



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Tereza de Marsillac Pasinato

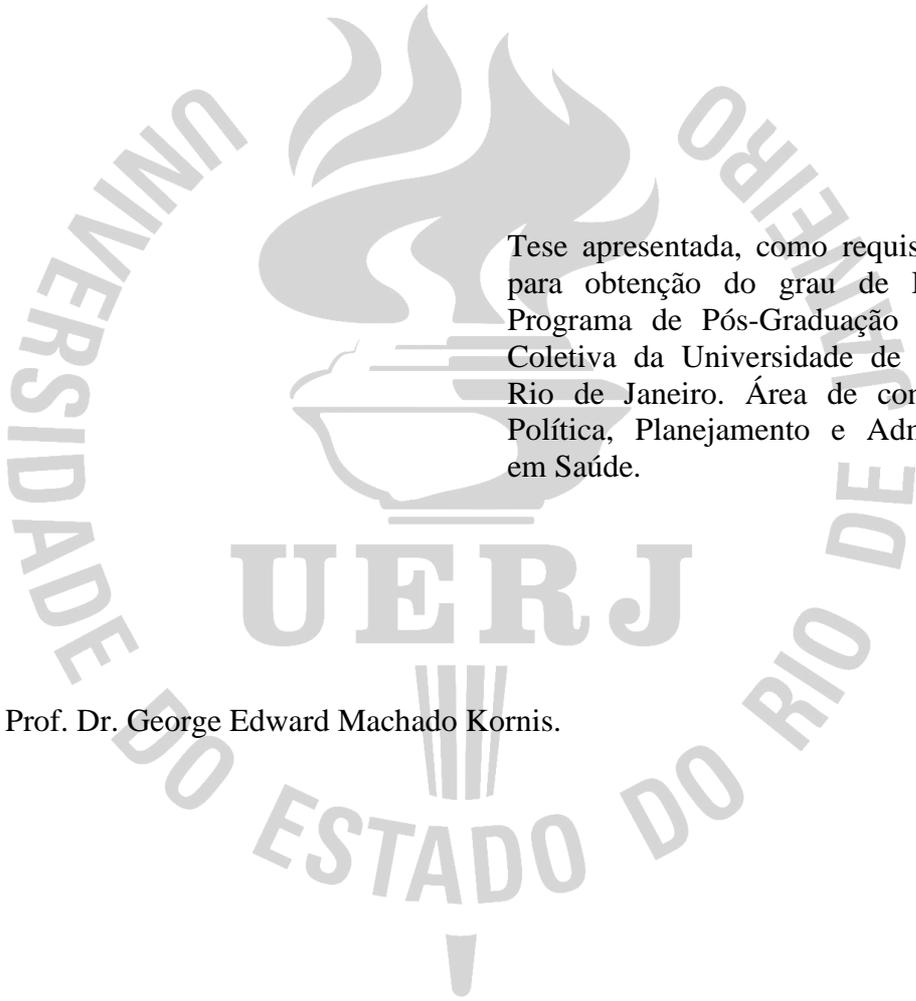
**Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios
para os sistemas de seguridade social**

Rio de Janeiro

2009

Maria Tereza de Marsillac Pasinato

Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis.

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

P282 Pasinato, Maria Tereza de Marsillac.
Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas:
novos desafios para os sistemas de seguridade social/ Maria Tereza
de Marsillac Pasinato. – 2009.
221f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Envelhecimento – Aspectos sociais – Teses. 2. Assistência à
velhice – Teses. 3. Idosos – Teses. 4. Seguro social – Teses. 5.
Previdência social. 6. Assistência de longa duração. I. Kornis,
George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 308-053.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Tereza de Marsillac Pasinato

Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de abril de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Dr. Fernando Gaiger Silveira
Ministério do Desenvolvimento Social – MDS

Prof. Dr. Mario Francisco Giani Monteiro
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Myriam Moraes Lins de Barros
Escola de Serviço Social – UFRJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Para o meu filho João Pedro, por sua compreensão, carinho e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, que me recebeu de portas abertas e, principalmente, com a cabeça aberta, para me orientar em um tema tão pouco presente no debate acadêmico brasileiro.

À Mônica, pela paciência, gentileza e elegância com que sempre encarou as inúmeras invasões a sua casa, em busca de orientação.

À minha professora de Economia do Setor Público, ledora prévia da tese e praticamente uma co-orientadora – Professora Sulamis Dain – por todos os seus comentários e sugestões e por sua defesa apaixonada do Estado.

Aos membros da minha banca de qualificação – Professora Myriam Lins de Barros e Professor Mario Monteiro – pela generosidade intelectual e a gentileza com que me trataram desde a defesa do projeto.

Aos integrantes da Coordenação de Previdência Social – João, Leonardo, Felix e Fernando – que foram muito mais do que colegas de trabalho, me guarneceram de todo o apoio e cuidado que demandei ao longo do processo de elaboração da tese (e, não foi pouco).

Aos colegas José Celso Cardoso Jr. e Jorge Abrahão, pelo apoio que me deram quando assumiram a direção da Diretoria de Políticas Sociais do Ipea.

Aos meus ex-chefes – Francisco Eduardo Barreto de Oliveira, Kaizô Iwakami Beltrão e Ana Amélia Camarano – por sua influência na minha trajetória acadêmica.

Aos servidores da secretaria do IMS, que me auxiliaram com os trâmites burocráticos durante esses quatro anos.

À minha irmã por opção – Maria Paula – com quem pude compartilhar o estresse do início ao fim.

Por fim, mas não menos importante, às minhas mães, por compartilharem comigo os cuidados com o meu filho e com o meu pai.

A vida é um direito, não uma obrigação.

Ramón Sampedro

RESUMO

PASINATO, Maria Tereza de Marsillac. *Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O processo de envelhecimento populacional, ainda que amplamente reconhecido como uma das principais conquistas do século XX engendra o desafio de assegurar que o processo de desenvolvimento ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais. Além dos desafios impostos aos já tradicionais programas constantes dos atuais sistemas de seguridade social, o envelhecimento populacional acrescenta uma nova questão ou risco social: os cuidados de longa duração, demandados pelos idosos com perda de capacidade instrumental e/ou funcional para lidar com as atividades do cotidiano. Por capacidade instrumental pode-se entender a capacidade para a realização de atividades relacionadas a, por exemplo: preparar refeições, fazer compras no mercado, ir ao banco, cuidar da casa etc. Capacidade funcional, por sua vez, refere-se às seguintes atividades: alimentar-se, banhar-se, caminhar distâncias curtas, vestir-se etc. A preocupação com os cuidados de longa duração dos idosos nos países desenvolvidos, onde o processo de envelhecimento populacional já se encontra mais avançado, surgiu como uma necessidade de se separar os custos crescentes com o tratamento dos idosos dos demais gastos com saúde. Os custos, tangíveis ou não, envolvidos na atividade de cuidar/assistir aos idosos tendem a aumentar em função da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e das mudanças nos contratos de gênero, sugerindo crescentes dificuldades para que as famílias arquem com a responsabilidade pelo cuidado de seus idosos. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, essa questão é agravada por se somar a uma ampla lista a ser respondida pelos sistemas de seguridade social, tais como a pobreza, a exclusão de crescentes contingentes da população e o nível de desigualdade vigente. No Brasil, para que se possa avançar no debate sobre os cuidados de longa duração voltados para uma população idosa crescente, faz-se necessário rediscutir e redefinir uma série de parâmetros do atual sistema de seguridade social, em especial, a expressiva parcela de trabalhadores informais alijados do mesmo. O precário equilíbrio, ou resultado, do sistema de seguridade social brasileiro precisa ser revisto e analisado a luz das tendências demográficas, sociais e econômicas que se vislumbram para os próximos 20 ou 30 anos. Somente após o reequacionamento do sistema é possível pensar a incorporação desta nova e latente demanda da sociedade brasileira.

Palavras-chave: Seguridade social. Envelhecimento populacional. Políticas públicas. Idosos. Cuidados de longa duração.

ABSTRACT

The process of population aging, while widely recognized as one of the main achievements of the 20th century, engenders the challenge of improving the well-being of the entire population on the basis of its full participation in the process of development and an equitable distribution of the benefits therefrom. The change in age structure poses implications about the intergenerational viability of social security systems. Besides the challenges presented by the traditional programs of the current systems, population aging adds a new issue or social risk: the long-term care demanded by the elderly due to loss of instrumental and/or functional ability to deal with activities of daily living (ADL). By instrumental ability one can understand the ability to perform activities such as fixing meals, shopping for groceries, going to the bank, house-cleaning etc. Functional ability, on the other hand, refers to the following activities: feeding oneself, having a bath, walking short distances, dressing oneself etc. The concern with long-term care for the elderly in developed countries, where the process of population aging is more advanced, originated as a need to separate the growing costs of treatment for the elderly from other health and social security costs. The costs, whether tangible or not, involved in the activity of caring for/assisting the elderly tend to increase with the massive entrance of women in the labor market and with the changes in the gender contracts, suggesting growing obstacles for the families to meet the responsibility of taking care of their elderly. In developing countries such as Brazil, this question is aggravated by adding to a long list that demands answer from social security systems, such as poverty, exclusion of a growing number of people, and the current level of inequality. In order to go forward in the debate about long-term care aimed at a growing elder population in Brazil, it is necessary to rediscuss and redefine a series of parameters of the current social security system, especially the substantial number of informal workers who are barred from it. The precarious balance, or result, of the Brazilian social security system needs to be revised and analyzed in the light of demographic, social and economic trends forecast for the next 20 or 30 years. Only after the restructuring of the system is it possible to consider the incorporation of this new and latent demand from the Brazilian society.

Keywords: Social security. Ageing. Social policy. Elderly. Long term care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	7
1 SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A ARTICULAÇÃO ENTRE FAMÍLIAS, ESTADO E MERCADO	15
1.1 Os modelos teóricos	16
1.2 As origens históricas da proteção social	24
1.2.1 <u>As leis dos pobres e a indústria nascente</u>	28
1.2.2 <u>O sistema securitário do chanceler Bismark</u>	31
1.2.3 <u>O relatório Beveridge e o estado de Bem-Estar do pós guerra</u>	32
1.2.4 <u>Reformismo previdenciário</u>	35
1.3 Desafios atuais	38
2 OS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA IDOSOS: DEFINIÇÃO, MODALIDADES E EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	46
2.1 Conceito e modalidades	48
2.2 Os cuidados de longa duração no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional	55
2.2.1 <u>Estados Unidos: modelo liberal</u>	55
2.2.1.1 Aspectos sócio-demográficos	58
2.2.1.2 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração	66
2.2.2 <u>Alemanha: modelo conservador</u>	70
2.2.2.1 Aspectos sócio-demográficos	73
2.2.2.2 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração	79
2.2.3 <u>Dinamarca: modelo social-democrata</u>	84
2.2.3.1 Aspectos sócio-demográficos	85
2.2.3.2 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração	91

3	O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRO	96
3.1	Evolução histórico-institucional do Sistema de Seguridade Social brasileiro	97
3.1.1	<u>Políticas setoriais anteriores a Constituição de 1988: saúde, previdência e assistência social</u>	98
3.1.2	<u>A constituição de 1988 e sua implementação</u>	101
3.1.3	<u>Emendas constitucionais e ajustes de rota: desmonte do Sistema de Seguridade Social e reconstrução das políticas setoriais</u>	108
3.1.3.1	Previdência Social	109
3.1.3.2	Saúde	114
3.1.3.3	Assistência social	116
3.2	Mudanças demográficas e socioeconômicas: o envelhecimento da população brasileira e as mudanças no mercado de trabalho	120
3.2.1	<u>Envelhecimento populacional</u>	122
3.2.2	<u>Mudanças no mercado de trabalho</u>	131
3.3	Conquistas e desafios do sistema de seguridade social brasileiro	137
4	AS POLÍTICAS VOLTADAS PARA OS IDOSOS COM PERDA DE AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA NO BRASIL E SUA DEMANDA POTENCIAL	146
4.1	Políticas voltadas para os idosos com perda de independência e autonomia no Brasil	147
4.2	Perda de autonomia e dependência entre os idosos brasileiros	164
4.3	Idosos brasileiros em instituições de longa permanência	176
4.4	Síntese das características das políticas e das condições dos idosos com perda de independência e autonomia no Brasil	180
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
	REFERÊNCIAS	195

APRESENTAÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é mundialmente reconhecido como um dos principais fenômenos demográficos da segunda metade do século XX. Sua importância implica entender as transformações na distribuição da população por grupos etários como um determinante para a demanda por políticas públicas e serviços sociais. Como enfatizado pelos Planos de Ação para o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU, 1982 e 2002), o envelhecimento populacional engendra o desafio de *assegurar que o contínuo processo de desenvolvimento econômico e social ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.*

O envelhecimento pode ser entendido sob duas óticas distintas, porém igualmente importantes para os Sistemas de Seguridade Social: a do próprio indivíduo que envelhece e a da sociedade, à medida que mais indivíduos alcançam a idade avançada. Para os indivíduos, envelhecer não chega a ser uma questão nova, pois corresponde a uma fase natural do ciclo de vida. Na área da demografia, alguns autores sustentam que a longevidade humana parece pouco ter se alterado, porém um contingente cada vez maior de indivíduos tem alcançado idades cada vez longevas.

Para a sociedade, o envelhecimento populacional – entendido como um aumento do número absoluto e relativo de idosos no total da população – implica adaptações e desafios para a reconstrução das relações sociais. Para os sistemas de seguridade social, a mudança na estrutura etária, decorrente do envelhecimento da população, certamente apresenta implicações sobre a viabilidade intergeracional dos atuais mecanismos e políticas que o compõe e são essenciais para a manutenção do bem-estar tanto das gerações mais velhas – atuais idosos -, quanto das gerações mais novas – futuros idosos. No plano econômico, por exemplo, tem-se um agravamento da relação de dependência dos sistemas previdenciários, estabelecidos em grande parte com base em acordos intergeracionais e em regras de funcionamento, na melhor das hipóteses, datadas de meados do século passado. No que se refere aos aspectos de saúde, pode-se dizer que as últimas décadas do século XX apresentaram importantes avanços na qualidade de vida dos idosos mais jovens. Porém, à medida que crescentes contingentes de idosos vivem mais tempo, possivelmente crescentes também serão as demandas por cuidados de longa duração de idosos com algum grau de dificuldade para a execução das atividades da vida diária. No entanto, a redução do tamanho das famílias e a crescente participação da mulher – tradicional cuidadora – no mercado de

trabalho, reduzem a capacidades das famílias em prover os cuidados necessários, o que desvia para a esfera pública estatal a execução ou, pelo menos, a fiscalização dos novos mecanismos de apoio/suporte demandados.

A situação econômico-financeira, o padrão de vida e a qualidade e disponibilidade dos benefícios e serviços prestados pelos sistemas de proteção social afetam sobremaneira a vida e as decisões dos indivíduos nas sociedades. Dessa forma, o processo de envelhecimento populacional pode ser analisado de forma paradigmática, pois além dos novos desafios impostos pela mudança na estrutura etária da população aos já tradicionais programas constantes dos sistemas de seguridade social, o crescente número de idosos, especialmente dos muito idosos, acrescenta uma nova questão ou risco social: os cuidados de longa duração, demandados pelos idosos, com perda de capacidade instrumental e/ou funcional para lidar com as atividades do cotidiano. Por capacidade instrumental pode-se entender a capacidade para a realização de atividades relacionadas a, por exemplo: preparar refeições, fazer compras no mercado, ir ao banco, cuidar da casa, entre outras. Capacidade funcional, por sua vez, refere-se às seguintes atividades: alimentar-se, banhar-se, caminhar distâncias curtas, vestir-se etc. Em conjunto com as políticas previdenciárias, assistenciais e de saúde, essa nova política conformaria o quarto pilar dos atuais sistemas de seguridade social.

Atualmente, os cuidados de longa duração podem ser subdivididos em quatro principais modalidades: cuidados institucionais, referentes à internação dos indivíduos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), tradicionalmente denominadas asilos; cuidados formais intermediários, referentes aos centros-dia e hospitais-dia; cuidados domiciliares formais, isto é, aqueles prestados por enfermeiros, cuidadores formais e/ou acompanhantes etc., e cuidados informais, normalmente entendidos como aqueles realizados pelos próprios familiares. Jacobzone, Cambois e Robine(2000), no entanto, estimam que, atualmente, para os países membros da OCDE, os cuidados informais correspondam a aproximadamente 80% dos cuidados demandados pelos idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD).

A principal questão a ser analisada reside em como alocar as responsabilidades pelo bem-estar social entre o mercado, a família e o Estado. Esses seriam os três pilares de sustentação dos sistemas de proteção social em todo o mundo. O mercado consiste na principal fonte de bem-estar para a maioria dos cidadãos ao longo de sua vida ativa, tanto porque sua renda advém do mercado, quanto por ser este mesmo mercado a instância onde se consomem as trocas e se obtêm os insumos necessários para o bem-estar. A solidariedade

intrafamiliar, por sua vez, também representa uma das principais instâncias para a geração de bem-estar e segurança, particularmente em termos da prestação dos serviços de cuidados e socialização dos riscos. O papel do Estado na promoção do bem-estar reside no papel redistributivo do contrato social inerente a uma solidariedade coletiva. Como ressalta Esping-Andersen (2002), esse três pilares são interdependentes. Dessa forma, tanto a família, como o Estado, podem, em teoria, absorver as falhas do mercado; similarmente o mercado (ou o Estado) pode compensar as “falhas” na família. O problema emerge quando nenhum dos três pilares é capaz de ser substituído pelos outros dois. Pode-se agregar ainda a atuação da sociedade civil organizada. Sua atuação, porém se dá de forma complementar aos dos pilares acima referenciados, não participando da divisão formal das responsabilidades pela promoção do bem-estar social.

A presente tese se propõe a uma análise bibliográfica, documental e estatística para o entendimento da evolução do sistema de seguridade social no referente às políticas e programas voltados para o atendimento dos riscos e demandas do contingente idoso com dificuldades para a realização das AVD ou seja, idosos com perdas de autonomia e independência. No tangente ao contexto brasileiro, a análise das demandas impostas pelo processo de envelhecimento populacional empreendida busca o afastamento das linhas de análise setoriais e fragmentadas das políticas que compõe o sistema de Seguridade Social e a retomada dos objetivos primários de construção de um arcabouço de políticas integradas capazes de promover o “bem-estar” para toda a sociedade.

Optou-se pela estruturação da tese em duas partes. A primeira, composta pelos dois primeiros capítulos, situa a questão dos cuidados de longa duração no contexto internacional das mudanças sociais e econômicas, que se refletem especialmente sobre a articulação entre Estado, mercado e famílias para a promoção do bem-estar social. A segunda parte procura analisar as especificidades com que a questão do envelhecimento populacional e as demandas por cuidados de longa duração se manifestam no contexto brasileiro

O primeiro capítulo apresenta, além de um breve retrospecto histórico das origens, consolidação e transformações de que foram objeto neste aproximadamente um século de sua existência, os mecanismos de proteção social voltados para o atendimento das demandas impostas pelo processo de produção baseado na indústria, os modelos teóricos propostos para seu entendimento e uma primeira aproximação com o desafio de entender como as atuais mudanças socioeconômicas, culturais, demográficas e políticas são impostas e absorvidas pelos sistemas vigentes.

Parte-se da hipótese de que a estrutura assumida pelos sistemas de seguridade social varia muito entre os países, e que os mesmos são construídos, como já mencionado, com base em um tripé de atuação dos três princípios pilares – família, Estado e mercado – envolvidos com a construção do bem-estar social. É utilizada a tipologia adotada por Esping Andersen (1990) que identifica três modelos teóricos, quais sejam: *Liberal*, *Conservador* e *Social-Democrata*. Cada uma das formas idealizadas dos sistemas de seguridade social tende a priorizar a atuação de um dos três pilares envolvidos. Procura-se compreender como e em que extensão a implementação e o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social resultaram na atual necessidade de se repensar a articulação e a divisão das responsabilidades entre a família, o Estado e o mercado em cada um dos modelos analisados.

O segundo capítulo intitulado *Os Cuidados de Longa Duração para Idosos: Definição, Modalidades e Experiência Internacional* procura, ao definir e contextualizar as experiências internacionais no campo das políticas de cuidados voltados para os idosos, construir uma ponte com a análise dos sistemas de seguridade social. A escolha dos três países analisados – Alemanha, Dinamarca e Estados Unidos – obedeceu ao pertencimento, ou à proximidade com os três modelos presentes na tipologia adotada na análise. Certamente cada uma das alternativas de políticas apresenta seus prós e contras. A política adotada nos Estados Unidos privilegia a participação do mercado como forma de suprir as crescentes demandas. A alternativa adotada na Dinamarca reflete a opção histórica pela provisão estatal universal da prestação dos serviços sociais. A alternativa alemã aprofunda o modelo securitário das políticas sociais, de caráter compulsório, ao mesmo tempo em que busca uma melhor integração da gerência desse novo risco entre os pilares do sistema.

A breve análise das políticas implementadas nos três países analisados coloca uma importante questão no que diz respeito à identificação dos cuidados para com os idosos quanto a sua eventualidade: se programável ou não. Seriam os cuidados de longa duração um novo risco não programável a ser incorporado e tratado na esfera dos serviços de saúde? Ou assistenciais? Porém, dado o expressivo contingente de idosos que passam por essa situação, poder-se-ia considerá-lo um novo risco programável, identificado como uma contingência típica da idade avançada, nas sociedades contemporâneas? Não se pretende, no entanto, responder a essas interrogações, mas sim debatê-las e, dentro das limitações existentes relacionadas com a análise de um novo campo do conhecimento (ou, pelo menos, as novas formas de entendê-lo), incorporá-las ao debate maior, referente à necessidade de se repensar os atuais sistemas de seguridade social no contexto das novas formas assumidas pelas relações sociais, econômicas e políticas .

A segunda parte traz a análise para o contexto especificamente brasileiro, com todas as particularidades e desafios sociais intrínsecos a um país em desenvolvimento, de dimensões continentais e desigualdades proporcionais ao seu tamanho. Com esse intuito, o terceiro capítulo apresenta a evolução histórico-institucional do sistema de seguridade social brasileiro, a partir do marco constitucional e um panorama sobre a questão do envelhecimento populacional e das mudanças no mercado de trabalho no Brasil, procurando analisar como essas mudanças afetam o equilíbrio do sistema brasileiro.

O quarto capítulo analisa as políticas voltadas para os idosos com perda de autonomia e independência e as demandas potenciais por serviços voltados para o seu atendimento no Brasil. Para tanto, apresenta a evolução das políticas sociais voltadas especificamente para as questões relacionadas com a perda de autonomia e independência dos idosos, além de procurar mapear a situação dos idosos com dificuldades para a realização das AVD, residentes em domicílios particulares, e dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A análise das condições de vida e saúde dos idosos com dificuldades para a realização das AVD se faz com base nos dados do suplemento de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, da Fundação Instituto de Geografia e Estatística do Brasil (IBGE). Apesar da PNAD consistir em uma pesquisa domiciliar de periodicidade anual, a utilização desses anos decorre dos mesmos serem os únicos que contam com informações sobre a capacidade funcional e instrumental dos indivíduos, pois os suplementos constantes dos questionários da PNAD revezam-se em relação aos temas abordados. Quatro questionários já foram realizados para a identificação das condições de saúde da população – em 1981, 1998, 2003 e 2008. O suplemento saúde da PNAD de 1981, no entanto, não conta com quesitos relacionados à aferição dos limites e dificuldades para a realização das AVD, tendo sido portanto, descartado para os fins do presente estudo, enquanto os resultados da Pesquisa realizada em 2008 não foram todavia publicados, o que inviabiliza sua utilização.

