



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO

PATRÍCIA MARA MACHADO

**O BRASIL QUE ENVELHECE: POLÍTIICAS SOCIAIS DA
SEGURIDADE SOCIAL PARA IDOSOS NO BRASIL**

FLORIANÓPOLIS
2015

PATRÍCIA MARA MACHADO

**O BRASIL QUE ENVELHECE: POLÍTICAS SOCIAIS DA
SEGURIDADE SOCIAL PARA IDOSOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção de título de Mestra em Saúde – Área de Concentração: Cuidados intensivos. Linha de Pesquisa: Qualidade do cuidado

Orientadora: Dr^a. Ana Maria Furkim

FLORIANÓPOLIS
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Machado, Patrícia Mara

O Brasil que envelhece : Políticas Sociais da Seguridade Social para Idosos no Brasil / Patrícia Mara Machado ; orientadora, Ana Maria Furkim - Florianópolis, SC, 2015. 129 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Envelhecimento. 3. Políticas Sociais. 4. Seguridade Social. 5. Brasil. I. Furkim, Ana Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

**O BRASIL QUE ENVELHECE: POLÍTICAS SOCIAIS DA
SEGURIDADE SOCIAL PARA IDOSOS NO BRASIL**

PATRÍCIA MARA MACHADO

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em
Saúde

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Furkim (Presidente)

Profa. Dra Keli Regina Dal Prá (Membro)

Profa. Dra. Karina Paiva (Membro)

Profa. Dra. Raquel Kuerten de Salles (Membro)

Tenho medo de escrever. É tão perigoso. Quem tentou, sabe. Perigo de mexer no que está oculto — e o mundo não está à tona, está oculto em suas raízes submersas em profundidades do mar. Para escrever tenho que me colocar no vazio. Neste vazio é que existo intuitivamente. Mas é um vazio terrivelmente perigoso: dele arranco sangue. Sou um escritor que tem medo da cilada das palavras: as palavras que digo escondem outras — quais? Talvez as diga. Escrever é uma pedra lançada no poço fundo.

Um Sopro de Vida

Clarice Lispector

RESUMO

A presente dissertação parte da discussão que o conceito de envelhecimento ou a definição de pessoa idosa não são objeto de consenso, seja na literatura especializada ou na sociedade em geral. Busca-se discutir esse conceito sobre diferentes áreas do conhecimento, considerando o processo de transição demográfica da população brasileira. Neste sentido, apresenta-se como objetivo geral analisar as políticas sociais da Seguridade Social brasileira voltada para a população idosa, com foco na política de saúde. No âmbito da construção dos direitos a preocupação com o processo do envelhecimento da população ganha destaque a partir da I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em 1982 em Viena. No Brasil, além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988 com as políticas de Seguridade Social, muito se avançou na elaboração de políticas sociais voltadas aos idosos, dentre as quais podemos citar a Política Nacional do Idoso (1994); o Estatuto do Idoso (2003); A Política Nacional de Assistência Social (2004); A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006). A pesquisa é realizada por meio de uma revisão de literatura com análise documental. É organizada em duas seções, na primeira realizo uma fundamentação teórica com aportes para discussão da questão do envelhecimento e breves apontamentos da Seguridade Social, na segunda seção exponho sobre a política social da Seguridade Social seus marcos legais e regulatórios para idosos no Brasil e por fim são redigidas algumas considerações tendo em vista o exposto na pesquisa.

Palavras chave: Envelhecimento, políticas sociais, seguridade social, saúde.

ABSTRAT

The following thesis begins with the debate regarding the lack of consensus on the concept of aging or definition of elder person, whether on literature or society in general. The concept is discussed under different knowledge areas, considering the process of demographic transition in Brazilian society. that regard, it is presented as general objective the analysis of Social Security's social policies focused on the elderly population, with emphasis in health policies. In the In the scope of the establishment of rights, the awareness regarding worry about the aging population is raised in the discussion and elaboration of public Brazilian policies through the first World Assembly on Ageing, held in Vienna in 1982. In Brazil, beyond the rights earned with the Brazilian Federal Constitution in 1988 through the Social Security policies, much progress has been made regarding social policies for the elderly, among which we can cite the National Politics of the Elderly (1994); the Senior Citizens' Statute (2003); the National Social Assistance Policy(2004); and the National Health Policy for the Elderly Person (2006). The research is made through a literature review with documental analysis. The research is organized in two sections, in the first I make a theoretical foundation with contributions to the discussion of aging and brief notes of Social Security, and in the second I expose the Social Security's social policies and its legal and regulatory milestones for the elderly in Brazil and finally some considerations are drafted having in mind the exposed in the research.

Keywords: Aging, social policies, social security, health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições jurídicas.....	22
Quadro 2 - Catálogo de títulos.	23
Quadro 3 - Atos normativos no âmbito da Saúde.	24
Quadro 4 - Atos normativos no âmbito da Previdência Social.	25
Quadro 5 - Atos normativos no âmbito da Assistência Social.....	25
Quadro 6 - Políticas Transversais.	26
Quadro 7 - Comparação entre a população idosa nos últimos dois censos demográficos.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de fecundidade total.....	69
Figura 2 - Distribuição da população do Brasil por sexo, segundo critérios etários.....	70
Figura 3 - Pirâmide etária absoluta da população brasileira em 1980...	72
Figura 4 - Pirâmide etária absoluta da população brasileira projeção em 2060.	72
Figura 5 - Expectativa de vida ao nascer na América do Norte, Oceania, Europa, América Latina e Caribe, Brasil, Ásia e África realizada em 2010.	73
Figura 6 - Expectativa de vida ao nascer no Brasil.	74
Figura 7 - Índice de Envelhecimento (%) - Brasil: 2000-2060.	75
Figura 8 - Estimativa da população brasileira por faixa etária de 0 até 24 anos.	75
Figura 9 - Estimativa da população brasileira por faixa etária de 25 a 59 anos.	76
Figura 10- Estimativa da pop. brasileira por faixa etária de 60 a mais de 90 anos.	76

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 OBJETIVOS.....	20
1.1.1 Objetivo geral	20
1.1.2 Objetivos específicos	20
1.2 METODOLOGIA.....	20
1.2.1 Delineamento da pesquisa	20
SEÇÃO I.....	28
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: APORTES PARA DISCUSSÃO.....	28
2.1 DEFINIÇÃO DA CATEGORIA IDOSO: CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS E SOCIAIS.....	28
2.1.1 Envelhecimento: aspectos fisiológicos.....	30
2.1.2 Envelhecimento: aspectos psicológicos.....	34
2.1.3 Envelhecimento: aspectos sociais.....	38
2.2 IDOSOS E CONQUISTAS LEGAIS DE DIREITOS.....	45
2.2.1 Envelhecimento no aspecto de reconhecimento legal...	51
3. SEGURIDADE SOCIAL: BREVES APONTAMENTOS	54
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SEGURIDADE SOCIAL NO MUNDO.	54
3.2 POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS DOS IDOSOS: PANORAMA DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA	64
3.3 O BRASIL QUE ENVELHECE: ASPECTOS DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	67
SEÇÃO II.....	78
4. POLÍTICAS SOCIAIS DA SEGURIDADE SOCIAL.....	78
4.1 MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS PARA IDOSOS NO BRASIL.....	78
4.2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: ENVELHECIMENTO E SAÚDE.....	82
4.3 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE	89
4.4 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: POLÍTICAS TRANSVERSAIS E SAÚDE.....	103

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIA	116

1. INTRODUÇÃO

O Brasil caminha para o envelhecimento de sua população, caracterizado por um expressivo aumento do número de idosos. Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. Pode-se destacar, a priori, ao declínio da taxa de mortalidade infantil e a redução do índice de fecundidade. Todavia, a reflexão sobre o envelhecimento de uma população também deve incluir os aspectos socioeconômicos e culturais de seu povo, a fim de que se possa perceber as mudanças, desafios e perspectivas que esse processo traz em seu bojo, bem como quais as medidas e as políticas sociais que devem ser adotadas visando esta tendência da população brasileira.

O processo de envelhecimento da população esta crescendo continuamente e de modo bastante acelerado. A transição demográfica da população brasileira cristalizou-se conforme a última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010. Os idosos - pessoas com mais de 60 anos – somam mais de 14 milhões de pessoas conforme o último censo demográfico (IBGE, 2010a).

Adota-se, assim nesta pesquisa, a definição de idoso que considera o critério etário como marco do envelhecimento. É uma definição da Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, endossada pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que define idoso como aquelas pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Porém, a classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, que é um princípio cultural de extrema relevância no aparato jurídico-político, concentrando no indivíduo atribuição de direitos e deveres. Existem diversas concepções sobre o significado de envelhecimento e que se alteram constantemente dada às mudanças nos padrões sociais e, principalmente, culturais. O envelhecimento possui características distintas que não coincidem necessariamente com a idade cronológica. Mudanças físicas, psicológicas e socioeconômicas acometem de forma particular cada indivíduo e, portanto, compreender a diferença entre as mesmas é importante, a fim de que se possam compreender melhor as múltiplas dimensões da velhice.

A luta pelo reconhecimento que perpassa a questão do idoso têm os primeiros aspectos históricos em 1982 na cidade de Viena na Áustria na primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, que concebeu

o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento considerado o primeiro documento da ONU que trata a questão do envelhecimento.

Seguindo a evolução cronológica da discussão mundial sobre o envelhecimento, em 2002, vinte anos depois da primeira, ocorreu a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri na Espanha. Como resultado, os países signatários elaboraram dois importantes documentos: a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento com recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais.

A questão do envelhecimento populacional e sua relação com as necessidades específicas dos grupos vão adquirindo maior representatividade. Nos últimos anos as instituições governamentais brasileiras, organismos da sociedade civil e movimentos sociais conquistaram uma gama de leis, decretos, propostas e medidas que estabelecem direitos voltados para a pessoa idosa, referenciados pelas diretrizes internacionais.

No Brasil identificam-se alguns marcos legais que institucionalizaram a proteção social à população idosa quando formulou e regulou a Política Nacional do Idoso (1993) e o Estatuto do Idoso (2004), sendo estes um instrumento jurídico que almejou traduzir e legitimar as recomendações morais e valorativas dos documentos internacionais.

Neste sentido, o presente trabalho tem como pretensão evidenciar o processo de envelhecimento em ascensão no Brasil e, por este motivo propõe-se como objetivo geral a analisar as políticas sociais de Seguridade Social voltada para a população idosa, com foco na saúde, no sentido de observar se tais políticas sociais se convergem e se estão estruturadas para oferecer proteção à população idosa.

O tema políticas públicas para idosos despertou o interesse da pesquisadora visto a experiência obtida de dois anos na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) – área de atuação: Urgência e Emergência - ofertada no Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), atuando como Assistente Social. Na qual foi possível observar o grande contingente de paciente acima de 60 anos (sessenta) internados nas unidades hospitalares e em especial na Urgência/Emergência.

Assim para responder ao objetivo da pesquisa será realizada uma revisão de literatura com análise documental. O trabalho foi organizada em duas seções, na primeira realiza uma fundamentação teórica com aportes para discussão da questão do envelhecimento e breves

apontamentos da Seguridade Social, na segunda seção exponho sobre a política social da Seguridade Social seus marcos legais e regulatórios para idosos no Brasil e por fim são redigidas algumas considerações tendo em vista o exposto na pesquisa.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar a organização da proteção social para pessoas idosas, ofertado pelo sistema de Seguridade Social, com foco na política de saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- Apresentar o histórico de conquistas dos direitos dos idosos.
- Identificar as Políticas Sociais direcionadas aos idosos no campo da Seguridade Social, com foco na política de saúde.
- Observar a interface existente entre as Políticas Sociais direcionadas aos idosos no campo da Seguridade Social.

1.2 METODOLOGIA

1.2.1 Delineamento da pesquisa

Toda pesquisa deve passar por uma fase preparatória de planejamento devendo-se estabelecer certas diretrizes de ação e fixar-se uma estratégia global, referente a vertente metodológica. A pesquisa realizada neste trabalho é uma revisão de literatura com pesquisa documental (SILVA; MENEZES, 2005).

Revisões da literatura são caracterizadas pela análise e pela síntese da informação disponibilizada por todos os estudos relevantes publicados sobre um determinado tema, permitirá um mapeamento de quem já escreveu e o que já foi escrito sobre o tema. Por meio da análise da literatura publicada é possível traçar um quadro teórico e a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa (MINAYO, 2008).

Atualmente convive-se permanentemente com um grande volume de dados disponibilizados por meio das tecnologias de informação. A presente pesquisa contempla livros, periódicos científicos publicados

Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), além de outras fontes de Órgãos Públicos, sem definição de data para seleção dos estudos. A pesquisa teve como base os descritores utilizados para a pesquisa e suas combinações, foram eles: idoso, políticas públicas, políticas sociais, seguridade social, políticas de saúde, políticas de assistência social, políticas de previdência social, envelhecimento, direito dos idosos.

Os critérios para inclusão do artigos selecionados foram os que tratam de políticas sociais direcionadas aos idosos, envelhecimento, idoso. Os critérios para exclusão foram os estudos que não permitiram estabelecer uma associação com o tema estudado e políticas sociais para além das políticas de Seguridade Social. A análise dos textos selecionados ocorreu de forma subjetiva para a acumulação de conhecimento e elaboração da sustentação.

Visando obter instrumentos para responder aos objetivos deste trabalho que é analisar as políticas sociais da seguridade social brasileira voltada para a população idosa, com foco na saúde. Inclui-se a **pesquisa documental**. Optou-se por observar as leis, decretos e portarias das Políticas de Seguridade Social. Ressalta-se a importância de alguns documentos que não se enquadram nas políticas de Seguridade Social, no entanto são de extrema relevância para o tema, como as chamadas políticas transversais, que também serão incluídas na pesquisa.

A escolha por leis, decretos e portarias, deu-se por suas definições no campo do direito por conforme definidos por Moraes (2000).

Quadro 1 – Definições jurídicas

	Leis	Decretos	Resoluções	Portarias
Conceito	É o ato emanado pelo Poder Legislativo (Federal, Estadual e/ou Municipal) a fim de estabelecer direitos e deveres para as pessoas em determinados assuntos (matérias).	Ato do Poder Executivo a fim de regulamentar a aplicação e a execução de uma lei já criada pelo Poder Legislativo.	Ato legislativo de conteúdo concreto, com efeito de disciplinar assuntos e determinadas deliberações da Assembleia da República.	Documento de ato administrativo de qualquer autoridade pública, que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações, normas de execução ou qualquer outra determinação de sua competência

Fonte: Elaborado pela autora segundo Moraes (2000)

Os critérios para inclusão das referências foram os documentos pesquisados no *site* do Senado Federal, onde é disponibilizado, o banco de dados de legislação sobre o idoso, sendo este um dispositivo confiável e atualizado que mapeia o amplo campo da legislação concernente ao idoso.

O banco de dados foi elaborado pelo Serviço de Apoio Técnico da Consultoria Legislativa do Senado Federal e apresenta um levantamento dos principais atos normativos editados nos níveis federal, estadual e municipal que tratam dos idosos. O objetivo principal do levantamento é reunir a legislação sobre o idoso, mas também dar acesso à íntegra dos atos legais. Portanto, apenas são incluídas as normas cujos textos completos foram localizados.

Estão arrolados neste trabalho aproximadamente setecentos atos normativos referentes à temática. Sua apresentação foi dividida por assunto e por ente (federal, estadual ou municipal). Estão elencados 27 assuntos, com a finalidade de facilitar o acesso à informação procurada.

Quadro 2 - Catálogo de títulos.

Catálogo de títulos elencados para pesquisa			
Assunto Geográfico	Acessibilidade Legislação federal	Assistência social Legislação estadual	Atendimento prioritário Legislação municipal
Benefícios previdenciários	Crime contra idosos	Empréstimo consignado	Pessoas desaparecidas
Carteira de identidade	Datas comemorativas	Esporte, lazer, cultura e turismo	Políticas, Estatutos, Programas e Declarações
Casamento	Educação / Cursos ocupacionais	Habitação	Prisão especial
Trânsito	Empresas	Isenção tributária	Saúde
Transporte coletivo	Órgãos de defesa	Obrigação de amparo aos idosos	Medicamentos
Voto facultativo	Trabalho	Serviços de assistência ao idoso	

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do banco de dados do idoso, retirado do *site* do senado Federal.

Os temas utilizados para a pesquisa foram os documentos de relevância nacional, que contemplem o âmbito da Seguridade Social e políticas transversais pela importância de tais documentos para a categoria idoso. Assim, os títulos elencados para a pesquisa foram: benefícios previdenciários, serviços de assistência ao idoso, saúde (contemplando a seguridade social) e Políticas, Estatutos, Programas e declarações (contemplando as políticas transversais).

Foram excluídos da pesquisa os demais títulos do catálogo, bem como as demais legislações estaduais e municipais. Leis complementares, lei delegada, leis que alteram, acrescentam ou excluem artigo, medida provisória, resoluções, instrução normativa, decreto legislativo, emenda constitucional, atos das disposições constitucionais transitórias, também estão excluídos da pesquisa. Ressalta-se que embora esteja incluída nas políticas no âmbito da saúde, exclui-se ainda os programas e políticas para doenças específicas ou relacionadas a determinada categoria profissional.

Dentro dos critérios estabelecidos foram localizados os seguintes atos normativos, conforme quadros 3, 4, 5 e 6:

Quadro 3 - Atos normativos no âmbito da Saúde.

Saúde				
Lei	Constituição Federal	Lei 8080 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.	Lei 12.461 de 26 de julho de 2011 - Estabelece a notificação compulsória para atos de violência praticados contra idosos atendidos nos serviços de saúde	
Decreto	Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a lei 8080/90			
Portarias	Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Portaria MS/GM nº 399, de 23 de fevereiro de 2006 - Pacto pela Saúde	Portaria MS/GM nº 648, de 29 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica - PNAB	Portaria GM/MS nº 1395 de 10 de dezembro de 1999 que Aprova a PNSPI
Resolução				

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do banco de dados do idoso, retirado do site do senado Federal.

Quadro 4 - Atos normativos no âmbito da Previdência Social.

Previdência Social			
Lei	Constituição Federal	Lei nº 9.876 de novembro de 1999. Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual, o cálculo do benefício e dá outras providências.	Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.
Decreto			
Portarias			
Resolução			

Elaborado pela autora, adaptado do banco de dados do idoso, retirado do *site* do senado Federal.

Quadro 5 - Atos normativos no âmbito da Assistência Social

Assistência Social				
Lei	Constituição Federal	Lei Orgânica da Assistência Social – 8.742 de 07 de dezembro de 1993	Lei 8909 de 06/07/1994 - Dispõe em caráter emergencial, sobre a prestação de serviços por entidades de assistência social, entidade beneficentes de assistência social e entidades de fins filantrópicos.	Política Nacional da Assistência Social - PNAS.
Decreto	Decreto nº 6564 de 12 de setembro de 2008 - Altera o regulamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Decreto nº 1.744, de 8 de Dezembro de 1995 - Regulamenta o BPC	Decreto nº 5085 de 19 de maio de 2004 - Define as ações continuadas de Assistência Social.	
Portarias	Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006.	Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001.		

Resolução	Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.	Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. Aprova a PNAS		
-----------	---	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do banco de dados do idoso retirado do *site* do senado Federal.

Quadro 6 - Políticas Transversais.

Políticas Transversais			
Lei	Constituição Federal	Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003 - Estatuto do Idoso	Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 - Política Nacional do Idoso
Decreto	Decreto nº 8.114 de 30 de setembro de 2013 Estabelece o Compromisso Nacional para o envelhecimento ativo	Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004 - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso	Decreto nº 1.948, de 3 de Julho de 1996 - Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994,
Portarias			

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado do banco de dados do idoso retirado do *site* do senado Federal.

Os atos normativos citados serão analisados com o intuito de responder aos objetivos específicos da pesquisa de identificar e observar as políticas sociais direcionadas aos idosos no campo da Seguridade Social com foco na saúde.

Todavia esta pesquisa propõe-se a desvelar os fenômenos e apresentar alternativa, para quiça transformá-las. No entanto, ressalta-se que esta pesquisa não contempla aspectos conclusivos, é necessário criar indicadores para analisar as variáveis e auxiliar no embasamento de novas políticas públicas. Buscou-se então, apresentar informações que sirvam de base e possam contribuir na elaboração de análises com bases no tema de pesquisa.

SEÇÃO I

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: APORTES PARA DISCUSSÃO

Nesta primeira seção serão apresentados alguns aportes para discussão da concepção do conceito de idoso por algumas áreas do conhecimento, como também alguns aspectos demográficos da população brasileira conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, que demonstra o aumento significativo do envelhecimento da população brasileira e a importância de se pensar em políticas sociais para esse público.

2.1 DEFINIÇÃO DA CATEGORIA IDOSO: CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS E SOCIAIS

O envelhecimento aponta para mecanismos complexos no cerne de nossa sociedade. Por alguns aspectos culturais têm-se uma visão carregada de percepções negativas do envelhecimento, que é dada a partir da compreensão de uma construção social atrelada a inatividade, na qual o indivíduo vivencia seus momentos finais. É tido como dependente e vulnerável, tanto do ponto de vista econômico quanto de responsabilização para seus familiares, sem que haja o devido reconhecimento das definições do seu papel social (SILVA, 2008).

Pode-se inferir que é preciso haver uma mudança de valores, sobretudo no que tange à imagem que a sociedade propaga dos idosos, de fragilidade e dependência. Entre as necessidades dos idosos, está sim a iminência destes serem incluídos nas decisões a seu respeito e na sociedade a qual fazem parte. Pois, além das tradicionais representações que associam o envelhecimento ao descaso, surgem novas imagens e práticas que atrelam o processo de envelhecimento a novos hábitos, novos vínculos afetivos, satisfação pessoal, que ampliam o entendimento de envelhecimento (SILVA, 2008).

Faz-se necessário esclarecer sobre o surgimento das categorias etárias, pois estes estão intimamente relacionados ao processo de ordenamento social, principalmente por fatores relacionados às questões laborativas e ao envelhecimento do corpo. Segundo Silva (2008) a noção de velhice inicia-se gradativamente no período de transição entre os séculos XIX e XX com uma série de mudanças, bem como as diferenciações entre as idades e suas atribuições, modos direcionados a cada faixa de idade.

A segmentação dos estágios da vida com demarcações mais formais permitiu uma separação espacial dos grupos etários, que destaca a transição entre as idades, bem como os ritos de passagem, como a entrada no colégio, universidade e aposentadoria (CERVENY, 2009).

A crescente institucionalização das etapas da vida e o processo de identificação dos sujeitos como categorias etárias atingiram praticamente todas as esferas da vida social. [...] Deste modo, o reconhecimento da velhice como etapa única é parte de um processo histórico amplo – que envolve a emergência de novos estágios da vida como infância e adolescência -, quanto uma tendência contínua em direção à segregação das idades na família e no espaço social (SILVA, 2008, p. 157).

Desta forma adota-se neste trabalho a suposição do surgimento da velhice as transformações históricas e ao processo de modernização da sociedade ocidental (DEBERT, 1999).

No decorrer dos anos, o termo velho estava fortemente arraigado de sinais de debilidade física e incapacidade produtiva. A partir da década de 1960 é possível perceber que nos trabalhos acadêmicos acerca da velhice houve paulatinamente a substituição pelo o termo “idoso”. Segundo Salgado (1996), na França do século XIX os indivíduos com mais de sessenta anos eram geralmente designados como velhos, com exceção para os que ocupavam um lugar mais elevado na estrutura social, que eram chamados de idosos.

