

A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO EM QUESTÃO: PASSOS E IMPASSES NA EFETIVAÇÃO DA CIDADANIA

Vicente de Paula Faleiros¹

1 INTRODUÇÃO

O Brasil já se aproxima do perfil demográfico de países da Europa. Já contava com 12,1% de idosos na população em 2011. Segundo o IBGE (2012), a população de pessoas com 60 anos ou mais passou de 15,5 milhões, em 2001, para 23,5 milhões, em 2011, com uma taxa de crescimento anual de 3,7%, comparando os dados contabilizados, sem a população rural de alguns estados do Norte. De acordo com Borges, Campos e Silva (2015), as taxas de crescimento previstas são de mais de 4,0% ao ano, no período de 2012 a 2022. Os autores preveem que a população com 60 anos ou mais alcance 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Segundo eles, a cada ano da próxima década deve haver incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos. Para essa situação contribuem tanto a queda da fecundidade como a queda da mortalidade.

Há um descompasso entre esse envelhecimento rápido da população e a implementação de políticas concretas, embora tenha havido um marco legal para defini-las, sem a esperada e necessária proatividade do poder público, assim acentuando-se a responsabilização da família e do próprio idoso por seu bem-estar. Apesar dos textos legais pós-Constituição Federal de 1988 (CF/1988), principalmente da Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 e do Estatuto do Idoso de 2003, vale acentuar que as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo incursões e modificações, no entanto a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente (Faleiros, 2012).

Neste capítulo, abordamos a formulação da política para a pessoa idosa na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, bem como no Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, com ênfase na questão do protagonismo e da cidadania. O Estatuto do Idoso de 2003 retoma os princípios e as diretrizes da Lei nº 8.842/1994, mas estabelece sanções ao descumprimento das normas, o que não ocorreu na lei de 1994. Enfatizamos o protagonismo dessa faixa etária, destacando também as

1. Professor emérito da Universidade de Brasília (UnB); e docente na Universidade Católica de Brasília (UCB).

deliberações das três conferências nacionais dos direitos da pessoa idosa (CNDPIs). O foco do trabalho é assinalar as contradições e as repercussões da legislação e da mobilização de idosos no processo de *cidadanização* num contexto de desigualdade do capitalismo globalizado.

Na segunda seção do capítulo, após esta introdução, definimos o conceito de cidadania. Na terceira, abordamos quatro paradigmas de políticas para os idosos – a filantropia, o seguro, a seguridade e o envelhecimento ativo – para, na quarta, considerar a PNI, sua significação e seu retrocesso. Posteriormente, na quinta seção, consideramos a relação entre protagonismo e diferentes políticas, as mobilizações de idosos e as decisões das três CNDPIs, em suas proposições, pois expressam as críticas e as sugestões desse segmento. Conclui-se, na sexta seção, com um balanço da PNI em termos de críticas e proposições.

2 A CIDADANIA

A cidadania moderna está associada às conquistas expressas tanto pela Revolução Burguesa, conforme a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, resultante da Revolução Francesa de 1789, como pelas leis decorrentes das lutas dos trabalhadores, das pressões de suas organizações (Faleiros, 2012). A construção da cidadania se inscreve, ao longo desse processo histórico de pactuação e reconhecimento de direitos e deveres, na correlação de forças e no estabelecimento de direitos e garantias para sua execução. Faz parte da estrutura jurídico-política, articulada ao processo econômico e social, levando ao paradoxo de se estabelecerem direitos iguais numa sociedade desigual, questão permanente na democracia.

Nesse processo de cidadania é que se foi construindo um *jus singulare* para pessoas idosas, correlacionado à cidadania em geral, sem a qual não teria sentido a busca de direitos para “sujeitos especiais” de direitos, na perspectiva da equidade. A equidade é a busca de oportunidades numa relação de desigualdade para modificar e tornar essa relação mais equivalente. A construção desses direitos não leva em conta apenas a especificidade da condição, mas a criação de oportunidades para o envelhecimento com qualidade (OMS, 2005).

Com efeito, os direitos de cidadania são um dos eixos centrais para a definição de bem-estar social, como afirma Dean (2002, p. 3, tradução nossa): “os direitos são centrais para a política social, não só porque dizem respeito às titularidades substantivas que o processo de realização da política faz emergir, mas porque eles proveem a base para os reclamos teóricos que levam a debates e lutas sobre o bem-estar”. Acrescentamos: não só reclamos teóricos, mas também reclamos pela garantia de direitos.

Na dinâmica de cidadanização, combinam-se a configuração e o reconhecimento de direitos num Estado de direito com a democracia, que implica o voto e o processo de participação e de protagonismo na vida política, social, cultural e econômica

do cidadão. Essa configuração e combinação não são lineares, por isso é necessário contextualizá-las no capitalismo. O protagonismo e o reconhecimento de direitos não têm uma relação de causa e efeito a partir de uma lei, mas se configuram no contexto legal, econômico, social e cultural. As leis se constroem na dinâmica complexa da história (Faleiros, 2012). Nessa perspectiva, foi com a CF/1988 que se estabeleceu um arcabouço de direitos de cidadania, inclusive com especificidade para as pessoas idosas, conforme veremos. Esse arcabouço ou superestrutura jurídica se situa, por sua vez, no contexto capitalista, pressuposto que será exposto a seguir.

2.1 Capitalismo, liberalismo, neoliberalismo e direitos das pessoas idosas

Considerar o envelhecer no contexto do capitalismo contemporâneo e na ótica do neoliberalismo implica analisar as contradições da constituição de direitos e da sua implementação, pois o Estado, em articulação com o mercado, busca reduzir direitos e benefícios, afetando todos os segmentos, inclusive o das pessoas idosas. Em cada país, as políticas se configuram diferentemente, conforme seu processo histórico-social, cultural, econômico, político e sua integração regional, como acontece na Europa (Caradec, 2008; Faleiros, 2008; Ferrera *et al.*, 2000; Esping-Andersen, 1996; Flora e Heidenheimer, 1990; Aureliano e Draibe, 1989).

Na história dos direitos da pessoa idosa, a conquista da previdência social foi um dos acontecimentos mais relevantes, pois foi reconhecido o direito a uma remuneração quando da perda da capacidade laborativa. Isto é financiado pelas contribuições dos trabalhadores e dos empregadores, normalmente com os custos transferidos aos consumidores. A disputa pela construção de uma remuneração de caráter não contributivo, ou de um fundo público para idosos fora do mercado formal, opunha os liberais e os reformistas (Faleiros, 2008). Os primeiros colocavam ênfase na contribuição privada e os segundos, na contribuição para o fundo público no contexto do liberalismo. Diante da crise capitalista dos anos 1930, as pessoas idosas formavam um exército de miseráveis nas ruas e não contavam com condições de sobrevivência (Esping-Andersen, 1996).

A proposta de John Maynard Keynes, no bojo da crise de 1930, de considerar os idosos como uma massa de consumidores com renda estável levou à formulação, por parte de Beveridge, durante a Segunda Guerra Mundial, de um projeto de seguridade social, com descontos para um fundo público, e de atenção do Estado com os mais pobres. A seguridade social inglesa propunha o seguro social e a assistência social, rompendo com a antiga Lei dos Pobres. Na Inglaterra, já havia uma legislação de aposentadoria desde 1908, que exigia, além do trabalho industrial, a assiduidade e a poupança. Na Alemanha, desde 1883, havia um regime de pensões que surgiu para enfraquecer a luta socialista. Na França, desde 1910, havia uma lei de aposentadoria voluntária. Nesses países, os seguros sociais só foram implementados a partir de uma contribuição compulsória (Esping-Andersen, 1996).

O período posterior à Segunda Guerra Mundial tem sido chamado de Anos Dourados (Golden Age), quando foram implementados os sistemas de proteção após a grande crise de 1930 (Esping-Andersen, 1996). O mundo viveu, então, um ciclo de aumento da produção, com recuperação econômica. Esse ciclo foi internacionalizado com um maior intercâmbio entre Estados Unidos, Europa (Plano Marshall) e Japão, e com a articulação de zonas periféricas dessas economias com países da América Latina, da Ásia e da África, ficando o Leste Europeu sob a égide da União Soviética.

Vários modos e modelos de organização da provisão do bem-estar social foram sendo desenvolvidos na história e no contexto dos diferentes países e das relações de mundialização do capital. No contexto socialdemocrata, predominou a provisão institucional-universal. No contexto liberal de mercado, predominou a provisão de serviços privados controlados pelo Estado. No contexto de Estados, sociedades e economias menos articulados por uma superestrutura jurídica de direitos, podem predominar formas filantrópicas e de suporte familiar da provisão de serviços sociais. Segundo Jessop (2013), não há uma forma geral de Estado para além do que seria uma forma geral de capitalismo. Diferentes tipos de regimes capitalistas estão associados a diferentes tipos de Estados, e essa junção e evolução conjunta dependem não apenas de fatores internos e domésticos, mas também de suas inclusões no mercado mundial. As mudanças no Estado de bem-estar social implicam a autoinserção no mercado de trabalho (*workfare*) e a desresponsabilização do Estado.

Nos anos 1970, o neoliberalismo ganha força com a crise do petróleo e a ocupação de governos pelas forças políticas neoliberais que combatiam a preeminência do Estado na economia, a partir das ideias de Hayek, expostas em seu livro *O Caminho da Servidão*, publicado originalmente em 1944. O autor faz uma defesa radical do liberalismo, da escolha individual, da “mão invisível” do mercado, contra a intervenção do Estado e do planejamento estatal (Hayek, 2010).