Na ausência de possíveis conclusões sobre o conjunto de idéias que se procura apresentar e defender ao longo da tese, tem-se no quinto e último capítulo uma tentativa de sistematização das medidas já adotadas no âmbito do sistema de seguridade social brasileiro e a apresentação e formalização das lacunas ainda existentes. Como incorporar novas demandas a um sistema de seguridade social como o brasileiro, submetido a 20 anos de sucessivos ajustes voltados para seu equilíbrio financeiro/atuarial concomitantes a expansão de sua cobertura e abrangência?

A experiência internacional indica que os custos com cuidados de longa duração dos idosos tendem a assumir expressiva magnitude. Esses custos elevados acabam por demandar uma nova distribuição de responsabilidades entre mercados, Estado e famílias no tocante ao financiamento dos cuidados relativos ao novo padrão demográfico. No Brasil, para que se possa avançar no debate sobre os cuidados de longa duração voltados para uma população idosa crescente, faz-se necessário discutir e redefinir uma série de parâmetros do atual sistema de seguridade social.

INTRODUÇÃO

No começo da década de 1990 a questão do envelhecimento populacional entrou definitivamente para a pauta das questões sociais: quer no meio acadêmico, entre formuladores e executores de políticas públicas, quer no campo cultural. Um marco no plano acadêmico e institucional foi a publicação, em 1994, do relatório do Banco Mundial intitulado *Averting the old age crises: policies to protect the old and promote the growth*, que alertava para uma suposta crise do envelhecimento associada com o amadurecimento dos sistemas previdenciários e com a fragilização da família e das redes de proteção social informais. No plano cultural, filmes como a comédia dirigida por Mario Monicelli – *Parente é Serpente* –, em 1992, por exemplo, anunciavam que a questão começava a ser percebida e assimilada no cotidiano das pessoas. No filme, os mecanismos de solidariedade internos à família contemporânea, são posto a prova quando os avós idosos anunciam o desejo de irem morar com um de seus filhos.

Todos os aspectos retratados pelo filme são analisados na presente tese com menor ou maior aprofundamento: as mudanças na organização da produção e no mercado de trabalho, o novo protagonismo feminino, as mudanças nos contratos de gênero, nos elos familiares; enfim, mudanças relacionadas com os vários momentos e transições observadas ao longo do ciclo de vida. Porém, todos esses aspectos são analisados a partir da questão do envelhecimento, procurando entendê-lo no âmbito das relações intergeracionais e das novas demandas por cuidados que ocorrem simultaneamente à redução da capacidade familiar em prove-los. A idade avançada, assim como a juventude e a infância, são resultados de uma construção social. Essa construção, ainda que associada, em grande medida, com faixas etárias pré-determinadas, no caso dos idosos nos remete a um período da vida associado a perdas. Ao longo do século XX os sistemas de seguridade social procuraram equacionar a questão da perda da capacidade de trabalho na idade avançada, através da provisão de renda. Porém, como salientado por Beauvoir (1970; p.215): *“As desgraças temidas pelos velhos – doença, impotência, aumento do custo de vida – parecem tanto mais perigosas por serem capazes de acarretar alterações nefastas no comportamento dos demais”*. Isso nos remete a principal premissa desta tese, qual seja: o envelhecimento não diz respeito apenas a quem envelhece, mas também à família e à sociedade.

O envelhecimento populacional, atualmente uma tendência mundial, se por um lado demanda mudanças na atuação dos indivíduos ao longo de todo o ciclo da sua vida, por outro

lado, também pode ser entendido como o resultado das mudanças no comportamento dos indivíduos ao longo deste mesmo ciclo da vida. Dito de outra forma, pode-se pensar o processo de envelhecimento populacional de forma sistêmica. Por um lado, pode ser entendido como resultante dos importantes avanços médicos, sociais e científicos, que permitiram que um número cada vez maior de indivíduos alcançasse idades cada vez mais longevas. Por outro lado, esses avanços também possibilitaram uma mudança no comportamento dos agentes que resultou nos impressionantes declínios da taxa de fecundidade, fazendo com que a importância relativa do contingente idoso crescesse. Isso pode ser transposto para o jargão da demografia como os dois estágios do processo de envelhecimento populacional: envelhecimento pelo topo e envelhecimento pela base. De acordo com Beltrão, Camarano e Kanso (2004) o envelhecimento pela base é ocasionado sobretudo pela queda da fecundidade, que leva a uma redução na proporção da população jovem e a um conseqüente aumento na proporção da população idosa; enquanto o envelhecimento pelo topo está correlacionado com a redução da mortalidade, especialmente entre as idades mais avançadas.

São marcantes, no entanto, as diferenças nas circunstâncias em que ocorre o processo de envelhecimento da população entre os países, pois são nas transformações vivenciadas pelas diferentes coortes que residem algumas das principais diferenças. Nos países desenvolvidos esse processo foi acompanhado pela expansão dos sistemas de proteção social, ainda que os mesmos se deparem atualmente com restrições de várias ordens para sua sustentabilidade no longo prazo. Nos países em desenvolvimento, nos quais o processo de industrialização foi tardio, isso implicou uma conseqüente demora, também, para o desenvolvimento e a efetiva proteção de importantes contingentes populacionais. Como conseqüência, os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações nos países desenvolvidos (que começaram a tomar vulto ainda na década de 1970) tinham por objetivo a manutenção e/ou a re-inserção social dos idosos e a prevenção da perda de sua autonomia, dado que a questão da manutenção de sua renda havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, por sua vez, a questão do envelhecimento populacional soma-se a uma já ampla lista de questões sociais mal resolvidas pela sociedade, tais como: a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população e aos impressionantes níveis de desigualdade vigentes na sociedade (CAMARANO e PASINATO, 2004).

De certa forma, a emergência de novas demandas no contexto dos sistemas de seguridade social e o atual debate sobre o papel e as responsabilidades conjuntas de seus três

pilares ou sustentáculos – família, Estado e mercado – nos remete as questões levantadas no período compreendido entre a 1^a e a 2^a. Guerra Mundial. Como salientado por Esping-Andersen (2002), quando mudamos o “relógio” para a geração dos nossos avós nos deparamos com um cenário marcado por expressivos contingentes de idosos pobres (ESPING-ANDERSEN, 2002: p. 10). Esse retorno, porém se dá sob um novo prisma. Enquanto o século XX se iniciou com o entendimento de que a idade avançada constituía uma etapa da vida marcada pela pobreza e pela marginalização no mercado de trabalho. O século XXI se inicia com um entendimento dos idosos como privilegiados pelos sistemas de proteção social (vis-à-vis outros grupos vulneráveis como por exemplo as crianças) e responsáveis pelos crescentes gastos sociais que pressionam as contas públicas¹. Ou seja, os sistemas de seguridade social, estruturados com base em mecanismo de solidariedade intergeracional, se inicialmente entendidos como uma solução para o problema da pobreza entre os idosos, tem no envelhecimento da população um mote para as atuais críticas. Não podemos ignorar o fato de que, como também salientado por Esping-Andersen (2002), se os atuais idosos desfrutam de uma relativa prosperidade na idade avançada, esta se deve à prosperidade também observada ao longo de toda a sua trajetória laboral, ao contrário de seus pais que viveram seu período adulto entre anos de depressão econômica e guerras mundiais (ESPING ANDERSEN, 2002; p. 130).

Até o século XIX, a idade avançada era identificada com uma etapa da vida marcada pelo aumento das debilidades físicas e, conseqüentemente, pela pobreza, já que os indivíduos não mais dispunham de condições para o trabalho necessário para a garantia de seu sustento. Como salientado por Slater (*apud* PHILIPSON, 1998) medidas voltadas para a proteção dos idosos não se diferenciavam das voltadas para os doentes, todos entendidos como incapacitados para o trabalho. Partia-se da premissa que os idosos correspondiam a um grupo homogêneo, composto por indivíduos dependentes e vulneráveis, tanto no que se refere a renda quanto as condições de saúde e de autonomia. Rowntree (*apud* KANGAS e PALME, 1998), por exemplo, observou, a partir das informações para a cidade de York, que a pobreza estava relacionada com as transições observadas ao longo do ciclo de vida, especialmente com a participação no mercado de trabalho e a formação de família. A primeira fase do ciclo marcada pela pobreza se dava na infância, quando os pais tinham que arcar com as obrigações pela manutenção dos diversos filhos, dada a fecundidade bem mais elevada então observada.

¹ Atualmente, expressivas proporções dos gastos sociais são direcionadas ao pagamento de aposentadorias e pensões, voltados em sua maioria para a manutenção do padrão de vida dos idosos. Ao mesmo tempo a redução da mortalidade em todas as idades associada aos avanços da medicina propiciou uma postergação dos gastos com saúde para a idade avançada.

Essa situação de pobreza se amenizava ao longo da juventude em virtude da capacidade dos jovens por prover seu próprio sustento. Quando da formação de seu próprio núcleo familiar, esses jovens que então entravam na maturidade incorriam em uma nova fase marcada pela pobreza e pelo nascimento de seus próprios filhos. Quando estes filhos logravam sua própria capacidade de auto-manutenção, voltava-se a experimentar uma fase de redução da pobreza, que viria a ser interrompida pela perda da capacidade de trabalho e, conseqüentemente de se auto-sustentar quando da idade avançada. Nessa última fase da vida os idosos vulneráveis passavam a contar com o apoio dos filhos para a provisão de suas necessidades.

As famílias continuam a ser uma forma importante de transferência de apoio entre gerações. A co-residência entre os idosos e seus filhos adultos reflete, por exemplo, normalmente, necessidades de ambas as gerações. Iacovou (2000), por exemplo, apesar de reconhecer que a co-residência entre idosos e filhos adultos implique algum grau de reciprocidade dos cuidados, esta se dê de forma seqüencial e não contemporânea. As transferências de apoio intergeracionais, no entanto, não se restringem a co-residência, perpassam aspectos mais amplos, que vão desde as transferências de renda, bens e recursos, até o apoio emocional, os cuidados pessoais e outros recursos intangíveis. Nesse sentido, de acordo com Grundy (2002), mesmo em países desenvolvidos, onde já se observa um declínio da co-residência, nada se pode afirmar quanto aos demais mecanismos de transferências intergeracionais. Uma expressiva proporção de idosos declara receber diversos tipos de ajuda de seus filhos em cinco países analisados por Grundy e Tomassini (2003) – Alemanha, Canadá, Japão, Reino Unido e Estados Unidos. Em casos de doença, por exemplo, os idosos com mais de 65 anos reportam receber ajuda dos filhos em proporções que variam de 69% nos Estados Unidos até 90% no Japão. O caso da Alemanha é especialmente interessante, pois: 90% dos idosos declarando receber qualquer tipo de ajuda dos filhos, 87% quando estão doentes; 60% para a realização de atividades domésticas; 72% com transportes e apenas 24% com dinheiro.

No entanto, a família mudou, os papéis interpretados por homens e mulheres nas sociedades contemporâneas também mudaram. Gierveld e Dykstra (2003), por exemplo, ressaltam que o próprio processo de envelhecimento populacional levou a importantes mudanças na arquitetura familiar. Se por um lado, as famílias se tornaram mais estreitas em função do declínio da fecundidade, resultando na diminuição das relações e, conseqüentemente da formação de redes de apoio intrageracionais (irmãos, primos e etc.); por outro lado, com o aumento da expectativa de vida, as famílias também se tornaram mais verticais e passaram a ser compostas por várias gerações. Considerando-se que crianças e

idosos com perdas de capacidade funcional e instrumental para a realização das AVD contam com probabilidades cada vez maiores de convivência familiar, é razoável supor uma maior demanda pelos cuidados prestados pelos membros adultos das famílias, por sua vez, em menor número. Nesse sentido, Wanderley et al. (1998) salienta que concomitantemente ao aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e a redução do tamanho das famílias, verificou-se, ao longo do século XX, uma progressiva transferência da prestação dos cuidados de uma atividade tradicionalmente associada ao espaço privado das famílias para o espaço público.

À independência financeira dos idosos proporcionada pelo acesso dos mesmos aos benefícios de renda, integrantes dos sistemas de seguridade social, por sua vez, se soma a valorização pelas sociedades contemporâneas da possibilidade de se viver sozinho. Essa é entendida como um bem, estando associada com questões como autonomia, independência e privacidade. Porém mesmo que o fato de viver sozinho seja uma opção, pode apresentar conseqüências indesejáveis: supõe-se que idosos que vivem sozinhos apresentam maior probabilidade de institucionalização do que os que vivem com pelo menos mais uma pessoa (IACOVOU, 2000). Mesmo quando a institucionalização não é uma prática comum, esses idosos possivelmente demandarão uma rede maior de apoios do que os que vivem acompanhados.

Países desenvolvidos, com sistemas de seguridade social plenamente constituídos parecem confirmar a predileção dos idosos por viverem sozinhos. Na Europa, em países que adotaram o modelo de políticas social-democrata, praticamente todos os idosos com mais de 70 anos vivem sozinhos ou apenas com seus cônjuges - 96% na Dinamarca (IACOVOU, 2000). Nos demais países se observam uma pluralidade de arranjos familiares. Em países como Alemanha, França e Inglaterra essa proporção era de aproximadamente 85%, reduzindo-se em países do sul da Europa, para 71% na Itália até 55% na Espanha. Iacovou (2000) analisando especificamente as mulheres idosas, não-casadas e com filhos, observou, como esperado, uma correlação positiva, ainda que não linear entre o aumento da renda e a probabilidade de estas viverem sozinhas, ao passo em que as restrições de saúde apresentaram-se negativamente correlacionadas com os arranjos unipessoais apenas nos países onde os gastos sociais são mais baixos.

Atualmente, o que se observa, especialmente nos países desenvolvidos, é uma incidência relativa da pobreza menor nas idades avançadas, se comparadas com as demais fases do ciclo de vida, o que possibilita uma maior independência e autonomia dos idosos, em termos de renda. Porém, à medida que crescentes contingentes de idosos vivem mais tempo,

possivelmente crescentes também serão as demandas por cuidados de longa duração de idosos com algum grau de dificuldade para a execução das AVD.

Verificam-se nesses países crescentes interesses por mecanismos que possibilitem maior independência e autonomia para os idosos com alguma limitação de sua capacidade funcional e ou instrumental. Ainda que a maior parte dos cuidados demandados pelos membros mais vulneráveis da família recaia sobre os cuidadores familiares informais, é crescente o debate e a introdução de políticas públicas voltadas para os cuidados de longa duração. A grande preocupação nos países desenvolvidos onde o processo de envelhecimento populacional já se encontra mais avançado, surgiu como uma necessidade de se separar os custos crescentes com tratamentos de longa duração dos idosos dos demais gastos com políticas de saúde e assistência social. A combinação de doenças crônico-degenerativas e fatores debilitantes não demandam uma “cura” e sim apoio para a manutenção da qualidade de vida em sua convivência.

A principal questão reside na busca pelo equilíbrio entre as responsabilidades públicas e privadas. Nesse sentido, tem-se observado como prioridades de políticas o direcionamento dos programas em favor das alternativas que mantenham o idoso em seus próprios lares e/ou comunidades em detrimento da sua institucionalização (como forma tanto de reduzir os custos como de assegurar o bem-estar dos idosos), a necessidade do desenvolvimento de programas voltados para os cuidadores informais dos idosos (geralmente familiares) e a descentralização administrativa dos programas (permitindo uma maior aproximação com a população-alvo).

Por outro lado, políticas voltadas para a provisão, quer pública ou privada, dos serviços de cuidados, permanecem incipientes ou pouco desenvolvidas, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Mesmo os países do Cone Sul, com populações mais envelhecidas e longa tradição em políticas de seguridade social, enfrentam atualmente restrições e ajustes de várias ordens, com importantes impactos sobre o seu grau de cobertura (BARRIENTOS, 1997; PALLONI, 2001 e SAAD, 2001). Nesses países é amplamente assumido que os cuidados de longa duração não constituem uma prioridade de política, pois as responsabilidades pelos cuidados costumam ser assumidas pelas famílias com ou sem o apoio de redes comunitárias informais. Entretanto, nada se pode dizer sobre a satisfação das necessidades dos idosos e de seus familiares nesses arranjos. Contextos de aumento da pobreza e rápidas transformações colocam as famílias sob pressão e reduzem sua capacidade de cuidar dos entes mais vulneráveis. Como salientado por Goldani (2004), a noção de que as famílias provêm cuidados melhores e mais baratos do que o Estado negligencia duas importantes questões: os cuidados prestados através de políticas públicas ou pelas famílias

não devem ser entendidos como mecanismos excludentes e sim cooperativos; e o fato da mulher como tradicional cuidadora estar se transformando em um “recurso” cada vez mais escasso. A análise dos cuidados de longa duração dos idosos com alguma dificuldade para a execução das atividades da vida diária (AVD), em países em desenvolvimento como o Brasil, dessa forma, à primeira vista pode ser percebida como um “luxo” ou supérfluo, dados os níveis de pobreza e desigualdades vigentes. No entanto, à medida que a população envelhece e os contratos intergeracionais, tanto no âmbito da família (arranjos familiares) quanto em relação ao Estado (sistemas de seguridade social), são alterados, surge a necessidade de se repensar (ou re-equacionar) a questão de forma a possibilitar o bem-estar de todas as gerações.

O cuidado dos idosos encerra uma série de diferenças em relação, por exemplo, aos cuidados prestados às crianças, que tornam mais complexa sua análise. Uma primeira questão a ser levantada reside no fato do cuidado no caso dos descendentes (filhos) ser resultado de escolhas pessoais dos indivíduos em sua fase adulta, ao passo que o cuidado dos ascendentes em condição de vulnerabilidade (pais idosos com perda de capacidade para a realização das AVD) geralmente não configuram uma possibilidade de escolha, são dados, fatos (algumas vezes entendidos como fardos) que não podem ser ignorados, quer por motivos afetivos ou legais. Esses “fatos”, do ponto de vista dos que alcançam uma idade avançada, por sua vez, resultam de escolhas realizadas ao longo de seu ciclo de vida, tais como: casamentos, separações, existência ou não de filhos, poupança previdenciária, formação de redes de apoio, entre tantos outros que conformam a complexidade e heterogeneidade da vida humana. Uma segunda questão diz respeito aos prazos, pois filhos crescem e tornam-se independentes, pelo menos física e emocionalmente, ao longo de períodos razoavelmente, embora socialmente, pré-determinados, o que não ocorre no caso dos idosos. As fragilidades dos idosos costumam surgir silenciosamente, intensificando-se com o passar dos anos, sem que se possam delimitar prazos para a prestação dos cuidados.

A tese aqui desenvolvida procura entender, a partir da experiência internacional, as possibilidades e perspectivas que se vislumbram para os idosos brasileiros e suas famílias (estes, também, futuros idosos), pois ainda que a legislação brasileira pareça, até mesmo, bastante avançada, não condiz com a realidade. A garantia de uma renda mínima, como a atualmente assegurada a praticamente universalidade dos idosos brasileiros, não significa o atendimento de condições dignas para a sua sobrevivência e bem estar, além de pouco interagir com as demandas familiares. Essa realidade explode em cores nos principais veículos de mídia, de tempos e tempos, em denúncias de maus-tratos contra idosos tanto em

instituições coletivas – como no caso da morte de 99 idosos em dois meses na Clínica Santa Geneveva no Rio de Janeiro em 1996² – quanto em domicílios particulares – idosa paulistana, residente em bairro de luxo, identificada em condição de auto-negligência, em 2006³.

Encaminhamentos e soluções para as demandas dos idosos com perdas de autonomia e independência dependem da recuperação e implementação do conceito de seguridade social no Brasil. A atual conjuntura social, econômica e política não nos permite mais pensar o sistema de seguridade social fragmentado, com políticas setoriais encerradas em suas áreas fim, voltadas para grupos etários estanques. Essa nova demanda por cuidados de longa duração representa um desafio que perpassa toda a vida do indivíduo, dado ser o resultado de sucessivas escolhas (fumar, beber, casar, ter filhos, etc), estando presente na vida de todos os indivíduos.

² Várias matérias ainda encontram-se disponíveis na internet. Consultar, por exemplo, <http://www.terra.com.br/istoe/politica/139324.htm>.

³ Em julho de 2006, foram retirados 24 caminhões de lixo de uma casa no Itaim Bibi, bairro nobre de São Paulo, pertencente a uma idosa de 78 anos. De acordo com matéria do jornal “Folha de São Paulo”, o acúmulo de lixo só foi descoberto porque vizinhos suspeitaram que a idosa havia morrido no local, tamanho era o mau cheiro. Maiores detalhes, consultar: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128709.shtml>.

1 SISTEMAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A ARTICULAÇÃO ENTRE FAMÍLIAS, ESTADO E MERCADO

Nesse capítulo introdutório é feito um breve retrospecto histórico das origens, consolidação e transformações de que foram objeto, em aproximadamente um século de existência, os mecanismos de proteção social. Apesar de mecanismos de proteção social voltados para o enfrentamento da pobreza e miséria serem observados desde o século XVI, as primeiras medidas, empreendidas pelo Estado, voltadas para uma proteção mais ampla da população, se deram através da proteção dos trabalhadores contra a perda de sua capacidade de trabalho em decorrência de doenças, idade avançada e invalidez em fins do século XIX. Porém, foi ao longo do século XX, que as mesmas se intensificaram, dando origem aos Estados de Bem-Estar Social, como atualmente denominados.

Esping-Andersen (1999) procura delimitar os limites e as diferenças entre Estado de Bem-Estar Social, Regimes de Bem-Estar Social e os mecanismos de proteção social. Para o referido autor os mecanismos de proteção social podem existir na presença ou não de Estados de Bem-Estar Social, ao passo que o inverso, não ocorre. Além disso, os mecanismos de proteção social existem enquanto existir alguma forma de ação política coletiva com vistas a superação dos riscos sociais. Mecanismos de proteção social modernos, por sua vez, são associados com a introdução do sistema previdenciário contributivo adotado por Bismark, no final do século XIX. No entanto, um Estado de Bem-Estar Social não pode ser confundido com um conjunto de benefícios sociais oferecidos pelo Estado, pois sua construção conceitual envolve o contexto histórico no qual são forjados os contratos sociais entre o Estado e seus cidadãos. Historicamente, de acordo com Fiori (1997), pode-se dizer, que o Plano Beveridge implementado em 1946 na Inglaterra, pode ser entendido como a primeira experiência de um Estado de Bem-Estar Social, na medida em que criou um sistema nacional universal e gratuito de assistência médica, financiado pelo orçamento fiscal, baseado na condição de cidadania.