Assim, o termo também passou a ser substituído pelo vocábulo idoso tanto nos documentos oficiais como nos trabalhos acerca do envelhecimento, possibilitando uma conotação menos estereotipada. Todavia, não se pode dizer que a velhice seja uma experiência igualmente gratificante para todos, mas ainda dependerá das posições de poder e prestígio ocupadas pelas pessoas ao longo da vida (DEBERT, 1999).

Entretanto as ambiguidades próprias à realidade brasileira fizeram com que certas imagens ganhassem sentidos mais sutis, tanto que o termo “velho” parece se manter e é comumente utilizado para designar pessoas velhas de classes populares, enquanto ‘idoso’, mais respeitoso, é utilizado para

aqueles de camadas médias e superiores (SILVA, 2008, p. 163).

Há ainda outras expressões acerca do envelhecimento, como, por exemplo, amadurecer e maturidade, que significam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a obtenção de papéis sociais respectivamente (NERI; FREIRE, 2000). Segundo Debert (1999) é possível esquivar-se de determinismos e rótulos com base em normas e padrões de comportamento limitados pela idade. Na sociedade contemporânea, criou-se uma série de etapas nesse espaço que separa a juventude da velhice com vários momentos intermediários.

É próprio de cada uma dessas novas etapas desafiar comportamentos convencionalmente considerados como expressão da maturidade, como um estágio claramente definido que deve ser conservado ou ao qual todos devem ascender. Trata-se antes de encorajar a variedade de experiências em um contexto em que a idade cronológica é pura maleabilidade, receptáculo de um número praticamente ilimitado de significações e, por isso, um mecanismo extremamente eficiente na constituição de novos mercados de consumo e de atores políticos (DEBERT, 1999, p.46).

Neste sentido, a concepção de idoso não é única nem tampouco fechada, dada as alterações nos padrões históricos, sociais e, principalmente, culturais que contribuem para que, a cada geração, novas características venham se juntar ao rol de situações que definem o que é ser idoso. Existem diversas áreas do conhecimento com entendimentos distintos sobre o envelhecimento como podemos observar a seguir. Afinal, o que demarca o momento em que começa o envelhecimento?

2.1.1 Envelhecimento: aspectos fisiológicos

Nas últimas décadas houve uma transição demográfica significativa caracterizada pelo aumento da população idosa no mundo e, no Brasil o mesmo acontece em passos largos (IBGE, 2010b). Em decorrência desse crescimento houve um avanço na ciência em relação ao envelhecimento contribuindo na melhoria da qualidade de vida, ao

passo que os estudos relacionados têm como parâmetro a concepção biológica do indivíduo.

Do ponto de vista biológico, o processo de envelhecimento é também chamado de senilidade e caracteriza-se por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas do corpo (BERNER, 2004). Este é um processo natural, progressivo e irreversível, que provoca modificações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas que se manifestam tanto por mudanças corporais externas como flacidez muscular, rugas, entre outros, quanto internas, alterações no metabolismo basal e funcionamento irregular de órgãos vitais. Muitas vezes, essas transformações orgânicas comprometem o funcionamento as capacidades físicas, relacionando novas fragilidades, inclusive psicológicas e comportamentais (MORAES, 2008).

As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se por meio de mudanças estruturais e funcionais. Seja qual for o mecanismo e o tempo de envelhecimento celular, este não atinge simultaneamente todas as células, tecidos, órgãos e sistemas (SOUSA, 2002).

Segundo Berne (2004) entre os fatores que demonstram agravar/acelerar o processo de envelhecimento destacam-se a genética e a hereditariedade, pois estes não podem ser modificados de forma alguma. O autor ainda acrescenta que o envelhecimento biológico é inexorável, dinâmico e caracterizado pela maior vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e de órgãos/ aparelhos/ sistemas. Cada indivíduo tem o seu tempo de envelhecimento, mas com a interferência dos fatores ambientais há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é agredido por alguma doença.

No tocante aos aspectos fisiológicos, o termo senilidade é o principal fator de risco para determinadas doenças e incapacidades utilizado para indicar as modificações de cunho morfológica e funcional que afeta a maioria dos órgãos e leva a um gradual declínio no desempenho funcional dos indivíduos (BRASIL, 2006c). São condições que integram a fragilidade biológica, definida como estado de vulnerabilidade fisiológica relacionado à idade, resultante da redução e da diminuição da capacidade do organismo (BERNER, 2004).

Para a atenção ao idoso existe especialmente no campo da medicina por duas áreas do saber que se dedicam ao envelhecimento: A geriatria e a gerontologia (MORAES, 2008).

A geriatria é uma especialidade médica que trata de doenças de idosos ou de doentes idosos, mas também se preocupa em prolongar a vida com saúde, ou seja, debruça seus conhecimentos sobre o corpo velho, que apresenta alterações fisiológicas e anatômicas, como na composição e forma do corpo. Mudanças relacionadas à farmacologia, endócrino, metabólico e nutricional, entre outros (SILVA, 2008).

Conforme Silva (2008) a geriatria como saber científico e especialidade médica somente se firmou no século XX a partir de uma concepção pré-geriátricas descritas por Foucault em *O nascimento da clínica* na qual o corpo e suas transformações eram alvo do olhar médico, que passa a entender a velhice como um estado patológico específico, cujas principais características se agrupam na senescência.

O discurso sobre a senescência desbancou as concepções renascentistas acerca da morte, dos limites da longevidade e da velhice. A morte era entendida como um obstáculo a ser superado e a longevidade, principalmente nos casos excepcionais de centenários, como um evento tanto fantástico e mágico quanto revelador da racionalidade própria do corpo humano. A velhice, a longevidade e a morte eram estudadas a partir de questionamentos médico-filosóficos. A partir do surgimento da medicina moderna, tendeu-se a estudar a velhice e o processo de envelhecimento como problemas clínicos, certezas biológicas e processos invariáveis. A morte passou a ser vista, então, como resultado de doenças específicas da velhice; a longevidade possui limites biológicos insuperáveis; a velhice é a etapa necessária da vida na qual o corpo se degenera (SILVA, 2008, p. 158).

Com base no discurso sobre a senescência, o médico naturalizado norte-americano Ignatz Nascher, considerado o pai da geriatria, foi o primeiro fisiologista a estabelecer as bases clínicas do envelhecimento e degeneração do corpo. O processo de envelhecimento do corpo é marcado por múltiplas determinações. Alguns aspectos fisiológicos e anatômicos com alterações facilmente percebidas no envelhecimento são as perdas de força, tônus muscular e as perdas ósseas, alterações musculoesqueléticas, e alterações no sistema nervoso. As alterações fisiológicas do envelhecimento também incluem

alterações endócrinas, gastrointestinais, renais e da capacidade cardiorrespiratória que podem comprometer o desempenho de tarefas diversas, inclusive as mais simples do dia-a-dia que provocam consequências no estilo de vida do indivíduo (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009).

Tal fato foi um determinante científico que possibilitou a diferenciação de velhice com outras etapas da vida – marcada pelo saber médico, cujo conhecimento científico é poderoso e que permite perpetuar definições, ao mesmo tempo em que exerce uma acentuada influência social “A aceitação e a justificação de tal metáfora incidiram sobre a percepção dos sujeitos, que passaram a recorrer ao discurso médico para definir a si mesmo e a sua experiência” (SILVA, 2008, p. 159).

Em 1903 foi proposta a criação da Gerontologia por Ilya Mechnikov, médico microbiologista. Inicialmente era uma especialidade que se limitava ao campo das intervenções médicas que prolongassem a vida, trazendo uma ideia de oposição à geriatria. “Ao longo do século XX, os saberes populares, a demografia e as ciências sociais contribuíram para estabelecer a gerontologia como disciplina científica e para configurá-la como área de saber multidisciplinar”. Assim, a gerontologia é uma ciência que estuda o processo do envelhecimento, levando em consideração todos os aspectos ambientais e culturais do envelhecer, porém, não determina cronologicamente quando este momento se efetiva – é um saber que focaliza a velhice nos seus aspectos sociais (SILVA, 2008, p. 159).

Com a abordagem multidisciplinar, a gerontologia contribuiu para a constituição do idoso em uma expressão da questão social, pois preocupou-se em transformar o envelhecimento em uma questão pública ou em propor práticas que conseguissem melhor abordar a velhice, estabelecendo assim um envelhecimento bem sucedido modificando estereótipos negativos a cerca do mesmo. (DEBERT, 1997).

Este discurso gerontológico baseia-se segundo Debert (2011) em quatro elementos recorrentes: o primeiro é a iminência do crescimento demográfico que conseqüentemente irá exigir aumento nos gastos públicos com as demandas da população idosa; o segundo é uma crítica ao capitalismo e a forma que ele se impõe frente ao envelhecimento; o terceiro é uma crítica à cultura brasileira que tende a valorizar o que é jovem e novo, ou até mesmo incorporar tendências vindas do exterior a olhar suas próprias tradições – para a gerontologia representa um país sem memórias, pois a vivência e os conhecimentos de um idoso devem

ver valorizadas pelo jovem e pelo país; e o quarto diz respeito a ausência do Estado em políticas de proteção social¹.

Contudo, o envelhecimento não é doença nem incapacidade é parte integrante da vida, porém, é tipicamente acompanhado de alterações fisiológicas graduais e por um aumento na prevalência de doenças agudas ou crônicas. Assim, um dos grandes desafios no âmbito da saúde do idoso é reduzir ou pelo menos minimizar os comprometimentos funcionais os quais eles estão mais propensos (BRASIL, 2006c).

No entanto, cabe ressaltar que as novas imagens do envelhecimento, bem como os modos contemporâneos da gestão da velhice – no contexto brasileiro, passam por transformações e mudanças de estigmas, pois, também é possível ter uma imagem mais positiva sobre o envelhecimento para além da senilidade. Nesse sentido, uma perspectiva mais otimista do envelhecimento passa a ser concebida quando doenças físicas e declínio mental, considerados fenômenos naturais no envelhecimento, são redefinidos como condições gerais que afetam as pessoas em qualquer idade, permitindo assim uma noção heterogênea de saúde/doença (DEBERT, 1997).

2.1.2 Envelhecimento: aspectos psicológicos

Em relação ao idoso, algumas áreas de conhecimento da psicologia, refletem o envelhecimento por meio de estágios que se organizam em torno de conflitos básicos, representativos de cada momento da vida humana, determinados pelo ciclo da vida esse realiza uma investigação ligada a essa sucessão de estágios no desenvolvimento individual (CERVENY, 2002).

Neste sentido, procura-se entender o desenvolvimento humano a partir de fases transitórias, sucessivas e com especificidades, geralmente indicada por acontecimentos marcantes e conseqüentemente pelas novas funções que o indivíduo deve assumir, porém, cada sujeito evolui de modo particular e complexo. Da mesma maneira que a família, o indivíduo passa por ciclos de vida (CERVENY; BERTHOUD, 2009).

¹ Segundo Sposati (2013) podemos pensar a Proteção Social como um conceito que explica a forma como sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros em virtude das adversidades provocadas por vicissitudes de caráter natural ou social, tais como: a velhice desamparada, doença, infortúnio, privações ou carências.

Os recortes de idades e a definição de práticas legítimas associadas a cada etapa da vida não são, portanto, consequências de uma evolução científica marcada por formas cada vez mais precisas de estabelecer parâmetros no desenvolvimento biológico humano. A manipulação das categorias de idade envolve uma verdadeira luta política, na qual está em jogo a redefinição dos poderes ligados a grupos sociais distintos em diferentes momentos do ciclo da vida. Por isso, ao tratar das divisões por idade deve-se lembrar que elas são uma criação arbitrária (DEBERT, 1994, p.11).

Ressalta-se que para os autores (CERVENY; BERTHOUD, 2009) o ciclo de vida de uma pessoa acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano². Para CERVENY (2002) a família é um sistema de relação dinâmico que reflete a sociedade nos aspectos sócio-político-culturais, com isso está sempre em constante processo de mudanças, tanto em âmbito quantitativo - número de membros, como também nos aspectos intergeracionais.

O envelhecimento deve ser visto compondo o ciclo de vida, mas diferentemente das etapas que a antecedem. Essa é a última estação, no sentido natural/cronológico, antes da finitude, o que torna o idoso ao mesmo tempo vinculado ao mundo em que vivem e dependentes das injunções da cultura sobre a velhice. Essas determinações biológicas em ciclos organizados propõe que passamos a operar dentro de comportamentos esperados e configurados socialmente (MINAYO, 2011).

²Na Constituição Federal Brasileira, a família, além de ser considerada a base da sociedade se constitui como parte integrante da de proteção social. Em termos das políticas públicas, há menções específicas à definição de família bem como o chamado para que as estas assumam a responsabilidade da proteção social sobre seus membros (Gelinski, 2010). Vários campos de ciência têm entendimentos distintos a respeito da concepção de família para além do sentido nuclear. Segundo a Política Nacional de Assistência Social (2004) família relaciona-se aogrupo de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade. Para o IBGE, a família é conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (IBGE, 2010b).

Nesse sentido, a idade psicológica relaciona-se às modificações cognitivas e afetivas transcorridas ao longo do tempo, mas o “[...] envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia esta fase da vida de forma diferente, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais relacionados à vida dela: classe social, gênero, etnia”. Homens e mulheres sofrem perdas, preconceitos e estereótipos, mas os recursos com que contam para enfrentar a velhice são distintos. (MINAYO; COIMBRA JR., 2002, p. 14).

No processo de envelhecimento, estão envolvidas, portanto, dimensões psicológicas, influenciadas por fatores que contribuem para a percepção de aspectos subjetivos, que irão determinar o enfrentamento e a qualidade de vida do idoso. Neste sentido, entende-se que o envelhecimento é marcado por peculiaridades vivenciadas de cada indivíduo (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

As diversas formas de nomear a velhice e os significados que tais nomes ganham em diferentes períodos históricos dão o ponto de partida à reflexão sobre a construção histórica e social da velhice. Assim, estabelece-se uma distinção entre um fato universal e natural - o ciclo biológico, que envolve o nascimento, o crescimento e a morte - e um fato social e histórico, que é a variabilidade da forma pela qual o envelhecimento é concebido e vivido. As representações sobre a velhice, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos mais jovens, portanto, ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos (DEBERT, 2011, p.544).

As dificuldades e limitações desencadeadas nesse processo estão diretamente ligadas à forma como o indivíduo percebe o seu envelhecimento, enquanto ser que comanda a sua existência, entrelaçada por valores pré-concebidos durante todo o seu processo de desenvolvimento. Para idosos que foram muito pobres e que viveram sob condições de acentuada desigualdade social durante toda a vida, a velhice pode apenas acrescenta as desvantagens fisiológicas, sociais e psicológicas decorrentes de todo o contexto já vivenciado ao longo da vida(CERVENY, 2002).

Existem vários fatores que contribuem para o desenvolvimento de conflitos e crises comuns a essa fase da vida, que, segundo Stuart-

Hamilton (2002,) são: Surgimento de doenças crônicas que deterioram a saúde e que frequentemente acometendo os idosos; modificações orgânicas x autoimagem; perdas, como viuvez, morte de amigos e parentes; ausência de papéis sociais favoráveis; dificuldades financeiras (aposentadoria ou ausência dela), atitudes de discriminação em relação à velhice

“[...] como uma sequência de mudanças naturais previsíveis, com repercussões orgânicas e psicossociais que ocorrem através do tempo. Entretanto, essa experiência se dá de forma heterogênea, já que pode ocorrer de modo diferente para os indivíduos” (NERI, 2001, p. 28). Analisar a velhice como uma etapa específica do ciclo de vida é essencialmente analisar a transformação das formas de solidariedade e as transformações da família da qual emergem novas formas de prestação de cuidados e gestão da velhice – que acompanhou o progresso do capitalismo (DEBERT, 1999).

Todos esses fatores contribuem para que o idoso tenha sua autoestima afetada, muitos rejeitam o próprio envelhecimento em virtude da imagem que fazem de si mesmo em decorrência das imposições sociais e que são perpetuadas pela mídia. Para muitos idosos, a realidade de exclusão foi presente no decorrer de toda a sua trajetória de vida e se acentuou ainda mais na velhice. Estas condições trazem repercussões ainda piores, ao se pensar que na única fase que estes acreditavam alcançar a dignidade e respeito, tornam-se vítimas de um sistema opressor e excludente (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011).

No entanto, tratar a velhice, da perspectiva da decadência física e da ausência de papéis sociais, remete pensar na necessidade de uma socialização progressiva da gestão do envelhecimento, que foi por muito tempo considerado próprio da esfera familiar, bem como de instituições privadas ou filantrópicas. Porém por questões culturais e até mesmo demográficas o tema de envelhecimento tornou-se uma questão pública (DEBERT, 2000).

No Brasil, o declínio da família extensa, combinado com um Estado incapaz de resolver os problemas básicos da maioria da população, deixa os idosos em situação de extrema vulnerabilidade. Os mecanismos tradicionais de amparo a velhice de desfazem, sem que novos mecanismos de proteção social tenham sido desenvolvidos. Além disso, aos problemas próprios do envelhecimento

se somam os problemas de uma população cuja experiência, ao longo de todas as etapas da vida, foi marcada por condições amplamente desfavoráveis que tendem a se agravar na velhice (DEBERT, 2000, p 150).

É necessário abdicar de uma compreensão do envelhecimento como uma construção social particularmente associada a uma imagem negativa, para ceder espaço para uma concepção positiva da velhice arquitetada por meio da crítica à crença que o envelhecimento está diretamente associada a doenças e incapacidade. Em muitos casos, o envelhecimento compreende uma série de processos psicológicos, sociais e biológicos que não acarretam prejuízos físicos ou mentais para os indivíduos (SILVA, 2008). E transformar como problemas as causas decorrentes do envelhecimento é recusar a solidariedade entre as gerações, bem como a negação de sua participação na história da sociedade.

2.1.3 Envelhecimento: aspectos sociais

É comum considerar o idoso, muitas vezes, como um incômodo, por não atuar na velocidade e na maneira com que os jovens julgam corretas ou mais adequadas socialmente. Segundo Beauvoir (1990, p. 265), “é a classe dominante que impõe às pessoas idosas seu estatuto; mas o conjunto da população ativa se faz cúmplice dela”. Conhecê-la melhor talvez permita adentrar os complexos caminhos da estrutura e da dinâmica das relações sociais.

A classificação de uma pessoa como sendo velha, para Neri (1991, p. 79), começa com a questão cronológica a partir do nascimento, visto que “[...] idades funcionam como ‘relógios sociais’, estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados”. Neste sentido, o surgimento de categorias etárias relacionam-se com o processo de ordenamento social, portanto, o envelhecimento é mais que uma questão biológica ou cronológica, é uma construção social que deve revestir-se de valores, pois ao se pensar nos aspectos sociais da velhice é possível associa-los diretamente aos papéis sociais que os idosos assumiram no percurso da sua vida (NERI, 1991).

Na explicitação das razões que levaram à institucionalização crescente do curso da vida, em função da idade cronológica, pesos distintos

podem ser atribuídos a dimensões diversas. A padronização da infância, adolescência, idade adulta e velhice pode ser entendida como respostas às mudanças estruturais na economia, devidas sobretudo à transição de uma economia que tinha como base a unidade doméstica para uma economia baseada em mercado de trabalho (DEBERT, 1994, p. 18).

O envelhecimento humano não pode ser apenas considerado pela ótica da cronologia, ou seja, da idade, é necessário também ter uma percepção de vários outros aspectos, como os que abarcam o caráter social a respeito do envelhecimento. Refletir sobre a questão do envelhecimento é uma questão deveras polêmica, não apenas por que o envelhecimento, muitas vezes, é por si só indesejável, mas pelos imperativos que a sociedade impõe em relação à modernidade, independência e produção (NERI, 2001).

No entanto, se, por um lado, o ciclo biológico próprio do ser humano assemelha-se ao dos demais seres vivos, o mesmo não acontece nas diversas sociedades que constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice. Não podemos comparar o entendimento que existe sobre envelhecimento em Serra Leoa, Brasil ou Japão, onde expectativa de vida, culturas e organização da sociedade são tão divergentes (DEBERT, 2000).

O envelhecimento está muitas vezes associado com a perda de autonomia e independência, limitando a capacidade de autocuidado, e conseqüentemente, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. Ao mesmo tempo, os indivíduos também são monitorados para exercer vigilância sobre o próprio corpo, bem como também são responsabilizados pela sua própria saúde e bem-estar, por meio de concepções que doenças auto infligidas são resultantes de abusos conscientes de bebidas, fumo ou ausência da prática de atividade física (ZIMERMAN, 2000).

Geram cada vez mais, a partir desse processo de responsabilização individual e autovigilância, relações que interferem acentuadamente nos processos de interação social, sobretudo no âmbito familiar, principalmente como a sociedade como a brasileira, marcada pela desigualdade social. A ideia de um idoso com um envelhecimento bem sucedido, não pode estar atrelado ou não pode ser de responsabilização desses sujeitos, quando a perda de suas habilidades

que o processo de envelhecimento desencadeia-se é um fato que ocorre naturalmente (DEBERT, 1997).

O reconhecimento da pluralidade de experiências de envelhecimento não implica supor que a dependência não seja a condição natural dos que ficam velhos nem propor que não haja limites ao investimento cultural e tecnológico nos processos biológicos. O envelhecimento bem-sucedido e inovador não pode fechar o espaço para a velhice abandonada e dependente, nem transformá-la em consequência do descuido pessoal (DEBERT, 1997, p.57)

Muitas vezes também, o envelhecimento é associada a uma sobrecarga econômica – seja para a família, principalmente quando é um fenômeno tratado prioritariamente como ônus domiciliar, seja para a sociedade, como assunto de caridade pública, no caso dos pobres e indigentes. Essa perspectiva tem levado as sociedades a subtraírem dos idosos um papel importante que eles representam e é tratada de formabastante reducionista pelo Estado (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011).

Outro fator importante na modificação do olhar sobre a velhice foi seu forte impacto na economia e em outras esferas da sociedade, criando a necessidade de delimitar essa população, caracterizá-la, conhecer seu potencial, estabelecer sua funcionalidade, enfim, geri-la de forma eficiente (VERAS, 1995). Tais mudanças com relação à velhice mudaram de configuração na medida em que ela se expandiu na composição demográfica (IBGE, 2010b). O aumento do número de idosos, globalmente, gerou a visibilidade desse segmento e, como um objeto socialmente visível, ele acabou por tornar-se uma expressão da questão social.

Nesse movimento que marca as sociedades modernas, a partir da segunda metade do século XIX, a velhice é tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais. O avanço da idade como um processo contínuo de perdas e de dependência – que daria uma identidade de condições aos idosos – é responsável por um conjunto de imagens negativas associadas a velhice, mas também foi

um elemento fundamental para a legitimação de direitos sociais (DEBERT, 2000, p.147).

Neste sentido, as mudanças na pirâmide populacional fazem que os formuladores de políticas no Brasil reflitam sobre esse quadro de crescimento devido ao reflexo de gastos que gerará no âmbito da seguridade social. Talvez o dilema seja exatamente o da ideia de envelhecimento, sobretudo, no sentido econômico de apropriação de bens e serviços por um número cada vez maior de pessoas mais velhas. (VERAS, 1995).

[...] isso supõe enfatizar o sentido das mudanças que esse grupo social, crescente em número, em vigor e em organização, provoca na reorganização do poder, do trabalho, da economia e da cultura, atribuindo novo significado ao seu espaço tradicionalmente percebido como o da decadência física e da inatividade. [...] o fenômeno do envelhecimento deve ser focalizado positivamente para o desenvolvimento humano. Portanto, pensar a velhice como questão pública é bem diferente de tratá-la como problema social (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011).

