucao_CNAS_no_207-_de_16_de_dezembro_de_1998.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA MS/GM Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União; Poder Executivo, v. 216, n. 1, p. 22932–40, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998. PORTARIA Nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 1 nov. 2017a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 1 nov. 2017b.

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria N° 648, De 28 De Março De 2006. **Diário Oficial da União**, p. 26, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Manual de Preenchimento**. Brasília - DF: 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N° 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários d.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 jan. 2018a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022**. Brasília: 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N° 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2018a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N° 963, DE 27 DE MAIO DE 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2018b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Financiamento Público de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2013c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Orientações Técnicas sobre o PAIF**. Brasília, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 2014.

BRASIL, P. DA R. Lei Orgânica da Assistência Social, n° 8.742, de 7 de setembro. 1993d.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **RESOLUÇÃO N° 18, DE 11 DE JUNHO DE 2012. Dispõe sobre aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, consoante disposto no art. 2º, VIII do Decreto n° 5.109, de 17 de junho de 2004**. Brasília, 2012.

BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático**. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos. 2013

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Concessão e manutenção dos benefícios do Auxílio-doença**. Brasília: TCU, 2010.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, MARIA INÊS SOUZA MOTA, A. E. et al. (Eds.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 1ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CORTEZ EDITORA, 2006. p. 88–110.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc.**, v. 128, p. 85–103, 2017.

BRESSER - PEREIRA, L. C. O modelo primário - exportador e o Estado Oligárquico. In: **Estado e Subdesenvolvimento Industrializado**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1977.

_____. Uma Interpretação Da América Latina: a Crise Do Estado. **Novos Estudos - CEBRAP**, v. 37, p. 37–57, 1993.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 1, p. 5–26, 2008.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. v. 60p. 137–167.

_____. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2010.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

_____. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. A Previdência Social brasileira. In: ALCÂNTARA, A. DE O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. 1ª ed. Rio de Janeiro: 2016. p. 265–294.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. **Boletim Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise nº 54**, p. 21–29, 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. E. COMO VIVE O IDOSO BRASILEIRO? *. In: **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: 2004. p. 604.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. **Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido**, p. 67–91, 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos**, v. 60, n. 1, p. 253–292, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. ENVELHECIMENTO, POBREZA E PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA. **Texto para discussão Nº 1292**, 2007.

CAMARGO, J. M. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 68–77, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. **Diabetes E Hipertensão: Quantos Anos Os " Jovens Idosos" De 60 Anos De Minas Gerais Podem Esperar Viver Sem Essas Doenças?** Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedings of the 13th Seminar on the Economy of Minas Gerais]. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008

CARDOSO, F. H.; FALETTO, E. **Dependência e desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica.** Editora Civilização Brasileira, 2004.

CARLOS, J.; BELIEIRO, M. **Notas de análise sobre a era fhc (1994-2002) ***. n. 2002, p. 111–122, 2003.

CARVALHO, G. F. DE. **A assistência social no Brasil: da caridade ao direito.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) –Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CASTRO, J. A. DE et al. **Gasto Social Federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010** Nota Técnica N° 9. Brasília. IPEA. 2012.

CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro**, v. 46, n. 6, p. 1459–77, 2012.

CEPAL. **La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.** 2006.

CESAR, J. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões do Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1835–1845, 2008.

COCKELL, F. F.; PERTICARRARI, D. Retratos da informalidade: a fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1709–1718, mar. 2011.

COLET, C. DE F.; BORGES, P. E. M.; AMADOR, T. A. Perfil de gastos com medicamentos entre idosos em diferentes grupos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, 2016.

CONTI, B. DE. Os fundos brasileiros de Previdência Complementar: segmentações analíticas e estudos preliminares sobre a alocação de seus recursos. **Texto para discussão N° 2175**, 2016.

CORAZZA, G. O “regionalismo aberto” da CEPAL e a inserção da América Latina na globalização. **Ensaio FEE**, v. 27, n. 1, p. 135–15, 2006.

CORDEIRO, H. **A indústria de saúde no Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal/Cebes, 1985.

COSTA, J. DE A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001–2009, 2011.

COSTA, L. S. et al. Análise do subsistema de serviços em saúde na dinâmica do complexo econômico-industrial da saúde. In: **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento produtivo e complexo da saúde [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 5p. 121–159.

COSTA, M. DA S. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Caderno CRH**, v. 23, n. 58, p. 171–190, 2010.