O Estado de Bem-Estar Social é um dos três pilares responsáveis pelo gerenciamento dos riscos sociais, conjuntamente com o mercado e as famílias. Com isso, a forma como os riscos são enfrentados pelos três pilares determina, de fato, os Regimes de Bem-Estar Social, aqui denominados, ainda que de forma imprecisa e simplória, como Sistemas de Seguridade Social. Em termos gerais, um Sistema Seguridade Social pode ser definido como um conjunto de políticas públicas e ações da sociedade, em geral articuladas com o objetivo de amparar o indivíduo, e/ou seu grupo familiar, ante os eventos que afetem sua capacidade de gerar renda,

usualmente decorrentes de morte, doença, invalidez, idade avançada, desemprego e incapacidade econômica em geral; assegurar seu acesso aos serviços de saúde quando necessário e garantir que todos os indivíduos participantes da sociedade possam gozar de uma vida digna. Da mesma forma, o conceito similar de Estado de Bem-Estar Social pode ser definido como a responsabilidade estatal por assegurar um padrão mínimo de bem-estar social para todos os cidadãos. Como não poderia deixar de ser, o caráter genérico destas definições comporta um sem-número de variantes no campo prático, dependendo de fatores políticos, econômicos, sociais, históricos e culturais que influenciaram a evolução de cada sistema em particular.

Dessa forma, apesar da evolução histórica dos mecanismos de proteção social ser de valoroso auxílio para o entendimento da atual condição social dos indivíduos e suas necessidades, o estabelecimento de taxonomias e tipologias é essencial para que se possa delimitar com mais clareza o objeto de estudo. Com esse intuito, a organização do capítulo obedeceu à seguinte estrutura: a primeira seção deste capítulo apresenta sinteticamente os três modelos teóricos de sistemas de seguridade social presentes na tipologia proposta por Esping-Andersen (1990)⁴, quais sejam – o Liberal, o Conservador e o Social-democrata – e analisa brevemente sua adequação à análise das novas demandas por cuidados impostas pelo envelhecimento da população; a segunda seção apresenta as origens das principais modalidades de proteção social sob a ótica das quatro experiências históricas mais relevantes, quais sejam: as leis dos Pobres, que perduraram por mais de dois séculos na Inglaterra; o modelo alemão implementado pelo Chanceler Otto Von Bismark em finais do século XIX; o Relatório Beveridge e seus impactos no pós-guerra; e, por fim, o período caracterizado pelas diversas iniciativas de reforma da Previdência Social, nos últimos 30 anos, aqui denominado *Reformismo Previdenciário*; a terceira, última seção, apresenta os atuais desafios que as mudanças socioeconômicas, culturais, demográficas e políticas colocam para os sistemas de seguridade social atualmente vigentes.

1.1 Os Modelos Teóricos

O desenvolvimento dos sistemas de seguridade social capitaneados pelo Estado, associados com padrões de intervenção e cobertura distintos, possibilitou o avanço dos estudos comparativos. Foi pioneira a tipologia desenvolvida por Titmuss em 1958, de acordo

⁴ Esping-Andersen (1999) alerta para o fato de o objetivo de sua tipologia ser a análise dos regimes de bem estar – sistemas de seguridade social – e não os Estados de bem-estar ou as políticas sociais individualmente. O interesse principal é entender como a responsabilidade pela produção do bem-estar nas sociedades é alocada entre o Estado, o mercado e as famílias (ou domicílios).

com a qual, seriam três as principais formas assumidas pelos Estados para a construção do Bem-Estar Social: residual, corporativa e redistributiva (DRAIBE e RIESCO, 2006). Esping-Andersen (1990), ancorado em uma metodologia de análise comparativa dos países membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), avançou no desenvolvimento dessa tipologia, com base no grau de desmercantilização dos bens e serviços sociais, ou seja, o grau em que os serviços são prestados como um direito e possibilitam a reprodução social fora do mercado, e seus efeitos sobre a estratificação social (DRAIBE e RIESCO, 2006; ARTS e GELISSEN, 2007).

Em seu trabalho de 1990, Esping Andersen parte da premissa de que a garantia dos direitos sociais, como constante da formulação de Marshall (1950) é essencial para construção do Estado de Bem-Estar Social. Porém, é necessário que se qualifique o direito social de que se está tratando. Os direitos sociais precisam emanar das mesmas bases legais que garantem os direitos de propriedade privada, ou seja, que sejam invioláveis e baseados na noção de cidadania ao invés de relacioná-los com a performance no mercado, promovendo, com isso, a desmercantilização do *status* individual de forma a assegurar sua autonomia em relação ao mercado. Em textos mais recentes, Esping-Andersen, incorpora também várias das críticas elaboradas por vários autores ao seu trabalho de 1990 no que se refere à questão da família e introduz o conceito de desfamiliarização, o qual consiste na redução da dependência dos indivíduos em relação ao apoio provido pela família (ESPING ANDERSEN, 2002). Esping-Andersen (1990) ressalta ainda que o Estado de Bem-Estar Social deve ser entendido em si como um sistema de estratificação, pois consiste em uma força atuante para a ordenação das relações sociais, através da construção de mecanismos de solidariedade que envolvem a sociedade de forma geral. O interesse principal de sua análise é, com isso, entender como a responsabilidade pela produção do bem-estar nas sociedades é alocada entre o Estado, o mercado e as famílias. São três os modelos de regimes que emergem da análise: Liberal, Conservador e Social-Democrata.

O modelo Liberal caracteriza-se pelas transferências universais básicas, pelas políticas assistenciais residuais e focalizadas e sistemas previdenciários com previsão de modesta reposição de renda. Isso se deve ao fato do modelo ter sido edificado com base em normas éticas do trabalho de cunho liberal, que estabelecem que os limites do Estado de Bem-Estar Social devem ser dados pela propensão marginal dos indivíduos optarem entre os benefícios concedidos e a participação no mercado de trabalho. O enfoque liberal resulta, com isso em uma dualidade: os riscos “bons” podem ser resolvidos através do mercado; os riscos “ruins” tornam os indivíduos dependentes das políticas assistenciais. O modelo é voltado

principalmente para a clientela de baixa renda, sendo suas regras de elegibilidade bastante restritivas e, normalmente, associadas a uma estigmatização dos indivíduos. A participação do Estado consiste em encorajar o mercado, quer através de políticas passivas ao garantir apenas um mínimo de bem-estar, quer por políticas ativas subsidiando os sistemas privados.

Conseqüentemente, esse modelo promove o mínimo em termos de desmercantilização e desfamiliarização das relações sociais, além de construir uma estrutura de estratificação social caracterizada pela relativa equidade da pobreza entre os beneficiários e as diferenciações promovidas pelo mercado entre a maioria. Sinteticamente podem ser ressaltados três elementos-chave para a identificação desses sistemas: privilegiam a assunção apenas dos riscos considerados “ruins” por parte do Estado; as políticas empreendidas pelo Estado são consideradas residuais, dada a restrita concepção dos riscos que podem ser considerados sociais; e a promoção dos valores e méritos do mercado, como instância responsável pelo enfrentamento dos riscos sociais. Os Estados Unidos representam o típico exemplo deste modelo. Seu sistema pode ser considerado extremamente residual em função da ausência de um sistema nacional de saúde, benefícios voltados para os riscos de doença e maternidade e serviços voltados para as necessidades das famílias. Para enfrentar as falhas de mercado nessas áreas, as políticas públicas são focalizadas nos riscos “ruins”, tais como: o *Medicaid* e o *Medicare*, voltados para a atenção a saúde de pobres e idosos, respectivamente; assistência social voltada para o atendimento de mães solteiras; e subsídios para as famílias de baixa renda com filhos.

No modelo Conservador a preocupação com a eficiência do mercado, a mercantilização das relações sociais, assim como a garantia dos direitos sociais, não são tão acentuadas. Esse modelo foi erigido com base em um Estado plenamente capaz de substituir o mercado enquanto provedor de bem-estar. Quaisquer efeitos redistributivos associados a solidariedade intrínseca dos Estados de Bem-Estar podem ser considerados negligenciáveis, pois o modelo apenas reflete a estratificação presente na sociedade. Além de o mercado assumir uma posição marginal para a geração do bem-estar, promovendo com isso algum grau de desmercantilização, no modelo Corporativo o Estado assume claramente um papel subsidiário ao papel da família para a promoção do bem-estar, ou seja, o estado só é instado a interferir nos casos em que a família não consegue arcar com seu próprio bem-estar. Para tanto, o modelo se baseia na família típica formada pelo homem, responsável pela manutenção (principalmente em termos de renda) de seus membros, e pela mulher, responsável pelos cuidados domésticos.

Um dos principais exemplos ao qual se pode associar este modelo é a Alemanha. A tônica do sistema é dada pelo papel central que ocupam as políticas previdenciárias, complementadas por políticas residuais voltadas para os segmentos de inclusão mais precária no mercado de trabalho. Com isso, uma parte significativa da atenção a saúde e dos serviços assistenciais, nos países optantes por esse modelo, ainda que não sejam providas pelo Estado, são desenvolvidas por setores não lucrativos da economia, de forma voluntária e, em muitos casos associados a igreja, tais como a atuação da Caritas (ligada a igreja católica) na Alemanha.

Observa-se, dessa forma, uma certa nuance residualista nas políticas constantes dos sistemas conservadores, a exemplo do observado entre os sistemas liberais, porém as características desse residualismo diferem quanto a sua essência. Enquanto nos sistemas liberais o Estado se encarrega de assumir apenas os riscos “ruins” que não puderam ser absorvidos pelo mercado em função das falhas de mercado, o residualismo conservador atua no sentido de tentar responder às falhas ocorridas no âmbito da família. Isso pode ser entendido como uma baixa capacidade de resposta dos sistemas conservadores às demandas por mecanismos capazes de promover a desfamiliarização das relações sociais.

O terceiro modelo – Social-Democrata – baseia-se nos princípios de universalidade da cobertura e total desmercantilização dos direitos sociais. Ao invés de tolerar a dualidade mercado versus Estado, este modelo promove a equidade em padrões de bem-estar suficientemente elevados, não a equidade em padrões mínimos de subsistência. Neste modelo tanto os trabalhadores manuais, quanto os ocupantes de cargos mais elevados na estrutura do mercado de trabalho disfrutam dos mesmos direitos sociais. A estratificação social presente no mercado de trabalho não é transposta para o regime. O modelo obscurece o papel do mercado ao forjar mecanismos de solidariedade universais, onde todos os participantes são ao mesmo tempo beneficiários e dependentes do sistema, construindo com isso uma obrigação coletiva para o funcionamento do regime. O modelo Social-Democrata promove ao mesmo tempo a emancipação dos indivíduos em relação ao mercado e à família. O objetivo do modelo não reside em maximizar a dependência dos indivíduos na solidariedade familiar, mas sim maximizar a capacidade de independência dos indivíduos. Isso é obtido através da construção de uma pesada estrutura de serviços prestados à população em todos os momentos do ciclo de vida, o que representa a implementação de programas especificamente desenhados para o atendimento de crianças, idosos, portadores de deficiência, etc. Isso permite, por sua vez, que as mulheres possam contar realmente com a possibilidade de escolha entre a participação no mercado de trabalho ou não.

Esse sistema é identificado com os países escandinavos. Ainda que estes países sejam considerados *latecomers* (referente a sua industrialização e modernização tardias) no âmbito da dinâmica da economia mundial, as raízes históricas de suas políticas sociais remontam aos mecanismos de alívio da pobreza datados de finais do século XIX, os quais foram gradualmente sendo transformados em programas de assistência social e, finalmente, entre as décadas de 1940 e 1960, resultaram em modernos regimes de bem-estar social. Como ressaltado por Esping-Andersen (1999, p. 78) a condição universalista dos sistemas é bastante antiga, tendo sido a Dinamarca o país pioneiro na universalização da proteção ao idoso vulnerável em 1891. Por outro lado, pode-se dizer que já na década de 1970, os vários modelos de sistemas de seguridade social, em todo o mundo ocidental tinham alcançado altos níveis de cobertura na área previdenciária, de proteção e manutenção da renda. Foi justamente nesse momento que os regimes social-democratas tomaram um rumo próprio que os diferenciaria dos demais modelos de sistemas nas décadas subseqüentes: construíram uma ampla rede de serviços sociais, especialmente voltados para as necessidades das famílias, além de implementar benefícios pecuniários especialmente voltados para as mulheres que desejassem participar do mercado de trabalho assalariado. Isso permitiu uma importante diferenciação da estrutura do mercado de trabalho, quando do aumento do desemprego estrutural, nesses países. Se, por um lado, as taxas de desemprego nos países escandinavos pouco difere das observadas nos países da Europa continental, o mesmo não pode ser dito da taxa de participação no mercado de trabalho, em especial a das mulheres.

A Figura 1 apresenta, de forma bastante simplificada, algumas das principais características dos três regimes de bem-estar social propostos por Esping-Andersen (1990).

Figura 1 – Aspectos Selecionados dos Regimes de Bem-Estar Social

	Liberal	Social-Democrata	Conservador
<u>Papel da:</u>			
<i>Família</i>	Residual	Residual	Central
<i>Mercado</i>	Central	Residual	Residual
<i>Estado</i>	Residual	Central	Subsidiário
<u>Modo de solidariedade</u>	Individual	Universal	Parentesco, Corporativismo, e Clientelismo
<u>Lócus de solidariedade</u>	Mercado	Estado	Família
<u>Grau de desmercantilização</u>	Mínimo	Máximo	Médio (baseado na família constituída pelo homem provedor e mulher cuidadora)
<u>Grau de desfamiliarização</u>	Mínimo	Máximo	Médio
<u>Exemplo</u>	Estados Unidos	Dinamarca*	Alemanha

Fonte: Adaptado de Esping-Andersen (1999) p. 85.

* A referência a Dinamarca como exemplo de regime de bem-estar social-democrata, neste caso, deve-se a sua atuação pioneira e ampla cobertura dos serviços prestados pelo Estado para a promoção da desfamiliarização e proteção aos idosos (objeto da tese).

De acordo com Arts e Gelissen (2007), a eleição de outras dimensões e indicadores para o desenvolvimento de tipologias para os regimes de Bem-Estar social (sistemas de seguridade social) resultou em um campo da análise dos sistemas comparados bastante profícuo a partir do trabalho pioneiro de Esping-Andersen (1990). Uma das principais críticas formuladas à tipologia de Esping-Andersen refere-se à corrente tradicionalmente denominada “feminista” que se baseia em dois aspectos: o papel da família e os contratos de gênero. Ambos aspectos se inter-relacionam e complementam, pois o autor ao considerar apenas o modelo de arranjo familiar baseado no binômio homem provedor / mulher cuidadora, desconsidera os custos familiares incorridos neste tipo específico e correspondente de arranjo familiar e suas implicações para a divisão sexual do trabalho (DRAIBE e RIESCO, 2006). A opção pela adoção de um modelo de família constituído pelo homem provedor e a mulher cuidadora, reflete, no entanto, a predominância histórica do Sistema Previdenciário enquanto eixo central dos Estados de Bem-Estar Social, tendo sido o mesmo constituído com base no assalariamento/ mercantilização da força de trabalho, o que não ocorreu com a atividade do cuidar. A bem da verdade, em textos mais recentes, o próprio Esping-Andersen, como já mencionado, incorpora várias das críticas feitas ao seu trabalho de 1990 no que se refere à questão da família e introduz o conceito de desfamiliarização. Reconhece-se dessa forma, que a implementação e o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social implicaram na necessidade de se repensar a articulação e a divisão das responsabilidades entre a família, o Estado e o mercado.

A articulação das responsabilidades entre família, Estado e mercado determina o bem estar dos indivíduos em qualquer que seja a sociedade. O mercado consiste na principal fonte de bem-estar para a maioria dos cidadãos ao longo de sua vida, tanto porque sua renda advém do mercado quanto por ser este a instância onde se consomem as trocas e se obtêm os insumos necessários para o bem-estar. A solidariedade intrafamiliar, por sua vez, também representa uma das principais instâncias para a geração de bem-estar e segurança, particularmente em termos da prestação dos serviços de cuidados e socialização dos riscos. O papel do Estado na produção do bem estar reside no papel redistributivo do contrato social inerente a uma solidariedade coletiva. Como ressalta Esping-Andersen (2002), esses três pilares são interdependentes. Dessa forma, tanto a família, como o Estado, podem, em teoria, absorver as falhas do mercado; similarmente o mercado (ou o Estado) pode compensar as “falhas” na família. O problema emerge quando nenhum dos três pilares é capaz de ser substituído pelos outros dois. A participação da sociedade civil organizada apresenta aspectos

de complementariedade à atuação das demais esferas, não participando independentemente na divisão das responsabilidades sociais.

As críticas referentes ao papel da família também ecoam nas propostas de incorporação de novos modelos, que melhor atendam conjuntos de países onde sua participação na divisão das responsabilidades pela promoção do bem-estar social é mais intensa, tais como os conformados pelos países mediterrâneos e os conformados pelos países asiáticos. Ferrera (1996)⁵, por exemplo, procurou salientar algumas especificidades do modelo mediterrâneo de Bem-Estar Social, em uma clara tentativa de dissociá-lo do entendimento do mesmo como uma simples sub-categoria ou como uma modalidade mais incipiente ou menos desenvolvida de uma dos três tipos propostos por Esping-Andersen. O referido autor propõe um modelo mediterrâneo, construído a partir de configurações específicas decorrentes de suas características históricas e culturais comuns, a configurar um quarto tipo de Estado de Bem-Estar. Como salientado por Draibe e Riesco (2006), ao invés de adotar novos critérios para a identificação de uma tipologia substitutiva a proposta por Esping-Andersen (1990), o autor procura salientar características específicas dos países mediterrâneos de forma a criar um novo cluster (ou grupo) que os diferenciem dos outros tipos com base nos seguintes aspectos: a dualidade da sociedade, com a presença de um amplo setor informal na economia aliado do sistema de proteção social; o papel decisivo da família na distribuição das responsabilidades pelo bem-estar social e a forte presença de mecanismos políticos, tais como o clientelismo e o corporativismo, para a conformação das políticas sociais constantes dos sistemas de proteção social. Ainda que esta opção seja a mais aderente aos sistemas vigentes na América Latina, quer por razões históricas, aspectos culturais relacionais a herança colonial, entre outros, pouco agrega em termos de construção de programas sociais capitaneados pelo Estado ou pelas alternativas de mercado.

No que se refere à questão dos cuidados de longa duração, objeto da tese, tem-se que os mecanismos presentes no modelo mediterrâneo caracterizam-se mais por uma combinação distinta entre os programas sociais observados nos tipos propostos por Esping-Andersen e menos por inovações programáticas e administrativas, pois se parte da hipótese de uma crescente demanda por parte das famílias, por mecanismos alternativos, que as auxiliem a arcar com sua tradicional responsabilidade pelos cuidados. Às famílias corresponde a responsabilidade pela reprodução social relacionada com a procriação, alimentação, cuidados de proteção física dos membros dependentes – crianças, idosos e portadores de deficiência –

⁵ Entre outros autores como, por exemplo: Moreno (2000) e Sarasa (1992) (*apud* DRAIBE e RIESCO, 2006).

e, inclusive, como salientado por Draibe e Riesco (2006) o acesso a recursos e a ativos sociais, econômicos e simbólicos, internos e externos a instituição familiar. Como salientado por Goldani (2004), o aumento da demanda por mecanismos de apoio, alternativos à família, para o atendimento dos cuidados tem sido recorrentemente obscurecido, principalmente em países latinos, pela ausência de um diagnóstico coerente dos diferenciais de custos incorridos pelas famílias, o Estado e o mercado. Isso se deve em grande parte à suposição implícita de que as famílias, especialmente as mulheres, provêem os cuidados gratuitamente. No entanto, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho associado a outras importantes questões da vida moderna, tais como a instabilidade das relações afetivas, faz com que este deixe de ser um recurso não-aparente para se tornar, cada vez mais, um recurso escasso.

Por outro lado, o desenvolvimento de tipologias específicas para o entendimento da questão dos cuidados, mais preocupadas com variáveis tais como a diferenciação de políticas sociais voltadas para a prestação de serviços das voltadas para a transferência de renda e a participação da mulher no mercado de trabalho, a não resultaram em modelos tão divergentes dos propostos por Esping-Andersen (1990). Doyle e Timonen (2007) após uma breve resenha sobre as tipologias propostas por Kohl (1981), Alber (1995), Anttonen e Sipilä (1996) e Timonen (2005) concluem:

“It is, of course, slightly ironic that efforts to develop a social care classification, which started with a critique of the three worlds of welfare capitalism, have to date produced classifications that are not entirely dissimilar from that developed by Esping-Andersen (...). Despite the fact that different variables are used, the resulting framework is astonishingly similar to Esping-Andersen’s classification: surprisingly little has been made of this similarity in the literature.” (DOYLE E TIMONEN, 2007; p. 4)

Dessa forma, a utilização dos três modelos: Liberal, marcado pela participação mais incisiva do mercado, Social-Democrata identificado com a prestação direta de serviços públicos universais e o Corporativo, apoiado na utilização de mecanismos de seguro; faz da tipologia clássica de Esping-Andersen, se não a mais adequada, pelo menos a mais facilmente reconhecida do discurso acadêmico para identificação de alternativas para o suprimento das novas demandas sociais de que tratam o presente trabalho, baseados nas mudanças na estrutura etária da população e nas novas modalidades de arranjos familiares e suas conseqüências em termos de riscos sociais a serem enfrentados ao longo do ciclo de vida.

1.2 As Origens Históricas da Proteção Social

Nas sociedades pré-capitalistas, o princípio de coesão social faz parte da própria estrutura das mesmas, uma vez que as hierarquias e distinções são percebidas como vínculos naturais. Apesar do trabalho remunerado, da pobreza e da miséria já existirem nas sociedades pré-industriais, foi somente com o trabalho assalariado e o empobrecimento na era industrial que as demandas por mudanças sociais mais drásticas emergiram na arena social, política e econômica. Fez-se necessário, dessa forma, nas sociedades modernas buscar novos tipos de vínculos entre os homens. É nesse contexto que ocorre a transposição de uma estrutura social-organizacional baseada no *status* para uma estrutura contratual. Este fenômeno pode ser identificado no pensamento de Marx como a mercantilização das relações sociais e em Weber como o processo de orientação para o mercado da sociedade moderna (MACEDO Jr., 1998). Nesse contexto surgem as doutrinas relacionadas ao direito contratual e, conseqüentemente aos contratos referentes aos direitos sociais, que deram a tônica aos mecanismos de proteção social capitaneados pelo Estado, a partir do século XIX.

A idéia prevaiente até então era de que o Estado deveria intervir o mínimo possível na vida dos indivíduos e a justiça deveria ser entendida essencialmente como a obediência aos acordos firmados. Macpherson (*apud* PIERSON, 2006) ressalta, no entanto, que as noções de preços justos, salários justos e justiça alocativa sustentadas pelo Estado e pela Igreja, através de sanções externas ao mercado, surgiram como uma necessidade de readequar a ordem pré-existente as novas relações mercantis. A questão da intervenção do Estado na arena social foi paulatinamente sofrendo alterações. Talvez uma das mais importantes transformações, especialmente no que tange aos mecanismos de proteção social, se refira à questão da igualdade perante a lei ou autoridade maior (o Estado). O reconhecimento da existência de diferenças substantivas entre indivíduos (ou grupos de) permitiu a progressiva legitimação dos direitos sociais. Nessa nova perspectiva, a pertinência a determinados grupos de atores sociais passa a determinar o tipo de regime contratual que regulará as relações das quais os mesmos fazem parte e determinará padrões específicos e particulares de regulação pública/estatal.