Todavia, é preciso reconhecer que, do ponto de vista econômico, certa parcela dos idosos se configuram hoje como um mercado crescente e cada vez mais promissor no mundo dos bens de consumo, da cultura, do lazer, da estética, dos serviços de prevenção, atenção e reabilitação da saúde. No entanto, Silva (2008) alerta que esse processo que supõe que a boa aparência resulta num estado de bem-estar e reconhecimento social perde conexão com o grupo etário específico, uma vez que o envelhecimento deixa de ser um estágio da vida para se transformar uma meta a ser vencida. “O fato de os mais velhos constituírem um grupo que tende a ter maior disponibilidade de consumo, a transformação das etapas mais avançadas da vida em momentos privilegiados para a realização pessoal e as concepções auto preservacionistas do corpo, dão novos significados ao envelhecimento” (DEBERT, 2000, p.150).

Sob uma perspectiva social é preciso que se tenha como norte o envelhecimento como um tempo produtivo específico da vida, emocional, intelectual e social, superando assim os estigmas da discriminação e reconhecendo o que há de importante e específico nesta etapa de vida (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011).

“A tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida podem ser momentos propícios para novas conquistas”. Desta mesma forma, surge uma nova imagem de idosos, como indivíduos ativos, capazes de oferecer respostas criativas ao conjunto de mudanças sociais, com novas formas de sociabilidade também caracterizam esta etapa da vida redefinindo as relações com a família e a sociedade (DEBERT, 2000, p. 148).

Assim, no lugar das tradicionais imagens associadas ao envelhecimento, surge um novo modelo de identidade etária que inclui uma nova sensibilidade que compõe o processo de envelhecimento denominado terceira idade – caracterizada para identificar uma nova forma de envelhecer (SILVA, 2008).

A nova imagem do idoso não oferece instrumentos capazes de enfrentar a decadência de habilidades cognitivas, controles físicos e emocionais que são fundamentais em nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno dos direitos de cidadania. A dissolução desses problemas nas representações gratificantes da terceira idade é um elemento ativo na reprivatização do envelhecimento, na medida em que a visibilidade conquistada pelas experiências inovadoras e bem sucedidas fecha espaço para as situações de abandono e dependência (DEBERT, 2000, p 148).

Conforme Debert (1997) a expressão terceira idade originou-se nos cenários Francês e Inglês nos anos de 1980. O surgimento da categoria terceira idade, surge para propor uma nova e diferenciada etapa da vida, que encontra-se entre a idade adulta e a velhice, decorrente principalmente pelo aumento da expectativa de vida da população. Seu uso não faz referência pela idade cronológica, pois tenta desnaturalizar a questão do envelhecimento tratada de forma depreciativa³ (SILVA, 2008).

³A redefinição de todo o ciclo em função da terceira idade propõe que a divisão entre as diferentes etapas da vida não ocorre por meio de datas de aniversário ou critérios biológicos, mas por meio de atividades e características específicas.

O surgimento da categoria 'terceira idade' é considerado, pela literatura especializada, uma das maiores transformações por que passou a história da velhice. De fato, a modificação da sensibilidade investida sobre a velhice acabou gerando uma profunda inversão dos valores a ela atribuídos: antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afetivo, passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, *hobbies* e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família (SILVA, 2008, p.161).

Para Debert (1999) algumas condições inter-relacionadas constituem a configuração da terceira idade, bem como as representações sobre o envelhecimento nas sociedades contemporâneas. A primeira delas relaciona-se a possibilidade de manutenção do *status* social dos idosos por meio da aposentadoria que gera segurança econômica. Essa é uma perspectiva para além das situações em que os velhos se transformavam em um peso para a família, contrapondo os vários anos de contribuição para que eles contribuíssem para sociedade.

A segunda condição relaciona-se a vigilância sobre o próprio corpo, numa cultura que encoraja os indivíduos a buscarem estratégias para combater os efeitos do tempo. Dessa forma, os sujeitos buscam combater o envelhecimento cuidando do corpo e da aparência ao mesmo tempo em que são responsabilizados pela própria saúde (DEBERT, 1999).

A terceira condição tem a ver com a ampliação da camada assalariada e conseqüentemente com os novos padrões de aposentadoria que permitiu redefinir um novo mercado de consumo. Uma nova

“Deste modo, a primeira idade seria caracterizada como o momento da dependência, da socialização e da imaturidade, no qual as atividades predominantes dizem respeito à formação e à educação. A segunda idade seria o momento da independência, da maturidade e da responsabilidade familiar e social, no qual a criação e a manutenção de uma família e o desenvolvimento de uma profissão seriam as principais atividades. A terceira idade seria o momento da satisfação pessoal. A quarta idade seria a idade da dependência, da decrepitude e da proximidade da morte” (SILVA, 2008, p.803).

demanda é lançada desconstruindo concepções cronológicas como marcadores pertinentes de comportamento e estilo de vida. Porém, tal vivência parece depender quase que exclusivamente do engajamento e da disciplina individual que faz que o sujeito siga os modelos sociais, estéticos, amplamente divulgados nos meios de comunicação (DEBERT, 1999).

As iniciativas voltadas para a terceira idade transformam o envelhecimento em uma experiência mais gratificante; contudo, esse sucesso surpreendente é proporcional à precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com os problemas da velhice avançada. A imagem do envelhecimento, associada à terceira idade, não oferece instrumentos capazes de enfrentar os problemas envolvidos na perda de habilidades cognitivas e de controles físicos e emocionais que estigmatizam o velho e que são fundamentais, na nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno dos direitos de cidadania (DEBERT, 1997, p.41).

Circunscrito desta forma, o problema posto pela terceira idade refere-se a visibilidade alcançada pelas imagens positivas constituintes do envelhecimento bem sucedido, que podem resultar na ocultação da velhice em seus aspectos de fragilidade fisiológica e cognitiva que vivencia momentos de vulnerabilidade e dependência. A negação desta imagem da velhice do espaço público abre brechas para enfraquecer a percepção da questão do envelhecimento como problema social (SILVA, 2008).

Contudo, retirar o tema do envelhecimento do rol de preocupações sociais, restringe a responsabilidade sobre a gerência a competência e habilidades individuais, reprivatização da velhice, e indica uma negação da identidade do envelhecimento, bem como, reduz a responsabilidade social sobre seu acolhimento (DEBERT, 1999).

Todavia, não se deve negar que a velhice, tampouco desconsiderar toda a contribuição social que estes propiciaram aos seus descendentes, o envelhecimento se constitui como uma fase do desenvolvimento humano tão importante quanto às demais, merecendo, portanto, toda a atenção e dedicação, tanto dos estudiosos do assunto, quanto da família, da sociedade, e, principalmente, do Estado, por meio

do planejamento e operacionalização das políticas públicas para velhice (CAMARANO, 2004).

Para Debert (1999) pensar na visibilidade alcançada pela velhice é atentar para o movimento que acompanha sua transformação globais em uma preocupação social. Refletir sobre o significado do envelhecimento é expressar a visibilidade que este tema ganhou no contexto contemporâneo. O envelhecimento, enquanto uma expressão da questão social exige atenção pública, já que, o idoso é um ator que não pode mais estar ausente no debate sobre políticas públicas.

2.2 IDOSOS E CONQUISTAS LEGAIS DE DIREITOS

Um grande desafio posto para a sociedade é garantir às pessoas envelhecer dignamente com saúde e qualidade de vida. Deparar-se com as questões vivenciadas pelos idosos significa desvelar um arsenal de diferenças sociais, econômicas, culturais e até mesmo individuais, sujeitos a sua peculiaridade, pois cada indivíduo é único.

A organização de uma sociedade democrática sob os princípios da justiça, da equidade e da igualdade deve ser prevista a partir do reconhecimento e da valorização da diferença humana, garantindo que, ao lançar estratégias políticas que visam assegurar a todos o acesso aos direitos, sejam reconhecidas as especificidades de cada sujeito (BRASIL, 2011, p.3).

O primeiro marco da conquista de direitos dos idosos, e de toda a sociedade, foi em 10 de dezembro de 1948 quando a Assembleia Geral das Nações Unidas consolidou mundialmente e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Este documento foi redigido sob o impacto das atrocidades cometidas durante a segunda guerra mundial, sendo assim, fortalece a ideia que as sociedades devem ter consciência moral e valorativa em relação à vida de seus indivíduos. (PINHEIRO, 2008).

O direito internacional dos direitos humanos fornece um sistema que codifica os direitos humanos e torna-os obrigatórios. Preocupa-se, principalmente, com a relação entre o Estado e o indivíduo. O direito internacional dos direitos humanos é formado por diversos tratados, como

acordos e convenções. Os tratados são conhecidos como “*hard law*” porque, quando um membro das Nações Unidas os ratifica, eles tornam-se juridicamente vinculativos. Isso significa que cada Estado membro tem de adaptar suas leis às normas dos tratados e introduzir políticas e programas para implementar as diferentes partes do tratado. Se o país não se adapta às normas dos tratados ou as contraria, ele infringe o tratado (NOTARI; FRAGOSO, 2011, p. 262)

A Declaração de 1948 se tornou um ícone mundial, na medida em que postula todo um universo de valores a serem consolidados no convívio social, buscando inspirar as sociedades no sentido de um desenvolvimento mais humanitário e solidário. De tal forma, que o princípio da dignidade humana é um valor máximo, supremo, de valor moral, ético e espiritual intangível. A dignidade do indivíduo serve como mola de propulsão da intangibilidade da vida do homem, dela decorrer o respeito à integridade física e psíquica das pessoas, a admissão da existência de pressupostos materiais (patrimoniais, inclusive) mínimos para que se possa viver e o respeito pelas condições fundamentais de liberdade e igualdade (MELO, 2008)

Neste sentido, assume-se que o envelhecimento digno se dá quando a população alvo tem acesso a todos os seus direitos, respeitando-se as especificidades regionais, culturais e até mesmo de vivências. A própria Declaração alerta ainda para o fato de que os direitos inerentes ao homem são independentes da organização específica de cada Estado e também das diferentes condições sociais de cada indivíduo (ALONSO, 2005).

A luta pelo reconhecimento que perpassa a questão do idoso têm os primeiros aspectos históricos sobre direitos voltados para as pessoas idosas, possuem registro de 14 de dezembro 1978 quando a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Resolução 33/52 que convocou a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (ONU, 2014).

Essa Assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um Plano Global de Ação. Foi realizada em 1982 na cidade de Viena na Áustria, organizada com a finalidade de se discutir o processo de envelhecimento populacional (ONU, 2014).

Nessa Assembleia foi concebida o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento com as metas de fortalecimento da capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua

população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade, além de fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem econômica.

Dentre as recomendações mais relevantes deste documento, merecem destaque as orientações voltadas para a manutenção da plena qualidade de vida do idoso, tanto do ponto de vista físico quanto do ponto de vista emocional e intelectual, buscando-se com isso manter a independência do idoso em relação aos demais indivíduos no mais alto grau em que esta autonomia for possível (ALONSO, 2005, p. 41).

Considera-se que este plano foi o primeiro documento da ONU sobre a questão do envelhecimento de repercussão mundial que fornece uma base para a formulação de políticas e programas sobre envelhecimento. O documento ainda reafirma a crença de que os direitos fundamentais e inalienáveis consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos se aplicam plenamente às pessoas idosas, e reconheceram que a qualidade de vida não é menos importante que a longevidade (NOTARI; FRAGOSO, 2011).

O documento é composto por 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação ao idoso e discursa ainda sobre o incentivo a pesquisas sobre o envelhecimento visando aprimorar a qualidade do tratamento dado ao idoso, além de destacar também a importância do desenvolvimento de uma consciência geral em relação às problemáticas dos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004 e ALONSO, 2005).

Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 255).

Assim, um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional os temas relacionados ao envelhecimento individual e da população. Percebia-se a necessidade da construção e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social, o idoso, com todas as suas necessidades e especificidades (NOTARI; FRAGOSO, 2011).

Especificamente em relação à saúde, o Plano recomenda a prática preventiva, como forma de minimizar as possíveis complicações biológicas decorrentes da idade avançada. Além disso, deve ser dado um tratamento especial aos idosos de idade mais avançada, por estarem em uma condição de maior vulnerabilidade. O documento cita ainda a importância de adaptação dos serviços de saúde, como a disponibilidade de serviços hospitalares de emergência e a existência de profissionais especializados para o atendimento ao idoso. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento (ALONSO, 2005).

Outra parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos, pois já eram observadas as estimativas do aumento dos idosos. Assim, propõe-se que as necessidades dos idosos deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A crítica construída em relação ao Plano de Viena foi que este se consistiu em um conjunto de recomendações, cuja implementação dependia da alocação de recursos, que não foram previstos, pois a situação econômica da maioria dos países em desenvolvimento não permite a estes destinar os meios e recursos necessários para executar sua política de proteção. Nesse sentido, era necessário apresentar alternativas e opções de política que sejam compatíveis com os valores e metas nacionais e com os princípios reconhecidos internacionalmente em relação ao envelhecimento da população (ONU, 2003).

Nove anos após a Primeira Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, a ONU aprova, por meio da resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas ocorrida em Dezembro de 1991, os Princípios das Nações Unidas para o Idoso. Este documento contém princípios em favor da população idosa agrupados em cinco concepções básicas que devem servir como fundamento para as garantias sociais da população idosa, propiciando as condições necessárias para o seu

desenvolvimento e sua inserção social: independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade (NOTARI; FRAGOSO, 2011).

Seguindo também as recomendações da ONU, o ano de 1999 foi considerado o Ano Internacional do Idoso em virtude da grande importância e preocupação em relação a este segmento da população. Teve como *slogan* a promoção de uma sociedade para todas as idades. Neste sentido, o conceito de uma sociedade para todas as idades, têm quatro dimensões: desenvolvimento individual durante toda a vida; relações entre várias gerações; relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento; e a situação dos idosos (ONU, 2003).

A comemoração do ano internacional do idoso contribuiu para a promoção da consciência desses problemas, assim como para a pesquisa e ação em matéria de políticas, em todo o mundo. Tentou abarcar esforços para incorporar as questões relacionadas ao envelhecimento às atividades de todos os setores e com isso promover oportunidades relativas a todas as fases da vida (ONU, 2003).

Seguindo a evolução cronológica da discussão mundial sobre o envelhecimento, em 2002, vinte anos depois, ocorreu a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri na Espanha. Os vinte anos que transcorreram entre as assembleias foram acompanhados por profundas mudanças nos aspectos sociais, demográficos, planos econômicos e político dos países.

Ressalta-se também as mudanças ocorrida nesta Assembleia, na qual contou com a colaboração do Estado e a sociedade civil, além de aproximadamente 700 instituições não-governamentais que passaram a ter assento no conselho consultivo, com participação em todos os temas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Como resultado, os países participantes elaboraram dois documentos: a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento. Este é tido como um documento reivindicatório, que contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, mas insistindo na necessidade de parcerias com membros da sociedade civil e setor privado. Propõe também o compromisso dos governos para conceber e implementar medidas para enfrentar os desafios postos pelo envelhecimento da população (NOTARIO; FRAGOSO, 2011).

Segundo Alonso (2005) uma das intencionalidades da II Assembleia foi de avaliar os resultados concretos do Plano de Ação Internacional formulado em 1982 discutindo o nível de desenvolvimento das políticas sociais em cada Estado no que diz respeito às propostas relacionadas à proteção ao idoso. O documento oriundo deste encontro

especifica algumas áreas de atuação que devem ser observadas pelos respectivos governos em relação ao segmento idoso, como a saúde, a educação, o sistema de previdência e a assistência social (ALONSO, 2005).

Observa-se um processo de valorização dos direitos humanos e dos direitos sociais, como forma de amenizar as consequências de uma estrutura social prioritariamente voltada para a acumulação do capital. Ainda, este Plano exige mudanças das políticas e das práticas em todos os níveis e setores, pois seu objetivo é oferecer um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a considerar as prioridades básicas associadas ao envelhecimento dos indivíduos e das populações. Assim, o documento destaca a importância de se adaptar as recomendações propostas às peculiaridades de cada país (ONU, 2003).

Postula-se, desta forma, a idéia de conscientização social em relação ao idoso que culmine em práticas efetivas de proteção e integração deste segmento nas dinâmicas sociais, de maneira que o idoso não somente tenha sua dignidade garantida como venha a se tornar um grupo que participe e que dê sua contribuição à comunidade nos processos de desenvolvimento econômico, político e social (ALONSO, 2005, p. 46).

À luz da temática do idoso, a II Assembleia Internacional sobre o Envelhecimento permitiu dar maior visibilidade e reconhecimento, tanto nacional como internacional sobre a questão do envelhecimento. Com este norte, o documento produzido pela II Assembleia possibilitou fornecer uma estrutura normativa básica que ajudaria a estabelecer parâmetros para a formulação de leis, políticas e programas nacionais, definindo de maneira clara as obrigações dos Estados-membros para com os direitos das pessoas idosas (ONU, 2003).

A principal característica do plano é propor alternativas para a atuação do Estado e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas direcionadas especificamente para a população idosa, tanto que os objetivos gerais estão expressos no artigo 1º da Declaração Política proclamada em Madri, onde se defende a integração entre o idoso e o desenvolvimento social, a promoção da saúde e do bem-estar na velhice e a criação de ambientes propícios e favoráveis ao idoso (ONU, 2003).

Outro ponto é que, embora todas as medidas propostas tenham sido acertadas pelos países signatários, a sua implementação deverá

passar, necessariamente por uma avaliação das prioridades nacionais, das políticas sociais, a sua efetivação é de direito e responsabilidade de cada país, no sentido de desenvolver os mecanismos necessários à promoção do bem-estar social. Mas, encontra-se uma falha na implementação do Plano de Madri, uma vez que depende fundamentalmente da alocação de recursos, pois são estabelecidas metas, no entanto, as condições para a sua realização não foram explicitadas, o que gera dificuldade dos países pobres que integrem na economia global de cumprirem o acordo (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A articulação com as questões relativas ao processo de envelhecimento poderá exigir respostas sociais que nem sempre serão atingidas por meio das políticas públicas. Salienta-se que o envelhecimento da população é uma realidade em todos os continentes (IBGE, 2010b). Orientar novas políticas públicas sobre o envelhecimento, ao mesmo tempo que problematizar temas que envolvem o cotidiano do idoso, poderia resultar na sua valorização, ao mesmo tempo que é determinante para pautar as novas relações entre o Estado e a sociedade (SILVA, 2008).

2.2.1 Envelhecimento no aspecto de reconhecimento legal

A reflexão sobre os diferentes conceitos de envelhecimento/idoso por distintas áreas profissionais faz-se necessária para que o envelhecer seja percebido nos seus mais diversos aspectos, pois a diferença entre as mesmas é importante, a fim de que se possam compreender melhor as múltiplas dimensões da velhice.

Assim, não se pode perder de vista a importância de cada uma delas no que concerne a uma percepção mais abrangente do indivíduo idoso, haja vista que o processo de envelhecimento apresenta peculiaridades bem diversificadas. Por isso que, os fatores envolvidos no envelhecer implicam uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais e emocionais que vislumbram a pessoa em sua individualidade. Considerar isoladamente aspectos fisiológicos e psicológicos constitui uma abstração uma vez que são processos interdependentes (NERI, 1991).

Os autores Camarano; Pasinato (2004) colocam em discussão a necessidade do conceito de idoso, pois, consideram que a classificação permite distinguir idosos de não-idosos e relacionam o conteúdo da classificação a um determinado público. “A velhice, como as categorias etárias, étnicas, raciais ou de gênero, é uma forma de segmentar e

classificar uma população, mas também de construir uma hierarquia entre diferentes segmentos assim constituídos” (DEBERT, 2011, p. 548).

Pode-se dizer que definir o que é ser idoso nos dias atuais contribui para quebrar alguns preconceitos sociais sobre a condição do idoso no Brasil, no entanto é uma tarefa difícil, dada as alterações nos padrões sociais e, principalmente, culturais que contribuem para que, a cada geração, novas características venham se juntar ao rol de situações que definem o que é ser idoso (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Os mesmo autores argumentam que o critério de classificação é uma regra que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas. Para a formulação de políticas públicas, a demarcação de grupos populacionais é extremamente importante, pois por meio dela é possível identificar necessidades para focalizar recursos e conceder direitos.

Afirmar que as categorias de idade são construções culturais e que mudam historicamente não significa dizer que elas não tenham efetividade. Elas são constitutivas de realidades sociais específicas, uma vez que operam recortes no todo social, estabelecendo direitos e deveres diferenciais no interior de uma população, definindo relações entre as gerações e distribuindo poder e privilégios. Assim, na nossa sociedade, a idade cronológica – que é um sistema de datação ausente em muitas outras sociedades – é um mecanismo fundamental na organização social, porque determina entre outras coisas a maioridade civil, o início da vida escolar, a entrada e a saída do mercado de trabalho (DEBERT, 2011, p. 549).

Reconhece-se a existência de um amplo leque de critérios para a definição do que venha a ser uma pessoa idosa. Por causa disso, a idade cronológica é um princípio cultural de extrema relevância no aparato jurídico-político, que concentra no indivíduo a atribuição de direitos e deveres (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2011). Neste sentido, adota-se nesta pesquisa a definição que baseia-se na lei com critério etário, como é o caso da definição da Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, endossada pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de

1º de outubro de 2003, que define idoso como aquelas pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Justifica-se essa escolha conceitual por atender os objetivos propostos por este trabalho.

A luta dos idosos pelo reconhecimento de seus direitos traz embutido um novo sentido da velhice na realidade brasileira. A preocupação pública com as necessidades acarretadas pelo processo do envelhecimento foi alcançada em grande parte pela organização social, realçando-se o protagonismo do movimento social. Esse movimento contribuiu para posicionar na cena pública os idosos como um sujeito de direitos.

3. SEGURIDADE SOCIAL: BREVES APONTAMENTOS

A Seguridade Social não surgiu abruptamente, seja no mundo, seja no Brasil. Ela originou-se na necessidade social de se estabelecer métodos de proteção contra os variados riscos ao ser humano. Na elaboração de medidas para reduzir os efeitos das adversidades da vida, como fome, doença, velhice entre outros.

A Seguridade Social, sob o enfoque mundial, tem origem nos modelos Bismarckiano (1883) e Beveridgiano (1942). No Brasil, a proteção social evoluiu de forma semelhante ao plano internacional. Inicialmente foi privada e voluntária, passou para a formação dos primeiros planos mutualistas e, posteriormente, para a intervenção cada vez maior do Estado.

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SEGURIDADE SOCIAL NO MUNDO.

A preocupação do homem em relação ao infortúnio sempre foi presente nas sociedades. Inicialmente a proteção contra os riscos da vida era conferida pela família. E para aqueles que não eram abarcados pela proteção familiar e não tinham condições de prover os meios para sua subsistência, dependiam em grande parte de ações de benevolência dos mais abastados e da igreja (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Segundo Pereira (2011) a Grã- Bretanha, sob o reinado de Eduardo III, se deparava com o extermínio de grande parte da sua população pela Peste Negra, que conseqüentemente acarretava em um desafio econômico pela escassez de mão-de-obra nas fazendas, implicando no aumento de salários. Assim, surge a estreita relação entre assistência social e trabalho – constituindo-se como um imperativo categórico do capitalismo, em que o indivíduo e a sociedade estabelecem relações mais civilizadas.