COSTA, N. DO R. et al. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3037–3047, out. 2016.

COSTA, N. DO R.; LAMARCA, I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1601–1611, 2013.

COUTO, C. G.; ABRUCIO, F. O segundo governo FHC: coalizões, agendas e instituições. **Tempo Social – USP**, 2003.

CPDOC / FGV • CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL. MARGARIDA MAIA PROCOPIO | CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/margarida-maia-procopio>>. Acesso em: 17 out. 2017.

CRONEMBERGER, I. H. G. M.; TEIXEIRA, S. M. Familismo Na Política Social Brasileira E As Mulheres. **Revista FSA, Teresina**, v. 9, n. 2, p. 205–221, 2012.

CUEVA, A. **La Teoría Marxista: Categorías de Base y Problemas Actuales / A. Cueva**. Editora Planeta, 1987.

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: FACES, U. C. DE V. (Ed.). **Políticas de cidadania y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: p. 95–110.

DE ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 15–24, 2005.

DE CARVALHO, J. M. Os bestializados. **São Paulo: Companhia das Letras**, p. 24, 1987.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, G. S. D. Os dilemas da democracia nos conselhos de idosos. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 515–535, 2016.

DELGADO, G.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R. P. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Volume 1**. Brasília: IPEA, 2009.

DELGADO, I. G. A reforma da previdência social na América Latina. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 57, p. 195–199, fev. 2005.

DIEESE/ANFIP. **Previdência: reformar para excluir? Contribuição técnica ao debate sobre a reforma da previdência social brasileira**. Brasília: 2017.

DOS DEPUTADOS, C. Estatuto do idoso. **Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações**, 2003.

DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, n. 2, p. 63–101, 2003.

DRAIBE, S. M. Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90. In: PAULANI, L. M.; SOLA, L. (Eds.). **Lições da década de 80**. São Paulo: USP, 1995. v. 80p. 201–221.

DRAIBE, S. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. **São Paulo perspect.**, v. 11, n. 4, p. 3–15, 1997.

DRAIBE, S. M.; RIESCO, M. Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina: um novo desenvolvimentismo em gestação? **Sociologias**, v. 13, n. 27, p. 220–254, ago. 2011.

DREW, E. P.; EMEREK, R.; MAHON, E. Changing family forms and the allocation of caring. In: **Women, work, and the family in Europe**. 1. ed. London: Routledge, 1998. p. 27–35.

DUARTE, P. H. E.; GRACIOLLI, E. J. **A teoria da dependência: interpretações sobre o (sub) desenvolvimento na América Latina**. V Colóquio Internacional Marx e Engels. **Anais...**Campinas: 2007

ERBER, F. S. As convenções de desenvolvimento no governo Lula: um ensaio de economia política. **Revista de Economia Política**, v. 31, n. 1, p. 31–55, 2011.

ESCOREL S, TEIXEIRA L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 333-84.

ESCORSIM, S. M. **Reflexões sobre a Política de Saúde no Brasil após a Constituição de 1988: a caminho do projeto neoliberal?** Londrina, 2015.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 24, p. 85–116, 1991.

_____. Welfare states and the economy. In: **The Handbook of Economic Sociology**. 1ª ed. Princeton University Press/Russel Sage Foundation. 1994. p. 711–732.

_____. Why We Need a New Welfare State. **Oxford University Press**, 2002.

_____. Uma perspectiva transatlântica da política de privatização latino-americana. In: **A reforma da Previdência Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. p. 13–26.

ESPING-ANDERSEN, G.; PALIER, B. **Três Lições Sobre o Estado-Providência**. Portugal: Campo da Comunicação, 2009.

FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**, v. 8, p. 183–238, 1997.

_____. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Tese (Doutorado) — Unicamp, Campinas, 2005.

_____. **Previdência Social e Desenvolvimento Econômico**. Texto para Discussão IE/UNICAMP n. 140, fev. 2008. Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, 2008.

_____. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **SER social**, v. 13, n. 28, p. 41–80, 2011.

FAGNANI, E.; TONELLI VAZ, F. Seguridade social, direitos constitucionais e desenvolvimento. **2013-B). Políticas sociais, universalização da cidadania e desenvolvimento: educação, seguridade social, infraestrutura urbana, pobreza e transição demográfica.** São Paulo, Fundação Perseu Abramo. 2013.