As ideias de Hayek são retomadas por Milton Friedman, em *Capitalismo e Liberdade*, de 1962, que também rebate as ideias de planejamento e “santifica” o mercado. Friedman foi conselheiro de Nixon, Ford e Reagan. Este implementou nos Estados Unidos, em seu mandato presidencial de 1981 a 1989, a política neoliberal de redução das políticas sociais e de impostos para os mais ricos, assim como Thatcher enquanto primeira-ministra da Inglaterra de 1979 a 1990. No Chile, as ideias de Friedman foram orientadoras do governo Pinochet e, no Brasil, nas políticas de reforma do Estado de Fernando Collor, Fernando Henrique Cardoso e em parte do governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, quando Antônio Palocci comandava a economia (Brasil, 2003b; Faleiros, 2004). Esse confronto entre o chamado *welfare State* e as políticas neoliberais se reflete nas discussões e nas formulações das políticas sociais, inclusive nas políticas referentes à velhice e ao idoso.

O formato de políticas sociais presente na CF/1988 se aproxima da articulação de uma provisão estatal ou social e de uma provisão de mercado. A saúde é um direito universal, embora haja planos de saúde regulados pela Agência Nacional de Saúde e pela medicina privada. A previdência social tem um regime público contributivo, com um teto de benefícios, e existem fundos privados. A assistência social garante uma renda mínima para os que não conseguiram um histórico de contribuição e oferece serviços e parcerias com entidades filantrópicas. Atribuiu-se à família um papel significativo no cuidado dos idosos dependentes. A previdência é uma das formas de assegurar direitos ao trabalhador por um fundo público, mas não é o único paradigma politicamente desenvolvido para as pessoas idosas; ela se combina com a filantropia e a proposta de envelhecimento ativo, como veremos, em sua relação com a cidadania.

3 QUATRO PARADIGMAS DAS POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO: FILANTROPIA, SEGURO, SEGURIDADE E ENVELHECIMENTO ATIVO

Para situar a construção da cidadanização da velhice, destacam-se quatro paradigmas de políticas elaborados a partir da história social e política: o filantrópico, o securitário, o da seguridade e o do envelhecimento ativo. O tipo filantrópico de atenção a pessoas idosas por meio de asilos para os pobres, a exemplo da Sociedade de São Vicente de Paulo, pautava-se pelo *compassionate ageism*, ou seja, pela caridade, com apoio religioso.

A construção da cidadania moderna rompe com o modelo filantrópico de cuidado asilar. Com a industrialização, a política dominante para a velhice pressupõe o mercado e a articulação do Estado com as exigências do trabalho no capitalismo. Assim se estrutura a política do seguro pré-pago por meio de contribuições obrigatórias. Os seguros foram formas de extrair a poupança para um fundo público ou privado que mantivesse a renda na velhice, o que só foi possível com o assalariamento e o seguro obrigatório, objeto de debates na perspectiva do liberalismo (Faleiros, 2008). A seguridade social, a partir de 1988, integra e articula a saúde (universal e não contributiva) com a previdência (contributiva) e a assistência social (inclusiva, para quem dela necessitar). O paradigma do envelhecimento ativo e participativo se explicita no Estatuto do Idoso de 2003 e torna-se, em 2013, uma proposta de política pública nacional.

No Brasil, houve um processo político complexo de mudança do Estado denominado liberal dos anos 1920 para um Estado de proteção restrita, sem inclusão dos trabalhadores rurais (1930-1945), que prosseguiu até 1971. Com Vargas, o seguro previdenciário foi sendo implantado por categorias profissionais, com contribuições dos trabalhadores, dos patrões e do Estado. É o modelo securitário da velhice.

Durante a Ditadura Militar, foram implementados a Renda Mensal Vitalícia, para os muito pobres, e o Fundo de Previdência Rural (Funrural), para os trabalhadores rurais. O valor de ambos os benefícios era de meio salário mínimo (SM). Isto vigorou até 1988, quando a Constituição implementou o paradigma da seguridade social (previdência pré-paga, saúde universal e assistência social a quem dela necessitar) e também o acesso universal à educação fundamental.

Por sua vez, o Serviço Social do Comércio (Sesc), entidade patronal financiada pelos trabalhadores e consumidores, introduziu no país, a partir de 1963, atividades de centros de convivência voltados para trabalhadores do comércio, abertos a idosos e fora do âmbito filantrópico, religioso ou estatal. As atividades físicas para idosos iniciaram-se em 1974, em Campinas, São Paulo, contrariando preconceitos (Sesc-SP, 2003). O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1975, passou a apoiar os centros de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento desse instituto. O primeiro encontro estadual de idosos em São Paulo, em 1979, contou com 750 participantes das unidades do Sesc, com trocas de experiência. Essas iniciativas mostram as dinâmicas institucionais para a inclusão das pessoas idosas.

No contexto da democratização dos anos 1980, com a mobilização contra a ditadura imposta em 1964, houve ampla expressão das lutas pelos direitos, inclusive pelas eleições diretas. Organizações de idosos também se mobilizaram, como assinala Haddad (1993), com destaque para uma concentração de aposentados e pensionistas na Praça da Sé, em São Paulo, em 1989, que combatia o arrocho nos benefícios, em articulação com o movimento sindical. A União dos Aposentados do Brasil se organizou nos anos 1960, e em 1985 foi criada a Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (Cobap). No governo Collor, houve manifestação pública de idosos por meio de movimentos sociais, como na luta pelos 147% de reajuste nas aposentadorias. As organizações sociais vinculadas aos idosos passaram a implementar fóruns, conselhos e manifestações.

A discussão da formulação de uma lei para a PNI se insere nesse contexto de manifestações de pessoas idosas nas ruas, instituições voltadas para o envelhecimento ativo e o envolvimento da academia. Deve-se salientar que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) foi fundada como sociedade médica em 1961, incluindo-se a gerontologia em 1965, o que foi formalizado em 1968, em reação aos preconceitos sobre a inclusão da velhice na temática social, política e acadêmica (Lopes, 2000).

No início do século XXI, passa a ter visibilidade a perspectiva interdisciplinar no estudo da velhice, que desponta como uma questão crucial para a saúde pública. Passa-se a considerar a velhice, na visão gerontológica crítica, não como fase terminal da vida, ou como segmento isolado, mas como processo e resultado da

vida sociocultural, laborativa e individual e de suas desigualdades nas relações e nas práticas estruturadas na dinâmica de correlação de forças.

No contexto do capitalismo e considerando-se a mudança demográfica, as experiências participativas e a pressão de forças sociais, propõem-se políticas orientadas para a atividade e a manutenção da vida saudável por mais tempo, o que pode reduzir os gastos da seguridade social, melhorando a qualidade de vida no envelhecimento e mantendo a força de trabalho ativa e contribuinte. Esse paradigma de envelhecimento ativo entrou na agenda pública no contexto das mudanças políticas e econômicas relativas à redução do número de contribuintes em comparação ao de aposentados, considerando-se o aumento da longevidade. As políticas para a velhice passam a estimular as atividades físicas e os cuidados com o estilo de vida que reduzem a incidência precoce de doenças.

No Brasil, somente no final de 2013, quase vinte anos após a PNI, é que ocorreu a primeira reunião da Comissão Interministerial do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. O colegiado, criado por meio do Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013, tem como objetivo mapear e planejar as políticas públicas voltadas ao atendimento da população idosa no país, com termos de compromisso a serem assinados pelos governadores. Vejamos, na próxima seção, como os direitos da pessoa idosa foram estabelecidos na Lei nº 8.842/1994 (PNI) e a sua relação com os tipos de políticas assinalados.

4 A PNI: PROPOSTA E RESTRIÇÃO DE DIREITOS NA REGULAMENTAÇÃO

O surgimento da PNI, em 1994, coincide com as discussões da chamada falência do financiamento da previdência social e com a mobilização dos idosos para a construção de uma articulação política que atenda às demandas de uma sociedade que envelhece. Em 1993, a Lei nº 8.742, conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), já havia regulamentado os benefícios assistenciais para o idoso, com a implantação do benefício de prestação continuada (BPC), e os benefícios eventuais, conforme disposto nos arts. 203 e 204 da CF/1988.

A Lei nº 8.842/1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, coloca a questão do envelhecimento e da velhice numa ótica transversal que diz respeito a vários ministérios, à família e à sociedade. Segundo Rodrigues (2001), esse decreto foi construído por representantes governamentais e não governamentais, ou seja, com a participação da sociedade.

Foram vetados, na promulgação da Lei nº 8.842/1994, por proposta do Ministério da Fazenda, o inciso IV do art. 8º e o art. 9º, porque levariam à interpretação de que estados e municípios não seriam responsabilizados pelo cofinanciamento da política, o que aumentaria os gastos federais. Os artigos de 11 a 18, que estruturavam o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI),

foram vetados pelo Ministério da Justiça, porque seriam contrários à competência privativa do presidente da República para atribuições de órgãos da administração pública, vetando-se assim a organização de um sistema participativo e evitando-se gastos governamentais.

A PNI constitui uma inovação na formulação de um paradigma de política para a pessoa idosa, definindo princípios que contribuem para a mudança da cultura e da superestrutura jurídico-política, conforme a CF/1988. Entre os princípios da lei, está estabelecido que:

- a família, a sociedade e o Estado devem assegurar ao idoso todos os seus direitos à cidadania com participação na comunidade e defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida, conforme o art. 230, da CF/1988;
- o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral;
- a discriminação de qualquer natureza contra o idoso deve ser combatida;
- a pessoa idosa deve se tornar protagonista na proposição e na destinação de políticas específicas; e
- as diferenças sociais, econômicas e regionais devem ser consideradas na aplicação da política (Brasil, 1994).