Não se pode indicar com precisão um período específico do surgimento das primeiras iniciativas de políticas sociais. Conforme Ibraim (2010) foi criado na Inglaterra no ano de 1601 a *PoorReliefAct* (lei de amparo aos pobres), que instituiu uma das primeiras formas de proteção social regulamentada. Trata-se de uma contribuição obrigatória para fins sociais e permitiu a consolidação de outras leis sobre a assistência pública, porém sempre em aspectos caritativos.

Como determinantes históricos para o sistema de proteção social Pereira (2011) aponta que este tinha uma conotação de repressão e controle, da qual os pobres eram vistos como vagabundos e eram

tratados com punição, a exemplo da *Poor Law AmendentAct* (lei dos pobres) de 1834. O arranjo institucional caracterizado principalmente pela coerção e controle, visando à manutenção da ordem pública, a punição à vagabundagem e a eficiência do mercado de trabalho, que estava a exigir a transformação do trabalho humano em mercadoria. Era um contexto de negação dos direitos sociais, que escamoteada às verdadeiras causas da pobreza, visava-se, portanto, mais a proteção do sistema econômico do que a do trabalhador.

No entanto, as primeiras iniciativas de benefícios previdenciários que vieram a constituir a Seguridade Social no século XX nasceram na Alemanha, em 1883, durante o governo do Chanceler Otto Von Bismarck. Porém as propostas do Chanceler Alemão visavam amenizar a tensão existente entre a classe trabalhadora e a burguesia e um Estado protetor é um elemento estrutural importante da economia. Pois, era necessária uma determinada forma de articulação entre o Estado e o Mercado, o Estado e a Sociedade, um modo particular de regulação social, que se manifestou em certo momento do desenvolvimento capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O modelo de Bismark é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados, tem acesso àquele que o paga. Desta forma, o financiamento, dos recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários e a gestão é realizada pelo Estado. Assim, a Lei do Seguro Social garantiu, inicialmente, o seguro-doença, evoluindo para abrigar também o seguro contra acidentes de trabalho e o seguro de invalidez e velhice (BOSCHETTI, 2009).

De fato, a legislação do seguro social inaugurada por Bismark, indicava, implicitamente, o reconhecimento das autoridades públicas de que a pobreza no capitalismo era produto do próprio desenvolvimento predatório desse sistema que, para ser preservado, exigia que o Estado protegesse o trabalhador contra a perda de renda advindas de doenças, acidentes, envelhecimento, mortes prematuras, dentre outros contingências sociais. [...] era preciso proteger o capitalismo do próprio capitalismo (PEREIRA, 2011, p.60).

Contudo, a iniciativa alemã representa um significativo avanço na história da política social secularmente “caracterizada como um socorro

paliativo aos pobres, mesmo restrito a um grupo específico – o trabalhador e fosse usado como antídoto às ideias socialdemocratas”. Neste sentido, a legitimação do seguro social pelo Estado inaugurou a estratégia de abordar a política social como direito promovido para a sociedade e encampado pelo Estado (PEREIRA, 2011, p.61).

Neste contexto, surge uma nova fase, denominada constitucionalismo social, em que o tema proteção social começa a se espalhar pelo mundo e a ser positivado na própria Constituição dos países (IBRAIM, 2010).

A primeira Constituição do mundo a incluir o termo seguro social em seu bojo foi a do México, de 1917 que previa que os empresários eram responsáveis pelos acidentes do trabalho e pelas moléstias profissionais dos trabalhadores, em razão do exercício da profissão ou do trabalho que executarem. A Constituição Soviética de 1918 também tratava de direitos previdenciários. Constituição de Weimar⁴ em 1919 criou um sistema de seguros sociais para poder, com o concurso dos interessados, atender à conservação da saúde e da capacidade para o trabalho, à proteção, à maternidade e à previsão das consequências econômicas da velhice, da enfermidade (IBRAHIM, 2010).

O pioneirismo de Otto Bismarck em relação a proteção social é seguido por outros países. [...] a Dinamarca aprovou o direito à aposentadoria em 1891. Logo depois, a Suécia desenvolveu o primeiro plano de pensão nacional universal. Na América Latina, os sistemas mais antigos de seguro social foram criados na Argentina, Chile e Uruguai, no começo da década de 1920. [...] Os Estados Unidos da América, instituíram o New Deal, com a doutrina do WelfareState⁵ a partir de 1933, e editaram o Social Security Act, em 1935. [...] A Nova Zelândia em 1938, instituiu uma lei concedendo proteção a toda a população,

⁴ A Constituição de Weimar, oficialmente Constituição do Império Alemão que permaneceu em vigor durante toda a existência do Terceiro Reich de 1933-1945.

⁵ Segundo Marques (1997, p.23) O termo welfarestate, “é uma das expressões utilizada a partir de meados do século XX, para designar o conjunto de políticas sociais que se erigiram com base no modelo fordista-keynesiano. [...] desenvolvido pelo Estado no intuito de prover a cobertura dos riscos advindos da invalidez, da velhice, da doença, do acidente de trabalho e do desemprego”.

implantando o seguro social e extinguindo o seguro privado (IBRAHIM, 2010, p. 51 a 53).

O ápice da evolução em relação aos planos de proteção social ocorreu em 1942 na Inglaterra com a divulgação do relatório de Beveridge, que previa uma ação estatal concreta como garantidora do bem-estar social, estabelecendo a responsabilidade do Estado na área da saúde e assistência social como alternativas para a reconstrução da sociedade no período pós-guerra (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, o modelo beveridgiano, [...] propõe direitos em caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade, assim tem como principal objetivo a luta contra a pobreza (BOSCHETTI, 2009, p.325).

Deste modo, o surgimento das políticas sociais foi gradativo e diferenciado entre os países, com base nos movimentos e organizações reivindicatórias da classe trabalhadora e na correlação de forças no âmbito do Estado. Aponta-se ainda o sentido que as políticas sociais estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo países, tanto em níveis econômico, político e social. Dessa forma, as políticas sociais são entendidas como fruto da dinâmica social, da interrelação entre os diversos atores, em seus diferentes espaços. Assim, a política social vai lidar sempre com interesses opostos, já que ela resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos (PEREIRA, 2011).

De fato, onde existem diferentes interessados em torno de uma mesma questão existem conflitos e, por conseguinte, correlação de forças, cujo enfrentamento tende a beneficiar mais quem tem mais força e influência. Em se tratando da política social, como de resto de toda e qualquer política, a história tem mostrado que, em qualquer tempo e contexto sócio-cultural, a política social tem procurado satisfazer necessidades sociais sem deixar de atender ‘objetivos egocêntricos’ como

controle social e político das elites no poder (PEREIRA, 2011, p.27).

No Brasil, a proteção social evoluiu de forma semelhante ao plano internacional. Pode-se dizer que a proteção social em nosso país teve início com a assistência privada de obras religiosas e a filantropia, até então, não havia políticas públicas dirigidas para proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Segundo Faleiros (1991) as políticas sociais no Brasil entre o período de 1923⁶ a 1988, eram políticas de controle, seletivas, fragmentadas, excludentes. Entretanto, houve a necessidade de questionar esse padrão histórico de políticas sociais e propor a democratização dos processos decisórios tanto na elaboração, como na execução e gestão dessas políticas.

O período compreendido entre os anos de 1945 e 1964 registra na história brasileira o predomínio da política populista. A convocação de uma nova Assembleia Nacional Constituinte, a realizar-se no ano de 1946, registrou mudanças no capítulo da Ordem Econômica e Social, acentuando o papel do Estado no desenvolvimento econômico e atribuindo-lhe a responsabilidade da justiça social (FALEIROS, 1991).

Observa-se que em 1964, quando instituída a ditadura militar, a utilização da organização estatal para expandir a base de apoio ao governo militar por meio de alguns benefícios previdenciários e a implantação de programas nacionais no âmbito social. Cita-se como exemplo os Centros Sociais Urbanos e Rurais, a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Esta última ampliou a ação protetiva na prestação de serviços e benefícios da assistência social, na qual se configuravam como restrito às organizações da sociedade civil (MIOTO, 2013).

No final da década de 1970 o modelo de desenvolvimento instaurado pelo regime militar daria seus primeiros sinais de esgotamento, expressa-se também, o rápido processo de crescimento urbano, vivenciado nessa década, e o empobrecimento populacional, fatos que ampliaram as demandas por ações no campo de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

⁶O ano de 1923 é a chave para a compreensão do formato da política social brasileira. É aprovada a Lei Eloy Chaves que institui a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para Ferroviários e marítimos. As CAPs foram o marco inicial da previdência social brasileira (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Apesar da década de 1980 ter sido identificada como a "década perdida", especialmente pelo período recessivo que o país conheceu entre 1981 e 1983, foi um período que recolocou a questão social na agenda pública da sociedade brasileira. As circunstâncias demonstravam as dificuldades do Estado brasileiro e deixaram transparente a comprometida condição de vida da população, porque resultava, na generalização da pobreza e na geração de uma importante crise fiscal, que tornava ainda mais precária a manutenção das políticas sociais conduzidas pelo Estado (COUTO, 2006).

Tais processos promoveram mudanças significativas na vida dos trabalhadores, tanto que nos anos 1980 o país viveu o protagonismo dos movimentos sociais, que contribuíram com uma série de avanços na legislação brasileira no que diz respeito aos direitos sociais. Porém, somente nos finais de 1980 é que as políticas sociais no Brasil tiveram formulações mais impactantes na vida dos trabalhadores e ganharam mais impulso (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Os avanços foram possíveis numa conjuntura bastante particular, após o processo de transição política desenvolvido em uma conjuntura que saía de um período de vinte anos de ditadura militar, de agravamento das questões sociais e escassez de recursos. Ressalta-se também, que nos anos de 1980, ocorreu uma reestruturação da economia que se deu por meio de uma revolução tecnológica e organizacional na produção – reestruturação produtiva – que visa máximo de produtividade da força de trabalho com o mínimo de custo para as empresas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Não obstante, as conquistas democráticas dos trabalhadores e dos movimentos populares possibilitaram uma profunda reforma democrática do Estado e a partir do final dos anos 1980 é que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania. Como signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, o Brasil passou a incorporar, de forma mais assertiva, esse tema na sua agenda política (CAMARANO, 2004).

O momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte. Desta forma, a Constituição Federal (CF) promulgada em 1988 é o marco legal para a compreensão das transformações no país. A CF, também chamada Constituição Cidadã, pauta-se em parâmetros de equidade e direitos sociais e pela primeira vez na história brasileira, a política social teve grande acolhimento por parte dos legisladores, bem como conscientização da necessidade de incorporarem nos seus planos

propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, também inaugurou no Brasil o conceito de Seguridade Social, que representou um movimento de reorganização de políticas já existentes sob novas bases e princípios, com ampliação, mas também introdução de novos direitos adotados e disciplinados, no capítulo da Ordem Social pelo artigo 194 do capítulo II que trata da Seguridade Social. Tal artigo orienta a sua operacionalização segundo critérios de **universalidade, uniformidade e da equivalência** dos benefícios garante a unificação dos regimes urbanos e rurais, **seletividade e a distributividade** na prestação de benefícios e serviços, **irredutibilidade** do valor dos benefícios, a **diversidade** das bases de financiamento e finalmente, o caráter **democrático e descentralizado** da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BOSCHETTI, 2003, BRASIL, 1988).

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena. Introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 274).

Nesta direção, tais princípios constitucionais deveriam ser norteadores da direção a ser tomada pela Seguridade Social, provocando mudanças, no sentido de articulá-las e formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente. De tal modo que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social (PIANA, 2009).

Foi somente com a Constituição de 1988 que as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e re-estruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e intencional compor um

sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) (BOSCHETTI, 2009, p. 331).

Ressalta-se que as políticas sociais existentes no Brasil e que constituem os sistemas de Seguridade Social em diversos países não apresentam um único modelo das propostas de Bismark ou Beveridge, mas assumem as características mistas dos dois modelos com maior ou menor intensidade. Os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde e de assistência social, compondo assim o tripé da Seguridade Social brasileira (PIANA, 2009).

A exceção da saúde que é um direito universal, independente de contribuição, o sistema de proteção social é limitado, pois garante acesso à previdência social condicionado a uma contribuição prévia, ou seja, trabalhadores inseridos no mercado de trabalho com carteira assinada ou que contribuem mensalmente como autônomos. Em relação à assistência social, mesmo que não necessite de contribuição, é apenas acessado para aquele que dela necessitar, ou seja, àquelas pessoas que não possuem recursos de manutenção das suas condições básicas de subsistência. Com isso, a seguridade social acabou incorporando políticas com características próprias e distintas (BRASIL, 1988).

A seguridade social pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. De todo modo, ambas são profundamente dependentes da organização social do trabalho. Nos países em que as duas lógicas convivem no âmbito da seguridade social, elas estabelecem entre si uma relação que venho designando como sendo de atração e rejeição. É a ausência de uma dessas lógicas que leva à necessidade e à instauração da outra lógica (BOSCHETTI, 2009, p.327).

Essa relação de atração e rejeição é intrínseca à concepção de seguridade social, entretanto, é possível expressar a imensidade de

desrespeitos à sociedade brasileira, referente ao não cumprimento da legislação vigente. Embora a arquitetura da seguridade brasileira seja direcionada ao cidadão as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais e sim seguiu uma lógica contratual de seguro. Esta é também uma constatação facilmente verificável quotidianamente, quando observa-se a fragmentação na organização, gestão e desenvolvimento das três políticas que a compõem (BOSCHETTI, 2009).

Essa imbricação histórica entre elementos próprios à assistência e elementos próprios ao seguro social poderia ter provocado a instituição de uma ousada seguridade social, de caráter universal, redistributiva, pública, com direitos amplos e fundados na cidadania. Não foi, entretanto, o que ocorreu, e a Seguridade Social brasileira, ao incorporar uma tendência de separação entre a lógica do seguro e a lógica da assistência, e não de reforço à clássica justaposição existente, acabou materializando políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência (BOSCHETTI, 2003, p.78).

Deste modo, a Seguridade Social propõe um sistema de ações conjuntas e articuladas, por meio de princípios que nortearão a sua operacionalidade. No entanto, o cenário brasileiro da década de 1990 não é favorável para implementação dessas conquistas, uma vez que se instaura no país a política neoliberal, com o objetivo de adequar o país a economia internacional, aderindo as suas determinações. Portanto, a Seguridade Social se submete ao ajuste neoliberal (VIANNA, 2001).

Assim, assistimos em toda a década de 1990, a desregulamentação da Constituição Federal de 1988, num ataque aos princípios constitucionais, que mesmo antes de ser implementada já sofreu um desmonte e inviabilizou suas tendências progressivas. Pois, apesar de manter o conceito de Seguridade Social, medidas são tomadas que inviabilizam a clareza de suas proposições e sua efetivação prática (VIANNA, 2001).

Apesar do exposto, tais fragilidades não foram o suficiente para negar que os trabalhadores brasileiros, a partir dos anos de 1990, adquiriram novos direitos usufruindo de alguns benefícios no campo da saúde, previdência, assistência social, entre outros. No entanto, os direitos mantidos pela seguridade social atualmente, caminham na direção predominante da seletividade e privatização, em detrimento da universalidade e estatização. Nesta perspectiva, no interior da reorganização da produção e do Estado capitalista, as políticas sociais ganham outro direcionamento ocasionando a sua fragmentação, focalização e acentua-se a exclusão social (BOSCHETTI, 2009).

O cenário nacional e internacional impõe uma nova ótica a respeito das políticas sociais que estão ancoradas em organizações internacionais tais quais o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Interamericano para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI). Estas instituições pregam uma ideologia que as ações de proteção social advindas de recursos do Estado somente focalizarão em uma parte da população, naquela que se encontra abaixo da linha de pobreza, enquanto que o resto da população deverá procurar o terceiro setor. O que de certa forma, é um apelo as organizações filantrópicas e organizações não-governamentais desresponsabilizando o Estado e despolitizando as relações sociais, deslocando a questão social da esfera pública e inserindo-a no plano de filantropia. (BRAVO; PEREIRA, 2001).

Assim, consolidação dependerá sempre, de um lado, da capacidade de negociação política instaurada entre movimentos sociais e o poder público e, de outro, do conjunto de transformações econômicas que influenciam as condições de vida da população. As restrições orçamentárias para as políticas sociais têm incidido na proteção social da população idosa. Conforme Camarano (2004), o envelhecimento no Brasil ocorre em meio a uma conjuntura recessiva que dificultam a ampliação e manutenção do sistema de proteção social para todos os grupos etários inclusive para os idosos.

Este trabalho tem como pretensão evidenciar o processo de envelhecimento em ascensão no Brasil e por este motivo propõe-se a analisar as políticas sociais de seguridade social voltada para a população idosa, com foco na saúde, no sentido de observar se tais políticas sociais se convergem e se estão estruturadas para oferecer proteção a população idosa.

3.2 POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS DOS IDOSOS: PANORAMA DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

Como visto anteriormente, o Brasil desenvolveu uma política social baseada na justaposição em dois modelos, Bismarckiano e Beveridgiano, que são distintos no modo de operacionalização, além do que foram pensados em períodos históricos, países e estruturas diferentes. Nesse sentido, criou-se um modelo para configurar a Seguridade Social que não necessariamente se encaixa perfeitamente na realizada brasileira e são antagônicos entre si, pois um modelo baseia-se na contribuição financeira e o outro na ausência de recursos e critérios para o acesso. Assim a Seguridade Social brasileira composta pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social tendem a se complementar, mas isso acarreta alguns entraves para a legislação, bem como a disputa de recursos entre essas políticas.

Por isso, pensar que o mundo está passando por um processo de transição demográfico, que é única e quiçá irreversível, na qual irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. A transformação do mundo em um “público mais velho” é explicada pela classificação do processo de envelhecimento, ou seja, quando as pessoas idosas se tornam uma parcela proporcionalmente maior da população total (UNFPA; *Help Age International*, 2012).

Por um lado pode-se comemorar, uma vez que tal índice reflete uma possível melhoria das condições de vida da maioria da população, no entanto, a realidade pode apresentar uma situação caótica, na qual a população idosa cresce em descompasso com a proteção social que lhe seria devida, criando um cenário de vulnerabilidade para este segmento populacional (CAMARANO, 2009).

As gerações mais velhas não podem ser tratada como um grupo homogêneo, na qual são indicadas políticas generalistas. O grupo da população idosa, não representa uma categoria única, estes possuem características distintas, tanto em termos de idade, etnia, educação, renda, saúde, população urbana e rural, entre outros, que tem necessidades e interesses distintos.

No entanto, a ação no Brasil sobre a temática do idoso e a regulação de garantias sociais específica aos idosos, começaram a ganhar relevância após mais de uma década da realização da I Assembleia Geral sobre Envelhecimento, em Viena, em 1982. A Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida em 1994 pela Lei n. 8.842 de 1994, traçava as diretrizes gerais para a assistência à população idosa, principalmente na atribuição de funções a cada ministério e a

cada órgão governamental para atuarem como mecanismos de proteção à população idosa. Neste sentido, criou-se normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania (BRASIL, 1994).

Após nove anos da PNI, e sete anos de tramitação no Congresso Nacional, no dia 1º de outubro de 2003, foi sancionada a redação final do Estatuto do Idoso que versa que a pessoa em terceira idade goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Coloca, ainda, que seja obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação dos seus direitos, contemplando as leis já existentes (BRASIL, 2003).

Assim, por se tratar de um grupo vulnerável e não homogêneo, pode-se dizer que o tema central que permeia todos os artigos do Estatuto do Idoso é o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo em seu processo de envelhecimento (BRASIL, 2003).

Em relação a origem dos direitos dos idosos no Brasil é a conscientização em relação aos problemas deste segmento populacional, pode-se afirmar que embora com atraso o país acompanhou o processo global de discussão e institucionalização da proteção social à população idosa, uma vez que o formulou e regulou o Estatuto do Idoso como um instrumento jurídico que procurou traduzir e legitimar em termos concretos as recomendações morais e valorativas dos documentos internacionais (ALONSO, 2005).

Além disso, países em desenvolvimento como o Brasil apresentam muitos problemas relacionados a proteção social, saúde, educação, assistência que exige estratégias de provisão de cuidados, com políticas adequadas dirigidas aos idosos (BATISTA *et al*, 2009). Tanto o idoso como qualquer outra pessoa são sujeitos de direito que devem ser respeitados, no entanto é necessário estabelecer pressupostos jurídicos para que os direitos elementares sejam respeitados na sociedade brasileira.

A situação do idoso está posto no dia a dia e refletir sobre o tema é urgente. Pode-se apontar como norte e importância do tema a mudança na estrutura etária da população, principalmente a brasileira. O processo de envelhecimento da população esta crescendo continuamente e de modo bastante acelerado, e pode ser visto conforme quadro 7 onde é possível observar o aumento da população idosa brasileira em comparação com o último censo demográfico

Quadro 7 - Comparação entre a população idosa nos últimos dois censos demográficos.

Total	População de 65 a 69 anos	População de 70 a 79 anos	População de 80 a 89 anos	População de 90 a 99 anos	População acima de 100 anos
2000	2000	2000	2000	2000	2000
9.908.815	3.574.380	4.510.626	1.564.217	235.209	24.383
2010	2010	2010	2010	2010	2010
14.081.256	4.840.724	6.305.008	2.486.415	424.876	24.236

Fonte: IBGE, 2010a

É importante pontuar que o aumento significativo da população idosa, sugere que novas políticas sejam colocadas para a sociedade. Entretanto, as políticas sociais são postas como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil. Estas possibilitam desvelar a essência dos fenômenos e reconhecer que as legislações são como princípios estruturantes da realidade, que quando modificadas podem tornar-se dialéticas, apesar de se relacionarem com as determinações econômicas, políticas e culturais que variam em cada momento histórico (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Contudo, torna-se necessário que os governos, organizações internacionais e a sociedade civil implementem políticas, programas e mecanismos de proteção social para a inserção do sujeito idoso, garantindo respeito, qualidade de vida e cidadania segundo preceitos da própria carta constitucional.

Neste íterim, a proteção social da população brasileira está inserida na concepção de seguridade social, isto é, no conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, garante a seus membros. No entanto, a centralidade está no processo histórico de cada sociedade e nele o trânsito pelo qual determinadas condições sociais de dignidade e sobrevivência são asseguradas enquanto um direito social universal (SPOSATI, 2013).

Assim, as políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, são considerados produto histórico das lutas dos trabalhadores e suas mobilizações, por isso são trazidas como um desafio para a sociedade contemporânea (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Quanto a questão do envelhecimento não se afasta da luta e reivindicações pela ampliação de direitos, principalmente por que o tema vem despertando a atenção de todos, uma vez que começam

a surgir demandas específicas de atenção no tocante aos cuidados pessoais, domésticos e médicos de longa duração (SPOSATI, 2013).

No entanto, antes de apresentarmos as políticas públicas voltadas para a população idosa no contexto brasileiro, é importante realizar, mesmo que brevemente, um levantamento dos aspectos demográficos do nosso país.

3.3 O BRASIL QUE ENVELHECE: ASPECTOS DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O aumento da longevidade é um triunfo do desenvolvimento é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhoras na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. A velhice é como qualquer outra etapa do ciclo de vida, com aspectos positivos e negativos e que chegará inevitavelmente (IBGE, 2010).

Levando em consideração a realidade do envelhecimento populacional, que segundo o IBGE (2010) é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida, a população está tornando-se mais velha. Assim, é iminente refletir sobre a necessidade de políticas dirigidas a esse público.