O contrato social clássico, fundamentado na noção de troca, é progressivamente substituído pela noção de acordos de solidariedade, fundamentados na idéia de justa distribuição ou equitativa alocação dos ônus e lucros sociais (MACEDO Jr.,1998). Viana (2004) ressalta que a “solidariedade institucionalizada” engloba desde as ações no âmbito familiar, as empreendidas em função das categorias profissionais e também a noção mais ampla de cidadania presente nos sistemas de seguridade social desenvolvidos a partir do pós-

guerra nos países escandinavos. Com isso, “... *os sistemas de proteção social são formados a partir do compartilhamento dos riscos gerados pelas situações de dependência pela Sociedade, Mercado e Estado, em diferentes momentos históricos...*”(VIANA, 2004: p.4)

A solidariedade, no entanto, impõe um compromisso em torno do considerado socialmente correto. Permeando toda a discussão se encontra a noção de equilíbrio que em um contrato pode ser entendida como uma medida de reciprocidade. Macedo Jr (1998) com base no pensamento de Durkheim (1999) ressalta que a reciprocidade só pode ser obtida através da cooperação e, isto não ocorre sem divisão social do trabalho, sendo desta forma a solidariedade o elemento de coesão social (de natureza moral) que permite que os indivíduos firmem contratos.

Em termos práticos, para a implementação da solidariedade em termos coletivos tem-se o advento da transposição para as questões sociais relacionadas ao mercado de trabalho do instrumental securitário, o que ocorreu com o surgimento do cálculo atuarial no século XVII⁶. Castel (1998) salienta a importância que as técnicas atuariais desempenharam para a construção da esfera social dos direitos, ao dissociarem as obrigações legais das responsabilidades individuais e socializarem os interesses. Rosanvallon (1998), por sua vez, volta às origens do conceito de segurança e, na sua forma específica de gestão social: a) técnicas de controle e previsão de riscos – surgimento dos cálculos atuariais; b) práticas de reparação de danos - representando uma aproximação do direito contratual com o direito sobre responsabilização civil (ex. acidentes do trabalho); c) instituições de segurança pública e privada.

Se por um lado o instrumental securitário facilitou a adoção de mecanismos de proteção social para os trabalhadores alijados de qualquer outro insumo produtivo que não sua própria força de trabalho, este se soma ao o reconhecimento dos direitos sociais como integrantes do conceito de cidadania, como sugerido por Marshall (1950), para a construção dos atuais sistemas de seguridade social. O reconhecimento da necessidade da construção de mecanismos de proteção social contra os riscos sociais com os quais se deparam os cidadãos incorpora, como salientado por Esping-Andersen (1990), com base em trabalhos anteriores de Polanie e Offe, aspectos relacionados com um processo denominado “desmercantilização” dos direitos dos indivíduos.

⁶ É atribuída a Edmond Halley, o matemático e filósofo inglês conhecido por ter calculado a órbita e previsto a passagem do cometa que leva seu nome, a elaboração da primeira tábua de mortalidade em finais do século XVII.

O mercado, que em um primeiro momento do capitalismo industrial passou a ser responsável pela intermediação de todas as trocas, inclusive pela reprodução da mão-de-obra, perde seu posto para o Estado, pois a sociedade passa a entender a sua própria reprodução como um dever solidário a ser gerenciado e intermediado através do Estado. De acordo com Bobbio (1995) o slogan dos trabalhistas ingleses em 1945 – *participação justa de todos* – resume bem o conceito de universalismo e cidadania presentes nos sistemas de seguridade social desenvolvidos no pós-guerra. O princípio norteador desses sistemas reside em que todos os cidadãos, independentemente de sua renda, tem o direito a serem protegidos contra os riscos sociais. No pós-guerra todos os países desenvolvidos e boa parte dos países em desenvolvimento adotaram medidas voltadas para a expansão de suas redes de serviços e benefícios sociais e intervenção e manutenção do emprego.

As condições materiais que viabilizaram a adoção e o sucesso desses sistemas de seguridade social no pós-guerra estão relacionadas com um momento da história econômica marcada pela produção em massa do paradigma fordista, pleno emprego e crescimento sustentado da economia (FIORI, 1997). No entanto, desde a grande crise da economia mundial deflagrada na década de 1970 (choques do petróleo e dos juros), o modelo de trajetória laboral dos indivíduos vem sendo profundamente transformado, tendo rompido com a ordem até então prevalecente, marcada pelo crescimento estável da economia concomitantemente com uma sociedade que avançava com base em relações de trabalho assalariadas mediadas por um forte protocolo social de garantias coletivas que estruturavam a construção dos princípios de cidadania (BENITO e ORTIZ, 2004).

A nova organização econômica tem por base a permanente inovação tecnológica, requerendo assim a também permanente adaptação dos trabalhadores às demandas impostas pelo mercado. Os processos de internacionalização da economia, de descentralização e reconversão industrial das sociedades desenvolvidas e o crescimento do tamanho e da eficácia do setor de serviços, teriam, de acordo com Benito e Ortiz (2004), minado as bases do mundo do trabalho regulado, tendo passado a atuar em um mercado institucionalmente desorganizado e desencadeador de riscos sociais permanentes (desemprego, exclusão social, marginalização, etc).

As transformações sociais, econômicas e políticas refletiram-se em uma crise de legitimação do Estado no que se refere ao seu papel de administrador eficiente dos problemas sociais. De acordo com Rosanvallon (1998), o Estado, a partir da década de 1980, passou a ser identificado com um instrumental cada vez mais caro, opaco e crescentemente burocratizado, o que prejudicou a percepção de sua finalidade e provocou uma crise de

legitimidade. Nesse novo contexto socioeconômico, muito se tem enfatizado sobre a importância das relações de confiança. A confiança se reveste de elemento produtivo mais importante, em especial dentro de uma estrutura pós-fordista de produção, e pode ser entendida como uma expectativa mútua de que, em uma troca, nenhuma parte irá explorar a vulnerabilidade da outra. No entanto, é preciso ressaltar que apesar do conceito de solidariedade comportar a idéia de confiança, esta última se restringe à questão da não exploração, não implicando, no entanto, na co-responsabilidade pelos ônus e vantagens, elemento essencial para o conceito de solidariedade. De acordo com Draibe (1997) os princípios norteadores dos sistemas de seguridade social passaram a se defrontar com uma nova configuração de *valores referentes aos conceitos abstratos de justiça e liberdade, às relações entre o indivíduo e a coletividade, entre o público e o privado e, em particular, às formas da solidariedade* (DRAIBE, 1997; p. 8).

Com esse pano de fundo, o período que se seguiu a década de 1970 foi marcado por um sem número de iniciativas, em todo o mundo, de reformas ou ajustes aos sistemas de seguridade Social. A conjuntura política, associada com maiores limitações do sistema de seguridade social vigente no Chile na segunda metade da década de 1970 possibilitou a ocorrência da possivelmente mais radical reforma de um sistema do Sistema de Seguridade Social (Reforma Chilena). A Reforma Chilena de 1980 pode ser considerada um divisor de águas no que se refere à estruturação dos sistemas de seguridade social, pois após três décadas de avanços no campo das políticas sociais, representou a primeira iniciativa voltada prioritariamente para o equacionamento dos desequilíbrios financeiro-atuariais da componente previdenciária do sistema. Pode-se dizer que a Reforma Chilena ressaltou no âmbito das políticas sociais, uma crescente individualização da sociedade ou quebra dos pactos de solidariedade.

Atualmente os indivíduos podem fazer suas escolhas de vida sem a necessidade da observância de um padrão pré-estabelecido, uma vez que suas vidas não são mais determinadas por tradições. O que por sua vez está também relacionado com as transformações observadas na família. A maciça incorporação das mulheres ao mercado de trabalho, associada às mudanças culturais e às novas demandas da atual estruturação do mercado de trabalho, implica pensar na necessidade de desfamiliarizar a atividade de cuidar, como bem o aborda Esping-Andersen (1999). Políticas voltadas para a desfamiliarização, como já mencionado, devem ser entendidas como políticas que libertem os indivíduos da necessidade do suporte familiar e que promovam a maximização do controle dos indivíduos sobre seus recursos materiais independentemente das reciprocidades conjugais ou familiares.

Em seguida são apresentadas as experiências e/ou momentos históricos que marcaram a evolução do desenvolvimento dos mecanismos de proteção social.

1.2.1 As Leis dos Pobres

Até o final do século XIX, as principais formas de intervenção estatal para a proteção aos riscos sociais eram de caráter assistencialista e ocorriam *ex post*, ou seja apenas em casos onde a família, principal instância de proteção social de então, falhasse. O principal exemplo foram as Leis dos Pobres (*Poor Laws*) – implementadas na Inglaterra ainda em finais do século XVI (1597) e reformada no início do século XVII (1601). Inicialmente, essas leis estabeleciam o dever de assistência aos pobres pela sociedade civil, garantindo um padrão de vida mínimo aos doentes, idosos e inválidos através de instituições públicas onde os beneficiários recebiam alimentação e alojamento.

Não se pode falar em uma única e universal Lei dos Pobres. As Leis dos Pobres compreendem desde as leis criadas a nível local no período Elizabetano até a promulgação do *Poor Law Amendment Act* em 1834. O conjunto de medidas legais vigentes entre os primeiros atos assinados pela Rainha Elizabeth e a *Poor Law Amendment Act* de 1834 é denominado por Antiga Lei dos Pobres; sendo entendido como a Nova Lei dos Pobres, o conjunto legal estabelecido a partir do *Poor Law Amendment Act* de 1834 e suas posteriores reformulações. A Antiga Lei dos Pobres pode ser entendida como uma medida de combate à pobreza, administrada de forma descentralizada pelas paróquias, as quais podem ser entendidas como as principais unidades administrativas locais. Como cada paróquia ficava responsável pela manutenção de seus próprios indigentes, surgiram vários problemas para a identificação da paróquia correta em diversos casos o que resultou em uma Lei auxiliar que fixava os indivíduos inibindo a livre mobilidade da força de trabalho (*Settlement Act*). Como salientado por Brundage (2002), o estatuto legal de 1601 estabelecia expressamente a necessidade de que se criassem lugares específicos para a habitação dos pobres incapacitados (casas para pobres – *poorhouses*). A obrigação do estado á época era no entanto residual, pois sempre que possível, a família era instada a assumir a responsabilidade por seus entes idosos e incapacitados. Diferentemente foi a concepção das casas de trabalho (*workhouses*) para os pobres desempregados que estivessem em plenas condições para o exercício do trabalho, nestas os responsáveis pelas paróquias deveriam fazer com que esses pobres produzissem conforme sua capacidade. Na prática porém essa experimentação se mostrou bastante difícil e custosa,

especialmente entre as paróquias rurais. Entre as paróquias urbanas esse experimento mostrou-se não apenas possível como também até certo ponto lucrativo.

Em torno de 1770, a Inglaterra já contava com uma importante rede de comércio, um impressionante poderio naval e as transações de bens e seguros já contavam com alcance mundial. À medida que os valores da economia de mercado, baseados no poder aquisitivo, individualismo e maximização dos lucros eram assimilados culturalmente, antigas formas de organização social e econômica eram contestadas. Ao final do século XVIII, sob a batuta das importantes mudanças na economia britânica duras críticas quanto ao excessivo papel do Estado começaram a serem feitas em relação às Leis dos Pobres. Sob a argumentação racional da Economia Política Clássica, qualquer interferência ao funcionamento do livre mercado, inclusive a proteção estatal à população em condição de maior vulnerabilidade social, representava um obstáculo para a realização do pleno potencial econômico das nações. Pode-se citar entre os críticos: Adam Smith e sua célebre obra “A Riqueza das Nações” de 1776 e os Ensaios sobre a População de autoria de Thomas Malthus em 1798. Contrariamente às posições de Malthus e Smith, Jeremy Bentham defendeu a manutenção e o aperfeiçoamento de medidas de combate à pobreza. A originalidade de seu pensamento residia em suas argumentações baseadas na razão pura, despindo-a de qualquer aspecto moral. De acordo com Bentham (apud BRUNDAGE, 2002), a assistência aos pobres e necessitados não se justificava pela visão degradante dos mesmos, mas pelo enorme potencial revolucionário que apresentavam para o descontentamento das massas desprovidas. Bentham foi um dos idealizadores do conceito de utilitarismo, ou seja uma ação deve ser sempre avaliada em função de suas possíveis conseqüências. “Agir sempre de forma a produzir a maior quantidade de bem-estar”, pode ser entendido como a máxima da filosofia utilitarista, que procura assegurar o princípio do bem-estar máximo. A caridade voluntária, contrária à compulsoriedade das Leis dos Pobres, advogada pelos Economistas Liberais Clássicos, dessa forma, não era apenas insuficiente, mas, principalmente, ineficiente e insegura. Vale lembrar que a Inglaterra atravessou a Idade das Luzes sem a mesma turbulência política e social de sua vizinha, a França.

A influência de Bentham se fez notar, especialmente no longo prazo, com a promulgação do *Poor Law Amendment Act* em 1834 (Nova Lei dos Pobres). A aprovação da nova Lei dos Pobres, no entanto, foi precedida pela realização de estudos feitos por um comitê – *Royal Commission* – especialmente criado com a função de avaliar as lei dos Pobres (BRUNDAGE, 2002). O diagnóstico apresentado por este comitê apontava a Antiga lei dos Pobres como ruim e cara e recomendava a adoção de dois conjuntos de princípios: regras de

elegibilidade o mais restritas possível, capazes de tornar o ambiente nas casas de trabalho suficientemente inferiores a qualquer realidade fora das mesmas e com isso eliminar qualquer incentivo por parte dos trabalhadores “indolentes”; o segundo pregava que qualquer tipo de auxílio aos mais pobres deveria ser prestado apenas nas casas de trabalho. Porém, estes princípios jamais foram adotados em toda a sua extensão. Percebe-se a grande preocupação dos gestores e formuladores dos mecanismos de proteção social à época com a necessidade de que as Leis dos pobres não inibissem ou criassem desincentivos ao trabalho.

A nova Lei dos Pobres baseou-se na centralização das políticas de auxílio aos pobres em uma Comissão Nacional para o controle operacional do sistema. Esse processo envolvia a formação de associações entre as pequenas paróquias - *Poor Law Unions* – de forma a imprimir maior eficiência ao sistema, em função das plantas mínimas adequadas a construção das casas dos pobres e as casas de trabalho. A Nova Lei estabeleceu que: (a) nenhum indivíduo em condição de trabalhar poderia receber dinheiro ou qualquer outro auxílio provido pela Lei dos Pobres; (b) as condições nas casas de trabalho deveriam ser tais que desencorajassem os indivíduos a receber auxílio por esta via; (c) os contribuintes de cada paróquia/comunidade deveriam eleger supervisores que passariam a ser responsáveis pelas condições nas casas de trabalho e por reportar tais condições à autoridade superior (*Central Poor Law Commission*) (BRUNDAGE, 2002).

Apesar das casas de trabalho serem construídas para serem pouco mais do que cárceres, onde as famílias eram separadas e os indivíduos monitorados, as condições de vida por várias vezes ainda eram superiores às observadas fora das mesmas. Além disso, essas instituições resultavam em uma última opção de refúgio fora das ruas, especialmente, para as famílias monoparentais, chefiadas por mulheres. A hostilidade feroz e a oposição organizada dos trabalhadores, dos políticos e dos líderes religiosos conduziram a várias reformas, principalmente a partir da segunda metade do século XIX, com vistas à ampliação da prestação de serviços aos pobres. Entre as mudanças e reformas decorrentes da observação e análise dos efeitos das Leis dos Pobres e da forma de funcionamento das casas de pobres e das casas de trabalho, podemos ressaltar importantes avanços sanitários, médicos e de escolarização dos internos (PIERSON, 2006). Apesar dos avanços mencionados, a principal característica das Leis dos Pobres é a estigmatização dos indivíduos que necessitassem recorrer a sua ajuda, destituindo-os de qualquer tipo de cidadania. As demandas são devidas à condição de pobreza dos indivíduos e não à garantia de sua plena integração social dada pelo conceito de cidadania.

1.2.2 O Sistema Securitário do Chanceler Bismark

A primeira instituição de um mecanismo de proteção social com base no instrumental securitário e capitaneado pelo Estado ocorreu na Alemanha, em fins do século XIX. Por ocasião, a recém unificada Alemanha convivia com a efervescência do movimento operário e o pensamento revolucionário de Karl Marx e Friedrich Engels, os quais haviam publicado em 1848 o Manifesto do Partido Comunista, com duras críticas ao modo de produção capitalista e a forma como a sociedade se estruturava a partir do mesmo (BOBBIO, 1995; p.208). Dessa forma, as medidas adotadas pelo Chanceler Otto von Bismark na década de 1880 podem ser entendidas, em certa medida, como parte da estratégia do de conter o avanço do acelerado crescimento e organização do movimento operário. De acordo com Schneider (1989), o pacote de medidas sociais adotado por Bismark por um lado suprimia os direitos políticos da classe operária, pois foi precedido por uma Lei contra as greves e a organização do movimento operário⁷, porém, por outro lado, dava início às políticas sociais empreendidas pelo Estado.

Bismark considerava que as principais queixas dos trabalhadores alemães à época, em pleno período de efervescência do capitalismo industrial, referiam-se às incertezas sobre suas condições de saúde e (des)emprego. Praticamente a única certeza com que os trabalhadores poderiam contar à época era de que, ao alcançarem uma idade avançada, provavelmente não teriam condições de trabalhar e acabariam em condição de pobreza. Bismark, a partir desse diagnóstico, desenvolveu medidas baseadas no instrumental securitário, com vistas ao aumento da produtividade dos trabalhadores que viria a ser um avançado estatuto social: Seguro Saúde para os trabalhadores (1883); Seguro Acidentes do Trabalho (1884); Aposentadorias por idade e invalidez (1889). Pela primeira vez, a proteção aos riscos sociais era entendida como um direito do trabalhador, ou seja, a questão saía da arena assistencial para se tornar parte integrante de um pacote de questões mais amplas relacionadas ao mundo do trabalho da era industrial. Segundo Pierson (2006) a introdução de um seguro social, por sua vez, incorpora o reconhecimento de que a incapacidade de auferir o próprio sustento na velhice, na doença ou no desemprego é uma condição normal nas sociedades industrializadas voltadas para o mercado e a interferência estatal para a organização de provisões coletivas é uma necessidade legítima.

O Seguro de Saúde adotado em 1883 consistia em um programa de provisão de serviços de saúde para a população trabalhadora alemã, administrado descentralizadamente

⁷ Reichs-Gesetzblatt no. 34 de 1878, abolida em 1890 (Schneider, 1989).

por comitês locais. A contribuição para o mesmo em bases securitárias era bipartite, sendo 1/3 pago pelos empregadores e 2/3 pagos pelos empregados. O Seguro de Acidentes do Trabalho (1884), por sua vez, estabeleceu a responsabilidade dos empregadores pelo tratamento de saúde dos trabalhadores e pelas indenizações(benefícios) devidas aos que se tornassem inválidos, sendo o valor do benefício equivalente a no máximo 2/3 do salário para os casos de invalidez total. Por fim, o seguro para reduzir os riscos da idade avançada e da invalidez, pode ser entendido como o embrião dos atuais Sistema Previdenciários, pois foi o primeiro a contar com uma contribuição tripartite para seu custeio – dos empregadores, dos trabalhadores e do Estado. Inicialmente, estabeleceu benefícios de aposentadoria para os idosos com mais de 70 anos e para os totalmente incapacitados para o trabalho⁸. A importância do sistema previdenciário desenvolvido por Bismarck reside justamente no estabelecimento da co-responsabilidade estatal para a manutenção do padrão de vida e da capacidade de reprodução da força de trabalho em consonância com o modo de produção capitalista do início da industrialização. A responsabilidade do Estado deixa de ser residual como no caso das Leis dos Pobres (século XVI-VIX), onde o Estado era instado a participar apenas nos casos de falência da família e do mercado para, pela primeira vez na história, tornar-se uma atribuição e/ou dever estatal legítimo. Deve-se ressaltar a característica contributiva do sistema, que atribuía à participação no mercado de trabalho o pré-requisito para o gozo da condição de cidadania plena. Pode-se dizer que entre a iniciativa alemã (da década de 1880) e a década de 1930, praticamente todos os países do ocidente implementaram um Sistema Previdenciário para os principais riscos aos quais os trabalhadores são expostos: idade avançada, invalidez, doença e morte.

1.2.3 O Relatório Beveridge e o Estado de Bem-Estar Social do Pós Guerra

Em 1942, ou seja, em pleno período de Guerra, foi publicado na Inglaterra o Relatório sobre Seguro Social e Serviços Afins (*Social Insurance and Allied Services*), que ficou conhecido pelo nome de seu autor – Lord William Beveridge – membro do Partido Conservador Britânico. Este é considerado por muitos autores como a base para a criação dos Estados de Bem-Estar Social do pós-guerra, pois continha a descrição do Plano de Seguridade Social, a partir desse momento denominado Plano Beveridge. Segundo o próprio Beveridge, em sua introdução ao livro “Os pilares da Seguridade Social e outros ensaios sobre o período de guerra” de 1943, tanto o relatório quanto o Plano para a Seguridade Social faziam parte de

⁸ Para maiores detalhes <http://www.ssa.gov/history/age65.html> .

um amplo projeto de reformas sociais com vistas a enfrentar os grandes males com os quais se deparava a sociedade britânica no pós-guerra: miséria, as doenças, a ignorância, a falta de saneamento e o desemprego (BEVERIDGE, 1987).

Para eliminar a miséria, o Plano Beveridge propunha a introdução de uma renda mínima universal, pois para assegurar o desenvolvimento e a reconstrução da Grã Bretanha no pós-guerra era necessário que toda a população estivesse a salvo da perda da possibilidade de viver com dignidade. Ainda que o plano não apresentasse um modelo para a organização de um serviço de assistência médica universal, ressaltava sua importância para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. A ampliação e melhoria da rede de ensino, por sua vez, era justificada como uma forma de impedir o desperdício de talentos e potenciais nativos, mesmo porque, segundo Beveridge, este desperdício representa uma fonte potencial de infelicidade humana. A educação também não deveria circunscrever-se apenas as crianças e jovens, deveria ser incentivada em todas as idades. Construir e planejar as cidades de forma a garantir condições sanitárias adequadas a toda a população deveria ser entendido como uma forma promover melhores condições de vida a toda a população. Acabar com o desemprego em massa, o último dos grandes males a serem enfrentados pela Grã Bretanha no pós-guerra, representava o mais difícil e essencial dos desafios, a ser resolvido através da adoção de políticas Keynesianas de estímulo a demanda agregada.