FERLA, A.; LORENZI, D. R. D.; HERÉDIA, V. B. M. **Envelhecimento, saúde e políticas públicas.** EDUCS, 2007.

FERNANDES, M. DAS G. M.; FRAGOSO, K. DE M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 173–180, 2005.

FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (ORGANIZADORES). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FILHO, A. I. DE L. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, 2004.

FILHO, P. FAVERET; OLIVEIRA, P. J. DE. **Universalização excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde**, 1987.

FILHO, P. P. O ajustamento na América Latina: crítica ao modelo de Washington. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 32, p. 101–132, abr. 1994.

FILHO, R. F. DE O. F. **Fundos de Pensão Públicos X Fundos de Pensão Privado: Qual será o perfil do investimento?** Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC- RJ, 2010.

FLEURY, S. Reformas e contra-reformas: a difícil reformulação da relação estado/sociedade. In: **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina.** Editora FIOCRUZ, 1994a.

_____. **Estado sem cidadãos - Seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994b.

_____. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 243–250, jun. 1995.

_____. Que proteção social para qual democracia? Dilemas da inclusão social na América Latina. **Medicina Social**, v. 5, n. 1, 2010.

FLEURY, S.; ALVES, R. Reforma previdenciária no Brasil em três momentos*. **RAP**, v. 38, n. 6, p. 979–1022, 2004.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. POLÍTICA DE SAÚDE: UMA POLÍTICA SOCIAL. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23–64.

FONTE, I. B. DA. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice. **Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 12, p. 1–10, 2002.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125–34, 2003.

FRANZONI, J. M. Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales. **Revista Centroamericana de Ciencias Sociales de FLACSO**, v. 4, n. 2, 2005.

_____. **Regímenes del bienestar en América Latina.** Documento de Trabajo nº 11. Madrid: 2010.

_____. Welfare regimes in Latin America: Capturing constellations of markets, families, and policies. **Latin American Politics and Society**, v. 50, n. Williamson 1990, p. 67–100, 2008.

FREITAS, M. P. D.; MORAES, E. N. DE. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Rio de Janeiro. RJ: EAD, ENSP, 2008.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio** (Resumo Executivo). Nova York, 2012

GAUTUN, H.; HAGEN, K. How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? **Community, Work & Family**, v. 13, n. 4, p. 393–409, 2010.

GENTIL, D. L. **A falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil.** Instituto de Economia/UFRJ, Rio de Janeiro, 2005

_____. **A falsa crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil: uma análise financeira do período 1990-2005.** Congresso Trabalhista Brasileiro. Brasília. 2007

GIACOMIN, K. Panorama dos 10 anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. In: **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013a. p. 175–188.

_____. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: Berzins MV, Borges MC, organizadores. **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari; 2012. p. 17-44.

_____. Relatório do Conselho Nacional do Idoso Gestão 2010-2012. **Revista Portal de Divulgação**, n. 30, 2013b.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI NA ÁREA DA SAÚDE. In: ALCÂNTARA, A. D. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (ORGS) (Eds.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 135–173.

GIAMBIAGI, F. et al. Impacto de reformas paramétricas na previdência social brasileira: simulações alternativas. **Texto para Discussão 1289 (IPEA)**, 2007.

GORNICK, JANET C.; JACOBS, J. A. Gender, the Welfare State, and Public Employment: A comparative Study of Seven Industrialized Countries. **American Sociological Review**, v. 63, n. 5, p. 688–710, 1998.

GOUGH, I. et al. **Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa, and Latin America : social policy in development contexts.** Cambridge University Press, 2004.

GOUGH, I. Social policy regimes in the developing world. In: **A Handbook of Comparative Social Policy.** Cheltenham UK.; Edward Elgar Publishing Ltd, 2013. p. 205–224.

GROISMAN, D. Saúde Mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas. In: Marco Aurélio Soares Jorge; Maria Cecília de Araújo Carvalho; Paulo Roberto Fagundes da Silva. (Org.). **Políticas**

e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, v., p. 229-277.

HILL, M. **Social Policy in the Modern World: A Comparative Text.** United Kingdom: Wiley-Blackwell Publishing, 2006.

HUBER, E.; STEPHENS, J. D. **Democracy and the left : social policy and inequality in Latin America.** Chicago: University of Chicago Press, 2012.

IBGE. **IBGE | Séries Estatísticas & Séries Históricas. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.** Disponível em: <<https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP321&t=revisao-2008-projecao-populacao-esperanca-vida>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

IPEA. Assistência Social. In: **Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 7.** Brasília: 2003.