As perspectivas que se vislumbram para o médio prazo são de continuação da redução da mortalidade em todas as idades e, em especial, nas avançadas. Portanto, pode-se esperar para o futuro próximo um crescimento a taxas elevadas do contingente de idosos que vivem por mais tempo. Além da certeza da continuação dos ganhos em anos vividos, outra razão para a grande importância dessa questão na agenda das políticas públicas e dos estudos acadêmicos tem sido a incerteza quanto às condições de saúde, de renda e de apoio experimentada pelo segmento dos longevos (CAMARANO, 2006, p. 11).

Estudos mostram que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem acarretando um conjunto de situações que modificam a estrutura de gastos dos países. Esses fatores – associados, à queda da fecundidade a mudanças nos

arranjos familiares, bem como a quebra dos laços de solidariedade familiar resultantes dos processos de migração e de urbanização, têm sido objeto de crescentes preocupações entre os formuladores de políticas públicas. Neste sentido, deve-se pensar em trabalhar com a prevenção, antecedendo-se a futuros problemas, tanto no âmbito da saúde, previdência e assistência social (IBGE, 2010b; CAMARANO, 2006).

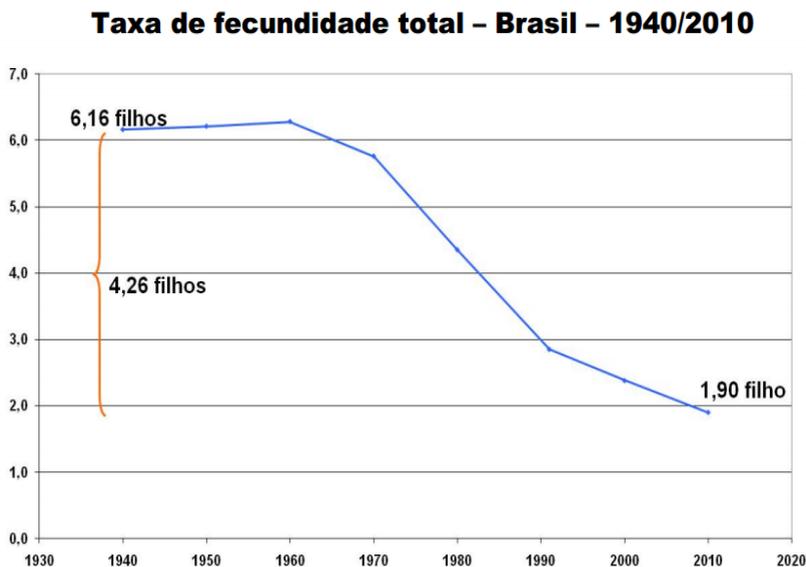
A diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade pode ser observada a partir da análise da composição etária da população brasileira. O estreitamento significativo ocorrido na base da pirâmide aponta para a redução do contingente das crianças e adolescentes de até 19 anos de idade. Enquanto, em 1999, a proporção desse grupo na população total era de 40,1%, em 2009, esta participação diminuiu para 32,8%. Outro ponto que merece ser destacado refere-se ao considerável incremento da população idosa de 70 anos ou mais de idade. Em 1999, a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) apontava para um total de 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto para 2009 a população atinge a um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1%. A redução da população de crianças e jovens e o consequente aumento da população adulta e idosa estão associados à queda continuada dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida (IBGE, 2010b, s/p).

Segundo Wong; Carvalho (2006) a maior parte dos países europeus levou quase um século para completar sua transição da fecundidade. Suécia e Inglaterra, por exemplo, levaram cerca de seis décadas (aproximadamente de 1870 a 1930) para diminuir em torno de 50% seus níveis de fecundidade. O Brasil, por sua vez, experimentou um declínio similar em aproximadamente duas décadas.

De acordo com o IBGE (2010a) desde o século XIX até meados da década de 1940, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. A partir desse período, com a incorporação às políticas de saúde pública dos avanços da medicina, particularmente, os antibióticos, iniciou-se a primeira fase de transição demográfica no país.

No Brasil a queda da fecundidade começou na segunda metade da década de 1960 e continuou ininterruptamente nas décadas seguintes. Conforme demonstra a figura 1 é possível observar o processo de declínio da taxa de fecundidade total no Brasil, entre os anos de 1940 até 2010.

Figura 1 - Taxa de fecundidade total



Fonte: IBGE: Resultados gerais da amostra, 2012.

Observa-se que o não houve declínio até a década de 1960, as taxas de natalidade começaram a diminuir a partir deste período principalmente pela introdução dos métodos anticonceptivos orais no Brasil. Entre os anos de 1970 a 1990 acelerou a queda e posteriormente desacelerou nas últimas décadas. Segundo os resultados da do censo demográfico 2010, o número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil, no Brasil, foi de 1,9 filho. Diminuição de 69,2% em relação ao valor de 1940 (IBGE, 2012).

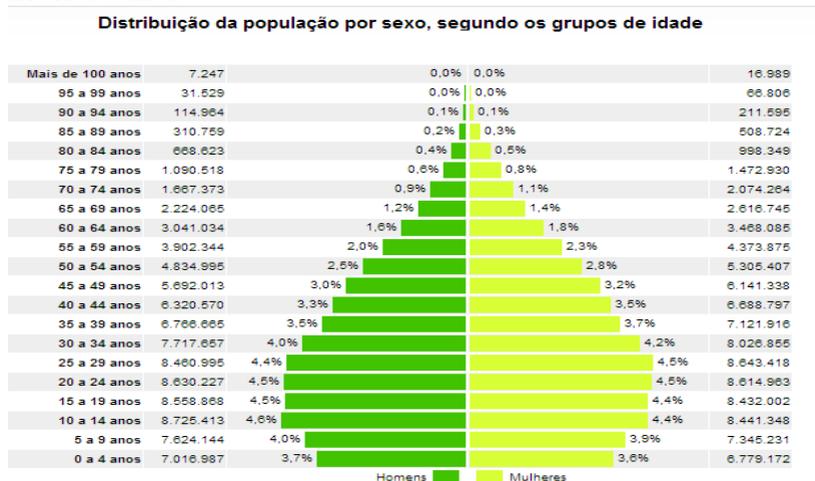
Ao longo da história humana as taxas de fecundidade eram altas para compensar as altas taxas de mortalidade. Aumentando o número de filhos sobreviventes, as famílias passaram a limitar o número de filhos nascidos vivos, além disto, as novas condições econômicas e sociais fizeram com que o custo dos filhos aumentasse ao mesmo tempo em que diminuía os benefícios para os progenitores (ALVES, 2014).

O efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil resultou nas alterações que se processaram na composição etária da população. A queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, alargando o topo da pirâmide, provocando com isso seu envelhecimento (CAMARANO; 2013).

A preocupação com o envelhecimento da população mostrou-se realmente necessária conforme consta no último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, que compreendeu o levantamento sobre a população brasileira. Estimou-se que no Brasil existem mais de 190 milhões de pessoas distribuídas nos mais de 5.565 municípios brasileiros (IBGE, 2014).

Conforme o censo 2010, a população residente no Brasil com mais de 60 anos era de 20,590. 599 (vinte milhões quinhentos e noventa mil e quinhentos e noventa e nove) pessoas. Segundo demonstra a figura 2 pode-se observar a totalidade da distribuição da população brasileira por seus grupos de idade (IBGE, 2010a). Cabe ressaltar que embora seja um contingente pequeno, a população idosa brasileira está aumentando em um ritmo bastante acelerado.

Figura 2 - Distribuição da população do Brasil por sexo, segundo critérios etários.



Fonte: Censo IBGE/2010.

Segundo o relatório sobre *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*, lançado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pela organização não governamental *Help Age International*, juntamente com outras agências da ONU e organizações da sociedade civil expõe que:⁷.

Globalmente, as mulheres formam a maioria das pessoas idosas. Hoje, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, há apenas 84 homens. E para cada grupo de 100 mulheres com 80 anos ou mais, existem apenas 61 homens. O envelhecimento é um processo que atinge homens e mulheres de forma diferente. As relações de gênero estruturam todo o curso da vida, influenciando o acesso a recursos e oportunidades com um impacto que é tanto contínuo como cumulativo (UNFPA; *Help Age International*, 2012, p.12)

A questão do envelhecimento populacional e sua relação com as necessidades específicas dos grupos vão adquirindo representatividade. O número de pessoas idosas independentemente do sexo está aumentando mais rapidamente que qualquer outra faixa etária. O relatório supracitado ressalta que, ao mesmo tempo em que a tendência das sociedades em envelhecimento é motivo de celebração, essa tendência também apresenta imensos desafios, na medida em que exigem abordagens completamente novas nas áreas do atendimento a saúde, aposentadoria, arranjos para a vida diária e relações intergeracionais extremas no total da população (UNFPA; *Help Age International*, 2012).

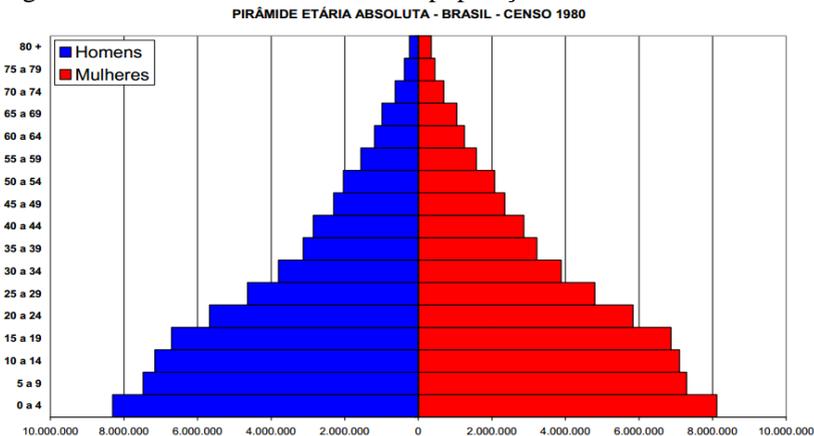
Para termos uma visão mais clara a respeito do crescimento da população mundial, o relatório sobre Envelhecimento no Século XXI descreve que, a cada um segundo duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou

⁷ Este documento analisa a situação atual das pessoas idosas e o progresso nas políticas e ações adotadas por governos e partes interessadas na implementação do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento; esse Plano, aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madri em 2002.

mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050 (UNFPA; *Help Age International*, 2012).

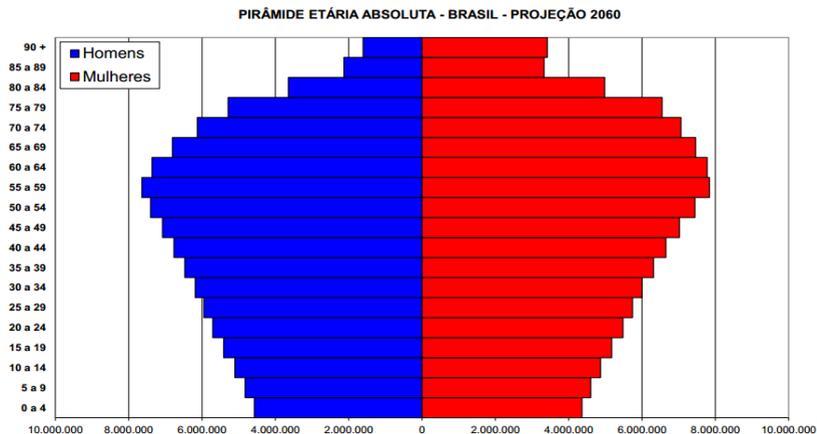
Assim, o envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado e pode ser observado conforme as figuras 3 que mostra a população segundo censo demográfico de 1980 e de acordo com as figura 4 realiza a projeção da população até os anos de 2060.

Figura 3 - Pirâmide etária absoluta da população brasileira em 1980



Fonte: IBGE, 2013. Projeção da população por sexo e idade.

Figura 4 - Pirâmide etária absoluta da população brasileira projeção em 2060.

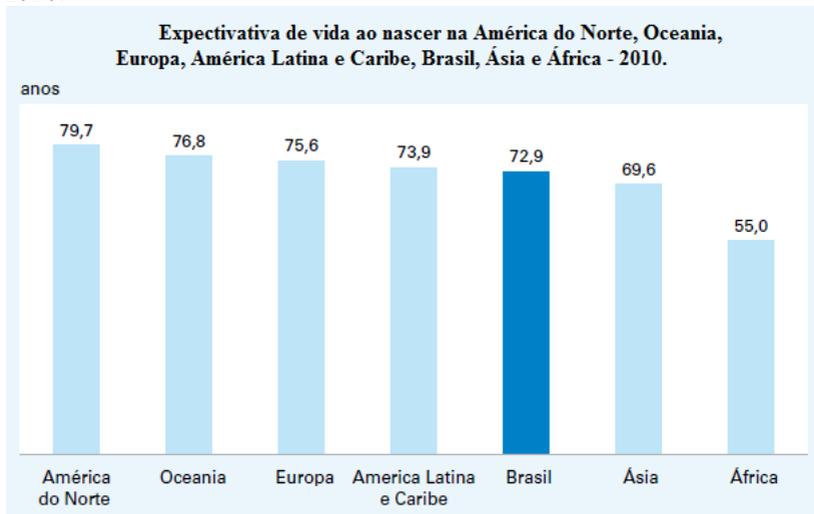


Fonte: IBGE, 2013. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000 -2060.

Podemos refletir que a mudança na estrutura da pirâmide brasileira, não ocorre somente pela diminuição da taxa de mortalidade ou melhorias na qualidade de vida, mas principalmente pela diminuição da taxa de fecundidade que pode ser observada nas figuras acima. Segundo os autores Camarano e Kanso (2009) o envelhecimento populacional, sob o prisma demográfico, é o resultado da manutenção por um período de tempo na qual as taxas de crescimento da população idosa tornam-se superiores às da população mais jovem.

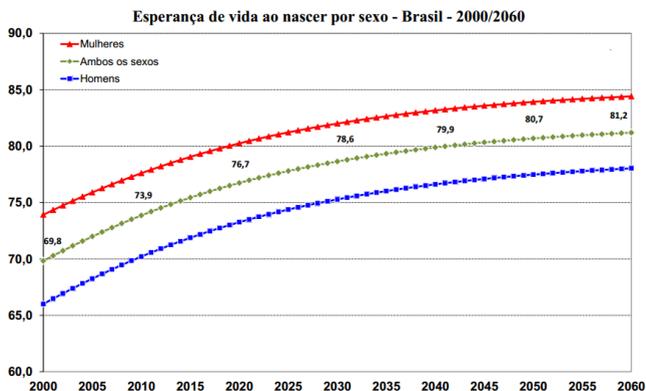
Segundo o IBGE (2010b) os baixos índices de fecundidade somados com a queda da mortalidade e o aumento da expectativa de vida aos nascer conduzem ao Brasil a igualar as faixas etárias de sua população. Conforme o figuras 5 e 6 é possível ter uma dimensão da expectativa de vida da população em alguns países, bem como a esperança de vida ao nascer no Brasil, respectivamente.

Figura 5 - Expectativa de vida ao nascer na América do Norte, Oceania, Europa, América Latina e Caribe, Brasil, Ásia e África realizada em 2010.



Fonte: IBGE/Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2010b.

Figura 6 - Expectativa de vida ao nascer no Brasil.



Fonte: IBGE, 2013. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000 -2060.

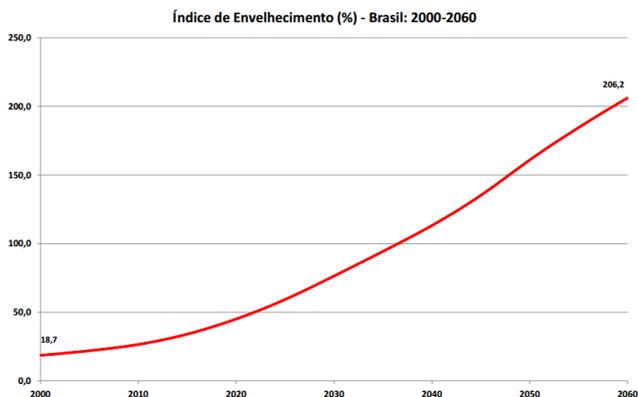
Segundo UNFPA; *Help Age International* (2012) existe uma estimativa ainda maior em relação a esperança de vida da população mundial.

A expectativa de vida ao nascer aumentará em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 bilhões (UNFPA; *Help Age International*, 2012, p.3).

Alves (2014) indica, as projeções demográficas da Divisão de População da ONU apontam que no Brasil o índice de envelhecimento da população, aliada a diminuição da natalidade, passaria em 2085 para impressionantes 647 idosos para cada 100 jovens. Neste caso, os idosos representariam 51% da população total. Com a proporção de pessoas idosas aumentando mais rapidamente que qualquer outra faixa etária, surgem preocupações sobre a capacidade dos países conduzirem os desafios associados a essa evolução demográfica.

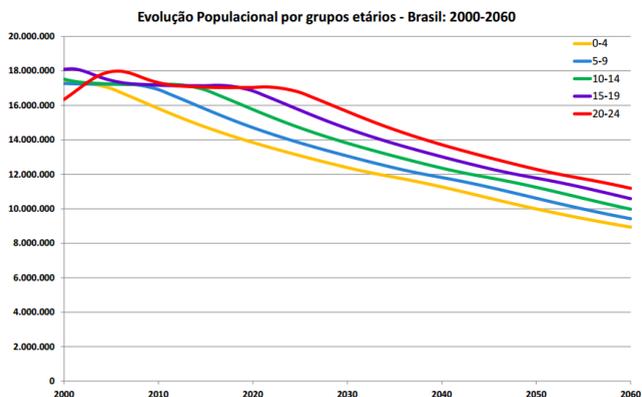
O IBGE (2013), por meio de sua Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS) da Diretoria de Pesquisas (DPE) elabora as projeções populacionais para o país. Neste sentido, é possível ter uma base de informações para a implementação de políticas públicas conforme demonstram as figuras 07, 08, 09 e 10 com a estimativa da população brasileira.

Figura 7 - Índice de Envelhecimento (%) - Brasil: 2000-2060.



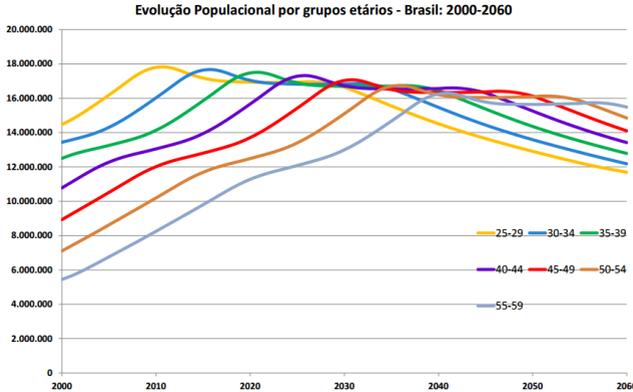
Fonte: IBGE, 2013 - Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000 - 2060.

Figura 8 - Estimativa da população brasileira por faixa etária de 0 até 24 anos.



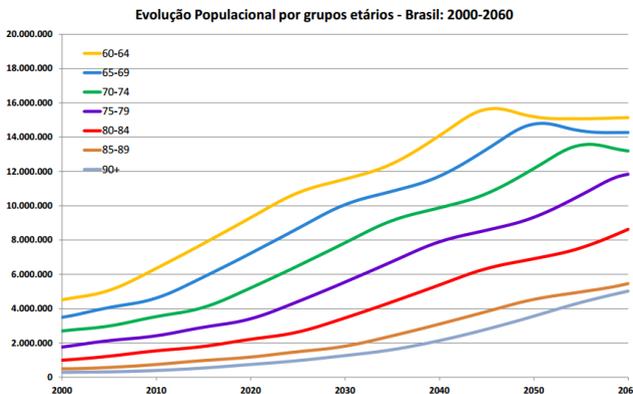
Fonte: IBGE, 2013 - Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000 - 2060.

Figura 9 - Estimativa da população brasileira por faixa etária de 25 a 59 anos.



Fonte: IBGE, 2013 - Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000 – 2060.

Figura 10- Estimativa da pop. brasileira por faixa etária de 60 a mais de 90 anos.



Fonte: IBGE, 2013 - Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000 - 2060.

É possível observar que a longevidade da sociedade está presente, no entanto, torna-se importante investigar se viver mais encontra paralelo com viver melhor; necessidade premente é repensar o envelhecimento inclusive no tocante ao suporte legal dirigido a esta categoria, pois as implicações sociais e econômicas são profundas (NOTARI; FRAGOSO, 2011).

A velocidade do processo de transição demográfica vivido pelo país nas últimas décadas trás uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições públicas. Neste sentido, a população idosa não pode estar desamparada dentro do contexto social, e cabe ao Estado estabelecer políticas que venham ao encontro das necessidades da população, para além de concepções naturalistas e fatalistas do ciclo de vida do indivíduo (CAMARANO, 2006).

Sendo assim, a urgência de políticas públicas voltadas para a população torna-se ímpar, posto que visam estabelecer direitos para um público que se encontra as margens da sociedade e que não tem, muitas vezes, os direitos elementares básicos respeitados. Talvez o maior problema não esteja na ausência de políticas adequadas, mas sim no desconhecimento das políticas já existentes ou mesmo na efetivação no que tange aos direitos dos idosos (CAMARANO, 2006).

Logo, apresentar dados sobre a realidade do idoso brasileiro, permite dar um passo para a construção de políticas que visam garantir seus direitos, portanto considerar tanto os desafios como maximizar as oportunidades são as melhores receitas para o sucesso em um mundo em envelhecimento.

SEÇÃO II

4. POLÍTICAS SOCIAIS DA SEGURIDADE SOCIAL

Como exposto na seção anterior, o processo de transição demográfica da população idosa brasileira indica a necessidade de organização do Estado para atender as crescentes demandas das pessoas de mais de 60 anos de idade. No Brasil, as ações em relação ao envelhecimento iniciaram com a Constituição Federal de 1988, não antes sem uma participação ativa da população, por meio dos movimentos sociais. Esse conjunto de ações do governo e da sociedade civil norteou as políticas sociais com a institucionalização da Seguridade Social e se estenderam significativamente visando adotar medidas de enfrentamento para a realidade do envelhecimento populacional.

4.1 MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS PARA IDOSOS NO BRASIL.

Uma das possibilidades para pensarmos as novas e dinâmicas relações entre as gerações no Brasil contemporâneo é aquela aberta pela análise das políticas de proteção social voltadas aos diferentes grupos etários. Essa preparação envolve diferentes aspectos tanto no que dizem respeito a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas, previdência e assistência social.

No final do século XIX são criadas as primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para países como a Alemanha e a Inglaterra. Nesse sentido, observa-se que a sociedade se depara com dois modelos que nortearam a organização da Seguridade Social brasileira: o modelo bismarkiano, restritivo e voltado para a lógica do seguro; e o modelo Beveridgeano que propõe a instituição de direitos universais. Por conseguinte, a Seguridade Social possui uma tendência de dualidade em sua constituição, sendo que os diferentes países adotam um ou outro modelo, conforme suas particularidades históricas, políticas e econômicas e o Brasil optou pela mescla dos modelos para proporcionar proteção social aos cidadãos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No entanto, a generalização de medidas de Seguridade Social no capitalismo ocorrerá de forma mais efetiva no mundo, no período posterior à Segunda Guerra Mundial. Em geral, reconhece-se que a existência da política social é um fenômeno associado à constituição da

sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se (PINHEIRO, 2008).

A história das políticas governamentais de proteção social no Brasil traz a marca, sobretudo da força da mobilização social. São resultantes das pressões das lutas sociais que agregam e adensam reivindicações, trazendo à cena pública os problemas sociais transformados em demandas políticas. E essas políticas sociais precisam compreender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público (PEREIRA, 2000).

As políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, estruturando, por conseguinte, uma coletividade de interesses. Nestes termos, toda política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular. Os elementos das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobram nesse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização. A política pública em si contém o nexo de interesse comum, geral (PADUA; COSTA, 2007, p.309).

No Brasil, a preocupação pública com as necessidades acarretadas pelo processo do envelhecimento foi enfatizada em grande parte pela organização social dos idosos no país, realçando-se o protagonismo do movimento social dos trabalhadores aposentados na luta pela garantia de direitos conquistados pela dedicação a uma longa jornada laboral. Esse movimento contribuiu para posicionar na cena pública os idosos como um novo sujeito político que reivindicava direitos a uma velhice com dignidade (DEBERT, 2011). A luta dos idosos pelo reconhecimento de seus direitos traz embutido um novo sentido de resignificação da velhice na realidade brasileira como um tempo de poder atribuir melhor qualidade aos anos acrescidos à existência humana (DEBERT, 2011).

Assim, a preocupação com o processo do envelhecimento da população começa a figurar na agenda pública governamental como prioridade somente no ano de 1988, com o advento da nova Constituição Federal. A Carta Magna, definiu também um modelo de proteção social configurado em um sistema de Seguridade Social.

Envolve as políticas de Previdência Social, elaborada nos moldes de seguro social, a Assistência Social, entendida como direito e não como bem-estar e a Saúde, sistema de proteção social universal. Desta forma, permitiu com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania (BRASIL, 1988).

As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980, em período de redemocratização no país, provocam a incorporação, pela Constituição Federal, de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos. Um dos maiores avanços dessa Constituição, em termos de política social, foi a adoção do conceito de seguridade social, englobando em um mesmo sistema as políticas de saúde, previdência e assistência social (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p.52).

Os conflitos e exigências sociais são fontes fundamentais para o direito. A positivação dos direitos em leis é um avanço, pois as reivindicações passam a ser protegidas e legitimadas pela estrutura estatal (BERING; BOSCHETTI, 2009). Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas sociais em diversos âmbitos, na esfera do envelhecimento populacional temos um legado importante a respeito das leis voltadas para idosos, no entanto, destacam-se a Política Nacional do Idoso de 1994, o Estatuto do Idoso de 2003, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006 que constituem marcos legais avançados no tocante à proteção social do idoso (MOTA, 2010).

E como já elucidado, o envelhecimento populacional é uma grande conquista e ocorre de maneira bastante acelerada trazendo grandes desafios para as políticas públicas. Os sistemas de proteção social enfrentam o desafio de garantir os direitos constitucionais para uma população que envelhece e está em constante crescimento (MOTA, 2010).

Acrescenta-se as dificuldades de manutenção dos direitos sociais a um projeto neoliberal que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias. Assim, o investimento em proteção social é criticado, descaracterizando-a e dificultando sua implementação uma

vez que estão subordinadas, sobretudo, as necessidades de acumulação capitalista (IAMAMOTO, 2008).

Portanto, essa subordinação econômica favorece a implantação da política neoliberal no Brasil, que inicia um processo de desmobilização social por meio de ideologias conformistas e desmonte dos direitos sociais, especialmente da Seguridade Social. Causam efeitos perversos, uma vez o Estado compartilha suas responsabilidades com o setor privado, privilegiando quem possui recursos financeiros, provocando uma segmentação social. Pontua-se, que essas restrições orçamentárias para as políticas sociais, têm incidido sobre a proteção social de toda a população, inclusive sobre a população idosa (IAMAMOTO, 2008).

As formas de respostas contemporâneas à “problemática social” do envelhecimento, mediante reforma das políticas de seguridade social, que mantém o Estado na proteção social, mas que introduz modificações substanciais na orientação, na cobertura, no nível dos benefícios, na qualidade de prestação de serviços, ou normatizando uma política setorial específica e outros instrumentos de direitos e as iniciativas diversas da sociedade civil na proteção social aos idosos, financiadas ou não pelo Estado, são expressões de alterações no formato da proteção social e das “novas” simbioses entre público e privado na política social (TEIXEIRA, 2008, p.199).

Na conjuntura atual de construção de políticas públicas voltadas ao idoso, no Brasil, se percebe a adoção de uma perspectiva neoliberal, na qual se encontra o Estado, o setor privado e também atividades informais, domésticas e pessoais, as associações voluntárias ou corporações não lucrativas como corresponsáveis pela operacionalização dessas políticas e pela proteção aos idosos (TEIXEIRA, 2008).

As demandas da população envelhecida, sem dúvida, afeta o sistema de proteção social que precisam adequar-se para prover as necessidades, garantidas em lei, desta população. Neste sentido, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que as políticas de seguridade social encontrem relação com a qualidade de vida, que deveria ser assegurada a todos os brasileiros, buscando uma referência de cidadania e garantir a toda pessoa condições objetivas para

a utilização de bens naturais, sociais e culturais, frutos da produção coletiva, mas que se encontram distribuídos de forma desigual na nossa sociedade (PADUA; COSTA, 2007).

4.2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: ENVELHECIMENTO E SAÚDE

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo, por isso, as políticas de saúde para a população idosa devem se basear na promoção de saúde ao longo de todo o ciclo da vida além das políticas específicas para a população idosa (BRAVO, 2010).

Porém, somente com o Movimento de Reforma Sanitária iniciado em meados da década de 1970 e o envolvimento de novos sujeitos sociais na luta pela saúde como direito para todos e dever do Estado, é que a questão da saúde ganhou espaço na agenda nacional e se tornou uma das principais pautas das lutas pela redemocratização do país. Anteriormente, o modelo de saúde desenvolvido na época se baseava na medicina previdenciária, oferecidos aos segurados dos planos de previdência pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁸, e nas ações de saúde pública voltadas para proporcionar mínimas condições sanitárias, principalmente, para a população que residia em meios urbanos “as questões sociais em geral e as de saúde em particular, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada” (BRAVO, 2010, p.91).

Neste processo, destacou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual marcou as reivindicações para que se construísse um novo conceito de saúde que contemplasse o aspecto curativo e individual, mas também que fosse organizado de maneira a atender as necessidades coletivas de saúde de forma curativa, preventiva e promocional, culminando assim, em uma concepção de saúde ampliada (BRAVO, 2010).

O conceito de saúde, sistematizado nesta conferência, considerou insuficiente e conservador o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, de tal modo que apresentou um conceito

⁸Conforme Santos (1979) a política social brasileira de até então, uma política de “cidadania regulada”. O direito a um serviço de saúde dependia da posse de uma carteira de trabalho.

ampliado de saúde como resultante das condições de existência, com acesso as riquezas e também como direito de todos e dever do Estado. Desta forma, o conceito ampliado de saúde aponta que as causas das doenças são condições inerentes à vida social, as relações de trabalho, a organização do trabalho e da sociedade. Saúde e doença estão ligadas e interagem com a história, com a construção dos modos de vida de cada sociedade e com a conjuntura atual (BRAVO, 2010).

Com este movimento, o Brasil conquistou importantes avanços no campo da saúde, a concepção de saúde foi reelaborada nos moldes de universalidade cobrindo todo o território e toda população, com ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Assim, foi regulamentado pela lei nº 8.080 de 1990 e pela Lei n. 8.142 de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de um sistema que atua na promoção, prevenção e recuperação da saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1988).

As leis supracitadas não trazem distinções de idade, mas é categorizado no todo, porém acrescenta-se a necessidade de pensar a saúde do idoso decorrente das modificações populacionais, e mudanças no perfil epidemiológico com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade, cerca de 85% da população idosa apresenta pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2009).

Esta mudança epidemiológica é caracterizada pela intensa urbanização, industrialização e, mais recentemente, pelo crescimento econômico acelerado. Estas mudanças influenciaram na configuração de um processo de transição epidemiológica: de um lado, queda da mortalidade por doenças infecciosas e aumento na expectativa de vida; do outro, a emergência das doenças crônico-degenerativas e das causas externas de mortalidade — violência, acidentes e suicídios IBGE (2009).

Os padrões de morbimortalidade da população idosa diferem radicalmente dos observados para o restante da população, o que requer que estes sejam alvo de políticas de saúde especiais. Caracterizam-se, primordialmente, por enfermidades crônicas, que resultam em um consumo maior de consultas médicas, internações hospitalares (número e tempo de permanência), exames periódicos, medicamentos etc (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.276).

No entanto, a maior parte dos idosos portadores de doenças crônicas é absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. Consoante aos mais modernos conceitos gerontológico, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no seu cotidiano deve ser considerado um idoso ativo, mesmo que seja portador de uma ou mais de uma doença crônica (BRASIL, 2006).

Mas, há que se reconhecer que os determinantes do custo de serviços de saúde para uma população idosa vão muito além do determinismo demográfico e doenças crônicas. A consequência do despreparo do Brasil para lidar com a questão do envelhecimento pode ser percebido, por exemplo, nos grandes centros urbanos que não dispõem de uma infraestrutura adequada de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (SILVA; YASBEK, 2014).

[...] é importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde (VERAS, 2009, p. 90).

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo país nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais e um dos resultados é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. No entanto, a redução da mortalidade não implica em anos adicionais com saúde e o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, bem como a ampliação absoluta e relativa da população idosa produzem consequências nos campos da Seguridade Social (NUNES, 2009).

Neste sentido, a lei 8.080/90, propõe no capítulo III que trata da organização, da direção e da gestão a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva

áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

De tal modo, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (NUNES, 2009). E se considerarmos a saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. Assim, aponta-se para um envelhecimento ativo e saudável conforme ratificado pelo decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013⁹.

O Envelhecimento Ativo reconhece os idosos em sua diversidade e a heterogeneidade dos fatores envolvidos no envelhecimento. Especificamente no que se refere aos fatores relacionados aos sistemas de saúde, supracitada propõe a promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo aos cuidados primário e de longo prazo, entendendo como assistência a longo prazo aquela prestada por cuidadores informais e/ou formais à indivíduos com incapacidades para seu autocuidado, englobando serviços comunitários e instituições de longa permanência (OMS,2005).

Em relação ao amparo específico aos idosos, a Constituição atribui tal dever à família, à sociedade e ao Estado, de modo a assegurar sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. No âmbito familiar, cabe aos filhos maiores amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BRASIL, 1988).

Contudo, a CF no artigo nº196 avaliza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Mediante isso a lei 8.080/90 no artigo nº 7 explicita, no seu conjunto de princípios, o caráter integral da assistência, nessa perspectiva, a ideia de prevenção, perpassa a atenção integral.

⁹ O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS no final dos anos de 1990 e aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e traça o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela ONU (OMS, 2005).

O SUS tem permitido inovações de serviços para público idoso e aprovação do Estatuto do Idoso promoveu a ampliação dos conhecimentos sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Com base nesta constatação, foi elaborada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006¹⁰. Esta assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2006a). A política propõe um novo modelo de atendimento da população idosa baseado na perspectiva do envelhecimento promovida pela Organização Mundial da Saúde, que advoga o conceito de envelhecimento ativo (OMS, 2005) e em acordo com a lei 8.080/90.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde do Idoso é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, considerando, entre outros, o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro, ainda é observada em suas cláusulas articulação com as demais políticas da seguridade social (BRASIL, 2006a).

Conforme Veras (2009) a PNSI foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo SUS não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas. Desta forma, a política apresentou dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente.

A PNSI define que a assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial a assistência será embasada na consulta geriátrica fundamentada na coleta e no registro de informações. Dessa forma, espera-se alcançar um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar. Na assistência hospitalar, a idade será considerada um indicador na determinação da assistência ao idoso enfermo, e o estado funcional será o parâmetro mais fidedigno no

¹⁰ Após a conclusão do processo de revisão e atualização da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999 o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1999b).

estabelecimento de critérios específicos de atendimento (BRASIL, 2006a).

A assistência domiciliar constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, pois é menos onerosa do que a internação hospitalar (BRASIL, 2006a). No entanto, no Brasil, onde são poucas as alternativas de apoio formal são oferecidas, o amparo dado pela família e por outros membros da rede informal é de fundamental importância. Assim, cabe ressaltar, que a assistência domiciliar constitui uma importante estratégia para diminuir os custos com internações e diminuir a morbimortalidade na população idosa. Esta assistência deve ser estimulada pelos serviços de saúde, a fim de garantir a articulação da família com o próprio serviço, promovendo, na grande parte das vezes, a preservação do bem-estar do idoso (MIOTO, 2013).

Para o alcance dos propósitos do PNSI, compete aos gestores do SUS viabilizar de maneira articulada os recursos necessários, pois, embora a referida proposta seja inovadora, cabe aos órgãos governamentais e não-governamentais a tarefa de implementá-la. Entende-se que a operacionalização dessa política compreende um processo sistematizado e contínuo de seguimento e avaliação para a observação dos resultados e seu impacto na saúde dos idosos, possibilitando o desenvolvimento de adequações necessárias.

Ainda considerando essas ações no campo da saúde do idoso foi publicado a Portaria nº 399/GM de fevereiro de 2006 que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006c).

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante, pois prevê estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. E entre as sete ações estratégicas, para a saúde do idoso, uma delas refere-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que visa ao melhor conhecimento da população idosa por parte das equipes de Saúde da Família, permitindo a identificação de pessoas com algum risco de saúde e com problemas de saúde instalados (BRASIL, 2006d).

Entretanto, segundo Lima e Veras (2003) muito há que se fazer para que o SUS apresente respostas efetivas e eficazes às necessidades da população idosa brasileira. Neste sentido, a participação da Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹ são de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade e expansão da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Tendo as regulamentações apresentadas como norte, também se estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da portaria MS/GM nº 648, de 29 de março de 2006 que propõe a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). “Caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006b).

A PNAB aponta para a redefinição dos princípios gerais, para as responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento. A saúde do idoso é uma das áreas definidas como estratégicas para a operacionalização da atenção básica no que se refere à atuação em todo o território nacional, porém com uso de tecnologias simples e apropriadas (BRASIL, 2006b).

O objetivo esta circunscrito em uma atenção à saúde, ampla, adequada e digna para os idosos, assim, uma das responsabilidades dos gestores do SUS é promover articulação intersetorial entre previdência, assistência social, habitação, ciência e tecnologia, entre outras, para a efetivação das políticas de saúde para o idoso, respeitando o conceito ampliado de saúde de acordo com o previsto nas normas legais estabelecidas (LIMA; VERAS, 2003).

Contudo, para avançar na direção da integralidade no atendimento à saúde do idoso é importante identificar os obstáculos no trato com a população que envelhece. O conhecimento do processo de senilidade e da cascata de eventos que se seguem à perda do equilíbrio do organismo envelhecido reiteram a importância do trabalho preventivo e de políticas públicas integradoras diante da infinidade de demandas desses sujeitos (VERAS, 2009).

¹¹ Regulamentação pela lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990 quedi dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Porém, os esforços ainda são pontuais e desarticulados. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo. No entanto, observa-se ainda uma fragilidade que perpassa toda a organização do SUS e abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso (VERAS, 2009).

4.3 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

As mudanças demográficas e sociais que vêm ocorrendo nas sociedades colocam em evidência a população idosa. O cenário do envelhecimento revela uma amplitude de aspectos que merecem especial atenção para que suas demandas sejam supridas. Conhecer a realidade do idoso brasileiro é um passo fundamental para a construção de políticas que visam atender aos seus direitos e necessidades.

Num primeiro momento contextualiza-se que o marco legal em relação aos documentos legais para o idoso coincide com o desenvolvimento dos direitos humanos no Brasil, como também incorporou grande parte das sugestões das Assembleias Internacionais de Viena e Madri (CAMARANO, PASINATO, 2004). A Constituição Federal alterou o quadro da proteção social com expressivos impactos e é hoje um marco central para analisar a evolução e as principais características do sistema de proteção social no Brasil

As primeiras iniciativas de proteção social brasileira surgiram no início do século XX e são direcionadas para as políticas previdenciárias que pretendiam oferecer proteção para trabalhadores do setor privado com a elaboração de Leis de Acidentes do trabalho em 1919 e a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923 - Lei Eloy Chaves. Todavia, a regulação da CAPs tinha caráter esporádico de intervenção e atendia exclusivamente algumas áreas profissionais, assim não assumia uma postura de proteção social de ampla. (CAMARANO; PASSINATO, 2004).

No Brasil, a partir da década de 1930, instaura-se um padrão de proteção social, via políticas sociais públicas para a classe trabalhadora no governo populista de Getúlio Vargas, que tem como características respostas fragmentadas aos setores mais combativos e dinâmicos da economia brasileira. Assim, a política de previdência social constituirá num dos primeiros mecanismos de intervenção do Estado. Em 1933 cria-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que

representavam uma nova conduta de intervenção do Estado na proteção social, embora a existência das IAPs fossem análogas ao seguro privado (SPOSATI, 2013).

Na década de 1960 existiram outras iniciativas que tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa uma delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961, em entre os seus objetivos estava o de estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice. Em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC), foi constituído um pequeno grupo de comerciários, que preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Quanto a primeira medida normatizadora da assistência aos idosos e aos portadores de deficiência, restrita aos beneficiários do sistema previdenciário, ocorreu por meio da lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Tal lei criou a Renda Mensal Vitalícia (RMV). A concessão deste benefício era destinada para pessoas maiores de setenta anos ou inválidos e que não possuíam atividade laboral ¹² (BRASIL, 2014).

Seus valores foram estipulados em 50% do salário mínimo, à exceção da aposentadoria por invalidez do trabalhador rural que era de 75% do salário mínimo. A previdência rural era devida ao chefe do domicílio de mais de 65 anos que comprovasse ter trabalhado em atividades rurais. [...] As principais condições para sua elegibilidade eram: não receber nenhum benefício, ter contribuído por pelo menos 12 meses ou alternativamente ter trabalhado por cinco anos em atividade na época não coberta pela previdência e não auferir renda superior ao valor do benefício (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 264).

¹²Em 24 de junho de 1991 foi publicada a lei nº 8.213, dispendo sobre os planos de Benefícios da Previdência Social. Esta lei trouxe no seu artigo 139, disposição no sentido de que a RMV continuaria integrando o elenco de benefícios da Previdência Social, até que fosse regulado o inciso V do art. 203 da Constituição Federal, fato que ocorreu em 07 de dezembro de 1993, com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A RMV foi extinta em 01 de janeiro de 1996 quando entrou em vigor a concessão do Benefício de Prestação Continuada criada pela LOAS (BRASIL, 2014).

A política social de Previdência Social é um importante pilar na constituição do bem-estar da população idosa. A existência de um seguro social, presume um nível razoável de riqueza na sociedade para que os indivíduos, produtivos ou não, possam usufruir de uma renda regular. Neste sentido, a renda do idoso, tem se constituído cada vez mais em um componente importante da renda das famílias brasileiras, porém tal ação governamental é analisada de forma isolada de outras políticas sociais, pois ainda responsabilizam o indivíduo por sua condição social (IAMAMOTO, 2008).

Neste percurso, no estudo de Políticas Sociais, salienta-se toda a década de 1980 para a sociedade brasileira. Pois como marco histórico em 1982, ocorreu em Viena a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pela ONU e teve por objetivo iniciar um programa internacional de ação para garantir a seguridade econômica e social das pessoas idosas. O Plano de Ação Viena salientou a importância de se formular e aplicar políticas específicas para os idosos, reconhecendo a complexidade e rapidez do fenômeno do envelhecimento da população mundial e a necessidade de se formular uma base e um marco de referência comum para a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas incorporando-lhes uma série de direitos que não estavam sendo supridos (CAMARANO, PASINATO, 2004).

O Plano de Ação Viena, no Brasil, não teve uma repercussão imediata, no entanto, com a elaboração da Carta Magna de 1988, demarcou-se o fortalecimento da democracia no país. É nesse momento que o debate sobre direitos humanos se amplia e toma frente como princípio fundamental para a constituição de uma sociedade livre e justa (CAMARANO, PASINATO, 2004). O texto constitucional de 1988 foi o primeiro a contar com um título — da Ordem Social: Título VIII. Neste, o Capítulo VII refere-se às questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. O artigo 230, por exemplo, ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida (BRASIL, 1988).

No entanto, pode-se afirmar que um dos determinantes da qualidade de vida dos idosos é o seu acesso a recursos financeiros. O acesso a renda permite, além da garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, inclusive maior valorização dentro da família e na sociedade. Ainda, o idoso brasileiro, especialmente a partir da década de 1980, tornou-se um ator político cada vez mais visível na sociedade,

ocupou espaço na mídia e ganhou a atenção da indústria do consumo, do lazer e do turismo, o que não corresponde à ideia da última fase da vida em que os indivíduos estão excluídos da vida pública (DEBERT, 2011).

Todavia, indica-se que os principais benefícios pecuniários a que os idosos brasileiros têm acesso, hoje, fazem parte da política de seguridade social. Os benefícios monetários da Seguridade Social brasileira dividem-se entre os previdenciários, de caráter contributivo dirigido aos trabalhadores da iniciativa privada ofertado por meio do Regime Geral da Previdência Social (RGPS)¹³ e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), de natureza assistencial. Os dois grupos de benefícios são pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), porém com organização, regras de acesso e cobertura diferenciados (NERI; SOARES, 2007).

Entretanto, o financiamento da Seguridade Social é uma questão que precisa ser ponderada, haja vista que as perspectivas para a sua viabilidade futura têm sido objeto de intensos debates e algumas reformas. Parece claro que as tradicionais maneiras de financiá-la não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro que cresce a taxas relativamente elevadas, em um contexto de aumento da informalidade das relações de trabalho e de baixo crescimento econômico, isto suscita a preocupação atual (OLIVEIRA; BELTRÃO; PASINATO, 1999).

O Brasil ao longo da década de 1990 empenhou-se em promover progressivos ajustes ao sistema de previdência social, redefinindo alguns parâmetros do RGPS¹⁴ com o intuito de restringir o acesso aos benefícios, principalmente por meio de postergação da idade. A reforma previdenciária por meio da Emenda Constitucional número 20, de 15 de dezembro de 1998, modificou o regime RGPS por meio da transformação da aposentadoria por tempo de serviço em aposentadoria por tempo de contribuição e alcançou alguns resultados no sentido de postergar a idade para aposentadoria (PASINATO, 2001).

Além das reformas tem-se observado, também, uma concomitante tentativa de reestruturação do marco legal do regime de

¹³ A Previdência Social é obrigatória para todos os trabalhadores brasileiros vinculados a contratos formais de trabalho, e estrutura-se com base em três regimes distintos: 1) Regime Geral de Previdência Social (RGPS); 2) Regimes Próprios de Previdência dos Servidores Públicos (RPPSP); e 3) Regime Complementar Privado.

¹⁴ O RGPS protege os trabalhadores do setor privado e os trabalhadores públicos contratados pela via da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

previdência complementar, como forma de promover o setor e possibilitar a criação de uma cultura de previdência privada. Assim, as políticas sociais regulam relações que estão no entremeio entre público e privado e que, historicamente, foram construídas em torno de papéis definidos de geração e de gênero. Soma-se ainda que a análise do debate sobre a crise do sistema previdenciário e as medidas dele decorrentes têm se pautado, por uma visão da crise como de natureza exclusivamente contábil (OLIVEIRA, GUERRA; CARDOSO, 2000).