O interesse demonstrado pela população pelo que os esperaria após a Guerra era diametralmente oposto ao desinteresse observado durante o período correspondente à Primeira Guerra. Enquanto a população, ao longo da 1ª GG vivia a esperança de que com o término dos conflitos suas vidas voltassem a ser como na *Belle Epoque*, a população, durante a 2ª GG, temia o retorno a uma situação socioeconômica marcada pela recessão e o desemprego e, no plano político, marcada pelo “perigo vermelho”. Beveridge resalta que, em 1916, foi demandado pelo governo britânico um estudo sobre os problemas industriais que poderiam surgir com o término da guerra. Seus frutos, que resultaram em um projeto de lei com vistas à ampliação da cobertura do seguro desemprego, criado em 1911, foram prontamente rechaçados por empregadores e trabalhadores. De acordo com Beveridge:

A derrota desta primeira tentativa para dar segurança econômica depois da 1ªGG foi completa. A diferença entre a recepção dada pelo público à época e a resposta ao meu recente Relatório revela a profundidade do abismo que separa o mundo de hoje do de vinte e cinco, trinta anos atrás. A amarga experiência do entre guerras é o abismo. (tradução livre da autora, BEVERIDGE, 1987, p. 15)

O Plano de Seguridade Social⁹ proposto, com vistas a proteger os indivíduos contra os riscos sociais ao longo de todo o seu ciclo de vida, era composto por três pilares: 1) um sistema previdenciário; 2) um programa assistencial universal voltado para as crianças, independentemente da condição de renda ou ocupação dos pais e 3) um programa universal de assistência médica. Pretendia-se que todos os indivíduos em idade ativa pagassem uma contribuição semanal. O montante arrecadado seria posteriormente usado para o pagamento de benefícios relacionados aos riscos de doença, invalidez, idade avançada, desemprego morte e indigência, segundo a necessidade dos demandantes. Com isso, o plano rompe com o modelo de proteção social ancorado na participação no mercado de trabalho e ganha os contornos de um modelo de proteção social nascente baseado na condição de cidadania ampla. A família, ainda que permaneça como célula essencial para a formulação das políticas e programas, passa a ter um papel coadjuvante, pois o Estado assume para si o papel de garantir às crianças a igualdade de oportunidades, independentemente da condição de seus pais.

A família seguirá protegendo seus próprios filios. O Estado, como pai de todas as crianças da comunidade, tem que intervir quando a família falha, e ao conceder uma oportunidade deve fazê-lo em levar em consideração a raça ou classe social. O Estado deve fazer com que cada criança receba todas as oportunidades que mereça (tradução livre da autora; BEVERIDGE, 1987; p. 47)

O Plano Beveridge tinha por princípios fundamentais: uniformidade de cobertura do benefício básico, uniformidade da alíquota de contribuição, unificação da responsabilidade administrativa, suficiência do benefício básico para a manutenção das condições de subsistência e universalidade de cobertura. A universalidade da cobertura, no entanto se faria através da divisão da população segundo sua idade, posição e condição na ocupação: 1) empregados assalariados; 2) indivíduos em outras posições na ocupação, basicamente empregadores e autônomos; 3) donas de casa, ou seja, mulheres casadas em idade ativa; 4) outros indivíduos em idade ativa, porém sem ocupação lucrativa; 5) indivíduos que ainda não se encontram em idade ativa e 6) indivíduos já afastados do mercado de trabalho em função da idade avançada.

É importante ressaltar que o modelo acima apresentado propõe a cobertura das necessidades básicas dos indivíduos pelo sistema público estatal, indicando que a

⁹ Cabe ressaltar que o termo seguridade social, versão para o português do termo Social Security, foi utilizado pela primeira vez pelo governo norteamericano do Presidente Roosevelt com a publicação do Social Security Act. Este, no entanto, restringia-se a questão previdenciária. Social Security, ou seguridade social, como atualmente utilizada em português, refere-se ao programa mais amplo proposto pelo Relatório Beveridge.

complementação previdenciária desse mínimo deveria ser de iniciativa do próprio indivíduo. De acordo com o próprio Beveridge: como era para ser apenas um mínimo (básico, essencial), permitia espaço e incentivo para que os indivíduos aumentassem sua própria poupança previdenciária segundo seus desejos e capacidades pessoais (BEVERIDGE, 1987). Isso se deve a uma necessidade de reafirmação e legitimação relativas às liberdades individuais, tão presentes em sociedades anglo-saxônicas.

Com o término da 2ª. Guerra Mundial, em meio ao processo de reconstrução social, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulga, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual se inserem os objetivos de promoção do bem-estar social constantes do Relatório Beveridge, que viriam a nortear os sistemas de seguridade social baseados no conceito de cidadania do pós-guerra. O artigo 40 é particularmente representativo da questão:

Todos têm o direito a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar individual e de sua família, incluindo alimentação, vestimenta, habitação e cuidado médico, além dos indispensáveis serviços sociais; e o direito à segurança no caso de desemprego, doença, incapacidade, viuvez, velhice ou outra carência dos meios de subsistência em circunstâncias que estejam além de seu controle. (ONU, 1948)

No plano político, o reconhecimento dos direitos sociais por parte da ONU e sua capacidade multiplicadora nos diversos países membros, pode ser entendido como um mecanismo promotor de equidade social, em sociedades conformadas por cidadãos livres e cooperativos. Sua implementação nos diversos países, no entanto, obedeceu às especificidades históricas da constituição dos Estados, resultando em estruturas e amplitude de cobertura da população diversos. Como bem o sintetiza Draibe (1997) os sistemas de seguridade social no pós-guerra inovaram ao impor *um particular mecanismo de freios às forças brutas da desigualdade socialmente produzida pelo mercado, através do sistema de direitos e políticas sociais.*

1.2.4 Reformismo Previdenciário

De acordo com Esping-Andersen (1999), os sistemas de seguridade social implementados no pós-guerra não pretendiam apenas promover políticas para aliviar os males sociais, sua principal missão era reescrever o contrato social entre o Estado e seus cidadãos. Pode-se dizer que os mesmos foram bem sucedidos nas três primeiras décadas subseqüentes, período também denominado como os trinta (anos) gloriosos (1945-1975). O desenvolvimento dos sistemas de seguridade social no pós 2ª GG, principalmente os

européus, ocorreu sob circunstâncias bastante favoráveis, que podem ser sinteticamente expressas por: um crescimento relativamente contínuo da economia, baseado em um estável setor manufatureiro capaz de prover altos níveis de emprego e salários para grande parte da população; um regime demográfico marcado pelo crescimento populacional; arranjos familiares nucleares e estáveis, capazes de suprir as necessidades de cuidados dos membros mais frágeis da família (crianças, idosos e portadores de deficiência); governos aptos a gerenciar sua economia doméstica através de políticas keynesianas amplas que logravam alcançar baixos índices de desemprego; e, sistemas políticos nos quais a coalizão entre trabalhadores e classe média permitiam pressionar por melhores condições e padrões dos mecanismos de proteção social, bem como legitimar as conseqüências fiscais dessas provisões (TAYLOR-GOOPY, 2004).

A grave crise econômica observada a partir dos choques do petróleo e dos juros na década de 1970, que atingiu todos os países, porém interromperia o círculo virtuoso entre as políticas keynesianas no plano econômico e o processo de expansão dos sistemas de seguridade social (DRAIBE e HENRIQUE, 1988). Os ajustes econômicos demandados colocaram, principalmente, os setores de políticas sociais na mira dos formuladores e gestores das políticas públicas. As críticas à atuação do Estado na área social podem ser sinteticamente resumidas em três principais aspectos: a distorção de mercado causada pela interferência do Estado; a suposta crise relacionada ao envelhecimento da população e seus efeitos para os sistemas previdenciários e, por fim, as conseqüências do processo de globalização da economia, o qual impõe a necessidade de aumento da competitividade das economias nacionais (ESPING ANDERSEN, 2006). Nesse sentido, Fiori (1997) ressalta o emblemático título do informe publicado pela OCDE, em 1981: *The Welfare State in Crisis*. Pode-se citar também, a publicação em 1994, do relatório do Banco Mundial, que viria a se tornar um marco de referência para a questão, intitulado *Averting the old age crises: policies to protect the old*.

Dessa forma, a necessidade de aumentar a eficiência do gasto social e readequá-lo aos objetivos macroeconômicos, dado ser o mesmo considerado a raiz dos desajustes do setor público, levou ao direcionamento das políticas sociais em três dimensões: privatização, basicamente do setor previdenciário, dado ser o único cuja participação no sistema público é, geralmente, compulsória e refratária ao desenvolvimento de alternativas de mercado; focalização, a se dar através do desenvolvimento de programas voltados exclusivamente aos grupos pobres e vulneráveis; e a canalização de recursos para ações potencialmente geradoras

de externalidades, ou seja, a priorização de programas de investimento em capital humano (DRAIBE, 1995).

Pierson (2006) ressalta que a subida ao poder do Partido Conservador Britânico, com a posse da primeira ministra Margaret Thatcher em 1979 é normalmente identificada com o fim do consenso do pós-guerra em torno da promoção da equidade social através de benefícios e serviços sociais conjugados com políticas de pleno emprego, ou círculo virtuoso, nos termos de Draibe (1988). A nova agenda do conservadorismo, calcada na liberdade de mercado, contemplava, entre outros aspectos: a privatização de empresas estatais (British Telecom, British Gas, British Airways, entre outras), desregulamentação e flexibilização dos contratos e relações do trabalho e cortes de despesas na área social através de medidas voltadas para o aumento da eficiência do setor público.

Cortar gastos no âmbito dos sistemas de seguridade social, no entanto, demonstrou ser uma agenda de difícil trânsito, mesmo para governos conservadores democraticamente eleitos. Porém parecia haver um consenso sobre a necessidade de reduzir a carga tributária e a interferência estatal na economia. Com esse pano de fundo, foram incentivadas as alternativas voltadas para o fortalecimento dos vínculos entre os benefícios associados à participação no mercado de trabalho com a contribuição previdenciária dos trabalhadores. O pilar previdenciário compulsório¹⁰ - State Earnings Related Pension Scheme (SERPS), criado em 1978, foi alterado pelo governo conservador de forma a contemplar a contratação dos serviços no setor privado (contracting out). Nesse caso, poderiam ser contratados tanto planos empresariais (fundos de pensão ou fundos fechados de previdência), quanto contratados individualmente junto a um banco ou corretora de seguros (fundos abertos de previdência). A transferência da administração de parte do sistema previdenciário para o setor privado representou, por outro lado, a transferência de parte dos riscos sociais (aumento da expectativa de vida e maior insegurança ao longo da trajetória laboral) para os próprios indivíduos. Isso se deve ao fato de grande parte dos planos de previdência complementar privados funcionarem em regime de contribuição definida, ou seja, perde-se parte da solidariedade existente nos planos de benefícios definidos (típicos dos sistemas públicos), uma vez que os benefícios passam a ser determinados pelo retorno *ex post* ao investimento realizado ao longo de toda a vida ativa dos indivíduos.

Nos países em desenvolvimento, em especial os do continente latino-americano, por sua vez, a crise econômica que se instalou quando da reestruturação das economias locais às

¹⁰ O sistema previdenciário inglês é composto também por um primeiro pilar universal (National Insurance Fund) que outorga benefícios básicos não vinculados à renda dos indivíduos.

mudanças impostas no contexto internacional – aumento do preço do petróleo e do juros – se associou às crises políticas, marcadas pela ascensão de regimes autoritários na região – responsáveis pela asfixia do movimento trabalhista – e com as transformações sociais e demográficas em curso no continente (tais como as mudanças na estrutura etária e nos arranjos familiares). De acordo com Esping-Andersen (2003) a onda reformista inaugurada pela Reforma da Seguridade Social Chilena pode e deve ser entendida como histórica no contexto da evolução do Estado de Bem-Estar, em função da mesma ter privatizado integralmente o componente central do sistema de seguridade social – Previdência Social – e pelo seu poder de difusão.

1.3 Desafios Atuais

Lidar com riscos individuais de forma coletiva e solidária, como foi visto, sempre foi o cerne dos sistemas de seguridade social. Mudanças na estrutura demográfica e familiar, com conseqüentes alterações nas fases ou etapas que compõem o ciclo-de-vida, no mercado de trabalho e o amadurecimento dos sistemas de seguridade social colocam importantes desafios para as políticas sociais e sistemas de seguridade social como atualmente constituídos.

Como ressaltado por Taylor-Gooby (2004), no mundo pós-industrial, as taxas de crescimento econômico são menores e mais incertas, pois as mudanças tecnológicas significaram que o emprego estável no setor industrial não está mais disponível em larga escala. O aumento da competição promovido pela globalização da economia, por sua vez, correlaciona-se com as demandas por maior flexibilidade das relações de trabalho. O regime demográfico aponta para um rápido e acentuado envelhecimento da população. Enquanto, as mulheres protagonizaram, provavelmente, as principais mudanças culturais e socioeconômicas observadas nas últimas décadas, pois ao serem bem sucedidas na busca por melhores posições tanto em termos educacionais quanto profissionais, pressionaram por melhores e mais equânimes oportunidades no mercado de trabalho e na família. Com isso, apesar do indiscutível avanço que os sistemas de seguridade social representaram no campo social, como se tentou demonstrar ao longo do capítulo, verifica-se, em todo o mundo, um crescente consenso quanto à necessidade de se repensar a estrutura atual. Além disso, ainda que essas mudanças possam ser analisadas separadamente, são justamente nas suas interseções e sobreposições que residem os principais riscos sociais que desafiam a atual estrutura dos sistemas de seguridade social. Com isso, apesar do foco da análise residir nas transformações observadas na estrutura etária da população e suas conseqüências para o bem-

estar dos indivíduos ao longo de todo o ciclo-de-vida, não há como dissociá-los das transformações observadas na família e no mercado de trabalho, especialmente no que se refere ao expressivo aumento da participação das mulheres neste último.

Resumidamente, pode-se dizer que no mercado de trabalho as mudanças mais relevantes são o desemprego bem como o aumento do emprego informal e/ou precário, sem a tradicional relação trabalhista e previdenciária e o aumento da participação feminina. A questão do desemprego, que hoje atinge proporções alarmantes em alguns países da Europa, parece ter caráter estrutural, ou seja, ocorre independentemente da conjuntura econômica. Ao contrário dos ciclos passados de inovação do capitalismo, os excedentes de mão-de-obra redundantes na modernização dos processos produtivos parecem não encontrar absorção no mundo contemporâneo. Assim, os sistemas de proteção social, que, via de regra, tomam o emprego como a norma e o desemprego como uma condição excepcional e transitória, passaram a enfrentar enormes pressões. Principalmente nos países em desenvolvimento um fenômeno que ocorre, muitas vezes, concomitante ao desemprego, é o da informalização e/ou precarização das relações de trabalho, com efeitos perversos para a previdência social e para os sistemas de seguridade social de forma geral. Sob o ponto de vista da seguridade social, este fenômeno implica em redução do número de contribuintes e, dependendo do desenho dos programas, em uma pressão por aumento da cobertura dos benefícios.

Nos últimos 30 anos foi observada também uma radical mudança no papel da mulher no mercado de trabalho. Mesmo levando-se em consideração as diferenças culturais e socioeconômicas entre os países, a partir dos anos 1970, pode-se afirmar que a mulher intensificou sua participação no mercado de trabalho; ao contrário dos homens que, por sua vez, diminuíram sua participação. O aumento da participação feminina demanda a releitura da estrutura de benefícios dos sistemas, voltados inicialmente para a família formada pelo homem provedor e a mulher cuidadora.

No plano demográfico, o envelhecimento populacional é hoje uma tendência mundial que atinge tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. De acordo com o documento do Conselho Econômico e Social da ONU (2007) o envelhecimento é um reflexo do processo de desenvolvimento humano, posto que é o resultado de uma menor mortalidade (associada a uma redução da fecundidade) e um aumento da expectativa de vida. À medida em que as taxas de mortalidade e fecundidade caem, a estrutura etária das populações é alterada, com um gradual aumento das faixas etárias com idades mais avançadas. A queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida são os fatores chave que impulsionam a transição do regime demográfico ou, simplesmente, transição demográfica (ONU, 2007). A

transição demográfica consiste em um processo que pode ser decomposto em três estágios. Em um primeiro momento a distribuição etária se rejuvenesce a medida que aumenta a proporção de crianças como consequência da redução da mortalidade infantil. A segunda etapa corresponde à redução da taxa de fecundidade, a proporção de crianças diminui concomitantemente ao crescimento da população em idade ativa. A queda da mortalidade em idades mais avançadas é um fenômeno mais recente, estando associado ao último estágio da transição demográfica e ao envelhecimento mais acentuado da população (CHESNAIS 1992, *apud* LOYD-SHERLOCK, 2004). De acordo com Kannisto (1994, *apud* JACOBZONE, CAMBOIS E ROBINE, 2000), a taxa de mortalidade para os indivíduos com mais de 80 anos de idade, nos países desenvolvidos, caiu, desde princípios dos anos sessenta, uma média de 1 a 2 % por ano para as mulheres e 0,5 a 1 % por ano para os homens. Esse processo também começa a se intensificar em países em desenvolvimento como o Brasil.

Uma primeira consequência do processo de envelhecimento da população é a redução do número de pessoas em idade ativa, potencialmente geradoras de renda, em comparação com o número de pessoas dependentes, incapazes de assegurar sua própria manutenção. Dessa forma, para os sistemas de seguridade social, a mudança na estrutura etária, decorrente do envelhecimento da população, apresenta implicações sobre a viabilidade intergeracional dos atuais mecanismos existentes, essenciais para a manutenção do bem-estar tanto das gerações mais velhas – atuais idosos -, quanto das gerações mais novas – futuros idosos.

O aumento da expectativa de vida, porém apresenta uma série de implicações também para o convívio familiar e as relações inter e intrageracionais. Uma primeira decorrência é o maior número de anos de vida compartilhados por pais, avós e netos (bisnetos) do que em qualquer outro momento da história da humanidade. Ao mesmo tempo se observa uma redução do número de filhos, o que torna as famílias contemporâneas mais estreitas ou verticais (CAMARANO, PASINATO e LEMOS, 2007). Além disso, o aumento do número de divórcios e recasamentos faz da arquitetura familiar atual um fenômeno mais complexo. Se essas questões, em seu conjunto, por um lado podem restringir a amplitude da família para um escopo domiciliar formado apenas pelo núcleo familiar de pais e filhos (POPENOE, 1993 *apud* BENGTON; MARTIN, 2001), por outro, podem sugerir uma expansão do núcleo familiar para além das fronteiras do núcleo familiar formado pelos casamentos. Nesse último caso, a construção familiar atual incorpora as relações e os vínculos para além das fronteiras domiciliares. Como ressaltado por Bengtson (*apud* BENGTON; MARTIN, 2001), tanto a modernização quanto o aumento da expectativa de vida não apenas permitiram um aumento do individualismo e da valorização da vida independente, que resulta em maior número de

domicílios unipessoais, mas também uma nova estrutura familiar estendida, formada por três, quatro e, algumas vezes até mesmo cinco gerações contemporâneas, não necessariamente co-residentes.

Depreende-se dessa forma que as mudanças na distribuição etária da população, em especial as relacionadas com o envelhecimento, implicam em expressivas mudanças na vida dos indivíduos, nas estruturas familiares e na própria sociedade, alterando também, a demanda por políticas públicas e a pressão pela distribuição de recursos na sociedade. Os riscos sociais são distribuídos desigualmente entre as várias fases ou etapas do curso da vida. Esse foi o grande achado do estudo empreendido por Rowntrees (1901, apud ESPING-ANDERSEN, 1999). Na virada do século XIX para o século XX, Rowntree, observou a partir das informações para a cidade de York que a pobreza estava relacionada com questões etárias e de formação de família ao longo do ciclo de vida (KANGAS E PALME, 1998). A primeira fase do ciclo marcada pela pobreza se dava na infância, quando os pais tinham que arcar com as obrigações pela manutenção dos diversos filhos, dada a fecundidade bem mais elevada então observada. Esta situação de pobreza se amenizava ao longo da juventude em virtude da capacidade dos jovens por prover seu próprio sustento. Quando da formação de seu próprio núcleo familiar, esses jovens que então entravam na maturidade incorriam em uma nova fase marcada pela pobreza e pelo nascimento de seus próprios filhos. Quando estes filhos logravam sua própria capacidade de auto-manutenção, voltava-se a experimentar uma fase de redução da pobreza, que viria a ser interrompida pela perda da capacidade de trabalho e, conseqüentemente de se auto-sustentar quando da idade avançada. Nessa última fase da vida os idosos vulneráveis passavam a contar com a ajuda dos filhos para seu suporte econômico e físico. Observou-se que a incidência de pobreza ao longo do ciclo de vida não apresenta uma correspondência estrita com as necessidades e rendas auferidas a cada idade.

Não é surpreendente, dessa forma, que a tradicional cobertura dos sistemas de seguridade social tenham historicamente se concentrado em dois períodos de inatividade do ciclo de vida: infância (via benefícios familiares) e idade avançada (aposentadorias e pensões). Para os liberais estes representam as necessidades merecidas. À medida que os sistemas de seguridade social do pós-guerra se basearam na família estável ancorada no homem provedor, todos os seus esforços foram feitos para a proteção de sua segurança no emprego. De acordo com Pierson (2006), a antiga estrutura dos sistemas de seguridade social pode ser caracterizada por pesadas transferências orientadas para a cobertura dos riscos de perda da capacidade de gerar renda, decorrentes da idade avançada, desemprego, doença e

invalidez. O segurado típico desses sistemas pode ser representado pelo trabalhador, do sexo masculino, da indústria, chefe e único responsável pelo sustento familiar.

As mudanças observadas tanto no âmbito familiar quanto no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que criam novas oportunidades, criam novos riscos e demandas sociais. Porém, ainda que seja evidente, concomitantemente a terciarização da economia, tanto as novas demandas familiares quanto a necessidade de gerar empregos para toda a população, implicam uma expressiva parcela de empregos de baixa qualificação na área social e de serviços pessoais. Isso cria novas clivagens no mercado de trabalho e provavelmente uma nova polarização deste: com trabalhadores altamente produtivos e bem preparados por um lado, convivendo com uma ampla periferia de trabalhadores de baixa qualificação, mal remunerados e parcamente protegidos pelos sistemas de seguridade social. Esse processo expõe o atual desafio de gerar maior igualdade de oportunidades entre os indivíduos nas sociedades, ao mesmo tempo em que desafia o Estado em sua a necessidade de redesenhar as políticas sociais.

A nova estrutura demandada para os sistemas de seguridade social, por sua vez, pode ser caracterizada pela prestação de importantes serviços, orientados para aumentar a capacidade de geração de renda por parte dos indivíduos. Isso pode se dar tanto através de programas que promovam educação e treinamento continuado (voltados para o mercado de trabalho), quanto pela desfamiliarização dos serviços de cuidados que procurem facilitar a combinação entre o trabalho assalariado e o cuidado familiar. Uma leitura simplista das novas demandas impostas pela atual organização da produção e estruturação do mercado de trabalho poderia gerar um mau entendimento de que com a promoção do avanço do sistema educacional, a população conseguiria se adaptar plenamente às novas demandas do mercado e, conseqüentemente, o problema social estaria resolvido. Porém como ressaltado por Esping-Andersen(2007) isso significa uma enorme falácia. A nova realidade econômica e social, com ênfase no capital humano, traz consigo novas iniquidades relacionadas, especialmente, com o crescimento do setor de serviços de baixa qualificação.