Segundo esses princípios, combinam-se as dimensões de se assegurarem direitos e de se exercer o protagonismo ou a participação na definição de políticas de envelhecimento. No entanto, esse protagonismo que se exerce nos conselhos de direitos foi boicotado por um veto na própria lei, ou seja, ao mesmo tempo temos avanços e recuos. A força política da mobilização se defronta com a força burocrática e a força das restrições orçamentárias.

A PNI foi publicada no governo Itamar Franco e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 dois anos e meio depois de sua promulgação, no governo Fernando Henrique Cardoso, já na ótica da reforma do Estado. Esta reforma já estava avançada por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado por Bresser-Pereira a convite do ex-presidente Fernando Henrique (Bresser-Pereira, 2000). A ênfase do plano era a visão gerencial e a redução do Estado, com meta e organização por resultado, causando muitas polêmicas.

No Decreto nº 1.948/1996, são estabelecidas as funções de cada órgão implicado na política social do idoso numa ótica de competências gerenciais, cabendo ao então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) coordenar essa política (Brasil, 1996). Ao Ministério da Saúde estava determinado garantir a assistência integral à saúde do idoso, inclusive domiciliar, em articulação com os estados e os municípios, além de propiciar medicamentos e realizar a prevenção. O Ministério da Educação deveria viabilizar programa educacional voltado para

o idoso, inclusive na universidade. O Ministério do Trabalho deveria combater a discriminação do idoso no trabalho. O Ministério da Cultura deveria garantir ao idoso tanto a produção como a fruição dos bens culturais, com preços reduzidos. Por fim, ao Ministério da Justiça caberia encaminhar denúncias e combater abusos e lesões aos direitos da pessoa idosa. As viabilizações de direitos são fragmentadas em competências burocráticas de programas a serem definidos por área.

O Decreto nº 1.948/1996 esvazia, de certo modo, importantes diretrizes de participação previstas na PNI, como se destaca a seguir, assinalando-se aquelas presentes na lei e não contempladas no referido decreto:

- a participação do idoso e a integração intergeracional (o decreto menciona apenas o estímulo ao ingresso na universidade);
- a participação do idoso, de sua família e de entidades na formulação de políticas (o decreto menciona apenas o estímulo à participação do idoso no controle social dos conselhos de saúde);
- a descentralização político-administrativa;
- a adequação de currículos (o decreto menciona apenas a inclusão de disciplinas de gerontologia e geriatria nos currículos dos cursos superiores);
- a implementação de um sistema de informação para divulgar a política para idosos; e
- a implementação dos conselhos do idoso (o decreto remete-se apenas ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, aos quais compete, no âmbito da seguridade, a formulação, a coordenação, a supervisão e a avaliação da PNI).

Assim, o decreto foi, de certa forma, um retrocesso à lei de 1994. Ele, contudo, distingue a modalidade asilar e a não asilar de atendimento, legitimando o paradigma filantrópico ao afirmar que o idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover sua manutenção terá assegurada a assistência asilar pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, na forma da lei. Na Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do MPAS e da Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas), sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção aos idosos no Brasil, há uma definição de serviços a serem prestados aos idosos, mas sem previsão orçamentária para sua execução.

No governo Fernando Henrique Cardoso, priorizou-se na área de assistência o projeto Alvorada,² que propõe reforçar e intensificar o gerenciamento de ações

2. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/relocrys/alvorada/apresentacao.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

com impacto nas condições de vida em alguns estados, bem como nas microrregiões e nos municípios que apresentem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,500, com critérios de focalização e gerenciamento das ações integrantes. O BPC foi implantado, em 1996, para pessoas com 67 anos ou mais, o que foi modificado pelo Estatuto do Idoso para 65 anos.

No relatório da Secretaria Nacional de Assistência Social, enfatiza-se que o apoio à pessoa idosa é feito por meio de ações asilares e não asilares, destacando-se a realização de 1.918 convênios, que beneficiavam 265.759 idosos (Brasil, 1997). Foi anunciado apenas um “protocolo de intenção” para a implantação de programas de educação em gerontologia social com o Ministério do Trabalho, por meio do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e a formulação de um plano integrado de ação governamental, mas como proposta da PNI.

A estratégia adotada pelo governo, no Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (1996), era apoiar, seja com orientação técnica, seja com ajuda financeira, “os programas e projetos de forma descentralizada via estados e municípios, com execução dos serviços por intermédio de entidades governamentais e não governamentais, estabelecendo amplo sistema de parceria e articulação”. A execução da política para a pessoa idosa via entidades não governamentais se ancora também na pressão que estas exercem para realizar ações privadas com verba pública. Embora elas possam contribuir para atender a uma parcela da população, o acesso a esses serviços se caracteriza pela destituição (*desentitlement*) de direitos, pois os critérios e as seleções são definidos em cada entidade, mesmo havendo uma norma pública de benefícios para os pobres.

A Secretaria Nacional de Assistência Social criou uma gerência de projetos de atenção à pessoa idosa, devendo-se considerar que, em 2000, a secretaria havia assessorado a constituição de dezoito conselhos estaduais e oito conselhos municipais. Nesse mesmo ano, uma mobilização de idosos também se articulou em cinco fóruns regionais e em 24 fóruns estaduais. Oito estados instituíram sua respectiva política do idoso. No entanto, além do BPC, analisado em outro capítulo deste livro, continuava a política de repasse para serviços de ações continuadas tanto na modalidade asilar como na não asilar. A Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000, instituiu modalidades de atendimento para a pessoa idosa, incluindo residência com família acolhedora, residência em casa-lar, residência em república, atendimento em centro-dia e atendimento em centro de convivência. Alguns estados implementaram programas de disque-idoso e de combate à violência intrafamiliar. O Ministério da Saúde implantou a campanha de vacinação contra a gripe e a capacitação de cuidadores, ampliando-se a discussão do Estatuto do Idoso.

Durante o primeiro governo Lula, manteve-se a orientação do ajuste fiscal expresso no documento do Ministério da Fazenda, de 2003, que afirma: “o novo

governo tem como *primeiro compromisso* da política econômica a resolução dos graves problemas que caracterizam nossa história econômica, ou seja, a promoção de um ajuste definitivo das contas públicas” (Brasil, 2003b, p. 8, grifo nosso). Nesse governo, apesar da aprovação do Estatuto do Idoso, também de 2003, a prioridade foi para a redução da pobreza, continuando-se, no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a política de convênios.³

Uma das demandas mais fortes na execução do estatuto foi a regulamentação para o acesso gratuito ou o desconto no valor das passagens interestaduais (arts. 39 e 40), o que foi encaminhado com a emissão da Carteira do Idoso para pessoas com até 2 SMs, conforme cadastro único do MDS. O cadastro também foi regulamentado pela Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), mas apenas em 26 de outubro de 2006, com a Resolução nº 1.692, garantindo a reserva de duas vagas gratuitas em cada veículo.

A transição da coordenação da PNI do MDS para a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) tornou-se objeto de discussão no governo Lula, levando seis anos para ser resolvida oficialmente em 2009. Permanece, contudo, a dicotomia de gestão da política: enquanto os conselhos ficaram na SDH, a coordenação da PNI ficou inicialmente no MDS. Em 2010, foi criado o Fundo Nacional do Idoso, pela Lei nº 12.213. A criação de um fundo dos direitos da pessoa idosa da PNI levou dezesseis anos. Os recursos para a implementação da política eram transferidos aos fundos de assistência social dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, definidos por critérios de prioridade aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (Cnas).

A proteção social se coloca como direito e garantia da longevidade e da dignidade, mas entra em contradição com o desmonte neoliberal do Estado de direito. A adequação das instituições à realidade do envelhecimento está ocorrendo de forma muito lenta e ainda faltam condições para a aplicação da legislação. Essa legislação possibilita a consciência da cidadania em todas as idades, mas precisa ser efetivada no pacto federativo e na intersetorialidade, com trabalhos em rede.

Dentro da PNI, a SDH, logo depois da aprovação do Estatuto do Idoso, desenvolveu ações para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, realizando, em abril de 2004, o Seminário Nacional para Formulação de um Plano Nacional, com a participação de vários ministérios. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por sua vez, promulgou a Resolução de Diretoria

3. Convênio é um instrumento específico que disciplina as transferências de recursos públicos que tenham como participantes, de um lado, a União (representada pelo MDS) e, do outro, municípios, estados ou o Distrito Federal, visando à realização de programas, projetos, atividades ou eventos com duração certa, com objeto definido, de interesse recíproco e em regime de mútua cooperação. Disponível em: <<http://transparencia.gov.br/convenios/ConveniosListaEstados.asp?UF=&Estado=&CodMunicipio=&Municipio=undefined&CodOrgao=55000&Orgao=MINISTERIO+DO+DESENV%2E+SOCIAL+E+COMBATE+A+FOME&TipoConsulta=1&Periodo=>>>.

Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, a qual define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos (Ilpis) e serve como parâmetro para a fiscalização destas.

Ao se atribuir à SDH a coordenação da PNI, propôs-se também a articulação de rede nacional de proteção dos direitos da pessoa idosa, o apoio à capacitação de pessoal, o encaminhamento de denúncias de violência e o zelo, junto com o conselho, pela aplicação de normas de proteção ao idoso (Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009).