Apesar da importância que o benefício da Previdência Social está representando na renda das famílias, ou seja, a política previdenciária vem apresentando resultados bastante positivos do ponto de vista de uma política social, o seu financiamento não é uma questão equacionada. Uma das grandes preocupações do Estado brasileiro na atualidade é com a chamada “crise da Previdência,” originada pelo déficit do sistema de repartição simples. Essa preocupação, traduzida quase sempre por parte do Estado em medidas de redução do benefício, tem gerado um sentimento forte de insegurança na população idosa (CAMARANO; PASINATO, 2002, p. 24).

No caso do envelhecimento, por meio dos sistemas de aposentadoria, é consagrado um padrão de proteção e de relação intergeracional, em que ativos financiam os inativos e de que a aposentadoria corresponderia ao período de descanso remunerado, decorrente dos anos exercendo atividades laborativas. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que esses sistemas promoveram garantias ao idoso trabalhador, contribuíram para a construção de estereótipos historicamente reproduzidos, de indivíduos improdutivos e sobrecarga sobre a população jovem, pois com o crescimento da população idosa, o custo de sustentá-la, pode vir a se constituir uma ameaça ao futuro¹⁵ (DELGADO; FLOR, 2012).

¹⁵ Conforme o Estatuto do Idoso, artigo 29, determina que os benefícios de aposentadoria e pensão do RGPS observarão, na concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiu a contribuição, nos termos da legislação vigente (BRASIL, 2003).

Sabe-se que o equilíbrio do sistema previdenciário depende de uma sinergia entre contribuição e contribuintes, especula-se que o aumento da expectativa de vida no país pode tornar-se algo oneroso para o Estado, e que os direitos conquistados correm o risco de serem reduzidos estabelecendo uma forte sensação de insegurança entre os idosos (OLIVEIRA; BELTRÃO; PASINATO, 1999).

As reformas em curso nos anos 1990 não levaram em conta as transformações no mercado de trabalho, tais como a retração do emprego, a informalização generalizada e a precarização em que a alternância entre a condição de trabalhador ocupado e desocupado é cada vez mais frequente, tornando impossível para os indivíduos honrarem as obrigações em geral e, portanto, com o Instituto Nacional do Seguro Social (CAMARANO; PASINATO, 2002, p.275).

É necessário refletir sobre as tradicionais maneiras de financiar a seguridade social, uma vez que elas não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa em um contexto de crescente informalização da economia. Nessa perspectiva, percebe-se que a questão previdenciária é alvo privilegiado de ajustes sob a ótica neoliberal que impõe mudanças, descaracterizando o acesso a benefícios e serviços sociais enquanto direito, e se aproximando da lógica do mercado na qual são presentes processos de privatizações. (PASINATO, 2001).

Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas de proteção aos idosos. O exemplo disso foi em 1991 quando aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social. Dentre as modificações introduzidas pela nova legislação, destacam-se o estabelecimento das regras para a manutenção do valor real dos benefícios; a uniformidade dos riscos cobertos pela previdência, bem como o estabelecimento de valores mínimos e máximos dos benefícios concedidos para a população urbana e rural (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Segundo o IBGE (2012) a Previdência Social é o maior componente dos gastos sociais no Brasil. Ao longo da última década, seu orçamento foi multiplicado por 4,05 vezes, saltando, em termos nominais, de R\$ 76,5 bilhões em 2000, para R\$ 312,1 bilhões em 2010. Em 2000, o orçamento da Previdência equivalia a 6,54% do PIB e, em 2010, essa participação havia crescido para 8,29%.

Com relação à política de previdência social, é importante reconhecer, antes de tudo, que o envelhecimento populacional e a elevada informalidade nas relações de trabalho são as mais relevantes características para compreender as transformações acerca desta política, porém, é preciso refletir que a principal perda sofrida é o caráter de proteção dos sistemas aos grupos economicamente mais vulneráveis e como esta proteção é alterada com as reformas ocorridas nesta política (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A questão fundamental é como ajustar os sistemas previdenciários em meio a transformações no ambiente econômico, político e social e nas variáveis demográficas, em sociedades com sérios problemas de desigualdade de renda, grande contingente de pessoas fora do mercado formal, baixa escolaridade e governos com sérios problemas orçamentários. [...] A busca do equilíbrio é um processo contínuo de ajuste, e as mudanças devem sempre ser definidas com um prazo razoável de transição que permita à população e às instituições tempo para reformular seus rumos diante das novas realidades e a partir de uma discussão em âmbito nacional com os principais atores envolvidos (OLIVEIRA, *et al*, 1999, p.425).

No entanto, parafraseando Vianna (2001) apesar da política de Previdência Social estar contida na concepção de Seguridade Social, medidas são tomadas de forma que inviabilizam a clareza de suas proposições e sua efetivação prática, pois do ponto de vista administrativo, houve uma separação das políticas de Seguridade social, uma vez que ao invés de existir um Ministério da Seguridade Social, que abarcasse as três áreas (saúde, assistência social e previdência) previstas na Constituição Federal, criou-se isoladamente o Instituto de Seguro Social (INSS) e não de Seguridade Social desmembrando a concepção inicial do tripé da Seguridade Social.

Todavia, apesar dessa conjuntura adversa, registraram-se alguns compromissos governamentais, reflexo dos princípios constitucionais que não puderam ser desmontados totalmente, apesar dos reveses constantes que inviabilizam sua efetivação prática. Dentre esses

compromissos, destacam-se a política de assistência social, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social e ainda pela Política Nacional de Assistência Social e Norma Operacional Básica (Diário Oficial da União de 16/4/99), que propõe a garantia de benefícios e serviços, gratuidade e não-contributividade, quanto aos mecanismos de financiamento; e a descentralização e a participação quanto à forma de organização política institucional (VIANNA, 2001, p.58).

Porém somente em cinco anos após a promulgação da Constituição Federal é que foram regulamentados os princípios constitucionais referentes a Assistência Social, com a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei 8.742, de dezembro de 1993 que regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição Federal. Esta lei reconheceu a Assistência Social como política pública de Seguridade Social, tornando-a responsável pela oferta de proteção social não contributiva (BRASIL, 1993a). Trata-se de um texto legal que visa romper com a ideia de favor e de caridade prevalecente.

A Assistência Social, regida pela LOAS, é prestada por meio de programas, projetos de enfrentamento de pobreza, serviços e benefícios eventuais. Entretanto, essa política é direcionada para quem dela necessitar, mantendo um caráter de seletividade, e inclui, entre os demandatários, os tradicionais sujeitos submetidos a riscos sociais, como família, maternidade, infância, adolescência e velhice¹⁶ (BRASIL, 1993a).

Com esta visão a lei 8.742/93 então estabeleceu programas e projetos que contemplam os cidadãos vulneráveis socialmente. Para isso, o paragrafo único do artigo 2º refere-se que “assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e

¹⁶Cabe ressaltar que a rede sócio assistencial é financiada mediante o repasse de recursos fundo a fundo (nacional-municipal ou estadual-municipal), de acordo com critérios de partilha e elegibilidade de municípios. Neste sentido, a Assistência Social utiliza o princípio da territorialização que é o reconhecimento da presença de múltiplos fatores sociais e econômicos nos territórios que levam o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social (BRASIL, 1993a).

promovendo a universalização dos direitos sociais” em corresponsabilidade nas três esferas de governo (BRASIL, 1993a).

A percepção da necessidade de integração entre as políticas de seguridade social é reforçada no capítulo III que trata da organização e da gestão, que prevê, no artigo 19 da necessidade da assistência social articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas socioeconômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas. E ainda, no artigo 24 “Os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais”, pretendendo então lidar com algumas questões das expressões da questão social (BRASIL, 1993a).

No que diz respeito especificamente ao idoso, a política pública de Assistência Social, constitui área estratégica de expressiva cobertura em todas as unidades federadas, que engloba a transferência de renda direta ao beneficiário, como o programa Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC foi implementado em janeiro de 1996, após a publicação do Decreto nº 1.744 de 1995, e a criação, no mesmo ano, do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Atualmente o benefício é regido pelo Decreto nº 6.214 de 2007

O artigo 20 da LOAS, regulamentou a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é uma transferência mensal de renda destinada a pessoas com deficiência severa, de qualquer idade, e idosos maiores de 70 anos, em ambos os casos com renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo. Em 1998, a idade mínima para o recebimento do benefício foi reduzida para 67 anos e em 2004 passou 65 anos¹⁷ (BRASIL, 1993a).

O início da implementação do BPC, em 1995, deu-se no contexto de administração conjunta da previdência e da assistência social no governo federal. Embora a coordenação do programa hoje seja feita pelo

¹⁷ A idade mínima de elegibilidade dos idosos foi alterada duas vezes. A primeira mudança foi de 70 anos, de acordo com o texto original LOAS, art. 20, para 67 anos, baseada na Medida Provisória nº 1.599.39, de dezembro de 1997, convertida na Lei nº 9.720, de novembro de 1998, modificando o art. 38 da LOAS. Essa medida provisória passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 1998. Atualmente, a idade mínima de elegibilidade é de 65 anos. A redução mais recente no critério etário ocorreu a partir da criação do Estatuto do Idoso, art. 34 (BRASIL, 2003).

órgão gestor da assistência social por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o benefício é operacionalizado em agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Assim o BPC é determinado constitucionalmente, regulamentado pela LOAS e por decretos e normas do Executivo (BRASIL, 1993a).

O BPC é ainda um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos para atividades laborais de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família (BRASIL, 1993a).

A determinação constitucional para a existência do BPC resulta em considerável independência política para o programa. Os direitos sociais estabelecidos pela Constituição têm caráter mais permanente e não são associados a nenhum governo específico. Os princípios básicos do BPC não podem ser alterados por iniciativas isoladas de um governante. Ainda que modificações de desenho e operação possam ser efetuadas seria necessária uma emenda à Constituição, cujos ritos de aprovação congressual são mais complexos e dependem de *quorum* qualificado (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007, p. 9).

Não se trata de uma aposentadoria ou pensão, mas de um benefício assistencial, cujo beneficiário não precisa ter contribuído anteriormente para a Previdência Social. O BPC difere-se da aposentadoria em três canais principais. Em primeiro lugar, o programa pode deixar de ser pago, caso o beneficiário deixe de atender às exigências da lei, sendo revisado a cada dois anos. Em segundo lugar, por não ser uma pensão permanente, ele não dá direito ao 13º salário. Por fim, o BPC não está vinculado à exigência de contribuição ou de vinculação passada ao mercado de trabalho (BRASIL, 2006d).

Nesse sentido, o BPC costuma ser criticado, ainda que de forma especulativa e sem nenhum respaldo científico, por incentivar a evasão

das contribuições previdenciárias¹⁸. O raciocínio detrás da crítica é que o BPC substitui com um programa assistencial parte da seguridade social que possui a base contributiva. Todavia, a política de transferências de renda é importante para a redução da pobreza e da desigualdade no país, além de ter proporcionado importantes melhoras na vida desse grupo (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007).

Corroborando ainda com a assertiva, no contexto das políticas de seguridade social e no envelhecimento populacional, inúmeros fatores se inter-relacionam, como o alongamento da vida associado a melhores condições de saúde, apoiada por desenvolvimentos tecnológicos da medicina preventiva e curativa, nos novos hábitos de vida da população, mecanismos de assistência do Estado e da sociedade civil, criaram condições para o surgimento e expansão de um grupo de indivíduos idosos que não é caracterizado por uma saúde debilitada, pela pauperização e nem pela exclusão das diversas esferas da vida social (DEBERT, 2011).

Os brasileiros estão vivendo mais, ficando mais velhos e têm poucos filhos. É evidente que isso terá implicações no Sistema de Segurança Social, uma vez que se trata de sistema de ramos solidários. Portanto, registramos a necessidade de maior investimento na prevenção das doenças e na promoção da saúde, pois à medida que a Assistência Social recebe maior demanda fica enfraquecido o Sistema Previdenciário, alicerçado nas contribuições oriundas do trabalho remunerado registrado em carteira (PADUA; COSTA, 2007, p. 313).

Salienta-se que um país como o Brasil, com um vasto contingente de pessoas de todas as idades em situação de vulnerabilidade social,

¹⁸ A receita da Previdência Social se da fundamentalmente de duas fontes: “contribuições previdenciárias e transferências da União. A primeira responde, em média, por 71% da receita, mas seu ritmo decrescimento no período foi inferior ao do total de receita, o que exigiu maiores transferências da União para suportar o aumento dos pagamentos da Previdência Social. O aumento dos pagamentos foi concentrado nos benefícios do RGPS (Regime Geral da Previdência Social) e no pagamento de LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). Esses foram responsáveis por praticamente 90% do total de despesas da Previdência social” (BRASIL, 2012b, p. 90).

com uma política de saúde com problemas, com benefícios previdenciários ínfimos e com uma assistência social que atende situações extremas, não é difícil presumir as dificuldades das políticas da Seguridade Social (VIANNA, 2002).

Porém, o BPC têm impactos positivos relevantes, pois representa, para a população idosa, o principal programa de prestação social operado por meio de transferência de renda, que vêm se consolidando como uma importante componente do sistema de proteção social brasileiro e em mais de 70% dos casos é direcionados ao sustento da família (CAMARANO, PASINATO, 2004).

A implementação do BPC, tem importância na garantia da proteção social a grupos vulneráveis em situação de extrema pobreza. Com o benefício, as pessoas idosas em situação de indigência são, hoje, objeto de garantia de renda e de melhoria significativa em sua situação social e de saúde (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007).

No que diz respeito ao critério da renda, o Estatuto do Idoso flexibiliza a regra até então em vigor, determinando que o benefício já emitido a qualquer pessoa idosa da família não será computado para fins do cálculo da renda familiar per capita para concessão de outro igual. Dessa forma, passa a ser viabilizado o atendimento a mais de um beneficiário idoso do BPC na mesma família (BRASIL, 2003).

O efeito dessa política assistencial, sobre a extrema pobreza na população total seria uma consequência da efetividade do benefício assistencial BPC em retirar os idosos da situação de indigência além do que o BPC funcionaria como um mecanismo de redistribuição de renda intrafamiliar, aumentando o crédito informal entre os membros da mesma família. Apesar disso, essa política ainda não é capaz de abarcar todos os idosos em situações de vulnerabilidade (VIANNA, 2002).

De acordo com Sposati (2000) a seletividade existente para receber o BPC faz com que muitos idosos não sejam incluídos nos benefícios, seja por estarem fora do patamar de pobreza, fora da faixa etária estipulado pelos critérios da lei de 65 anos ou ainda não se encontrarem na condição de incapazes para o trabalho. Reforçando ainda a assertiva, é preciso destacar que tanto pela falta de qualificação como também pela estigmatização cultural, no geral os idosos são menos competitivos para o mercado de trabalho o que não deixa de ser uma incapacidade.

Cabe expressar que no capítulo VI do Estatuto do Idoso afirma que “o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas”, não

existindo qualquer recomendação ou norma quanto ao limite de horas a serem trabalhadas (2003).

Não obstante, ao lado da aposentadoria, o BPC passa a ser um importante mecanismo de proteção à população envelhecida, instaurando uma nova perspectiva nesse sentido, qual seja, a perspectiva do direito social não contributivo. Contudo, “se antes a centralidade da seguridade girava em torno da previdência, ela agora gira em torno da assistência, que assume a condição de uma política estruturadora e não como mediadora de acesso a outras políticas” (MOTA, 2010, p.7).

A relação entre essas duas políticas na proteção social ao idoso revela traço importante da política social no Brasil que é a contraposição entre direitos do trabalho e direitos assistenciais. Enquanto a aposentadoria cobre os idosos que contribuíram para a Previdência, a Assistência vai se direcionar às necessidades dos idosos sem renda, pelo menos no tocante ao BPC. Ao contrário, essa política elege o idoso como um de seus usuários, em função da vulnerabilidade desse grupo na sociedade brasileira, prevendo linhas específicas de ação para os mais velhos (DELGADO; FLOR, 2012, p. 78).

A assistência social constitui uma área estratégica para a manutenção de uma ampla rede de proteção para as pessoas idosas que, para além do Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Constituição, inclui proteção social básica e especial em articulação com as demais políticas públicas¹⁹ (BRASIL, 1993).

Outro marco importante na política de Assistência Social foi a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 15 de outubro de 2004, com sua posterior regulação com a Resolução nº 145,

¹⁹Art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção: I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (BRASIL, 1993).

de 15 de outubro de 2004 e posterior aprovação em 2005, pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que estabelece um pacto federativo para a operacionalização da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)²⁰. Essa política traduziu o cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, no sentido de buscar transformar em ações diretas os pressupostos da Constituição Federal de 1988, que instituiu a assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2004).

Na Política Nacional de Assistência Social ocorre uma divisão de tarefas e responsabilidades, sem, no entanto, reduzir a importância das instâncias nacional, estadual e/ou municipal. A descentralização busca aproximar as respostas da União (por meio de políticas sociais) da realidade local, compreendendo as diferenças e especificidades de cada região (BRASIL, 2004).

O município, portanto, tem papel de destaque em sua operacionalização por meio das diretrizes apontadas na PNAS e em legislação própria, e aos Estados e municípios, a coordenação e a execução de programas em consonância com as linhas gerais da PNAS, sempre respeitando as especificidades locais. O princípio da territorialização é o reconhecimento da presença de múltiplos fatores sociais e econômicos nos territórios que levam o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social (BRASIL, 2004).

A PNAS garante à pessoa idosa e a sua família o acesso a programas, serviços, projetos e benefícios que contribuam para a efetivação de seus direitos. A articulação e a integração entre todas as políticas públicas constituem uma ação estratégica para assegurar a complementaridade da rede de atendimento às pessoas idosas, para que a população possa envelhecer com segurança e dignidade. Esse é o compromisso da Política Nacional de Assistência Social, que, em consonância com o Estatuto do Idoso e com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, reconhece a urgência da consolidação da rede de proteção e promoção social da pessoa idosa, na direção de uma sociedade para todas as idades (VIANNA, 2002).

²⁰ Outra resolução que integra a regulamentação da assistência social no Brasil é a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

4.4 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: POLÍTICAS TRANSVERSAIS E SAÚDE

Uma das possibilidades para pensarmos as novas e dinâmicas relações entre as gerações é aquela que possibilita a criação de determinados acordos sociais e permitem políticas sociais dirigidas para diferentes grupos sociais. Assim, dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição Federal e que foram fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, apresenta-se a Política Nacional do Idoso (PNI)²¹, instituída pela lei 8.842/94 sancionada em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo da finalidade de criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). Segundo essa lei, cabe ao setor saúde, em síntese:

[...] prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Art. 10).

A lei 8.842/94 amplia significativamente os direitos da população idosa, assegura os direitos sociais e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Objetiva atender às necessidades básicas da população idosa no tocante a educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência, justiça, lazer e cultura (BRASIL, 1994).

Quanto ao decreto nº 1.948 são detalhadas as atribuições do Ministério da Saúde, estabelecendo um diálogo entre as políticas, dentre as quais destacam-se: a) garantir ao idoso à assistência integral à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, hierarquizada a partir das

²¹ A mesma lei que dispôs sobre a Política Nacional do Idoso, também criou o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

unidades básicas e da implantação da unidade de referência; b) estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS; c) favorecer o autocuidado e o cuidado informal do idoso; d) incentivar a permanência do idoso em sua comunidade (BRASIL, 1996).

A PNI é reconhecida como uma das mais avançadas do mundo, e orienta-se pelos princípios da Constituição Federal de 1988 e também pelos princípios das Nações Unidas, no tocante a proteção social dos idosos. A política apresenta abordagem intersetorial e interdisciplinar, com uma visão gerontológica do processo do envelhecimento, visando à atenção integral ao idoso e à promoção de sua autonomia e plena participação na sociedade (BATISTA *et al*, 2009).

É um marco jurídico importante para as ações voltadas para esse segmento da sociedade porque amplia os direitos dos idosos, que até então eram garantidos de forma restrita; além de trazer à tona a questão sobre o processo de envelhecimento que deve ser objetivo de conhecimento e informação para todos, observando as diferenças econômicas, sociais, regionais e as contradições do meio rural e o urbano na aplicação desta lei (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Cabe ainda a coordenação geral da PNI promover a articulação interministerial necessária à implementação da política no que diz respeito às ações setoriais como recomenda o artigo 8 (BRASIL, 1994). Para isso, estimulou a articulação e integração dos ministérios de Previdência Social; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS); Educação; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão e das Cidades, bem como na elaboração de um plano de ação governamental para integração da PNI no âmbito da União. Com essa articulação, a PNI buscou garantir o direito constitucional, no tocante ao respeito a dignidade, aos cidadãos com mais de 60 anos de idade (BRASIL, 1994, CAMARANO; PASINATO, 2002).

Porém, a PNI pontua que a atenção ao idoso deve ser feita por intermédio de sua família²², e, o atendimento integral institucional será prestado ao idoso somente quando não houver vínculo familiar ou que não tenha condições de prover a própria subsistência no tocante a moradia, alimentação, saúde e convivência social. A família é

²² Embora a Constituição de 1988 tenha feito um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça. Isso foi inclusive objeto do título VII - Dos Crimes contra Família - Capítulo III, artigo 244, do Código Penal.

tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, no entanto, esta passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais (MIOTO, 2013). Mesmo assim, essa política coloca a família, a sociedade e o Estado no mesmo patamar de responsabilidades de assegurar ao idoso o direito (BRASIL, 1994).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou o Estatuto do Idoso, criado pela lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, que estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso. Este é um dos principais instrumentos de direito do idoso. Sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri (NERI, 2005).

Em termos da proteção social ao idoso, as políticas transversais foram construídas e alicerçadas a partir de demandas da sociedade brasileira e para isso pode-se perceber que todo esse processo de mudanças social e política correspondem à introdução de novas concepções de envelhecimento. Discorrendo a respeito da realidade brasileira, percebe-se quepode-se traçar uma fronteira entre uma concepção de velhice presente nas políticas anteriores a PNI e o Estatuto do Idoso e uma outra após essas leis (CAMARANO, 2003).

Trata-se, no primeiro momento, de uma visão dos velhos como pessoas necessariamente pobres e abandonadas, sem autonomia, carentes e limitadas para a gestão de suas próprias vidas. Explica-se, assim, a associação feita, por muitos anos, e que ainda se repõe hoje, entre a velhice, a pobreza, e a doença e, pois, explica-se o caráter filantrópico e pontual dado ao trato do envelhecimento pelo Estado, semelhante ao trato dado à população pobre e incapacitada para o trabalho (DELGADO; FLOR, 2012, p.76).

Após o Estatuto, percebe-se uma mudança nessa concepção, uma vez que se estabelece um marco legal para a consciência do envelhecimento no país, trata-se de uma proposta de velhice bem-sucedida e de envelhecimento saudável que está na base da ideia de terceira idade procurando desconstruir uma forma de pensar no envelhecimento permeado de conotações pejorativas. A proposta do Estatuto do Idoso é estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações acerca do envelhecimento da população, a fim de construir uma consciência sobre a velhice, para a partir dessa consciência, os idosos exigirem seus direitos (DEBERT, 1999).

O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, garante conforme art. 8º que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”, desta forma indica que as medidas de proteção são aplicáveis sempre que os seus direitos forem ameaças ou violados por ação da família, Estado e da sociedade (BRASIL, 2003).

Corroborando desta forma, o Estatuto não apenas acrescenta novos dispositivos ao PNI, mas consolida os direitos já assegurados na Constituição Federal, sobretudo na proteção ao idoso em situação de risco social. Observe-se que, entre os direitos fundamentais dos idosos, além do direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, o Estatuto do Idoso faz referência também ao direito à alimentação, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte. É um documento onde são estabelecidas sanções penais e administrativas para quem descumpra os direitos dos idosos, nele estabelecidos (NERI, 2005).