Não existe um segurado típico para o novo modelo de seguridade social que se anuncia. Os indivíduos podem ser clientes dos sistemas de seguridade social em diferentes estágios de seus ciclos de vida: quando crianças (através dos serviços de pré-escola), como dependentes dos pais trabalhadores; quando adolescentes através dos programas voltados para o treinamento e capacitação; quando adultos trabalhadores em programas de re-capacitação; e, ou mesmo quando idosos com perda de autonomia, dependentes dos filhos em idade ativa (PIERSON, 2006)

Da mesma forma, a nova estrutura familiar e as mudanças verificadas ao longo das fases que compõe o curso da vida também desafiam o atual estado da arte das políticas sociais. Se por um lado os divórcios, separações e o crescimento das famílias uniparentais aumentam as probabilidades de que o indivíduos caiam na armadilha da pobreza, por outro lado, as famílias com duplo provedor minam as bases do atendimento às necessidades de cuidados domésticos informais. Com as revoluções no âmbito familiar, especialmente relacionadas com os novos papéis e performances das mulheres, emergem novos padrões para o curso da vida, mais heterogêneos, imprevisíveis e complexos. Nas mudanças nos contratos de gênero, especialmente as decorrentes dos novos padrões de participação no mercado de trabalho, e na maior diversidade de arranjos familiares presentes na sociedade reside um dos novos ricos sociais a serem incorporados pelos sistemas de seguridade social. Esse risco se refere ao difícil equilíbrio entre o cuidado com os afazeres domésticos e o dinamismo profissional, principalmente tendo-se em conta o aumento dos arranjos familiares monoparentais e o aumento da demanda por cuidados de longa duração por parte dos idosos.

Via de regra, em qualquer sociedade, o acesso ao trabalho remunerado é a melhor proteção contra todos os riscos sociais. Tipicamente, os sistemas de seguridade social, à exceção dos classificados como Social-Democratas, foram construídos com base em uma expectativa de que a prestação dos cuidados para com os entes vulneráveis da família fossem assumidos de forma informal e gratuita pela mulher, sendo a entrada das mesmas no mercado de trabalho entendida como residual e temporária. No entanto, o que se observou nos últimos 30 anos foi uma radical mudança no papel da mulher no mercado de trabalho, como já mencionado. É importante ressaltar que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho se deu inclusive entre as mulheres com filhos pequenos. De acordo com Pierson (2006), em 2000, por exemplo, as taxas de participação das mulheres com filhos eram superiores a 80% nos países escandinavos e, em geral, superiores a 60% nos demais países da Europa. Isso parece sugerir um afastamento do antigo padrão no qual as mulheres se ausentavam do mercado de trabalho por longos períodos, correspondentes ao período de cuidados mais intensivos de seus filhos. Ao mesmo tempo, tem-se verificado uma postergação da idade em que as mulheres se casam (quando se casam) e procriam o que tem levado a que se observem, em todo o mundo, baixas taxas de fecundidade.

Esse crescente envolvimento da mulher com o trabalho assalariado constitui uma característica contemporânea da divisão do mercado de trabalho. Crescentemente, uma única fonte de renda familiar tem sido entendida como insuficiente para atender às necessidades típicas de uma família. Ao mesmo tempo, porém, ainda é visível que uma parcela

desproporcional dos cuidados informais (tanto voltados para crianças quanto para idosos) continua a ser provido pelas mulheres. Como ressaltado por Esping-Andersen (2007) as novas formas assumidas pela estrutura familiar reforçam o trade-off já existente entre o trabalho assalariado e as atividades domésticas.

O desafio de reconciliar trabalho assalariado e trabalho doméstico é especialmente aguda nas famílias monoparentais, principalmente entre os trabalhadores menos qualificados, ou com restrições da capacidade de gerar renda (casos em que a provisão privada para os cuidados familiares torna-se proibitiva). O número de domicílios formados por famílias monoparentais aumentou constantemente nos últimos 20 anos. O número de crianças filhas de mães solteiras cresceu acentuadamente e a correlação dessas famílias com a pobreza é muito alta. Nos sistemas de seguridade social social-democratas a provisão dos serviços públicos e universais de boa qualidade na área dos cuidados, no entanto, propiciou a ampla participação da mulher no mercado de trabalho. Dados para a Dinamarca, por exemplo, apontam para uma taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho de 72% em 2005, ao mesmo tempo em que mais de 80% das crianças com idade até nove anos desfrutam dos serviços de creches (day care facilities).

O aumento da instabilidade familiar significa que os indivíduos estão cada vez mais sujeitos a choques de bem-estar ao longo do ciclo de vida, o que pode ser minimizado através da provisão de serviços de cuidados, especialmente para as famílias monoparentais. Os divórcios, por exemplo, podem ser entendidos como uma das principais formas de perdas inesperadas (não programáveis) de renda, especialmente para as mulheres. Para as mulheres isso representa um potencial aumento da desproteção previdenciária (pois a separação implica a perda da condição de dependente/beneficiário). Para os homens, por sua vez, esse fenômeno pode representar um possível aumento da desproteção familiar para com os cuidados domésticos e pessoais, principalmente nos casos de dissolução familiar, quando estes alcancem idades mais avançadas, pois tradicionalmente o cuidado prestado pelos filhos é direcionado prioritariamente para as mães idosas (GIERVELD e DYKSTRA, 2003; LLOYD-SHERLOCK e LOCKE, 2008).

Nesse contexto o aumento do número de idosos acrescenta mais um desafio relacionado com a questão dos cuidados familiares. A última fase da vida tem sido, em geral, associada com o aparecimento de doenças crônicas, o que pode afetar a capacidade funcional e instrumental dos idosos e, com isso reduzir sua capacidade de realização das atividades do cotidiano. O aumento do número de idosos no total da população não representa um desafio apenas para os sistemas previdenciários em função do aumento do dispêndio com benefícios,

representa um desafio também para o sistema de saúde e principalmente para a prestação dos cuidados de enfermagem e para os cuidados de longa duração. No caso específico da questão dos cuidados, à medida que a demanda tem crescido, com o aumento do envelhecimento do próprio contingente idoso, a disponibilidade de cuidadores (geralmente mulheres de meia idade) tem se reduzido, em função dos motivos acima mencionados. Os cuidados de longa duração dos idosos são caros e tanto o Estado, quanto as famílias parecem ter dificuldades para arcar com essa nova fonte de gastos. Por outro lado, a transposição da prestação dos serviços para o setor privado não corresponde, necessariamente, a um crescimento da demanda, pois problemas relacionados com a violência e o abuso dos idosos apontam para importantes demandas por regulação desse novo mercado de serviços.

Esping-Andersen (1999) sintetiza a questão da seguinte forma: quanto mais os riscos sociais são generalizados (para toda a população), mais fácil é que a família e o mercado falhem, devido a sua incapacidade de absorver adequadamente esses riscos. Isso se deve ao fato de a industrialização e a modernização das sociedades ter fragilizado o elo de solidariedade entre gerações no interior da família e que o mercado apresente uma decantada lista de falhas para a assunção dos riscos sociais, de forma geral (assimetria de informação, externalidades, riscos morais, etc).

A experiência internacional parece sinalizar, como será analisado no próximo capítulo, para uma mudança no paradigma de formulação das políticas sociais. Uma vez que os tradicionais programas constantes dos sistemas de seguridade social conseguiram equacionar a questão da manutenção da renda ao longo do ciclo de vida, as atuais demandas se voltam para a prestação dos serviços de cuidados. Nesse sentido, o crescimento do emprego no setor de serviços, principalmente dos serviços de baixa qualificação relacionados aos serviços pessoais, ao mesmo tempo em que cria novos desafios no campo do mercado de trabalho, pode ser entendido também como uma saída para os desafios colocados pelas mudanças na estrutura familiar e as transformações observadas ao longo do ciclo-de-vida. Como salientado por Esping-Andersen (2007, p. 442) *no solution exists unless we realize that social protection and service employment are directly linked*. A essência do problema parece residir em que: se, se optar por suprir as demandas por serviços pessoais através do Estado, possivelmente estas serão acompanhadas por um aumento das necessidades de financiamento do Estado; ao passo que, se, se optar por deixar ao sabor do mercado, o resultado possivelmente implicará maiores desigualdades de salários e renda e o imperativo de promover maior flexibilidade das relações trabalhistas.

2 OS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO PARA IDOSOS: DEFINIÇÃO, MODALIDADES E EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

O processo de envelhecimento populacional, como já mencionado no capítulo anterior, é reconhecido como um dos maiores conquistas sociais da segunda metade do século XX. Além disso, consiste, atualmente, em um fenômeno mundial inexorável, pelo menos no curto e médio prazo, uma vez que os futuros idosos já nasceram. Sua importância reside em entender as transformações na distribuição da população por grupos etários como um determinante para a demanda por políticas públicas e serviços sociais. Como enfatizado pelos Planos de Ação para o Envelhecimento da ONU, o envelhecimento populacional engendra o desafio de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (ONU, 1982 e 2002).

O desenvolvimento dos sistemas de seguridade social levou a uma melhoria considerável das condições de vida de expressivas parcelas da população. Essas melhorias das condições de vida, em parte responsáveis pelo atual processo de envelhecimento populacional, têm propiciado nas últimas décadas um expressivo aumento do contingente de idosos muito idosos, entre os quais se observa uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, que podem ou não estar associadas com limitações ou dificuldades para a realização das atividades do cotidiano. Observa-se, por exemplo, uma mudança no perfil epidemiológico da população, especialmente entre o contingente idoso. Entre os idosos, o mal de Alzheimer e as enfermidades demenciais estão se tornando cada vez mais prevalentes, ao mesmo tempo em que um número cada vez maior de indivíduos está convivendo com as conseqüências de doenças como a diabetes, hipertensão e doenças respiratórias (OMS, 2008). De acordo com Jacobzone (1999), com base nos dados disponíveis para os países membros da OCDE, os indivíduos vivem em média entre dois e quatro anos dependentes de cuidados mais intensivos, no fim de suas vidas.

Com isso, todos os países, principalmente os países desenvolvidos, se defrontam atualmente com a questão sobre qual a melhor forma de prover os cuidados de longa duração demandados para os idosos com dificuldades ou limitações para a realização das atividades da vida diária (AVD), pois estes idosos demandam tanto cuidados pessoais quanto cuidados médicos propriamente ditos. A definição das capacidades individuais para a realização das AVD, por sua vez, podem ser divididas entre os aspectos instrumentais e funcionais do

cotidiano. O apoio instrumental diz respeito às AVD, que envolvem: preparar refeições, fazer compras, fazer tarefas domésticas leves, fazer tarefas domésticas pesadas, e cuidar do próprio dinheiro. O apoio funcional representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, as quais incluem: tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa, e ir ao banheiro. A identificação de limitações para a realização das atividades entendidas como instrumentais implica a necessidade do apoio de terceiros para a manutenção de uma vida autônoma, já as limitações funcionais representam a perda concreta da independência desses idosos.

Como incorporar esse novo risco social - os cuidados de longa duração demandados pelos idosos com perda de autonomia e independência - aos sistemas de seguridade social é a principal questão a ser respondida atualmente pelos formuladores e gestores das políticas sociais. Pode-se dizer que a preocupação com os cuidados de longa duração dos idosos nos países desenvolvidos, onde o processo de envelhecimento populacional já se encontra mais avançado, surgiu como uma necessidade de se separar seus crescentes custos dos demais gastos com saúde e assistência social. Em quase todos os países, os cuidados de longa duração situam-se na interseção entre as políticas de saúde e assistenciais, pois apesar de apresentarem algumas peculiaridades próprias a cada uma das áreas, são sutis as diferenciações existentes entre curar e cuidar (OMS, 2008).

De forma geral, entre os países analisados foram observadas algumas características comuns, que serão analisadas em maior profundidade, referentes a: busca pelo equilíbrio “adequado” entre as responsabilidades públicas e privadas; o direcionamento dos programas em favor das alternativas que mantenham o idoso em seus próprios lares e/ou comunidades em detrimento a sua institucionalização (como forma tanto de reduzir os custos como de assegurar o bem estar dos idosos); a necessidade do desenvolvimento de programas voltados para os cuidadores informais dos idosos (geralmente familiares) e a descentralização administrativa dos programas.

O presente capítulo apresenta-se subdividido em duas seções. A primeira corresponde a definição e identificação das principais modalidades dos Cuidados de Longa Duração. A segunda seção analisa o processo de envelhecimento populacional e o surgimento da demanda por cuidados de longa duração no âmbito dos sistemas de seguridade social em três países desenvolvidos. Os países analisados se encontram em uma fase bastante mais avançada do processo de envelhecimento do que o Brasil e foram selecionados de forma a abarcar os diferentes modelos teóricos de regimes de bem-estar analisados por Esping-Andersen (1990). São eles: os Estados Unidos da América, representando o modelo Liberal, a Alemanha,

correspondendo ao modelo Conservador e a Dinamarca, exemplificando o modelo Social-Democrata.

2.1 Conceito e Modalidades

A atividade de cuidar convencionalmente é entendida como um conjunto de atividades e relações que envolvem a proteção e o apoio prestado aos enfermos, idosos, deficientes, crianças e jovens dependentes, tendo surgido na literatura como um conceito relacionado especificamente ao papel das mulheres na sociedade (DALY, 2001). Como visto no capítulo anterior a mudança no papel da mulher na sociedade de forma geral e, mais especificamente, no mercado de trabalho foi um fator fundamental para o posicionamento das questões emergentes sobre o futuro dos cuidados para com os entes mais vulneráveis da família. Como ressaltado por Esping-Andersen (2002), existem vários indícios de que estamos em meio a uma revolução nos comportamentos familiares e demográficos, capitaneadas pela independência feminina.

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho em busca de sua independência financeira e da realização plena da carreira profissional, o casamento deixou de fazer parte simplesmente de uma decisão econômica e passou a, cada vez mais, fazer parte das opções individuais. Isso modifica a estrutura domiciliar e familiar, fragilizando na maioria dos casos a capacidade de atuação da família como cuidadora de seus entes mais vulneráveis – crianças e idosos. Nessas circunstâncias, as antigas formas de comportamento, as expectativas e reciprocidades são alteradas no âmbito familiar. Tanto na Europa quanto na América do Norte podem ser observados movimentos em direção ao aumento do individualismo e transferência para a esfera pública da atividade de cuidar. Dessa forma, ao mesmo tempo em que se observa um aumento das liberdades de escolhas individuais, crescem a insegurança e os riscos associados a essas escolhas. Nesse contexto, como ressaltado por Standing (2001) é necessário que se reflita melhor sobre as necessidades específicas dos diferentes tipos de arranjos familiares e seus distintos tipos de relacionamento, tais como: os arranjos familiares chefiados por mulheres, os relacionamentos homossexuais, os casais de idosos, entre outros.

A transferência da atividade de cuidar para a esfera pública contratual, no entanto, coloca o que Lister (*apud* STANDING, 2001) chama de uma variação moderna do dilema de Wollstonecraft¹¹, pois se a mercantilização da atividade de cuidar apenas reforçar a divisão sexual do trabalho: a medida em que as mulheres permanecem como as principais responsáveis pelos cuidados, o resultado será a desigualdade. A questão fundamental reside,

¹¹ O dilema de Wollstonecraft, termo cunhado por Pateman (1992) reside nas dificuldades existentes para conciliar o papel social das mulheres como trabalhadoras e cuidadoras ao mesmo tempo (CIRIZA, 2006; p.86),.

dessa forma, nos desafios impostos pelo Dilema de Wollstonecraft à mercantilização dos cuidados. Este reside na dificuldade de conciliação entre o desejo de mover a questão dos cuidados para a esfera público-contratual e, ao mesmo tempo, tentar evitar as perspectivas de que as mulheres continuem a desempenhar predominantemente atividades percebidas como “menores”, ou menos reconhecidas e legitimadas na esfera pública.

Dessa forma, as transformações relacionadas com o envelhecimento populacional não se resumem ao aumento do número (relativo ou absoluto) de idosos ou a mudança na composição da população inativa, correspondente a uma redução da participação de crianças concomitante ao aumento na participação dos idosos. O processo de envelhecimento populacional coloca importantes desafios ao longo de todo o ciclo de vida dos indivíduos. Como ressaltado por Standing (2001), o envelhecimento populacional tem afetado principalmente a dinâmica familiar, uma vez que as mulheres têm sido capturadas por uma “armadilha” de prestação de cuidados mais intensivos e subseqüentes; assim que as mulheres “terminam” de cuidar de seus filhos dependentes passam a ser pressionadas para cuidarem de seus pais com idades avançadas. Para algumas mulheres, inclusive, esse período se sobrepõe, haja vista a postergação da idade em que as mesmas iniciam seu período reprodutivo. Rosenthal (*apud* JENSON e JACOBZONE, 2000) aponta para o efeito “sanduíche” que algumas mulheres vivem; imprensadas entre o trabalho assalariado e os cuidados familiares, entre o cuidado com os filhos e o cuidado com os pais em idades avançadas.

Ainda que a primeira vista, esse processo possa ser entendido apenas como um aumento das desigualdades presentes nos contratos de gênero, prevacentes na maioria das sociedades, o aumento das responsabilidades pelos cuidados familiares não devem ser entendidas como a assunção de um “fardo” para as mulheres contemporâneas. O processo de envelhecimento da população coloca a necessidade da livre escolha pelo tipo de provisão de cuidados mais adequado para cada tipo de família (STANDING, 2001). Para isso, o desenvolvimento de políticas na área da provisão de cuidados deve compreender os efeitos complementares entre os pilares dos sistemas de seguridade social: famílias, mercado e Estado. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) prover os cuidados para todos, especialmente para os mais fracos e vulneráveis é uma obrigação ética fundamental das sociedades, além de ser uma pré-condição essencial para que se possam desenvolver alternativas justas, racionais, equânimes e transparentes sobre o futuro das políticas de cuidados.

A incorporação da questão dos cuidados como um instrumento de política social se deu com grande parte da literatura tendo sido endereçada a provisão de benefícios pecuniários e serviços no contexto do desenvolvimento dos regimes de bem-estar ou sistemas de seguridade social (DALY, 2001). Porém, quando os sistemas de seguridade social respondem as demandas por cuidados presentes nas sociedades, estes alteram a divisão do trabalho, os custos e responsabilidades entre o Estado, o mercado e as famílias. Como salientado por Slater (*apud* PHILIPSON, 1998), por exemplo, até fins do século XIX, medidas voltadas para a proteção dos idosos não se diferenciavam das voltadas para os doentes, todos entendidos como incapacitados para o trabalho. A introdução dos vários sistemas e políticas de bem-estar legitimou a idéia da idade avançada como um risco social a ser compartilhado por toda a sociedade. Porém, à medida que esses sistemas buscaram atender as demandas dos idosos, alteraram a própria dinâmica do avançar da idade nas sociedades contemporâneas e contribuíram para o surgimento de novas demandas e vulnerabilidades por parte deste segmento etário. A incorporação das questões relacionadas com a provisão dos cuidados de longa duração na esfera dos sistemas de seguridade social pode ser entendida como uma forma de trazer para a esfera pública uma questão anteriormente circunscrita ao ambiente privado das relações familiares, permitindo a redefinição dos contratos de gênero e, ao mesmo tempo, como uma forma de integrar as políticas voltadas para a geração de bem-estar social constitutivas dos sistemas de seguridade social. Como enfatizado por Daly (2001), a questão dos cuidados caracteriza-se por sua multidisciplinariedade intrínseca pois engloba várias áreas das políticas sociais.

Cuidados de longa duração para idosos são geralmente definidos como uma variedade dos serviços de saúde ou assistência social, prestados de forma continuada, voltados para indivíduos que necessitam apoio em função de suas crescentes limitações físicas ou mentais. A Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Econômico (OCDE) define os cuidados de longa duração como “uma área de política de corte transversal que reúne uma gama de serviços voltados para indivíduos que dependem de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD) por longos períodos de tempo” e complementa: *as demandas por cuidados de longa duração são mais prevalentes no grupo etário conformado pelos muito idosos (...) o qual apresenta maiores riscos de experimentar problemas crônicos de longa duração que causem incapacidades físicas e mentais* (OCDE, 2006). De forma semelhante, porém mais ampla, para a OMS (2000) os cuidados de longa duração podem ser entendidos como um conjunto de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos

e/ou vizinhos) e/ou formais (realizadas por profissionais das áreas de saúde e assistência social) voltadas para a garantia de que indivíduos que não sejam mais plenamente capazes de assegurar sua auto-suficiência possam tê-la assegurada segundo: os mais elevados níveis de qualidade de vida possíveis; suas preferências individuais e mecanismos que promovam o maior grau possível de independência, autonomia, participação social, realização pessoal, e dignidade humana¹².

Pode-se perceber, dessa forma, variações quanto à amplitude do cuidado, a identificação das necessidades do demandante dos cuidados e das taxonomias disponíveis que definem os cuidados de longa duração dos demais cuidados proporcionados aos indivíduos ao longo do ciclo de vida. A delimitação das diferenças entre cuidados de saúde e cuidados sociais é, no caso dos idosos com dificuldades para a realização das AVD, bastante sutil. O mesmo pode ser dito sobre as diferenças na avaliação do “grau” de deficiência/dependência dos demandantes dos cuidados e, conseqüentemente, sua cobertura. Medeiros e Diniz (2004), por exemplo, ressaltam serem as deficiências uma construção social resultante da interação entre características físicas dos indivíduos com as condições dadas pela sociedade em que vivem. De acordo com os referidos autores não existe necessariamente uma relação direta entre limitações físicas e deficiências. No caso dos idosos, especificamente, salientam que:

“um ambiente hostil pode fazer com que a acumulação de limitações leves na funcionalidade corporal torne-se a causa de grandes deficiências entre os idosos. (...) muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas.” (MEDEIROS E DINIZ; 2004; p. 356)

Os diferentes níveis de organização e divisão da responsabilidade entre famílias, Estado e Mercado, bem como os limites entre a componente saúde e a componente assistencial do cuidado, conduzem a uma grande variação de modalidades de cuidados de longa duração e de seus papéis dentro dos sistemas de proteção social. Em alguns países, os cuidados de longa duração também são associados com a noção de integralidade do atendimento, o que implica, por exemplo, a adoção de sistemas de saúde que atuem desde a introdução de medidas preventivas, da promoção do envelhecimento ativo, até a prestação dos cuidados médicos necessários, inclusive dos cuidados paliativos, voltados para o final da vida. Além disso, não se pode isolar a questão do envelhecimento e dos cuidados de longa duração das demais políticas sociais, tais como as políticas de combate a pobreza e exclusão social.

¹² Esses aspectos correspondem aos princípios formulados no âmbito das Nações Unidas, pela Assembléia Geral de 1991, em favor da população idosa.

Daly (2001) enfatiza ainda as dicotomias que as análises da questão dos cuidados tendem a assumir, tais como: cuidados formais x cuidados informais, cuidados remunerados x cuidados não remunerados, cuidados institucionais x cuidados domiciliares.