5 O PROTAGONISMO DAS PESSOAS IDOSAS

Por pressão social, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados deu apoio à tramitação do Estatuto do Idoso em 2001. Em primeiro lugar, é preciso salientar que esse estatuto, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, estabelece que o objetivo da lei “é regular os direitos assegurados” (Brasil, 2003a, art. 1º). Em outras palavras, tem como foco a cidadanização, a ruptura com os paradigmas filantrópico e securitário, adotando a combinação do paradigma da seguridade com o do envelhecimento ativo. Aliás, no seu art. 8º, estabelece que o envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção é social, não desvinculando a singularidade da sociedade. O estatuto considera a velhice no contexto dos direitos fundamentais da pessoa humana, salientando a dignidade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu art. 1º, já assinalava: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (Unesco, 1998).

O conceito de dignidade é cultural e ético, no respeito aos valores e à consideração devidos à pessoa humana no seu desenvolvimento e *status* humano, portanto, destinada a viver em liberdade, autonomia, proteção e participação. Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas – adotados pela Resolução nº 46, de 16 de dezembro de 1991, da Assembleia-Geral das Nações Unidas, levando em consideração o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 1982, aprovado na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento – destacavam como diretriz assegurar a independência, a participação, a assistência e a realização pessoal das pessoas idosas.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 2002, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, amplia as diretrizes do plano de 1982, ao enfatizar a necessidade de um ambiente propício e favorável às pessoas idosas, do combate à violência e de serviços adequados, tendo como tema 1 a participação ativa dessa faixa etária na sociedade e no desenvolvimento. Dentro deste tema, o primeiro objetivo é o reconhecimento da contribuição social, cultural, econômica e política das pessoas idosas; e o segundo, a participação de idosos nos processos de tomada de decisão em todos os níveis, incluindo, portanto, a família, as organizações e as políticas.

Faleiros (2013b, p. 36) afirma que: “autonomia significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma interdependente, num contexto sociopolítico-cultural e como sujeito social e político, com expressão de sua voz e respeito por ela”. Nesse sentido, a autonomia implica reflexão e poder de agir com dispositivos e oportunidades de intervir no contexto. Participação implica poder. Poder é uma relação de forças.

A discussão da participação faz com que o direito seja reconhecido e exercido, garantindo-se a palavra e seu respeito. O art. 10 do Estatuto do Idoso coloca a participação na vida familiar, comunitária e política como uma dimensão do direito à liberdade, mas é preciso considerar que a experiência e o exercício da política implicam o direito de votar e de ser votado, de ser politicamente ativo, de intervir nas organizações e nas manifestações políticas.

O estatuto tornou muito mais clara e operacional a descentralização das políticas para o envelhecimento, com maior peso para as municipalidades, inclusive na criação dos conselhos de direitos da pessoa idosa. Este é um lugar de exercício da palavra do idoso, mas nem sempre é composto majoritariamente por esse segmento da sociedade.

A cidadania pressupõe instituições e redes que estabeleçam relações e efetivação de direitos. Uma das instituições de democracia participativa mais importantes, de controle democrático das políticas públicas, são os conselhos de direitos, denominados de controle social, enquanto exercem a função de zelar pelas políticas e direitos das pessoas idosas, com a participação do Estado e da sociedade. Com os vetos à Lei nº 8.842/1994, o CNDI só veio a ser criado no final de 2002, pelo Decreto nº 4.227, ainda na gestão de Fernando Henrique Cardoso, então sob a égide do Ministério da Justiça, com dez representantes do Estado e dez da sociedade civil.

No primeiro semestre de 2003, realizou-se a primeira reunião do CNDI. Muitos estados se anteciparam ao governo federal e, em abril de 2004, existiam dezenove conselhos estaduais do idoso. Em 2006, houve o IV Encontro Nacional de Conselhos de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa,⁴ e a região Sudeste realizou seu VIII Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso. A implantação e a organização dos conselhos estão articuladas à mobilização social.

No art. 53, o Estatuto do Idoso dá nova redação ao art. 7º da Lei nº 8.842/1994, assinalando que “compete aos conselhos de que trata o art. 6º desta lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas” (Brasil, 2003a). Faltou ao legislador estabelecer, nessa lei, o caráter deliberativo desses conselhos,

4. Para mais informações sobre o evento, ver Brasil (2006).

não apenas na sua função de zelo pelos direitos das pessoas idosas, mas também na formulação de diretrizes e normas que se tornem obrigatórias, o que veio a ser corrigido pelo Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, integrante da estrutura básica da SDH. Porém, lamentavelmente, nas três esferas de governo, o poder público tem desrespeitado esse caráter deliberativo.

Essa mobilização se solidificou com as conferências municipais, estaduais e nacionais dos direitos da pessoa idosa, que envolveram a sociedade, ou seja, a instituição do conselho tornou-se uma oportunidade de ser também instituinte da mobilização, variando de cidade para cidade. Algumas já haviam criado os fóruns de direitos da pessoa idosa. No século XXI, aumenta-se a perspectiva de pressão pelos direitos e por sua efetivação, tornando a cidadania mais presente para essa faixa etária.

As três CNDPIs destacadas neste estudo (2006, 2009 e 2011) contaram com a participação de representantes de todo o país e com recomendações em várias áreas do envelhecimento. Na terceira houve priorização, na relação com as políticas públicas, da necessidade de pactuar a intersectorialidade com a gestão integrada. Houve também a recomendação de ampliar o acesso à educação e assegurar a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais para a defesa dos seus direitos. Além disso, deliberou-se pela criação da Secretaria Nacional do Idoso e pela garantia de programas de prevenção para a qualidade de vida. No entanto, contrariando a deliberação desta CNDPI, tal secretaria ainda não foi criada, nem provida de recursos suficientes e de pessoal competente para coordenar a PNI.

Segundo a pesquisa de Néri (2007), a participação dos idosos na vida política é pequena, tornando-se a política assunto de interesse para apenas 13% dos idosos. O tempo de lazer é, para a maioria, o de ver televisão, anotando-se que 93% assistem televisão em casa e 72% disseram ter preferência pelas atividades desenvolvidas em casa. Do ponto de vista da saúde, como será assinalado a seguir, apenas um quarto dos idosos pratica atividades físicas. Essas atividades também dependem da acessibilidade, das condições do território.

5.1 A efetivação dos direitos: trabalho e previdência

Nas sociedades capitalistas, o trabalho é condição da vida, configurando-se, conforme Marx (1983), em trabalho objetivo e trabalho vivo, resultantes em mercadorias e na sobrevivência e manutenção da força de trabalho, também mercadoria para o capital. O trabalho significa, igualmente, um lugar social de identidade e de trocas, de organização e de sofrimento.

Os idosos passaram por uma história de trabalho e uma boa parte deles continua trabalhando, com uma taxa de ocupação que chegou a 27% para as

pessoas de 60 anos ou mais em 2011, um total de 23.449.000 (IBGE, 2012). Vale salientar que 15,4% das pessoas de 60 anos ou mais se encontravam aposentadas e ocupadas. Na faixa de 70 anos ou mais, 33,8% das pessoas, mesmo ocupadas, tinham rendimento do trabalho nulo (IBGE, 2012, p. 43). Na faixa etária de 60 anos ou mais, a proporção de ocupados com rendimento nulo pontuava 21,0%.

O trabalho é diversificado, salientando Cerqueira *et al.* (2011) que, em São Paulo, os idosos que trabalham na rua se configuram como plaqueiros, engraxates, carregadores, carroceiros, “*office-velhos*”, cartomantes, escritores, feirantes, entregadores, controladores de acesso, não raramente com trabalho intermediado por agências. O trabalho voluntário em igrejas, nas comunidades ou em organizações não governamentais (ONGs) possibilita tanto a continuidade de práticas como a sua mudança, conforme o contexto de condições e de possibilidades.

O trabalho ou ocupação é *habitus* (Bourdieu e Wacquant, 1992) incorporado ao longo da vida, nem sempre exercido com dignidade, muitas vezes, de forma rotativa e informal. No entanto, a aposentadoria por idade pode refletir a precarização do trabalho, incluindo o exercício do trabalho informal para sobreviver.

Em 2014, no Brasil, segundo pesquisa encomendada pelo Instituto para Desenvolvimento do Varejo, havia aproximadamente 40% de trabalhadores na informalidade, o que também dificulta ou impede, inclusive pela baixa remuneração, a contribuição.⁵ A aposentadoria por idade só é alcançada por idosos com 65 anos de idade e por idosas com 60 anos e quinze anos de contribuição. Mais da metade dos beneficiários tem 65 anos ou mais e o maior estoque de benefícios, no caso das mulheres, é o de aposentadorias por idade, enquanto para os homens é o de tempo de contribuição.

A efetivação dos direitos é um processo histórico que tem garantias e custos. É preciso destacar que, por meio da seguridade social, estabelecem-se as condições de participação na vida social, econômica, cultural e política. A disponibilidade de rendimento é primordial – sendo a previdência social a mais crucial e uma das mais polemizadas políticas para a pessoa idosa, para a manutenção da renda e a redução da pobreza –, garantindo autonomia financeira (embora limitada), identidade social, possibilidade de trocas e solidariedade familiar.

A ampliação da cobertura e da arrecadação da previdência, no contexto de redução do trabalho assalariado, facilitou a inclusão dos autônomos (Lei nº 10.666, de 8/5/2003) e dos trabalhadores de baixa renda que trabalhem em atividades em sua residência (Emenda Constitucional nº 47, de 5/7/2005). Provocou também redução da alíquota de 20% para 11% sobre o SM para trabalhadores que prestem

5. Disponível em: <http://www.idv.org.br/docs/Diagnostico-da-informalidade_2014_resumo-livro-IDV-vfinal.pdf>.

serviços para pessoas físicas, sem direito à aposentadoria por tempo de contribuição (Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006).