IPEA. **Políticas sociais – acompanhamento e análise - Edição especial - 13,** 2010.

IPEA. **O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na Visão de seus Conselheiros.** Brasília, 2012.

JUNIOR, W. M. V.; MARTINS, M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3817–3826, dez. 2015.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 3, p. 217–220, 1987.

KERSTENETZKY, C. L. Sobre a “Crise” do Estado de Bem-Estar: Retração, Transformação Fáustica ou o Quê? **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 55, n. 2, p. 447 a 485. 2012.

KERSTENETZKY, C. L.; KERSTENETZKY, J. O Estado (de Bem-Estar Social) como Ator do Desenvolvimento: Uma História das Ideias. **Dados**, v. 58, n. 3, p. 581–615, set. 2015.

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M. B. DA; CARMO, M. S. N. DO. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Rev Assoc Med Bras**, v. 48, n. 3, p. 258–262, 2002.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Rev. katálysis**, v. 17, n. 2, p. 218–226, 2014.

LAURELL, A. C. **Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos.** Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2013

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova**, v. 67, p. 49–103, 2006.

LAVINAS, L. Bolsa Família: avanços e limites. Entrevista especial com Lena Lavinas. **Portal EcoDebate**, 2010.

LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Bolsa-família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 0, n. 10, p. 31–56, 13 out. 2015.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, p. 135–140, 2007.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. DE O. **SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

LEMOS, D. et al. Velhice. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, p. 269–29, 2001.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. DE S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 197–203, 2004.

LEWIS, J. Gender and welfare state change. **European Societies**, v. 4, n. 4, p. 331–357, jan. 2002.

LIMA, D. V. DE; VIANA, T. B.; GOMES, M. M. F. **Impacto das Recentes Reformas Previdenciárias nas Receitas e Despesas do RGPS: Sanção da Fórmula 85/95 Progressiva**. USP International Conference in Accounting. São Paulo: 2016

LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R.; WARGAS, T. F. B. (Eds.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. p. 111–137. 2011

LIMA, J. R.; SILVA, M. DO R. DE F. E. Conselho de Direitos da Pessoa Idosa: instrumento de participação e protagonismo. **Revista FSA**, v. 11, n. 3, p. 366–382, 2014.

LOBATO, L. DE V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2009.

_____. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde Debate**, v. 40, n. Especial, p. 87–97, 2016.

_____. Seguridade Social e Welfare State no Brasil. In: RODRIGUES, P. H. DE A.; SANTOS, I. S. (Eds.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes/Hucitec, 2017. p. 143–162.

LONARDONI, E. et al. O processo de afirmação da assistência social como política social. **Serviço Social em Revista**, v. 8, n. 2, 2006.

LYNCH, J. **Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers, and Children (Cambridge Studies in Comparative Politics)**. United Kingdom: Cambridge University Press (June 5, 2006), 2006.

MACÊDO, O. J. V. et al. Ações do Profissional de Psicologia no Centro de Referência da Assistência Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 353, p. 809–823, 2015.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2005a.

_____. Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2688–2690, jun. 2011.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; ANDRADE, C. L. T. DE. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 187–200, 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; VIANA, L. DA S. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s42–s57, 2008.

MACHADO, L. T. A teoria da dependência na América Latina. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 199–215, abr. 1999.

MAHONEY, J.; THELEN, K. A Theory of Gradual Institutional Change. In: MAHONEY, J.; THELEN, K. (Eds.). **Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 1–37.

MANDEL, H.; SEMYONOV, M. A Welfare State Paradox: State Interventions and Women's Employment Opportunities in 22 Countries. **American Journal of Sociology**, v. 111, n. 6, p. 1910–1949, maio 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. O GOVERNO LULA E A CONTRA-REFORMA PREVIDENCIÁRIA. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 3–15, 2004.

MARTINIANO, C. et al. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Eds.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]**. 2ª ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 85–116.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. DE A. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 771–784, dez. 2015.

MATTOSO, J. **O Brasil desempregado - Como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90**. 1ª ed. Editora Fundação Perseu Abramo, 1999.

MEDEIROS, M. A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. **TEXTO PARA DISCUSSÃO NO 852**, 2001.

MENDES, Á.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491–505, jun. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010a.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDOSA, D. **Gênese da política de assistência social do governo Lula**. Universidade de São Paulo - USP, 2012.