“The identity of the carer as well as the location and content of care vary, depending on whether the focus is on care for children and that for adults. This and other features of care have given rise to a tendency to treat the concept dichotomously. For example, a differentiation is commonly made between care in formal and informal settings, between care as provided in the market and the state sector, and between paid and unpaid care.” (DALY, 2001; p. 35)

De forma geral podemos subdividir os cuidados de longa duração entre os cuidados informais, prestados voluntariamente, normalmente por pessoas com relações próximas aos beneficiários dos cuidados, e os cuidados formais prestados por indivíduos ou instituições, caracterizados por contratos formais entre prestadores e beneficiários dos serviços. Apesar da expressiva participação dos cuidados informais, estimados em mais de 80% dos cuidados prestados à idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das AVD, entre os países membros da OCDE (JACOBZONE et al., 2000), pretende-se aqui focalizar as modalidades formais dos cuidados de longa duração. Isso se deve, entre outros motivos, a premissa adotada no presente trabalho da existência de uma crescente escassez da disponibilidade das famílias e, especialmente, das mulheres em prover os cuidados informais de forma a garantir padrões de bem-estar adequados tanto aos idosos beneficiários dos cuidados, quanto a si mesmas.

Assume-se que o risco da perda de autonomia e independência por parte dos idosos muito idosos, afeta a qualidade de vida tanto dos próprios idosos, quanto dos cuidadores (geralmente mulheres) e dos demais membros da família e da sociedade. A suposição de que os cuidados são providos gratuitamente, de forma relativamente “invisível” para fora das relações familiares, não mais parece ser uma alternativa viável para os formuladores e gestores de políticas sociais em todo o mundo. Mesmo que os cuidados informais continuem a preponderar nas mais diversas sociedades, é preciso reconhecê-los, no âmbito da estrutura socioeconômica de reprodução das sociedades, como uma parcela importante dos mecanismos de promoção do bem-estar nos diferentes regimes de bem-estar social.

Standing (2001), no entanto, ressalta que uma das óticas possíveis para o entendimento da questão refere-se a percepção de que a prestação dos cuidados é uma doação, um carinho a ser prestado a um indivíduo mais vulnerável e, portanto, incompatível com a adoção de recompensas financeiras. Em se tratando de uma relação que não envolve trocas materiais, apenas emocionais, tensões e comportamentos oportunistas tendem a não se manifestar. Essa, porém, de acordo com o mesmo autor, é apenas uma das faces da questão, pois desconsidera

os problemas e vulnerabilidades que podem surgir do ponto de vista do prestador dos cuidados. Estes podem e não raras às vezes são explorados e oprimidos (quer pelo demandante do cuidado ou pelas circunstâncias em que se dá a prestação dos cuidados). Nos últimos anos muito se tem enfatizado a necessidade de desenvolvimento e promoção de mecanismos formais de cuidados que permitam que os idosos possam permanecer em seus próprios lares, evitando-se com isso a polarização entre os cuidados familiares informais e os cuidados formais prestados em instituições próprias.

A alternativa aos cuidados informais, tradicionalmente prestados pela família, até a segunda metade do século XX, consistia basicamente na institucionalização dos idosos em Instituições de Longa Permanência, os tradicionalmente denominados asilos. Ao longo, principalmente, do começo do século XX, apesar das expressivas diferenças culturais e socioeconômicas envolvidas para sua assimilação pelas sociedades, verificou-se o aumento da oferta e demanda por instituições voltadas para o cuidado integral, por longos períodos, para contingentes da população em condição de maior dependência: crianças, idosos, deficientes físicos e mentais (OMS, 2008). Porém, a partir da segunda metade do século XX, essa tendência foi revertida, a partir das críticas feitas por profissionais das áreas de saúde e assistência social e da população de forma geral em favor da desinstitucionalização desses contingentes populacionais. Nas últimas décadas as pressões fiscais e orçamentárias nos programas públicos voltados para o atendimento de idosos dependentes conduziram ao desenvolvimento de novas modalidades de cuidados domiciliares formais. De acordo com Marino et al. (*apud* JENSON e JACOBZONE, 2000) essas novas modalidades têm-se demonstrado mais custo-eficaz do que a institucionalização, tanto em termos econômicos e de qualidade, como no que se refere a preferência dos próprios idosos. Isso tem significado uma crescente atuação conjunta entre as famílias, o mercado e o Estado na busca por novas modalidades de cuidados. De acordo com Jenson e Jacobzone (2000):

The 1970s were marked by a movement among health professionals and other experts critical of the institutionalisation of the frail elderly as well as other dependent persons. They promoted community care, in the name of more suitable, desirable and appropriate care arrangements. This perspective led, in some places, to the invention of new housing arrangements and stock, for example, to provide arrangements for assisted living. It also brought about the expansion of formal home care services, ranging from medical services provided at home to help with needs of daily living or housekeeping. Therefore, there had been a determination to demonstrate that community care was more cost-effective than institutionalization". (JENSON e JACOBZONE, 2000; p. 12)

Atualmente, a prestação dos cuidados envolve um gradiente de opções que varia desde a doação e a caridade do prestador, passando pela prestação do cuidado como uma relação

onde prevalecem expectativas de reciprocidade, até transferência completa da relação para a esfera contratual das relações civis. As modalidades de cuidados de longa duração podem ser classificadas quanto ao grau demandado e tipo de serviços prestados. No que se refere aos graus de cuidados demandados pelos idosos, estes variam desde os cuidados pessoais até os cuidados profissionais de enfermagem. Os aqui denominados cuidados pessoais consistem em assistir aos idosos com dificuldades para a realização das AVD. Os cuidados profissionais de enfermagem são voltados para os idosos que requerem um acompanhamento médico intensivo. Entre um extremo e o outro existem os cuidados intermediários, voltados para os idosos que necessitam de tratamento de saúde profissional apenas ocasionalmente.

No que se refere aos tipos de serviços previstos para os cuidados de longa duração dos idosos, podemos subdividi-los em três principais grupos de acordo com o local onde são operacionalizados: 1) os cuidados institucionais, referentes à internação dos indivíduos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI); 2) os cuidados formais intermediários, são referentes aos centros-dia e hospitais-dia; e 3) os cuidados domiciliares formais, isto é, aqueles prestados por enfermeiros, cuidadores formais e/ou acompanhantes etc.

Os cuidados institucionais referem-se aos atendimentos prestados por ILPI. Considera-se aconselhável, para que não ocorra o isolamento social do idoso, que sejam oferecidos serviços de atenção biopsicossocial, em regime integral, priorizando o vínculo familiar e a integração comunitária sempre que possível. Atendem desde os idosos sem dificuldades para a realização das AVD até os idosos acamados demandantes de assistência médica mais intensiva.

Os cuidados formais intermediários englobam uma variedade de serviços para o atendimento das necessidades tanto dos próprios idosos quanto de suas famílias, tais como: a residência em casa-lar, onde pequenos grupos de idosos convivem entre si e podem contar com a comunidade para o auxílio da realização das atividades da rotina doméstica; centros-dia, instituições capazes de atender os idosos em suas demandas na área de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros, durante o dia e que possibilitam que os idosos retornem aos seus lares à noite, propiciando, com isso, a manutenção dos vínculos familiares e sua socialização a custos financeiros mais baixos do que o atendimento institucional; Centros ou Grupos de convivência, consistem em locais voltados para a realização, por parte dos idosos, de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade, procurando contribuir para a autonomia, o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção do isolamento social e a geração de renda.

Cuidados domiciliares formais, por sua vez, consistem em uma imensa gama de serviços prestados aos idosos de acordo com o grau demandado de cuidado. Idosos com dificuldades instrumentais ou funcionais para a realização das AVD, podem contratar desde o serviço de acompanhantes até profissionais da área de saúde, tais como enfermeiros e fisioterapeutas. Também são considerados cuidados domiciliares formais, a contratação de pessoal e equipamento necessário para o cuidado dos idosos acamados.

2.2 Os cuidados de longa Duração no Âmbito dos Sistemas de Seguridade Social: Experiência Internacional

Nesta seção procurar-se-á analisar a questão dos cuidados de longa duração dos idosos no que se refere a sua alocação frente à demanda potencial, organização dos serviços prestados e a forma de inserção da política no âmbito dos sistemas de seguridade social. Para tanto, serão analisados os casos de três países representantes dos três modelos idealizados por Esping-Andersen, a saber: Estados Unidos, exemplificando regimes de bem-estar social de cunho liberal; Alemanha, exemplificando as políticas adotadas em países com tradição securitária com regimes de bem-estar social classificados como conservadores; e, Dinamarca exemplificando as políticas adotadas em regimes de bem-estar social do tipo Social-Democrata.

Enquanto a classificação dos regimes de bem-estar (sistemas de seguridade social) no que tange aos programas já estabelecidos no contexto dos sistemas de seguridade social parecerem funcionar bem; pouco pode ser dito em relação a prestação de serviços relacionados a atividade de cuidar. Isso se deve a maior complexidade da área e a pouca disponibilidade de informação sobre quem, como, quando, onde e quanto da demanda por cuidados de longa duração é provida. Mesmo que se desconsidere a grande interrogação presente na prestação de cuidados informais, a prestação dos cuidados formais tende a apresentar uma miríade de nuances, uma vez que os mesmos funcionam, normalmente, de forma descentralizada e envolvem uma imensa gama de modalidades alternativas de cuidados. A adoção da tipologia aqui adotada, restringe-se dessa forma a sinalização de tendências na articulação entre os principais pilares envolvidos na questão: famílias, Estado e mercado.

2.2.1 Estados Unidos: Modelo Liberal

Os Estados Unidos da América são uma república federalista e presidencialista composta por cinquenta estados e um Distrito Federal, conformando o terceiro maior país do

mundo em extensão territorial e população. Sua primeira e única constituição, datada de 1787, estabelece a estrutura federativa do Estado, seus órgãos e competências, concedendo grande autonomia aos entes federados. Atualmente sua população é estimada em 300 milhões de habitantes, dos quais 13% têm 65 ou mais anos de idade e 3,5% tem 80 ou mais anos de idade. A menor participação relativa dos idosos na população norte-americana, vis-à-vis os demais países analisados, deve-se, sobretudo a taxas de fecundidade superiores, pois apesar desta ter apresentado valores pouco inferiores à taxa de reposição da população no entorno da década de 1980, reverteu à tendência declinante nos últimos anos e se mantém próxima a taxa de reposição – 2,05 filhos por mulher em 2005

O caso do sistema norte-americano foi selecionado por exemplificar um sistema liberal, com ampla participação do mercado. A forte presença da ideologia liberal nos Estados Unidos pode ser entendida como um dos principais fatores para o sistema de seguridade social capitaneado pelo Estado, da principal potência econômica do século XX, ter sido um dos últimos a serem criados entre os países industrializados. Suas primeiras iniciativas são posteriores a grande crise de 1929, quando a economia americana atravessou um longo período de recessão. Dentro do regime político federativo, iniciativas pioneiras se deram de forma isolada em alguns estados confederados, nas décadas de 1920 e 1930. No entanto, o primeiro passo em direção a um sistema unificado foi dado apenas em 1934, com a instituição de um Comitê (*Comitee on Economic Security*) com o objetivo de criar um plano de seguridade social de abrangência nacional. Com a promulgação da Lei de Seguridade Social (*Social Security Act - SSA*), em 1935, foram criados oficialmente os dois primeiros programas do sistema de seguridade social norte americano: o seguro desemprego e a aposentadoria por idade (*Old Age Benefits - OA*). Esses programas entraram em vigor em Janeiro de 1937. Ao longo dos anos subseqüentes, o sistema foi gradualmente ampliado. Inicialmente, o programa de aposentadoria por idade foi reformulado e sua cobertura estendida aos dependentes em caso de morte do segurado – passando a denominar-se *Old Age and Survivors Insurance* (OASI). Em 1956 foi criada a aposentadoria por invalidez – *Security Disability Insurance* (DI) – endereçada aos segurados que por motivos de doença ou invalidez perdessem sua capacidade de trabalho. Com isso, o sistema ou conjunto de programas expandido passou a ser conhecido como OASDI, tendo incorporado, inclusive, os trabalhadores rurais e autônomos (*Social Security Administration - SSA, on line*).

Para ter direito à aposentadoria por idade o trabalhador deve contar com 40 trimestres de cobertura registrados. Existe ainda a aposentadoria antecipada aos 62 anos de idade, com redução de 20% das prestações para aqueles que se aposentarem até 2022, e de 30% para os

que se aposentarem após essa data. Até 1983 a idade mínima para a obtenção da aposentadoria plena do OASDI era de 65 anos, mas em função da pressão demográfica, têm-se tomado medidas (como a reforma de 1983) no sentido de aumentar a idade de aposentadoria. De acordo com o atual estatuto, os segurados nascidos antes de 1938 (que atingiram a idade de 65 anos antes de 2003) poderiam ainda se aposentar com rendimentos totais àquela idade. Mas para os nascidos após 1938, a idade mínima para aposentadoria é crescente, chegando até 67 anos para os nascidos após 1960. Atualmente a idade mínima para o requerimento das aposentadorias é de 66 anos (SSA, *on line*).

No que concerne a assistência a saúde, foram criados em 1965 os programas *Medicare*, voltado para a população idosa, portadora de deficiência e doentes renais terminais, e o *Medicaid*, para a população pobre em condição de maior vulnerabilidade – idosos, portadores de deficiência, mulheres grávidas e crianças dependentes. O *Medicare* consiste em um programa de seguro de saúde composto, inicialmente, por duas partes: parte “A”, cuja filiação é obrigatória, referente ao seguro de internação hospitalar – *Hospital Insurance* (HI) – e, parte “B” voltada para o pagamento de serviços médicos, cuidados ambulatoriais e outros serviços não cobertos pela parte A - *Supplemental Medical Insurance* (SMI) – de natureza opcional. Atualmente o *Medicare* conta com outras duas partes. A parte “C” é composta por programas diferenciados prestados por seguradores privados, enquanto a parte “D” é voltada para a compra subsidiada de medicamentos – Prescription Drug Plan – acessível apenas para segurados com renda limitada a 10 mil dólares (BATISTA ET AL., 2008).

Para o combate a pobreza, foi criado, em 1972, o Supplemental Security Income (SSI) com o objetivo de assegurar a idosos e portadores de deficiência o acesso a transferências de renda. Esse programa também atende a outros segmentos populacionais em condição de pobreza. Dessa forma, na década de 1970 o sistema público de seguridade social norte-americano atinge sua atual estrutura: aposentadorias por idade e invalidez e pensão por morte – OASDI -; assistência médica para idosos – *Medicare* ; assistência médica de caráter assistencial para os não segurados em condição de pobreza – *Medicaid*; e, uma renda assistencial para idosos e portadores de deficiência – SSI.

Nos EUA é observada uma ampla participação do setor privado na provisão de programas previdenciários e de assistência a saúde. No campo previdenciário, para os trabalhadores com renda mais alta, a manutenção de um poder aquisitivo elevado após a aposentadoria requer uma complementação dos benefícios pagos pelo OASDI. Para tanto, coexistem no mercado inúmeras entidades fechadas e abertas. No campo dos serviços de atenção a saúde, por sua vez, os seguros de saúde privados convivem com a provisão dos

serviços públicos de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, para os quais as falhas de mercado são mais exacerbadas: quer por critérios de renda (*Medicaid*), para os indivíduos sem capacidade contributiva, quer por critérios de idade (*Medicare*), como no caso da atenção aos idosos e portadores de deficiência.

2.2.1.1 Aspectos Sócio-demográficos

Entre 1960 e 2000 a população norte-americana aumentou em aproximadamente 100 milhões de habitantes, tendo passado de 186 milhões de habitantes para aproximadamente 283 milhões de habitantes. Ao longo desses 40 anos, a população idosa, com 65 anos ou mais, por sua vez, apresentou um crescimento ainda maior, tendo passado de 17 milhões para 37 milhões, ou seja, mais que duplicou. Esse aumento, no entanto, foi acompanhado pela mudança na distribuição etária associada ao processo de transição demográfica já mencionado. Os gráficos 2.1 a 2.4 apresentam a distribuição etária da população norte-americana em quatro momentos: 1960, 1980, 2000 e uma projeção da população para o ano 2020. Os gráficos permitem observar o aumento progressivo dos idosos (com 65 anos ou mais de idade) e o impacto das coortes formadas pelos *baby boomers*, nascidos entre 1946 e 1964¹³. Ao redor do ano 2000, os Estados Unidos vivenciaram, provavelmente, o envelhecimento de uma de suas menores coortes, fruto da baixa taxa de fecundidade observada nos anos que se seguiram a Grande Depressão. Porém, espera-se, a partir do começo da próxima década, um expressivo aumento do contingente idosos, com a entrada dos *baby boomers* na idade avançada. Entre 2000 e 2020 é estimado o crescimento do contingente com 65 anos ou mais de idade a taxas de 2,2% ao ano, o que corresponde a um aumento superior a 50% no número desses idosos, perfazendo um total de 54 milhões de idosos em 2020.

¹³ Nesse período a taxa de fecundidade norte-americana variou entre 3,5 e 4 filhos por mulher (ONU, 2008).