A desigualdade no trabalho e na previdência persiste, apesar da queda da pobreza entre idosos. Segundo dados do Ipea (2014), a proporção de pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza caiu de 8,0%, em 1990, para 0,7%, em 2012. Mas a maioria relativa desse segmento (49,0%) continua com rendimentos de até 1 SM e 72,4% têm rendimentos de até 2 SMs.

O BPC, estabelecido pela Loas de 1993, não é contributivo e atende a pessoas com 65 anos ou mais cuja renda *per capita* familiar não ultrapassa um quarto do SM vigente, ou seja, os muito pobres. Quanto menor a renda, mais desprotegido fica o trabalhador, sendo de 100% a desproteção para aqueles que ganham menos de 1 SM por falta de capacidade contributiva, alcançando, em 2008, mais de 13 milhões de trabalhadores (Barbieri, Ansiliero e Costanzi, 2009). Ainda, segundo os autores, os brancos (70,8%) têm mais proteção que os negros (63,5%) e os indígenas (60,8%).

Os movimentos de aposentados não restritos a maiores de 60 anos, de modo especial a Cobap, têm se posicionado contrários às reformas e às mudanças na previdência social, aliados a vários sindicatos e centrais sindicais. A Associação Democrática dos Metalúrgicos Aposentados e Pensionistas de São José dos Campos foi fundada em agosto de 1999 e edita o *site* Voz do Aposentado. Está filiada à Central Sindical Conlutas.

Funcionários públicos se mobilizam pelos direitos dos aposentados, destacando-se o Movimento dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas (Mosap), com início em 1992, mas registrado em 1999. Esse movimento aglutina diversas agremiações de servidores ativos, aposentados e pensionistas, pagos pelo Tesouro, em níveis federal, estadual e municipal, sem pessoas físicas no seu quadro de filiados. Tem apoio do Sindicato dos Auditores Fiscais da Receita Federal (Unafisco).

A Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (Contag) criou a Secretaria da Terceira Idade, que realiza plenárias, seminários, encontros e reuniões para levar informações, debater e preparar a população idosa rural para um processo permanente de busca de um envelhecimento saudável e ativo no campo. Além dessa bandeira de luta, seguem outras, voltando-se para as condições de aposentadoria, saúde, acesso à terra, educação, combate à violência. Os sindicatos mantêm como associados os aposentados, com plena possibilidade de participação nas assembleias e diretorias.

Continua aberto para as pessoas idosas o mercado de consumo, que se ampliou pelo acesso ao crédito, principalmente ao crédito consignado. Isto acentua

o comprometimento da renda dos aposentados.⁶ Segundo dados disponíveis do INSS, observa-se que:

dos 1.046.291 de empréstimos concedidos em março de 2014 [correspondentes a R\$ 3,543 bilhões], 921.484 foram parcelados entre 49 e 60 meses. A maior parte dos segurados que realizou operações de crédito em março estava na faixa etária de 60 a 69 anos: 418.224 pessoas. Em seguida, a faixa com mais contratos ficou entre 70 e 79 anos, responsável por 264.640 segurados (Operações..., 2014).

Não raramente, o crédito serve às necessidades da família e não à dos próprios idosos.

5.2 Protagonismo e saúde

A saúde, direito universal, juntamente com a disponibilidade de renda, é condição fundamental de protagonismo, pressupondo a participação e a integração dos serviços. O declínio nas condições de funcionalidade e de saúde está associado ao processo e às condições sociais (U.S. National Institute of Aging e WHO, 2011), o que dificulta o protagonismo e exige mais cidadanização.

No Brasil, apesar das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fornecimento de medicamentos (nas unidades básicas de saúde e via Farmácia Popular), a atuação na forma de governança em redes para garantir o acesso e a qualidade do cuidado ainda deixa muito a desejar. Esta pressupõe a construção democrática de uma teia de compromissos para realizar o trabalho público, com parcerias, alinhamento de processos, diversificação das escolhas na perspectiva do cidadão, inclusive com uso da tecnologia (Goldsmith e Eggers, 2006). Essa gestão implica compreender a multidimensionalidade da ação, a interdisciplinaridade e a totalidade das relações no contexto, com participação dos sujeitos e do público.

Estima-se que 75% dos idosos recorrem ao SUS para a atenção à saúde (Fernandes e Soares, 2012). O SUS, por sua vez, atende às demandas com demora e, muitas vezes, sem a infraestrutura necessária, recaindo sobre a família o cuidado dos idosos dependentes, embora a legislação, como vimos, preveja várias alternativas de serviços.

6. Em 13 de julho de 2015, medida provisória publicada no Diário Oficial da União aumentou o limite do crédito consignado – descontado mensalmente da folha de pagamento do trabalhador, aposentado ou pensionista – de 30% da renda para 35%. Essa porcentagem a mais, de 5%, somente poderá ser usada para bancar as despesas com cartão de crédito. Ou seja, além de o trabalhador poder pedir um crédito ao banco equivalente a até 30% do que ganha por mês, como antes, ele também poderá comprometer mais 5% do seu salário para pagar suas dívidas com cartão de crédito, que tem taxas de juros muito mais altas. No mesmo dia, foi divulgada pesquisa da Serasa Experian, que aponta que 7,0 milhões de idosos estão inadimplentes, representando 12,4% dos 56,7 milhões de brasileiros inadimplentes. Uma das explicações para o crescimento da fatia de idosos inadimplentes estaria relacionada com o crédito consignado. Como esse tipo de financiamento é mais acessível aos aposentados, em momentos de alta da inflação e aumento do desemprego, muitos deles são levados a solicitar este tipo de crédito para socorrer as contas da casa.

Em 2002, foram propostas redes estaduais de assistência à saúde do idoso (Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002, do Ministério da Saúde), com normas para centros de referência em atenção à saúde do idoso (Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002, também do Ministério da Saúde). Estes centros, porém, continuam em número insuficiente e atuam de forma independente e desarticulada da atenção primária e secundária na maior parte do país.

É de se salientar, nessa perspectiva, que tais normativas do Ministério da Saúde estabeleceram uma política de atendimento domiciliar, tanto pela ESF como pelo incentivo à implementação de serviços domiciliares, em parceria com estados e municípios, conforme a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, em articulação com o Serviço de Assistência Médica de Urgência (Samu). Além disso, essas iniciativas contemplam a população idosa, mas não reconhecem sua especificidade e sua heterogeneidade.

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é muito insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a efetivação de direitos dos idosos, a ampliação da ESF, que revelou a presença de idosos e famílias frágeis, em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das redes estaduais de assistência à saúde do idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), conforme Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Tal política estabeleceu a centralidade da ação da saúde na promoção do envelhecimento ativo, da capacidade funcional do idoso, da atenção integral, integrada e de qualidade da participação social.

Nos anos 2000, foram publicados três documentos de relevância para a atuação do SUS na área do envelhecimento: o Pacto de Gestão (2005), o Pacto pela Saúde (2005) e o Pacto pela Vida (2006). Em todos, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, torna-se incontornável, e mesmo crucial, para a discussão e a formulação de estratégias de ação que abranjam todo o país.

A atuação em rede é novamente mencionada na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, que formalizou o Pacto pela Saúde. Dessa maneira, tornou-se imprescindível a revisão das portarias nºs 702/2002 e 249/2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Essa rede, na prática, ainda depende de contatos pessoais, e seus fluxos ainda estão pouco institucionalizados (Faleiros e Rapozo, 2011). Há iniciativas municipais diversas, tanto no sentido de promover o envelhecimento ativo, como na atenção hospitalar, quanto no de articular serviços no território (Rosa, Barroso e Louvison, 2013).

As estratégias propostas no âmbito da saúde ainda não são capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. O Pacto pela Vida (2006), que define a pessoa idosa como alvo prioritário de ações em saúde, não estabeleceu quaisquer metas para o gestor de saúde quanto à população idosa, a não ser a redução em 2% das internações por fratura de fêmur e a cobertura vacinal, que foram incluídas como metas, mas sem qualquer sanção positiva ou negativa quanto ao seu cumprimento.

No âmbito do abrigamento ou de Ilpis, há que se salientar que a maioria dessas instituições está sob a égide da filantropia, o que mostra a presença do já mencionado paradigma filantrópico. De todas as instituições pesquisadas por Camarano (2010), apenas 5,2% eram públicas. Estas comportam um número reduzido de pessoas idosas, em torno de 1% (Camarano, 2010), recaindo o cuidado sobre a família. No entanto, conforme permitido pelo Estatuto do Idoso (art. 35), 70% dos benefícios das pessoas idosas abrigadas são utilizados para pagamento das Ilpis. Não são raros os conflitos familiares com idosos institucionalizados, referentes à própria institucionalização (Faleiros e Morano, 2009) e à apropriação da renda dos idosos. Porto e Koller (2008) afirmam, a partir de pesquisa com pessoas idosas institucionalizadas, que uma das queixas mais frequentes referia-se à indisponibilidade por parte da família de recursos da própria pessoa idosa.

Em suma, a saúde é condição fundamental para se envelhecer bem, sua falta é percebida na perda da capacidade funcional e se torna a principal queixa do envelhecimento (Faleiros e Afonso, 2008).

5.3 Protagonismo e estilo de vida

Há interação entre as condições sociais, ambientais, culturais, de gênero e o processo participativo e de cidadania. O envelhecimento ativo implica ser participativo. O documento da OMS (2005) salienta que o envelhecimento ativo é a otimização de oportunidades para a qualidade de vida, mas existe o viés de que essa otimização seja feita pelo esforço dos sujeitos, com a confusão entre protagonismo e voluntarismo ou autocuidado. O protagonismo recai sobre o indivíduo, sem que se priorizem as oportunidades.