MENICUCCI, T.M.G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, Aug. 2006

_____. A política de saúde no governo Lula. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, June 2011

MESA-LAGO, C. A reforma estrutural dos benefícios de seguridade social na América Latina: modelos, características, resultados e lições. In: **A reforma da previdência social na América Latina**. São Paulo: Editora FGV. 2003.

_____. **Integración de políticas de protección social para extender la cobertura: El rol de las instituciones de seguridad social** Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2006.

_____. Social security in Latin America: pension and health care reforms in the last quarter century. **Latin American Research Review**, v. 42, n. 2, p. 181–201, 2007a.

_____. Social Security in Latin America: Pension and Health Care Reforms in the Last Quarter Century. **Latin American Research Review**, v. 42, n. 2, p. 181–201, 2007b.

MESA-LAGO, C. Un reto de iberoamérica en el siglo XXI: La extensión de la cobertura de la seguridad social. **América Latina Hoy**, v. 48, p. 67–81, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 371, DE 04 DE MARÇO DE 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.**, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

MIRANDA, V. I. A. et al. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1453–1462, 2007.

MORAES, E. N. DE. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. 1ª ed. Brasília: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL, 2012.

MORAES, E. N. DE; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54–66, 2010.

MOREIRA, J. I. S.; NOBRE, M. C. DE Q. Transformismo do PT e contrarreforma da Previdência Social. **SER Social**, v. 18, n. 39, p. 520–539, 2016.

MOSTAFA, J.; SANTOS, M. P. G. DOS; STIVALI, M. PREVIDÊNCIA SOCIAL. In: **Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 20**. Brasília: IPEA, 2012.

MOURA, R. **A Previdência é sustentável, mas seus recursos estão em disputa**. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/economia/a-previdencia-e-sustentavel-mas-seus-recursos-estao-em-disputa>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

MYLES, J. A New Social Contract for the Elderly? In: ESPING-ANDERSEN, G. (Ed.). **Why We Need a New Welfare State**. Oxford University Press, 2002. p. 130–172.

- NAKAHODO, S. N.; SAVOIA, J. R. A reforma da previdência no Brasil: estudo comparativo dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 66, p. 45–58, fev. 2008.
- NORONHA, J. C. DE; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde-SUS. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2008. p. 435–472.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** v. 60, n. 2, p. 427–449, 2004.
- NUNES, E. **A Gramática Política do Brasil - Clientelismo e insulamento burocrático - 4ª Ed. 2010**. 4ª ed. Garamond, 2010.
- OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. DA. **Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013**. IPEA. Nota Técnica - 2016 - maio - Número 19. 2016.
- OFFE, C. **Algunas contradicciones en el Estado de Bienestar en Contradicciones en el Estado de Bienestar**. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- OLIVEIRA, A. T. R. DE. Os desafios ao desenvolvimento econômico e social colocados pela dinâmica demográfica. In: FAGNANI, E.; FONSECA, A. (Eds.). **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 401–21.
- OLIVEIRA, F. P. DE et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 623–34, 2015.
- PACHECO, A. Á. et al. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. **Texto para Discussão Nº 1658**, 2011.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1936, 2013.
- PANIZ, V. M. V. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008
- PARASCHIVESCU, C. Is Migration A Problem For Eu Welfare States ? What Role Can The Eu Play In ‘Managing’ Migration? **Revista Romana de Sociologie**, v. 5–6, p. 402–409, 2013.
- PASINATO, M. T. DE M. Pasinato MTM. **Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
- PASINATO, M. T.; KORNIS, G. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- PAZ, S. F. ; GOLDMAN, S. N. . Estatuto do Idoso. In: Freitas, E.V. et alii. (Org.). **Tratado de Gerontologia e Geriatria**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, v. 01, p. 001-1666.
- PEREIRA, E. DA S. **Previdência Social: Reflexões e desafios**. 2009.

PEREIRA, P. A. P. A Assistência Social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. **Ser social: Revista de Pós-graduação em Política Social/Universidade de Brasília**, n. 20, p. 63–84, 2007.

PERES, M. A. DE C. Velhice, Política e Autonomia: O movimento social do idoso e as políticas da terceira idade no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, v. 26, p. 144–159, 2007.

PESSÔA, E. M. **Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social. PUCRS, 2010.

PIERSON, P. Coping With Permanent Austerity Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. In: **The New Politics of the Welfare State**. Oxford University Press, 2001. p. 410–456.