A proteção conferida pelo estatuto traduz-se na regulação destes direitos, para isso o art. 9º reza que é “obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”, no entanto o estatuto não traz consigo meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso versa sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, visando também a reforçar as diretrizes contidas na PNI. Com relação à saúde o Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Enfatiza a interface entre intersetorialidade e direito à saúde em conformidade com o artigo 15 “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde”. O artigo 15, parágrafo 3º proíbe qualquer tipo de discriminação, com cobrança de valores diferenciados por idade, nos planos de saúde (BRASIL, 2004).

Corroborando com a assertiva, “a eliminação da discriminação etária nos planos de saúde é tida pelos seus gestores como um fator provável de seu encarecimento, pois os aumentos dos custos decorrentes do envelhecimento dos segurados passarão a ser compartilhados com os demais participantes dos planos” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.270).

Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos no artigo 18, “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”. Para isso propõe no artigo 22 a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos (BRASIL, 2006).

Quanto a interface com a política de assistência social o Estatuto do Idoso, prevê que no artigo 33 que “a assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na LOAS, na Política Nacional do Idoso, SUS e demais normas pertinentes” Tal situação de articulação com a assistência social se ratifica no artigo 34 que expõe que os idosos, a partir de sessenta e cinco anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de um salário-mínimo, nos termos da LOAS (BRASIL, 2003).

Indubitavelmente, a aprovação do Estatuto do Idoso foi um avanço para o sistema legal brasileiro, pois, contemplou as leis já existentes, organizou-as por tópicos, discorreu sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os infratores, ficando mais prática sua compreensão e aplicação, promovendo um dialogo com as demais políticas de seguridade social. Assim, positivar os direitos conquistados pelos idosos, é proporcionar benefícios à sociedade.

O Estatuto do Idoso apresenta um campo fértil e estimulante para que a sociedade continue se mobilizando e exija efetivação das leis em benefício do idoso conforme prevista no artigo 46 “a política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 2003).

No entanto, mesmo diante da importância deste estatuto na garantia dos direitos dos idosos, observa-se a distância entre a norma legal e a realidade brasileira. O crescimento demográfico da população idosa exige a preparação adequada para atendimento às múltiplas demandas. Reconhecendo-se a importante influência das experiências de vida e interação entre diversos fatores na determinação da heterogeneidade nos processos de envelhecer dos indivíduos (CAMARANO, PASINATO, 2004).

Pode-se dizer que, apesar da legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa se encontrar em um estado avançado, a

implementação da atenção à saúde para esta população ainda não pode ser considerada como satisfatória, embora a vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos e a implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso são, contudo, instrumentos relevantes na proteção social.

Apesar de, nos últimos anos, do processo de envelhecimento vir sendo mais discutidos, as mudanças a ele intrínsecas ainda são lentas, com fragilidades de comunicação entre as políticas. Ou seja, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo marcos legais e regulatórios a serem seguidos, mas cuja sua implementação ainda não se fez de forma completa e o direito dos idosos ainda coloca-se como um desafio para todos os segmentos da população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças demográficas e sociais que vêm ocorrendo no Brasil colocam em destaque o envelhecimento da população, porém faz-se necessário esclarecer que o surgimento das categorias etárias estão intimamente relacionados ao processo de ordenamento social, principalmente por fatores relacionados às questões laborativas e ao envelhecimento do corpo. Este entendimento inicia-se gradativamente no período de transição entre os séculos XIX e XX como as diferenciações entre as idades e suas atribuições, desta forma as transformações históricas e ao processo de modernização da sociedade ocidental possibilitou a segmentação dos estágios da vida com demarcações mais formais dos grupos etários.

Os próprios termos associados ao envelhecimento modificaram-se ao longo do tempo, a palavra velho, que estava fortemente arraigado a conotações pejorativas e de sinais de debilidade física e incapacidade produtiva esta sendo paulatinamente substituída por outras expressões, como, por exemplo, idoso, terceira idade.

Porém, a concepção de ser idoso não é única nem tampouco fechada e existem diversos entendimentos distintos sobre o processo de envelhecimento, partindo de definições biológicas que entende que o processo de envelhecimento ou senilidade é caracterizado por um declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas do corpo e que deram base para duas áreas do saber que tratam da questão da senescência: a geriatria e a gerontologia.

Como também percepções sob o aspecto psicológico que refletem o envelhecimento por meio de estágios que se organizam em torno de conflitos básicos, representativos de cada momento da vida humana a partir de fases transitórias, sucessivas e com especificidades, geralmente marcadas por acontecimentos marcantes e consequentemente pelas novas funções que o indivíduo acaba por assumir na família e na sociedade.

Refletir sobre a questão do envelhecimento é uma questão bastante polêmica, não apenas por que o envelhecimento, muitas vezes, é por si só indesejável, mas pelos imperativos que a sociedade impõe em relação à modernidade, independência e produtividade. No aspecto social acerca do envelhecimento o surgimento de categorias etárias relacionam-se com o processo de ordenamento social, portanto, o envelhecimento é mais que uma questão biológica, psicológica ou cronológica, é uma construção social que deve revestir-se de valores,

pois é possível associa-los diretamente aos papéis sociais que as pessoas assumiram ao longo da vida.

Ao mesmo tempo, houve uma tendência contemporânea em rever os estereótipos associados ao envelhecimento e no lugar das tradicionais imagens associadas ao envelhecimento, surge um novo modelo de identidade etária caracterizada por identificar uma nova forma de envelhecer denominada terceira idade, que tenta desnaturalizar a questão do envelhecimento tratada de forma depreciativa. Porém, as imagens positivas constituintes do envelhecimento bem sucedido, não podem resultar na ocultação da velhice em seus aspectos de vulnerabilidade, fragilidade fisiológica e cognitiva.

A discussão do conceito de idoso, pelo aspecto jurídico, relaciona-se pela necessidade de classificação a um determinado público que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles. Nesse sentido, a idade cronológica é um princípio de extrema relevância no aparato jurídico-político, pois com a demarcação de grupos populacionais é possível identificar necessidades para focalizar recursos e conceder direitos.

As percepções em relação ao envelhecimento mudaram de configuração na medida em que ela se expandiu no processo de transição demográfica. O aumento significativo de idosos determinou visibilidade para este segmento e, como um objeto socialmente visível, ele acabou por tornar-se uma expressão da questão social. Outro fator importante na modificação do olhar sobre a velhice foi seu forte impacto na economia e em outras esferas da sociedade, criando a necessidade de delimitar essa população, caracterizá-la, conhecer seu potencial, estabelecer sua funcionalidade, enfim, geri-la de forma eficiente, incluindo a questão nas políticas públicas.

Deparar-se com as questões vivenciadas pelos idosos significa desvelar um arsenal de diferenças sociais, econômicas, culturais e até mesmo individuais, sujeitos a sua peculiaridade e garantir às pessoas envelhecer dignamente é um grande desafio. Para tanto, o primeiro marco da conquista de direitos dos idosos, foi com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que almejou como norte a ideia que as sociedades devem ter consciência moral e valorativa em relação à vida de seus indivíduos. Nesta trajetória a luta pelo reconhecimento que perpassa a questão do idoso, se fortalece em 14 de dezembro 1978 quando a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Resolução 33/52 que convocou a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena na Áustria em 1982, que resultou no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento e forneceu uma

base para a formulação de políticas e programas sobre envelhecimento para os países signatários.

A preocupação com o envelhecimento vai ganhando destaque mundialmente, ao ponto de em 1999 a ONU considerar o Ano Internacional do Idoso em virtude da grande importância e preocupação em relação a este segmento da população. E em 2002 na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri na Espanha, foram discutidos as profundas mudanças nos aspectos demográficos, planos econômico, social e político dos países, respeitando as suas particularidades.

Neste sentido, o documento produzido pela II Assembleia possibilitou fornecer uma estrutura normativa básica que ajudaria a estabelecer parâmetros para a formulação de leis, políticas e programas nacionais, definindo de maneira clara as obrigações dos Estados-membros para com os direitos das pessoas idosas. Porém, no Brasil as conquistas democráticas, são frutos, sobretudo, da força da mobilização social que trazem à cena pública os problemas sociais e transformam em demandas políticas. Assim, esses movimentos, possibilitaram uma profunda reforma democrática do Estado e a partir do final dos anos 1980 é que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização em prol do exercício da cidadania.

Desta forma, a Constituição Federal promulgada em 1988 é o marco legal para a compreensão das transformações no país. Também inaugurou o conceito de Seguridade Social, que representou um movimento de reorganização de políticas já existentes sob novas bases e princípios, assim, são criadas as primeiras legislações e medidas de proteção social para a sociedade em geral, com base em dois modelos distintos entre si e elaborados conforme suas particularidades históricas, políticas e econômicas: o modelo alemão, bismarkiano, restritivo e voltado para a lógica do seguro; e o modelo inglês, Beveridgiano que propõe a instituição de direitos universais. Com esta composição de modelos é que o Brasil norteou a proteção social aos seus cidadãos, tendo a Seguridade Social um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social.

Porém, em toda a década de 1990, houve uma desregulamentação da Constituição Federal, que mesmo antes de ser implementadas sofreram um desmonte que inviabilizou suas tendências progressivas. Apesar de manter o conceito de Seguridade Social, medidas foram tomadas de maneira que inviabilizaram a clareza de suas

proposições e sua efetivação prática, uma vez que se instaura no país a política neoliberal.

É inegável que restrições orçamentárias para as políticas sociais têm incidido na proteção social da população idosa e assim como a definição de idoso não é única é necessário buscar políticas que os contemplem em sua totalidade. Ainda, deve-se levar em consideração que o mundo está passando por um processo marcante e único de transição demográfica com diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida.

Com o aumento da longevidade há a necessidade de adoção de políticas públicas que habilitem os idosos e reforcem a sua presença e o seu lugar na sociedade. Este processo também impõe uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores que corroboram em estabelecer políticas que venham ao encontro das necessidades desta população. Esse movimento de reconhecimento da condição da pessoa idosa na sociedade brasileira supõe a garantia de esforços que promovam a sua condição plena de cidadania e põe como exigência o redirecionamento da agenda pública no sentido de buscar por um lado, fortalecer as oportunidades de debate sobre a problemática do envelhecimento e por outro, incorporar medidas efetivas que visem o atendimento de suas necessidades sociais.

Desde a Constituição Federal de 1988, o Brasil vem avançando no desenvolvimento de políticas públicas e de instrumentos de ação voltados para a população idosa. Como síntese das garantias constitucionais no campo das políticas destinadas ao público idoso, foi promulgada em 1994 a Política Nacional do Idoso, lei nº. 8.842, que traz no seu artigo 1º como objetivo a necessidade de se “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para prover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994).

Como desdobramento a lei nº 8.808/1990 que assegurou o direito universal e integral à saúde, foi estabelecida em 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante Portaria Ministerial nº. 1.395/1999 e regulamentada pela Portaria n. 2.528 de outubro de 2006 que a renomeou como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecendo como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, de acordo com as recomendações da Organização as Nações Unidas.

Ainda no campo da saúde, a portaria no 399/2006, que contempla o Pacto pela Vida, ressalta a saúde do idoso uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas

das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Pelo exposto ao longo do trabalho, a organização da proteção social para idosos, quando relacionadas aos aspectos da saúde da população, por ter em sua base de definições o conceito ampliado de saúde, perceber-se a articulação entre ela as outras políticas da Seguridade Social.

Com relação a assistência social, antes mesmo da promulgação da PNI, em 1993 a LOAS, já reconhecia a pessoa idosa como um dos seus segmentos de atenção prioritária, além de estabelecer as regulamentações para o BPC. Outra garantia importante foi concretizada com a criação pelo governo brasileiro em 2003 do Estatuto do Idoso. No Estatuto do idoso, é possível perceber que ele estabelece garantias nas políticas de Seguridade Social e propõe que as ações do governo para a população idosa deve ocorrer de forma articulada com outras políticas públicas.

Ao arcabouço legal composto pelas legislações LOAS, PNI e Estatuto do Idoso, vem somar-se em 2004, a Política Nacional de Assistência Social. Nota-se que na política de assistência social está previsto a comunicação com a saúde e a previdência social, porém o critério de seletividade não permite contemplar todos os cidadãos.

Quanto a política de Previdência Social é um importante pilar na constituição do bem estar da população idosa, pois os proventos fruto da aposentadoria tem se constituído cada vez mais como um importante componente da renda familiar, porém observa-se que as ações da previdência, apresentadas neste trabalho, não realizam uma interface com outras políticas da seguridade social.

Diante do exposto podemos perceber que as leis direcionadas aos idosos estabelecem certa interface entre si, no entanto, entendemos que esta afirmação pressupõe estudos, sobretudo, de cunho empírico, para que seja comprovada. Dentro do discutido aqui foi possível averiguar que a categoria envelhecimento é complexa e atravessada por múltiplas determinações. Porém, debruçar sobre o seu entendimento é fundamento para construção de políticas que visem e assegurem a proteção socioeconômica desta população.

Contemplar o idoso com políticas efetivas e conectadas é um grande passo para garantir um envelhecimento digno e conhecer a realidade do idoso, no contexto brasileiro, é um passo fundamental para a construção de políticas que visam atender aos seus direitos e necessidades, pois, embora essa população tenha formal e legalmente assegurada a atenção às suas demandas, na prática, as ações institucionais mostram-se tímidas, além, é necessário cultivar uma nova cultura de educação e respeito por essa população, de uma maneira que

se possa vivenciar em uma sociedade que contemple as necessidades de todas as idades.

REFERÊNCIA

ALVES, José Eustáquio Diniz. **O envelhecimento brasileiro em 2085 na projeção muito baixa de fecundidade.** Disponível em:<<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/index.php/com-phocagallery/com-phocagallery-info/longevidade/item/2864-o-envelhecimento-brasileiro-em-2085-na-proje%C3%A7%C3%A3o-muito-baixa-de-fecundidade>>. Acesso em 11/06/2014.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento, contexto social e relações familiares: o idoso, de assistido a provedor da família.** Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

Disponível

em:<http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1873>
acesso em: 30/04/2014.

ALONSO, F. R. B. **Envelhecendo com Dignidade:** O Direito dos Idosos como o Caminho para a Construção de uma Sociedade para Todas as Idades/. UFF/ Programa de Pós-Graduação em sociologia e Direito. Niterói, 2005.

BATISTA, A.S.; JACCOUD, L.B.; AQUINO, L. & EL-MOOR. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social.** Brasília (DF): MPS, SSPS, Coleção Previdência Social, 2009.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Biblioteca básica do Serviço Social: **Política Social: fundamentos e história.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. **Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira.** Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 15, n. 1, Jan. 2003 .

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de julho de 2014. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000100005>.

BOSCHETTI, Ivanete. **A política de seguridade social no Brasil**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. v. 1. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, I.; SALAVADOR, E. **O financiamento da seguridade social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a conta?** In: MOTA, Ana. Elizabete. et al (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRAVO, M.I.S e PEREIRA, P. A. P. (Orgs.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Brasília, 1993a.

_____. Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o BPC 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.

_____. Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, e dá outras providências.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999a. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999b. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: MS; 1999

_____. Estatuto do Idoso. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a nº 40/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 16/64. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)/Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.

_____. **Documentos legais.** Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e Secretaria de promoção e defesa dos Direitos Humanos. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/copy2_of_DOCUMENTOS_LEGAIS.pdf > Acesso em: 02/07/2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Atenção à pessoa idosa na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, 2008.

_____. Revista dos Direitos da Pessoa Idosa: o compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil. Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos. Brasília/DF, Edição Especial, 2011.

_____. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.* Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006a

_____. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006b.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006c.

_____. Portaria MS/GM 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. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, 2006d.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome (MDS). Conheça mais sobre o BPC. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc/cartilhabpc2.pdf/download>>. Acesso em 01/12/2014.

_____. Lei nº10.690, de 16 de junho de 2003a. Dá nova redação à Lei nº8.989, de 24 de fevereiro de 1995 e dá outras providências.

_____. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o BPC da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, acresce parágrafo ao artigo 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.

CAMARANO, A. A. Perspectivas para Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 30, n. 2, Dez. 2013.

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02/07/2014.

CAMARANO, A. A. ; KANSO, S. **Perspectivas de Crescimento para a População**

Brasileira: Velhos e Novos Resultados. Texto para Discussão (IPEA. Brasília), v. 1, 2009.

Disponível

em:<

http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf

>. Acesso em 27/06/2014.

CAMARANO, A. A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira.** Texto para Discussão nº 1179. Rio de Janeiro, Ipea, 2006.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas.** In: Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Rio de Janeiro: Ipea, 2002.

CARLOS, S. A. **Plano de Ação Internacional de Viena Sobre o Envelhecimento.** s/a. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/> > acesso em: 02/06/2014.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristina Mercadante Esper. **Ciclo vital da família brasileira.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

CERVENY, C.M.O. **Pensando a família sistematicamente.** In: CERVENY, C.M.O; BERTHOUD, C.M.E. (Orgs). Visitando a família ao longo do ciclo vital. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DELGADO, Josimara; FLOR, Cristiane Silva Villa. **Políticas Sociais para Idosos: Algumas reflexões a partir do enfoque de gênero.** Dossiê – O final da vida no século XXI. Mediações, Londrina, v. 17 n. 2, p. 73-91, Jul./Dez. 2012

DEBERT, G. G. **Pressupostos da Reflexão Antropológica sobre a Velhice**. In: Guita GrinDebert. (Org.). *Antropologia e Velhice*. Campinas: UNICAMP, 1994.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. 1. ed. São Paulo: Fapesp. 1999

DEBERT, G. G. **Novas Imagens do Envelhecimento e a Construção Social do Curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000.

DEBERT, G. G. *Metamorfoses da Velhice*, In Botelho, A. e Schwarcz (orgs) **Agenda brasileira – temas de uma sociedade em mudança**, São Paulo, Companhia das Letras, 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e da assistência social**. São Paulo: Cortez, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GELINSKI, C. R. O. G. **Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. RAE – Revista de administração de Empresas. São Paulo. v 35, n. 2, 1995.

IBRAHIM, F.Z.. Curso de direito previdenciário. 15ª ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a. **Sinopse do Censo Demográfico, 2010**. População residente, por sexo e grupos de idade segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em 04/06/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. RJ, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010 Resultados gerais da amostra**, Taxa de fecundidade total – Brasil 1940/2010. RJ, 2012a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000008473104122012315727483985.pdf>> Acesso em 02/07/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em números**. Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-320, 2012b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por idade e sexo 2000 – 2060**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000014425608112013563329137649.pdf>> Acesso em: 27/06/2014

IAMAMOTO, M. V.. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2a ed. São Paulo: Cortez: 2008.

LIMA M. F. F. C; VERAS R. **Saúde Pública e Envelhecimento**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, Mai/Jun. 2003.

KÜSTER, Barbara Juliana Koniget al. **Cuidados de enfermagem aos usuários com doença de parkinson na atenção básica de saúde**. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 10 - 18, abr. 2014. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/9074>>. Acesso em: 30 Abr. 2014.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner Lopes. **Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.8, pp. 1845-1856 .

Disponível

em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800011&lng=en&nrm=iso>>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800011>.

NERI, A.L. **As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso.** *A terceira idade*, v.16, n.34, 2005.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas, SP: UNICAMP, 1991.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Campinas, SP: Papirus, 2001.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papirus, 2000.

NOTARI, Maria Helena de Aguiar; FRAGOSO, Maria Helena J. M. de Macedo. **A inserção do Brasil na política internacional de direitos humanos da pessoa idosa.** *Rev. direito GV*, São Paulo , v. 7, n. 1, jun 2011 .

Disponível

em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322011000100013&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 03 Jun 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-24322011000100013>

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário.** *Revista Serviço Social e Saúde*. Campinas/SP. v. X, n. 12, dez. 2011.

NUNES, M. **A construção social simbólica do envelhecimento.** *Revista portal da divulgação*. v.4, n.12, ANO I , 2009.

MEDEIROS, Marcelo; BRITTO, Tatiana; SOARES, Fábio. **Transferência de renda no Brasil**. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 79, nov. 2007.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300001&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em 12 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000300001>.

MARQUES, R. M. **A Proteção social e o mundo do trabalho**. São Paulo: Bional, 1997.

MELO, Nehemias Domingos de. **O Princípio da Dignidade Humana e a interpretação dos Direitos Humanos**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XI, n. 54, jun 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Trabalho com famílias: um desafio para as assistentes sociais**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 3, dez. 2004.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V. M. R.. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 16, 2013.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em 22 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000300005>.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINAYO, M.C.S; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira**. In: Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa/ Organizado por BelkisTrench, Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Brasília: Coopmed, 2008.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. ed 7 ed. Editora Atlas. 2000.

MOTA, A. E. **A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000**. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OLIVEIRA, F. E. B. de, GUERRA, M., CARDOSO, F. P. **Uma avaliação das reformas recentes do regime de previdência**. Anais do XII Encontro da ABEP, Minas Gerais, 2000.

OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., PASINATO, M. T. M. **Reforma estrutural da previdência social: uma proposta para assegurar proteção social e equidade**. In: CAMARANO, A. A. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., PINHEIRO, S. S.; PEYNEAU F. P. L.; MENDONÇA; J.L.O.; **O idoso e a previdência**. In: CAMARANO, A. A. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

ONU.Organização das Nações Unidas. **A ONU e as pessoas idosas**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>>. Acesso em 02/06/2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PASINATO, M. T. M. **Reforma do sistema previdenciário brasileiro: a previdência complementar e o papel do estado**. FGV: Ebape, 2001

PADUA, A.A.S; COSTA, E.R. **Políticas públicas da previdência e assistência social ao idoso**. Goiânia, v. 34, n5/6, p. 305-317, maio/jun. 2007

PEREIRA, P. A. P. **A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil**. Ser Social, Brasília-DF: UNB, n° 6, p. 119-131, 2000.

PEREIRA, A. M. V. B; SCHNEIDER, R.H; SCHWANKE C.H.A. **Geriatrics, uma especialidade centenária**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PINHEIRO, P. S.. Os sessenta anos da Declaração Universal: atravessando um mar de contradições. Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo , v. 5, n. 9, Dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jun 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000200005>.

Plano de Ação Internacional de Viena Sobre o Envelhecimento, 1982. Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html> > Acesso em: 02/07/2014.

SALGADO, M.A. **Conceituação de velhice. Terceira Idade**, São Paulo, ano VI, n. 11, 1996.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1979.

SILVA, Edna Lucia da; MENEZES, EsteraMuszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. **Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?**. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400011&lng=en&nrm=iso>.

Acesso

em: 06 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400011>.

SOUZA, R. S. **Anatomia do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, Dec. 2013.

Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de julho de 2014.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas; *Help Age International. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio, 2012*.

VERAS, R. P. **País Jovem com Cabelos Brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

VIANNA, M. L. T. W. **O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil**. In: BRAVO, M. I. ; PEREIRA, P. A. P. Política social e democracia. São Paulo: Cortez, p. 173-195, 2001.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 3, June 2009 .

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jan. 2015.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan/UCAM/IUPERJ, 2000.

VIANNA, M. L. T. W. **O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil**. In: BRAVO, M. I. ; PEREIRA, P. A. P. Política social e democracia. São Paulo: Cortez, p. 173- 195, 2001.

_____. **Que reforma? O sistema brasileiro de proteção social entre a previdência e a seguridade**. Ser Social, Brasília-DF: UNB, nº 11, p. 75-104, 2002.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed; 2000.