Há iniciativas municipais de diferentes tipos (Rosa, Barroso e Louvison, 2013), inspiradas muitas vezes na proposta de cidade amiga do idoso, lançada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual culminou anos depois no lançamento do *Guia Global: cidade amiga do idoso* (OMS, 2008).

Os municípios necessitam de um plano estratégico para a população idosa, mas iniciativas são bastante diversificadas, incluindo centros de convivência, programas de caminhada, prevenção, informação, cinema, inclusão digital, danças,

atividades físicas, entre outras. Esse despertar dos municípios pode proporcionar mais protagonismo e cidadanização.

A mudança no estilo de vida é uma questão complexa que envolve as condições objetivas e subjetivas. Objetivamente, os pobres não podem fazer dieta mediterrânea, frequentar academias, tomar vinho tinto, como recomendam certos geriatras. O estilo de vida que promove o envelhecimento ativo depende das condições de renda, escolaridade, moradia, suporte familiar e políticas públicas, entre outras. Está aumentando o número de idosos que fazem atividade física regular, mas em 2000 eram apenas 26,5% segundo dados da cidade de São Paulo (Duarte, Lebrão e Lima, 2005).

5.4 Protagonismo e educação

A educação e a escolarização são condições para o protagonismo, sendo a política de escolarização para os idosos uma das maiores deficiências na implementação da cidadania, na efetivação de direitos e na participação. Com efeito, é por meio da escolaridade que se aumentam as chances de adesão a medicamentos, exercícios, saúde bucal, redução da violência (Faleiros, 2007). Mascarenhas *et al.* (2012) constata que as notificações de violência no sistema de saúde são de 87,5% para pessoas com oito anos de estudo ou menos e de 12,5% para pessoas com nove anos ou mais de estudo. Botoni *et al.* (2014, p. 11) dizem que “o envelhecimento bem-sucedido pode ser privilégio de classes mais favorecidas”. No tocante ao direito à educação, pode-se constatar que ele foi negado à boa parte da população idosa ao longo de sua trajetória de vida, reduzindo sua *cidadanização*.

Uma das iniciativas em matéria de educação foram as universidades da terceira idade. Na França, já se esboçava tal universidade, com a primeira instituição estabelecida em 1973, em Toulouse, e se considerava a velhice como uma etapa de transformação das suas condições e não de estagnação, cunhando-se o termo terceira idade ou velhice bem-sucedida. No Brasil, essa iniciativa existe na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desde 1983 e na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Rio Grande do Sul, desde 1985, ampliando-se na década de 1990 (Palma, 2000). A Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) foi formalizada, em 1993, como centro de convivência e de formação (Veras e Caldas, 2004).

O acesso à educação pela atual coorte de idosos foi muito precário e reduzido, bastando lembrar a falta de escolas e a vida rural de uma boa parte dessa geração. Em 2011, a média de anos de estudo na população com 60 anos ou mais ainda era de apenas 4,4 anos, e 32% desta população era “sem instrução” ou tinha menos de um ano de estudo (IBGE, 2012). Essa porcentagem dos sem instrução chega a 51,2% no Nordeste, sendo mais acentuada entre mulheres. É razoável pensar que

essa proporção vá diminuir, pois as coortes mais jovens são mais educadas, mas tampouco tem havido uma política consistente de escolaridade para essa população. Sem escolaridade, torna-se mais difícil a comunicação e o enfrentamento da vida contemporânea e da violência.

Ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas idosas estão buscando a formação e são necessárias mais condições para isso, por exemplo, o fortalecimento da educação de jovens e adultos (EJA). Segundo o IBGE (2012), do total de 1.241.000 pessoas que frequentavam a EJA em 2011, apenas 3,7% tinham 60 anos ou mais, ou seja, 45.917 pessoas numa coorte de 23,5 milhões de pessoas. Várias iniciativas têm sido feitas em centros-dia pelo Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos (Mova), pelas bibliotecas e por ONGs para a inclusão escolar de pessoas idosas.

5.5 Protagonismo por cor, raça e gênero

As pessoas envelhecem nas condições econômicas e sociais em que viveram, sendo mais reduzida a escolaridade entre as pessoas de cor preta. Seguindo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com dados da pesquisa de Néri (2007), os idosos de cor branca no Brasil correspondem a 54% (a maioria); da cor preta, a 12%; parda, a 16%; amarela, a 2%; os indígenas, a 4%; os morenos, a 6%; e 4% se declaram de outra cor. No entanto, entre os que ganham mais de 5 SMs, 70% são brancos e 6,6% são negros, o que reflete a desigualdade racial do país.

Entre os idosos de cor preta, há mais homens (52%) que mulheres (48%), contrapondo-se à divisão sexual descrita de maioria de mulheres. Há maior proporção de negros idosos no mercado de trabalho (28%) que a média geral dos idosos (23%). Entre os que não foram à escola, a proporção de negros (24%) é superior à média dos idosos (18%), sendo que 30% não sabem ler e escrever, enquanto a proporção de brancos que não frequentou a escola é de 23%. Entre os de cor preta, 17% estão aposentados e trabalhando, o que acontece para 9% dos brancos. Esses dados mostram a desigualdade social de raça e cor existente no Brasil, que permanece na velhice.

5.6 Protagonismo e família

Diante das limitações das políticas sociais e de sua deficiência em garantir os direitos estabelecidos, grande parte da atenção à pessoa idosa recai sobre a família, que também tem suas limitações pela redução do número de filhos, pela inserção de seus membros no trabalho ou no estudo, pelo desemprego. Mudanças na família brasileira vêm ocorrendo de maneira expressiva em razão da transformação das condições de trabalho, principalmente do trabalho da mulher e da estrutura do mercado, acrescentando-se a queda da fecundidade e os novos arranjos de convivência, inclusive com a facilitação do divórcio.

Na população em geral, a proporção de casais sem filhos passou de 13,8%, em 2001, para 18,5%, em 2011 (IBGE, 2012); e a proporção de unidades unipessoais, de 9,2% para 12,4% no mesmo período, variando de 8,0%, no Amazonas, a 17,1%, no Rio de Janeiro. Nas famílias com pessoas de 60 anos ou mais em 2009, existiam 13,8% de arranjos unipessoais, 23,8% de casais sem filhos, 10,5% morando com outras pessoas e sem a presença de filhos, e 43,2% morando com filhos, sendo que este tipo de família é mais prevalente no Norte e no Nordeste.

Dados do IBGE de 2011 mostram que havia 3,4 milhões de idosos de 60 anos ou mais de idade (14,4%) vivendo em domicílios unipessoais (IBGE, 2012, p. 41). Conforme a mesma fonte, no total de arranjos unipessoais, havia 42,3% de arranjo unipessoal na faixa etária de 60 anos ou mais, mostrando que as pessoas idosas estão vivendo sós.

A condição de alguns domicílios ainda é precária, pois o acesso simultâneo a energia elétrica e saneamento ainda deixa de fora 30,6% deles, alcançando 69,4% do total de domicílios. Ou seja, morar em família não assegura, *per se*, a cidadania, mas propicia o afeto, a avosidade, as trocas de reconhecimento, se houver acolhida da família a seus membros. As condições dos domicílios urbanos não são cidadãs. Aqueles com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até meio SM só alcançavam 10,8% na simultaneidade de iluminação elétrica, computador, televisão em cores e máquina de lavar (IBGE, 2012).

Quanto à autonomia financeira, Néri (2007) mostra que 71% dos idosos em geral têm controle total do seu dinheiro; 14% têm controle parcial; e 5% não têm controle algum. Porém, na faixa acima dos 80 anos, 62% dos idosos não controlam seu dinheiro. A pesquisa apura, ainda, que 8% não possuem renda.

Apesar das mudanças na família, as pessoas idosas com 60 anos ou mais ainda são pessoas de referência em 64,1% dos domicílios, sendo cônjuges em 23,8% e em outra condição em 12,1% (IBGE, 2010). Contudo, as mudanças na família implicam conflitos de cuidado e de orçamento do conjunto do grupo familiar. Nessas relações familiares, há o conflito entre a autonomia, como valorização da decisão do idoso, e a interferência de novas gerações que têm interesses pessoais, sem envolver os idosos.

Conforme o projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe), em São Paulo, os arranjos familiares foram os que mais supriram as demandas assistenciais, inclusive com arranjos trigeracionais (Duarte, Lebrão e Lima, 2005). O Estado que estabelece obrigações de cuidado para a família se mostra, por sua vez, precário. Por exemplo, quais serviços estão assegurados para uma pessoa idosa dependente que não tem familiares e tem por renda apenas 1 SM?

Por sua vez, a vida mais longa junto à família e os novos papéis a serem exercidos pelos seus membros implicam maior atenção à fragilidade e à dependência do segmento idoso, e também podem trazer estresse aos cuidadores. Assim, as famílias se apresentam com menos possibilidade de cuidado, em contradição às expectativas dos textos legais.

Além disso, um maior número de idosos é levado a cuidar de idosos. Tendo em vista que o papel de cuidador implica uma questão de gênero (Faleiros, 2013a) e que a proporção de mulheres sozinhas (em 2003, de 10,95%) é maior que a de homens (em 2003, de 1,94%), exige-se uma discussão da necessidade de suporte familiar para o cuidado, da sobrecarga da mulher e do suporte das políticas públicas, hoje muito limitadas no atendimento domiciliar.

Finalmente, uma das dimensões implicadas nas relações intergeracionais é a avosidade, com relações diversificadas que vão de obrigação, até mesmo por prisão ou trabalho dos genitores, a encontros livres. Esses encontros são decididos em acordo com os avós para mútua satisfação. A satisfação entre netos e avós é também uma aprendizagem.