_____. **Politics in time: History, institutions, and social analysis**. Princeton University Press, 2004.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004.

PIOLA, S. F. et al. FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-TRAJETÓRIA RECENTE E CENÁRIOS PARA O FUTURO. **Análise Econômica**, v. 30, 2012.

_____. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: **A saúde no Brasil em 2030. Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 4p. 19–70.

PRADO, M. A. M. B. DO; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. DE A. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3447–3458, 2016.

RAMOS, M. P.; AREND, S. C. O impacto da reforma da previdência social rural brasileira nos arranjos familiares: uma análise para entender a composição dos domicílios dado o aumento da renda dos idosos. **Rev. bras. Estud. Popul.** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 67-86, June 2012

RANGEL, L. A. et al. Conquistas, Desafios e Perspectivas da Previdência Social no Brasil VINTE anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal - Volume 1**. Brasília: IPEA, 2009.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulg Saúde Debate**, v. 37, p. 21–43, 2007.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. p. 131–148, 1988. Disponível em: <Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constitui%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf>. Acesso em: 5 out. 2017.

RODARTE, J. C. **a evolução da previdência complementar fechada no brasil, da década de 70 aos dias atuais - Expectativas, Tendências e Desafios**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG, 2011.

- RODRIGUES, N. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v. 3, p. 149–158, 2001.
- RODRIGUES, P. H.; KORNIS, G. E. M. *Apocalypse não*: o Estado do Bem-Estar social sobrevive à onda neoliberal. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- RODRIGUES, P. H. DE A.; SANTOS, I. S. **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes/Hucitec, 2017.
- ROZENDO, A.; JUSTO, J. S. “Fundo Nacional do Idoso” e as Políticas de Gestão do Envelhecimento da População Brasileira. **Revista Psicologia Política**, v. 12, n. 24, p. 283–296, 2012.
- RUBERY, J.; HUMPHRIES, J. The Economics of Equal Opportunities: Introduction. **Gender, Work & Organization**, v. 2, n. 3, p. 99–101, 1 jul. 1995.
- SAAD, P et al. **Juventude e bônus demográfico na Ibero-América**. Madrid: Organização Ibero-americana de Juventude – OIJ, 2009.
- SAINSBURY, D. Welfare State Challenges and Responses: Institutional and Ideological Resilience or Restructuring? **Acta Sociologica**, v. 44, n. 3, p. 257–265, 2001.
- SALLUM JR., B.; GOULART, J. O. O Estado brasileiro contemporâneo: liberalização econômica, política e sociedade nos governos FHC e Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 60, p. 115–135, 2016.
- SALLUM JR., B.; KUGELMAS, E. O Leviathan declinante: a crise brasileira dos anos 80. **Estud. av.**, v. 5, n. 13, p. 145–159, 1991.
- SANTOS, W. G. DOS. Cidadania e justiça. **Rio de Janeiro: Campus**, p. 11–14, 1979.
- SATYRO, N. D. ; CUNHA, Eleonora Schettini Martins . **A entrada da Política de Assistência Social na agenda decisória brasileira: o papel das leis e o papel do presidente**. In: 35º Encontro Anual da Anpocs, 2014, Caxambu - MG. Anais do 35º Encontro Anual da Anpocs, 2014.
- SCHIER, J. **Hospital-dia geriátrico: subsídios para conformação desse serviço no sistema público de saúde brasileiro**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.
- SENNA, M. DE C. M. Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão. **O Social em Questão**, v. 30, p. 245–272, 2013.
- SILVA, J. A. DA. **Gestão da Política Nacional do Idoso à luz da realidade de Juiz de Fora**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2010.
- SILVA, R. M. DA et al. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2943–2956, out. 2015.
- SILVA, M. DO R. DE F. E; YAZBEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **R. Katál.**, v. 17, n. 1, p. 102–110, 2014.

SILVEIRA, R. E. DA et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein** (16794508), v. 11, n. 4, 2013.

SIMÕES, J. A. Solidariedade Intergeracional e Reforma da Previdência. **Estudos Feministas, Florianópolis**, v. 5, n. 1, 1997.

SIMÕES, J. de A. *Entre o lobby e as ruas: movimento de aposentados e politização da aposentadoria*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SINGER, A. **Os sentidos do Lulismo - Reforma Gradual e Pacto Conservador**. São Paulo, Cia. das Letras, 2012

SINGER, A. et al. **Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil**. Boitempo Editorial, 2016.