5.7 Violação de direitos: negação da cidadania, da discriminação e do protagonismo das denúncias

A violação de direitos das pessoas idosas é cotidiana, persistente e difundida na sociedade e na família, configurando uma violação da cidadania. Nos anos pós-PNI, o combate à violência contra a pessoa idosa foi articulado pelo Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, de 2004, além da criação de alguns centros vinculados ao âmbito dos direitos humanos. Com a implantação de centros de referência especializados em assistência social (Creas) e a ação do Ministério Público, passaram a existir serviços como ações judiciais para, respectivamente, a defesa dos idosos e a atenção às denúncias de violência. No Disque 100 – transformado em Disque Direitos Humanos –, há uma opção para denúncias de violência contra as pessoas idosas desde 2011. Em 2012, houve 25.523 denúncias, um aumento de 186,17% em relação ao ano anterior. Em alguns estados, há disque-denúncias desde os anos 1990, mas não há uniformização de critérios de classificação das denúncias (Faleiros, 2007).

Em julho de 2011, foi promulgada a Lei nº 12.461, que altera o art. 19 do Estatuto do Idoso, tornando compulsória a notificação pelos serviços de saúde públicos e privados às autoridades de suspeitas ou da confirmação de atos de violência praticados contra idosos. As autoridades são as seguintes: Ministério Público; conselho municipal da pessoa idosa; conselho estadual; e autoridade policial. Já se salientou que existe um Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa desde 2004, mas há uma operacionalização desse

enfrentamento tanto em alguns centros vinculados ao âmbito dos direitos humanos como em outros vinculados à assistência social, os Creas. Também o Ministério Público oferece serviços, inclusive a propositura de ações judiciais, para a defesa de direitos dos idosos.

A violência contra a pessoa idosa tem uma expressão estrutural nas condições de vida e na discriminação, uma expressão intrafamiliar com violência psicológica, financeira e física, cada uma com, aproximadamente, 30% de incidência, segundo Faleiros (2007). Ainda segundo o autor, em ampla pesquisa nas 27 capitais brasileiras, constatou-se que a violência tem uma incidência diferenciada, atingindo mais as mulheres (60% das vítimas) e tendo como agressores filhos e filhas (54%). A prevalência da violência contra a pessoa idosa foi indigitada na pesquisa de Néri (2007), que revelou que 15% dos idosos de 60 anos ou mais relataram ter sofrido violência.

O combate à violência pressupõe que se tenha como horizonte da cidadanização uma sociedade para todas as gerações, a efetivação dos direitos, um ambiente amigável e adaptado, a formação de profissionais e de cuidadores, o envelhecimento participativo na sociedade, e ativo física e socialmente.

5.8 Conselhos, conferências, centros de referência

A implantação de conselhos de direitos da pessoa idosa foi uma oportunidade de expressão organizada das demandas do envelhecimento, de protagonismo, de incidência em políticas. Segundo Pogrebinski (2012), as conferências nacionais são uma das formas importantes de protagonismo e participação. De 2006 a 2012, foram realizadas três CNDPIs. Está prevista para 2016 a quarta conferência sobre o protagonismo das pessoas idosas. A primeira conferência teve oito eixos de discussão, como segue:

- ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa (46 deliberações);
- violência contra idosos (18 deliberações);
- saúde da pessoa idosa (86 deliberações);
- previdência social (30 deliberações);
- assistência social à pessoa idosa (25 deliberações);
- financiamento e orçamento público (26 deliberações);
- educação, cultura, esporte e lazer (38 deliberações); e
- controle democrático: o papel dos conselhos (21 deliberações).

A palavra protagonismo aparece nas deliberações da primeira CNDPI relativamente aos programas de mídia, e a expressão participação de pessoas idosas

aparece no sentido de promover fóruns, de sensibilizar a sociedade, de participação no lazer e nos jogos, no orçamento, na elaboração de planos, nos conselhos de políticas públicas e na previdência.

A segunda CNDPI, realizada em março de 2009, mobilizou, aproximadamente, 61 mil pessoas, em 1.154 municípios, por meio de reuniões ou encontros prévios municipais, regionais e estaduais, sob a coordenação da então SDH, com representantes governamentais e não governamentais (Brasil, 2010). Teve como tema as redes sociais, com nove eixos temáticos:

- efetivação de direitos (50 deliberações);
- enfrentamento à violência (16 deliberações);
- atenção à saúde (63 deliberações);
- previdência social (23 deliberações);
- assistência social (44 deliberações);
- educação, cultura, esporte, lazer (26 deliberações);
- transportes, cidade e meio ambiente (18 deliberações);
- gestão, participação e controle democráticos (28 deliberações); e
- financiamento (38 deliberações).

As deliberações enfatizaram a necessidade de implantação dos serviços, do fortalecimento das organizações e da valorização da pessoa idosa. Entre as deliberações, está a promoção do fortalecimento dos fóruns de participação da sociedade civil, dos idosos, dos profissionais e dos interessados em questões referentes ao segmento idoso, para incentivar a organização do movimento social e o exercício da cidadania (Pogrebinschi, 2012).

A terceira CNDPI, realizada de 23 a 25 de novembro de 2011, aprovou 26 deliberações em quatro eixos:

- envelhecimento e políticas de Estado – pactuar caminhos intersetoriais (10 deliberações);
- protagonismo da pessoa idosa na conquista e na efetivação dos seus direitos (5 deliberações);
- fortalecimento e integração dos conselhos – existir, participar, estar ao alcance, comprometer-se com a defesa dos direitos dos idosos (6 deliberações); e
- diretrizes orçamentárias, plano integrado e orçamento público da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios – conhecer para exigir, exigir para incluir, fiscalizar (5 deliberações).

Destaca-se a preocupação em implantar o Sistema de Garantia de Direitos da Pessoa idosa com delegacias, centros, promotorias, serviços em rede dentro de um plano nacional. Uma das deliberações diz: “garantir a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais nas áreas de saúde, educação e assistência social com base no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento” (Brasil, 2011, p. 2).

A terceira conferência nacional acentua a necessidade de fortalecer os conselhos e de garantir orçamentos para a consolidação da institucionalidade. Aprovou uma opção para repor as perdas dos aposentados que ganham mais de 1 SM e a ampliação do BPC para as pessoas com 60 anos ou mais.

Na perspectiva do instituinte, a implantação de fóruns é fundamental para mobilizar as pessoas idosas e a sociedade para a questão da velhice. Segundo informações do *site* do Fórum Nacional Permanente da Sociedade Civil pelos Direitos da Pessoa Idosa, este fórum:

criado em 25 de novembro de 2010, é uma articulação nacional de fóruns estaduais permanentes, coordenados exclusivamente pela sociedade civil, (...) de caráter permanente, organizado como espaços públicos legítimos de representação, mobilização, participação social e protagonismo no processo de conquista e defesa de direitos da pessoa idosa.⁷

O fórum já realizou seu sexto encontro em 2014. Em 2015, manifestou-se contra o Projeto de Lei (PL) nº 262, de 2 de setembro de 2014, que objetiva alterar a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, “a fim de dispor sobre o tempo de mandato, a posse e a época de realização de eleição dos representantes das organizações da sociedade civil atuantes na promoção e defesa de direitos da pessoa idosa e sobre posse dos conselheiros representantes do poder público”,⁸ considerando que esta unificação é uma interferência na autonomia das instâncias federativas e na participação da sociedade.

Os centros de referência em direitos humanos, centros de referência da pessoa idosa e centros de convivência, existentes em níveis federal, estadual e municipal, dão oportunidade de trocas sociais e de prestação de serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da cidadania como reconhecimento de direitos e deveres de todos implica uma superestrutura jurídico-política do Estado enquanto poder normalizador e pactuante num território determinado. A construção de pactos federativos no Brasil, em favor das pessoas idosas, é um processo que se traduziu formalmente, no Estatuto do Idoso de 2003, na trilha da PNI.

A visão filantrópica do velho coitado, ou *compassionate ageism*, e do cuidado familiar foi sendo modificada ao longo da história, ainda que presente na oferta

7. Disponível em: <<http://forumnacional.net.br/cartapricípios.php>>.

8. PL disponível para consulta em: <<http://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaomateria?id=118534>>.

de serviços institucionais. A previdência social possibilitou um seguro-velhice. A formulação da PNI, em 1994, superou uma visão apenas securitária da velhice, vinculada às contribuições prévias para um fundo de benefícios. A previdência social representou uma garantia de renda para as pessoas idosas, mas foi implantada no Brasil de forma segmentada por categoria profissional, o que configurou uma cidadania trabalhista industrial vinculada ao projeto de industrialização da Era Vargas. A CF/1988 rompeu com a visão securitária da velhice e configurou a seguridade social, articulando previdência, assistência social e saúde, além de colocar o envelhecimento nas relações familiares, na sociedade e na esfera do Estado.

A PNI deu expressão às experiências diversificadas da atenção à velhice e ao envelhecimento, e à pressão de movimentos sociais. Diante do aumento da expectativa de vida, a política colocou em pauta o paradigma do envelhecimento ativo, incentivando o autocuidado e seguindo padrões internacionais, mas no contexto neoliberal de reduzir custos do Estado.

O Decreto nº 1.948/1996, elaborado no contexto de uma política neoliberal de reforma do Estado, com foco na gestão de resultados, reduziu as competências dos diferentes setores e a participação dos idosos na formulação das políticas, bem como estabeleceu a focalização da política social. De certa forma, a PNI estabeleceu uma visão setorial (aparentemente intersectorial) da política para o envelhecimento, abrindo o leque das políticas públicas. Ao definir uma forma “asilar” e outra “não asilar” de política de atendimento, ainda se reforça o modelo denominado “asilar”, em geral destinado aos pobres, dentro do paradigma filantrópico.

Com o Estatuto do Idoso de 2003, consolida-se o paradigma de velhice como direito personalíssimo, com uma visão articulada das políticas em rede, enfatizando-se o envelhecimento ativo e participativo. A velhice se representa de forma multidimensional e multideterminada, e o direito ao envelhecimento é reconhecido pelo estatuto. Seu protagonismo precisa ser mais reconhecido não como objeto de cuidado ou de funcionalidade (como em algumas propostas de envelhecimento ativo) e sim como sujeito participante da sociedade, cidadão e dotado de autonomia.

Vários pactos de políticas para o envelhecimento que consideram a política na atenção em rede foram formulados na saúde, no enfrentamento da violência, na assistência social e no processo de inclusão nas cidades. A política de educação para pessoas idosas, no entanto, permaneceu muito limitada, seja às universidades, seja a experiências isoladas. A constituição dos conselhos da pessoa idosa (2002) e dos fundos correspondentes (2010) andou a passos lentos.

Novos desafios estão surgindo diante da política do neoliberalismo, da transição demográfica, do aumento da longevidade, da incidência de doenças degenerativas e da mudança na família. Hoje não se vivem somente novas fronteiras da idade, mas se colocam em questão a sociedade e os mitos sobre a idade avançada (Lefrançois,

2004). Essas fronteiras são, ao mesmo tempo, societárias e pessoais, salientando Guillemard (2010) que o envelhecimento traz desafios na relação entre gerações, na repartição dos tempos sociais, na formulação de políticas públicas, na dinâmica do envelhecimento demográfico e no sentido que a velhice tem para as pessoas.

O protagonismo da pessoa idosa implica o fortalecimento das instâncias participativas na defesa dos direitos desse segmento, pois o envelhecimento e a velhice são uma conquista da humanidade, necessitando-se desconstruir a velhice como categoria social somente de perdas ou de doenças (Faleiros e Rebouças, 2006). Sem suporte social adequado e eficaz, o sujeito que envelhece não dá conta das demandas. Embora na pesquisa de Fontes *et al.* (2011), baseada em dados do projeto Fibra-Campinas, 90% dos idosos dizem ter com quem contar em caso de necessidade, há 10% que não têm ninguém. A maioria conta com filhos e noras; e 20%, com vizinhos e/ou amigos. A rede pessoal e primária das pessoas idosas é fundamental para o cuidado, mas precisa estar articulada à rede secundária de serviços, que, aliás, precisa funcionar como rede compartilhada de responsabilidades.

As relações concentradoras de poder e de exclusão social têm por consequência a produção de um “*deficit* de cidadania”, isto é, resultam na redução ou no impedimento da participação, da autonomia, da garantia de condições de vida e da construção democrática do Estado e da sociedade. As formas de bem-estar social, implantadas no contexto da globalização, da redução do Estado, da precarização do trabalho e da valorização do mercado, têm profundo impacto nas políticas para a pessoa idosa, que, além disso, sofrem as consequências da profunda transição demográfica.

A diversidade e a heterogeneidade do envelhecimento se articulam às condições em que se envelhece e aos estilos de envelhecer de forma inseparável, mas a universalização dos direitos fundamentais é que vai favorecer, paradoxalmente, a singularidade das pessoas, não se podendo uniformizar os maiores de 60 anos numa categoria genérica chamada velhice.

REFERÊNCIAS

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do welfare State brasileiro. *In*: MPAS – MINISTÉRIO DA ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL; CEPAL – COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (Ed.). **A política social em tempo de crise**: articulação institucional e descentralização. Brasília: Cepal, 1989.

BARBIERI, C. V.; ANSILIERO, G.; COSTANZI, R. N. A expansão da cobertura previdenciária. *In*: BRASIL (Org.). **Previdência Social**: reflexões e desafios. 1. ed. Brasília: MPS, 2009. p. 69-111. (Coleção Previdência Social – Série Estudos, v. 30).

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. de C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidade para a sociedade nas próximas décadas. *In*: IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. n. 3.

BOTONI, A. L. de A. S. *et al.* Envelhecimento bem-sucedido e capacidade funcional em idosos. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 8, n. 1, p.11-18, jan./mar. 2014.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Réponses**. Paris: Seuil, 1992.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 12277, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Assistência social 1997**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integral de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 dez. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. **Política econômica e reformas estruturais**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2003b.

_____. **Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**: construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – Renadi. Brasília: SEDH, 2006. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/1a-conferencia/8-anais-i_-cndpi-2006>.

_____. **Anais da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** – avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: avanços e desafios. Brasília: SDH, 2010.

_____. Deliberações 3ª CNDPI. Brasília: SDH, 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/3a-conferencia/5-deliberacoes-iii-cndpi-2011>>.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARADEC, V. **Sociologie de la vieillesse et du vieillissement**. Paris: Armand Colin, 2008.

CERQUEIRA, M. B. *et al.* Envelhecimento na cidade: sobre cotidianos do envelhecer na região central de São Paulo. *In*: TRENCH, B.; ROSA, T. E. da C. (Org.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 159-182.

DEAN, H. **Welfare rights and social policy**. Harlow: Prentice Hall, 2002.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos familiares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 370-378, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. After the Gold Age? Welfare State dilemmas in a global economy. *In*: _____. (Ed.). **Welfare States in transition: national adaptations in global economies**. London: Sage Publications; UNRISD, 1996.

FALEIROS, V. de P. A reforma do estado no período FHC e as propostas do governo Lula. *In*: ROHA, D.; BERNARDO, M. (Org.). **A era FHC e o governo Lula**. Brasília: Inesc, p. 33-64, 2004. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. **Violência contra a pessoa idosa – ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

_____. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade política e constituição. *In*: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 46-66.

_____. Desafios de cuidar em serviço social: uma perspectiva crítica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. especial, p. 83-91, 2013a.

_____. Autonomia relacional e cidadania protegida: paradigmas para envelhecer bem. *In*: CARVALHO, M. I. de (Org.). **Serviço social no envelhecimento**. Lisboa: Pactor, 2013b. p. 35-48.

FALEIROS, V. de P.; AFONSO, K. A. Representações sociais da qualidade de vida na velhice para um grupo de idosos do projeto Geração de Ouro da Universidade Católica de Brasília. **Serviço Social & Realidade**, v. 17, n. 1, p. 39-46, 2008.

FALEIROS, V. de P.; MORANO, T. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, p. 319-338, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527165008>>. Acesso em: 30 out. 2012.

FALEIROS, V. de P.; RAPOZO, J. M. T. Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 356-370, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/8483/7326>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

FALEIROS, V. de P.; REBOUÇAS, M. Gestão social por sujeito/idade na velhice; a experiência do IDADI. In: FALEIROS, V. P.; LOUREIRA, A. M. (Org.). **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília: Universa, 2006.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012.

FERRERA, M. *et al.* **O futuro da Europa social**. Oeiras: Celta Editora, 2000.

FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. (Org.). **The development of Welfare States in Europe and America**. New Brunswick; London: Transaction Publishers, 1990.

FONTES, A. P. *et al.* Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo Fibra-Campinas**. Campinas: Alínea, 2011. p. 55-74.

GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. **Governar em rede: o novo formato do setor público**. Brasília: Enap, 2006.

GUILLEMARD, A. M. **Les défis du vieillissement: âge, retraite, perspectives internationales**. Paris: Armand Colin, 2010.

HADDAD, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

HAYEK, F. A. **O caminho da servidão**. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>>.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira – 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 29). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Coord.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014.

JESSOP, B. Política social, Estado e sociedade. **SER Social**, Brasília, v. 15, n. 33, p. 261-384, jul./dez. 2013.

LEFRANÇOIS, R. **Les nouvelles frontières de l'âge.** Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2004.

LOPES, A. Os desafios da gerontologia no Brasil. Campinas: Alínea, 2000.

MARX, K. **Introdução à crítica da economia política.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

NÉRI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil:** vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Sesc; FPA, 2007. 288 p.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Opas, 2005. 60 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>.

_____. **Guia global:** cidade amiga do idoso. Brasília: OMS, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>.

OPERAÇÕES de empréstimo consignado somam R\$ 3,5 bilhões. **Portal Brasil**, Brasília, 25 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/04/operacoes-de-emprestimo-consignado-somam-r-3-5-bilhoes>>.

PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida** – indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

POGREBINSCHI, T. **Conferências nacionais e políticas públicas para grupos minoritários.** Rio de Janeiro: Ipea, 2012. (Texto para Discussão, n. 1741).

PORTO, I.; KOLLER, S. H. Violência contra idosos institucionalizados. **A Psic** – Revista de Psicologia da Vetor Editora, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2015.

RODRIGUES, N. da C. Política nacional do idoso – retrospectiva histórica. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

ROSA, T. E. da C.; BARROSO, A. E. S.; LOUVISON, M. C. P. **Velhices**: experiências nas políticas do envelhecimento ativo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

SESC-SP – SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO EM SÃO PAULO. **O século da terceira idade**. São Paulo: Sesc, 2003.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração universal dos direitos humanos** – adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília: Unesco, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>.

U.S. NATIONAL INSTITUTE OF AGING; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health and aging**. Geneva: U.S. National Institute of Aging, WHO, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf>.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Mensagem nº 3. Brasília: Ministério da Fazenda, 4 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/VEP-LEI-8842-1994.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

_____. **Caderno SUAS Financiamento da Assistência Social no Brasil**. Brasília: MDS; Snas, 2007. v. 2.