SMITH, P. D. **A Formação Institucional e Social da Argentina e do Brasil - Um estudo comparativo do corporativismo estatal nos anos 1930-1955**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Departamento de Sociologia e Política PUC-Rio. 2010.

SMU/IPP/SMS. **1ª Pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos da cidade do Rio de Janeiro**. 2006.

SOARES, L. T. Políticas Sociais na América Latina. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. DE V. C. (Eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2008.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. DA G.; MUNIZ, R. M. O fenômeno do câncer na vida de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 660–667, 2011.

SOCHACZEWSKI, J.; LOBATO, L. DE V. DA C.; TAVARES, L. H. G. DE L. Benefício de Prestação Continuada para idosos no Rio de Janeiro. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 174–189, 2014.

SOUZA, E. A. DE; SCOCHI, M. J.; MARASCHIN, M. S. Estudo da morbidade em uma população idosa. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 380–388, 2011.

SOUZA, M. S. E. **Envelhecimento, políticas públicas e exclusão social: trajetória de idosos de comunidades do Complexo de Manguinhos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, 2013.

SOUZA, M. S. E. Atenção básica e o cuidado à população idosa. In: KOOPMANS, F. F.; WILDHAGEN, G. M. DO E. S. **Saúde da Família - fundamentos e práticas**. Curitiba: CRV, 2016.

SPOSATI, A. **A profissionalização do agente institucional gestor de política social como política de direitos de cidadania: o caso da gestão da assistência social na cidade de São Paulo**. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. **Anais...**Santiago, Chile: 2005

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 116, p. 652–674, 2013.

SPOSATI, A.; CORTES, L.; COELHO, R. P. DE S. Assistência social, seguridade e cidadania. **Políticas sociais, cidadania e desenvolvimento: economia, distribuição da renda e mercado de trabalho**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

STOPA, R. **A implantação do Sistema Único de Assistência Social no município de Ourinhos/SP: a contribuição do Serviço Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - UNESP/Franca. 2012.

SUNKEL, G. **El papel de la familia en la protección social en América Latina**. Naciones Unidas, CEPAL, División de Desarrollo Social, 2006.

TEIXEIRA, S. M. F. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 400–417, dez. 1985.

THAINES, G. H. DE L. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 1, p. 57–66, 2009.

THELEN, K. A.; LONGSTRETH, F.; STEINMO, S. **Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge University Press, 1992.

TITMUSS, R. M. What is Social Policy? In: ABEL-SMITH, B.; TITMUSS, K. (Eds.). **Social Policy: An Introduction**. New York, NY: Pantheon Books, 1974. p. 23–32.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885–895, 2004.

VALLE, A. H. DEL. Informalidad y modelos de bienestar en América Latina. **Informality and Welfare Models in Latin America**, v. 47, p. 239–261, 2010.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

VASCONCELOS, D. M. M. DE et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609–2614, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1104–1104, ago. 2008.

VERAS, R. P.; CAMARGO JR, K. R. DE. Idosos e universidade: parceria para a qualidade de vida. In: VERAS, R. P. (Ed.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p. 11–28.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 645–684, 2008.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15–57.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; SILVA, H. P. DA; LIMA, L. D. DE. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Fiocruz, 2012. p. 31–60.

VIANNA, M. L. T. W. Notas sobre política social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 133–159, 1991.

_____. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; UCAM; IUPERJ, 2000.

_____. Reforma da Previdência: contexto atual, pós-verdade e catástrofe. **Futuros do Brasil - Artigos**, 2017.

_____. **Programas não-contributivos da seguridade social no Brasil**, 2002.

_____. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos. VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M, p. 89–122, 2004.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 1, p. 5–26, jun. 2006.

WONG, L. L. R.; MOREIRA, M. DE M. **Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050)**. iv Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: balance y perspectivas de la demografía nacional ante el nuevo milênio. **Anais...México**, DF: 2000

YUNES, J. A DINÂMICA POPULACIONAL DOS PAÍSES DESENVOLVIDOS e subdesenvolvidos. **Rev. Saúde públ.**, v. 5, p. 129–50, 1971.

ZIMMERMANN, C. R.; SILVA, M. DA C. O princípio da desmercantilização nas políticas sociais. **Caderno CRH**, v. 22, n. 56, p. 345–358, ago. 2009.