Gráfico 2.1

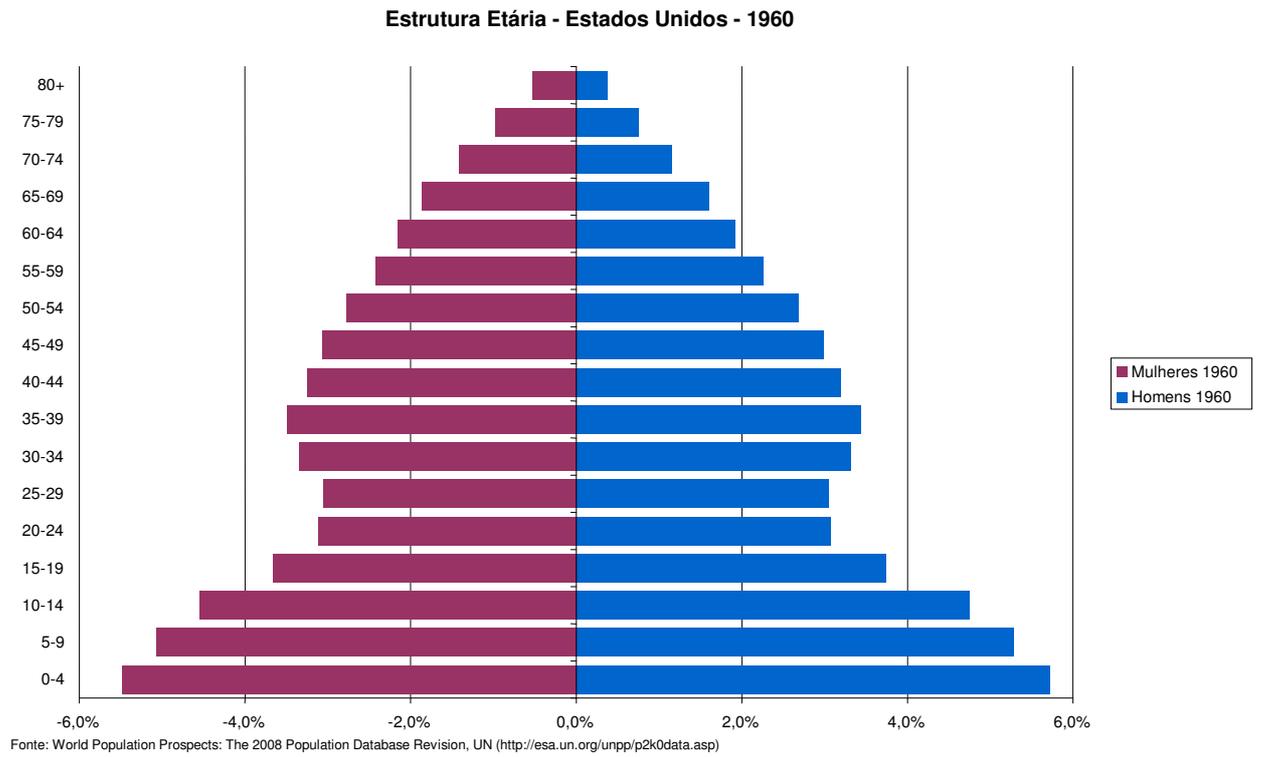


Gráfico 2.2

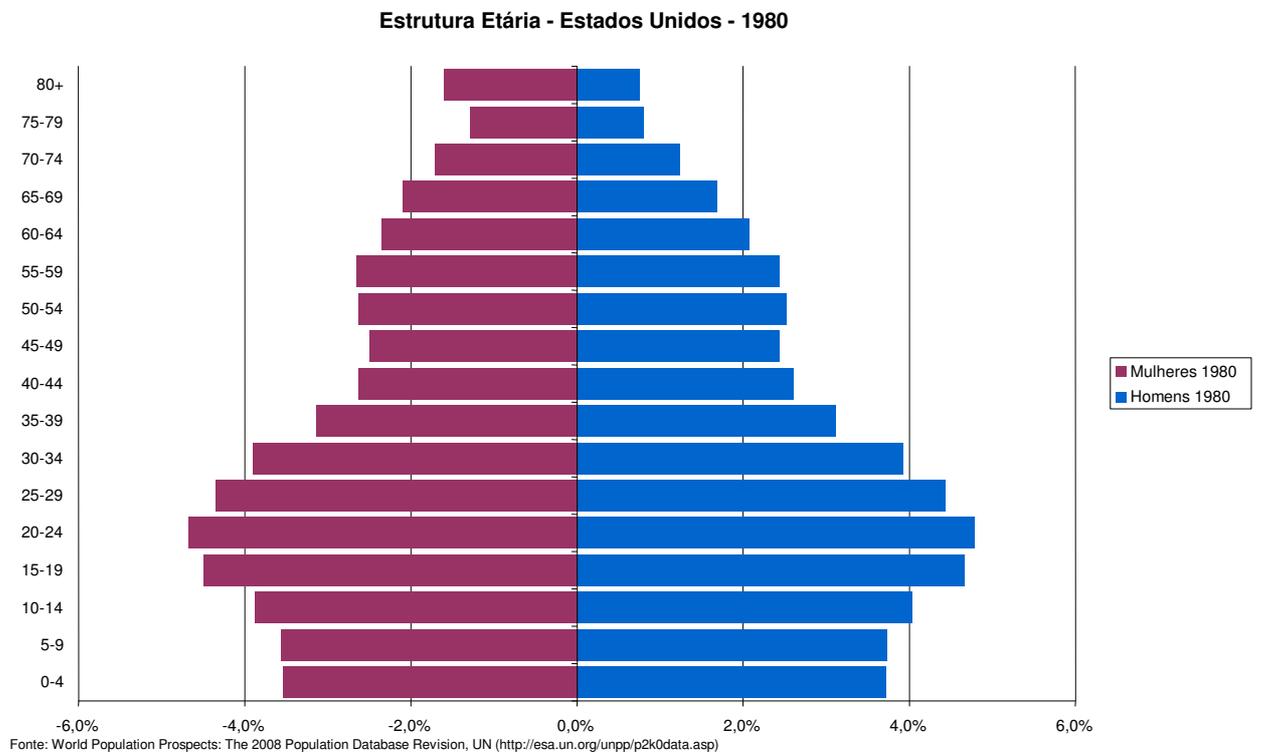


Gráfico 2.3

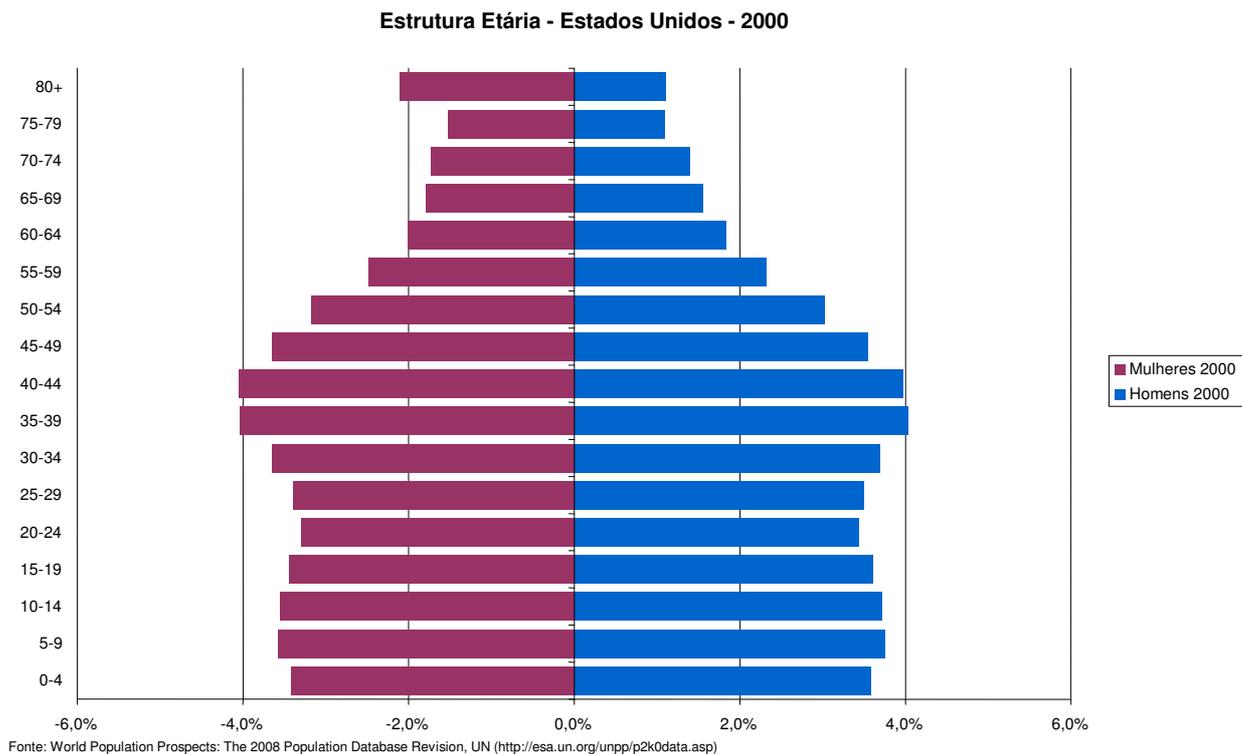
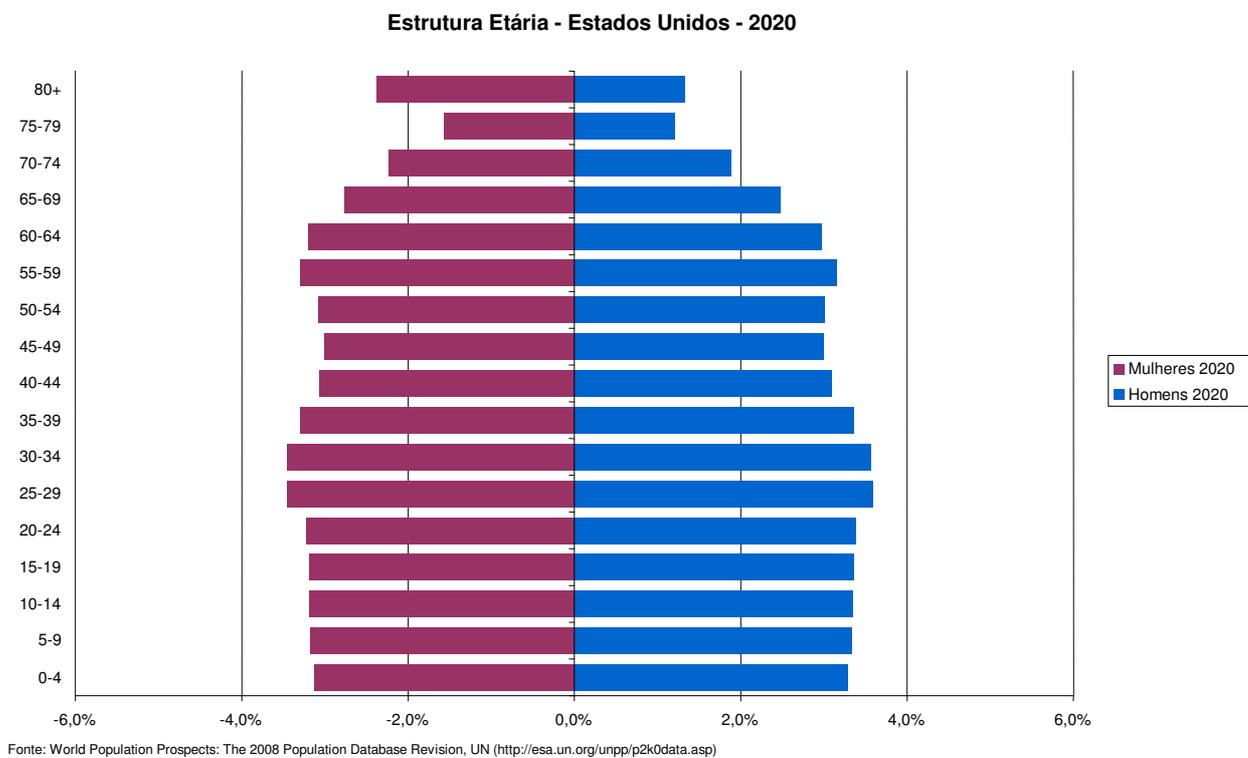


Gráfico 2.4



A expectativa de vida nos Estados Unidos, por sua vez, apresentou aumentos significativos nas últimas décadas (tabela 2.1), resultando no envelhecimento do próprio contingente idoso. Entre 1960 e 2005, a expectativa de vida ao nascer das mulheres norte-americanas aumentou 7,3 anos, enquanto a dos homens aumentou 8,6 anos. Esse aumento, relacionado com a redução da mortalidade em todas as idades, também é observado nas expectativas de sobrevivência em idades mais avançadas; se aos 65 anos uma mulher norte-americana pode, atualmente esperar viver por mais 20 anos, dos quais 60% em boas condições de saúde; ao alcançar 85 anos esta contará, em média, com mais 7,2 anos de vida.

Tabela 2.1

Expectativa de vida ao nascer (E_0) e aos 65 anos (E_{65})
Estados Unidos -1960/2005

	E_0		E_{65}	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
1960	73,1	66,6	15,8	12,8
1970	74,7	67,1	17,0	13,1
1980	77,4	70,0	18,3	14,1
1990	78,8	71,8	18,9	15,1
2000	79,5	74,1	19,2	16,3
2005	80,4	75,2	20,0	17,2

Fonte: OCDE, 2008.

Entre 1981 e 2004, de acordo com o Sistema Nacional de Estatísticas Vitais dos Estados Unidos, o perfil da mortalidade da população idosa apresentou importantes mudanças. Apesar das doenças do coração continuarem a representar a principal causa de morte entre os idosos apresentaram uma redução de aproximadamente 44%, enquanto as mortes por doenças respiratórias crônicas aumentaram sua incidência em mais de 50% e a diabetes em 38%. Entre 1999 e 2004 o aumento da mortalidade entre idosos norte-americanos em decorrência do mal de Alzheimer foi de aproximadamente 32% (OLDER AMERICANS, 2008).

Na última década foi observado um aumento na proporção de idosos que reportam sofrer de alguma doença crônica (ver tabela 2.2). A incidência de diabetes na população idosa, por exemplo, aumentou 38,5% entre os períodos 1997/98 e 2005/06. Aumentos expressivos também foram observados entre idosos com asma, câncer, hipertensão e derrame cerebral. A porcentagem de idosos com diabetes é maior entre os homens (19,1%) do que entre as mulheres (17,3%), por outro lado a hipertensão e a asma acometem mais as idosas do que idosos. Sintomas de depressão clinicamente relevantes, em 2004, foram observados em 11% dos idosos e 17% das idosas. A depressão é uma doença cuja incidência tende a aumentar com o avanço da idade. Enquanto apenas 10% dos idosos na faixa etária entre 65 e 74 anos apresentam sintomas depressivos, esse percentual aumenta para 19% entre os idosos

com 85 anos ou mais de idade; os percentuais correspondentes no caso das mulheres são respectivamente 16% e 19%.

Tabela 2.2

Porcentagem da População idosa (65 ou +) que reportou sofrer das doenças crônicas selecionadas

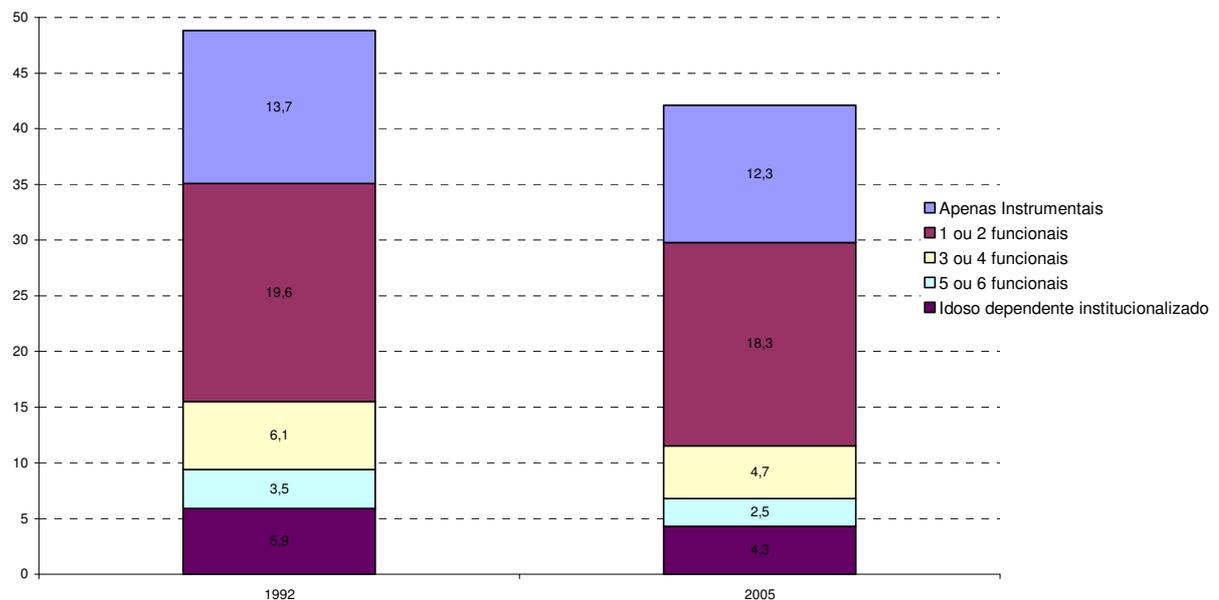
	Doenças Cardíacas	Hipertensão	Derrame Cerebral	Efisema	Asma	Bronquite Crônica	Cancer	Diabetes	Artrite
1997-1998	32,3	46,5	8,2	5,2	7,7	6,4	18,7	13,0	
1999-2000	29,8	47,4	8,2	5,2	7,4	6,2	19,9	13,7	
2201-2002	31,5	50,2	8,9	5,0	8,3	6,1	20,8	15,4	
2003-2004	31,8	51,9	9,3	5,2	8,9	6,0	20,7	16,9	50,0
2005-2006	30,9	53,3	9,3	5,7	10,6	6,1	21,1	18,0	49,5

Fonte: Older Americans 2008, Key Indicators of Well Being

A convivência com doenças crônicas e degenerativas, como já mencionado, pode ou não resultar em dificuldades ou limitações para a realização das atividades cotidianas. O gráfico 2.5 e a tabela 2.3, por sua vez, mostram uma redução na proporção dos idosos com perda de autonomia e independência para lidar com as atividades do cotidiano. O gráfico 2.5 apresenta a população idosa com limitações para a realização das atividades da vida diária, funcionais ou instrumentais¹⁴, em 1992 e 2005.

Gráfico 2.5

Porcentagem dos Idosos vinculados ao Medicare/Medicaid com limitações para a realização de Atividades da Vida Diária (AVD) por tipo e intensidade



Fonte: Medicare Current Beneficiary

¹⁴ Foram consideradas atividades funcionais da vida diária: banhar-se, vestir-se, alimentar-se, sentar-se/levantar-se, caminhar ou ir ao banheiro. Por atividades instrumentais foram entendidas as seguintes atividades: fazer compras, realizar serviços domésticos leves ou pesados, preparar refeições, usar o telefone ou lidar com dinheiro.

Pode-se perceber que a proporção de idosos com limitações diminuiu no período analisado. A tabela 2.3 apresenta informações sobre a capacidade dos idosos norte-americanos em realizar algumas atividades específicas presentes no dia-a-dia por sexo em 1991 e 2005. Como esperado, são as idosas que apresentam maiores dificuldades para a realização das atividades; 56% das idosas com 85 anos ou mais encontram dificuldades em realizar pelo menos uma das atividades enquanto a porcentagem comparável entre os homens é de 38%.

Tabela 2.3

Porcentagem dos idosos vinculados ao Medicare/Medicaid que apresentam dificuldades para a realização de algumas atividades físicas por atividade e sexo

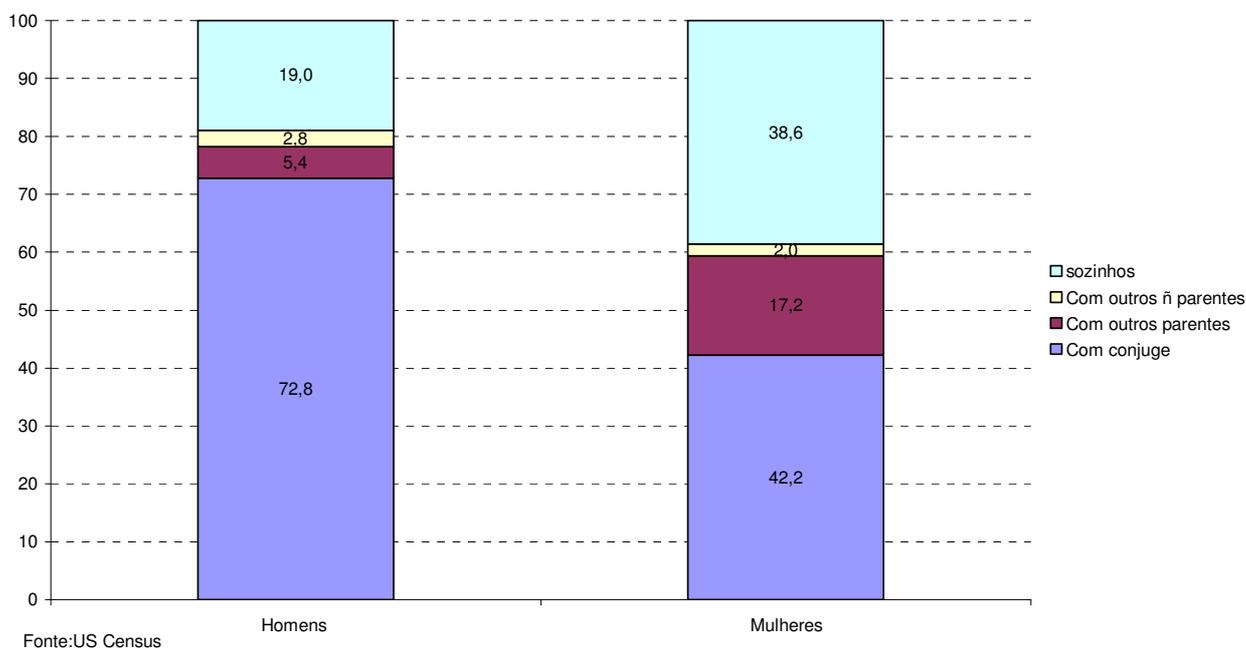
	Homens		Mulheres	
	1991	2005	1991	2005
inclinarse / ajoelhar-se	7,8	9,9	15,2	18,1
alcançar objetos acima da cabeça	3,1	2,6	6,2	5,1
escrever	2,2	1,3	2,6	2,3
caminhar 2 ou 3 quarteirões	14,0	14,6	23,0	22,9
levantar 10 libras	9,1	7,7	18,3	15,5
Pelo menos 1 das atividades	18,9	19,0	32,1	31,9
65-74		13,5		21,7
75-84		22,1		34,3
85 +		38,3		55,9

Fonte: Medicare Current Beneficiary Survey (Centers for Medicare and Medicaid Services)

Uma importante fonte de apoio para os idosos, como já mencionado, consiste na família co-residente. Entre 1970 e 2007, a proporção de idosos, com idade compreendida entre 65 e 74 anos, vivendo sozinhos passou de 11,3% para 16,7%; entre as idosas da mesma faixa etária, no entanto, esse percentual observou um ligeiro decréscimo, tendo passado de 31,7% para 28%. Entre os idosos com 75 ou mais anos de idade, por outro lado, se pode observar um aumento para ambos os sexos: a proporção de idosas vivendo sós passou de 37% em 1970 para aproximadamente 50% em 2007, enquanto os percentuais comparáveis entre os homens correspondem a 19% e 22%, respectivamente. O gráfico 2.6 apresenta os arranjos domiciliares da população idosa norte-americana no ano 2007. Pode-se perceber que no caso dos idosos do sexo masculino, são provavelmente suas cônjuges as principais provedoras do apoio domiciliar, pois 73% dos mesmos vivem com suas esposas. O mesmo não pode ser dito sobre as idosas, pois menos da metade destas contam com a presença de cônjuges co-residentes. Isso se deve a maior probabilidade das idosas se tornarem viúvas (42% contra menos de 13% dos idosos em 2007), pois sua expectativa de vida é superior a dos homens e geralmente mulheres se casam com homens mais velhos.

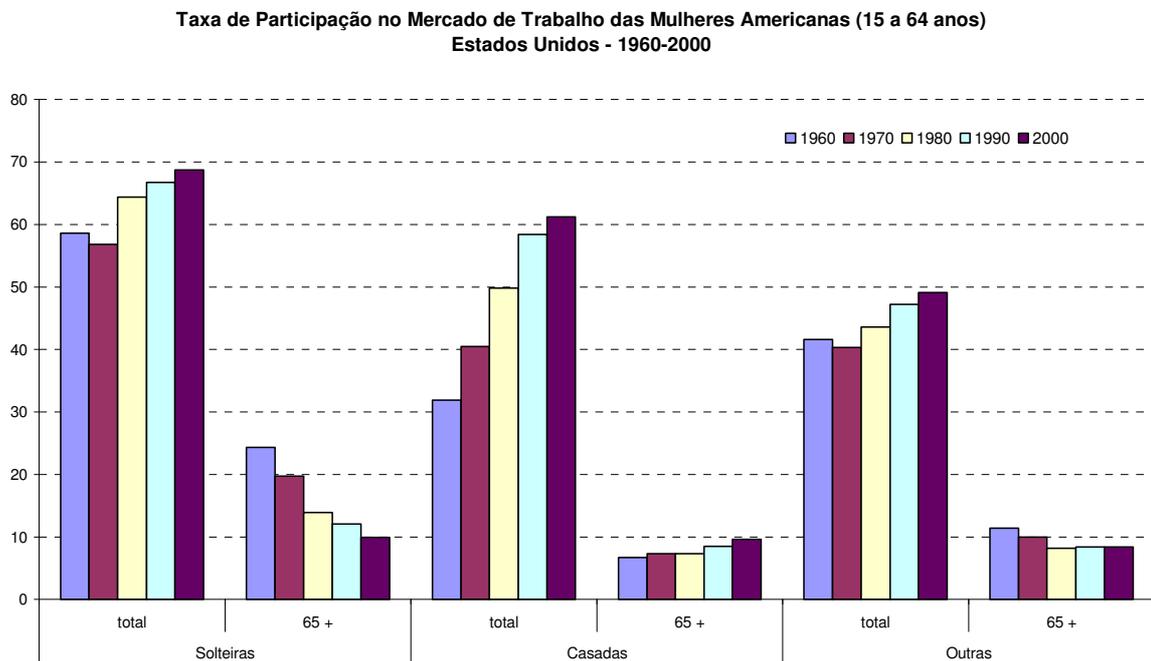
Gráfico 2.6

**Arranjos Domiciliares da Idosa (65 ou +), não Institucionalizada por Sexo
Estados Unidos, 2007**



As tendências de participação no mercado de trabalho assalariado norte-americano sugerem uma disponibilidade familiar, em especial das mulheres, para com os cuidados dos membros familiares mais frágeis, cada vez menor. Apesar da taxa de participação dos homens com mais de 16 anos ter reduzido entre 1970 e 2007 (de 80% para 73%) a taxa de participação total, considerando-se ambos os sexos apresenta contínuos aumentos. Isso reflete, dessa forma, o aumento da participação da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho. O gráfico 2.7 apresenta a evolução da taxa de participação feminina no mercado de trabalho entre 1960 e 2000 segundo o estado conjugal.

Gráfico 2.7



O aumento da participação no mercado de trabalho das mulheres está relacionado principalmente com as mudanças que ocorreram entre mulheres casadas. A taxa de participação das mulheres casadas aumentou de 32% em 1960 para 62% em 2000, ou seja, a participação das mulheres no mercado de trabalho praticamente dobrou. Mesmo entre as idosas, o aumento na taxa de participação no mercado de trabalho foi de 43% entre 1960 e 2000. Essa “revolução” no comportamento das mulheres casadas nos Estados Unidos é enfatizado pela redução observada entre as taxas de participação das idosas que não possuem cônjuges (solteiras, viúvas, divorciadas, etc).

2.2.1.2 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos

Em 1965, ano em que foram criados o *Medicare* e o *Medicaid*, foi também aprovado um ordenamento legal bastante avançado para a época: o Estatuto do Idoso – *Older Americans Act* (OAA). Seus objetivos, são abaixo transcritos:

The Congress hereby finds and declares that, in keeping with the traditional American concept of the inherent dignity of the individual in our democratic society, the older people of our Nation are entitled to, and it is the joint and several duty and responsibility of the governments of the United States and of the several

States and their political subdivisions to assist ou older pelople to secure equal opportunity to the full and free enjoyment of the follwing objectives:

- (1) *An adequate income in retirement in accordance with the American standard of living.*
- (2) *The best possible physical and mental health witch science can make available and without regard to economic status.*
- (3) *Suitable housing, independently selected, designed and located with reference to special needs and available at costs which older citizens can afford.*
- (4) *Full restorative services for those who require institutional care.*
- (5) *Opportunity for employment with no discriminatory personnel practices because of age.*
- (6) *Retirement in health, honor, dignity – after years of contribution to the economy.*
- (7) *Pursuit of meaningful activity within the widest range of civic, cultural, and recreational opportunities.*
- (8) *Efficient community services which provide social assistance in a coordinated manner and which are readily available when needed.*
- (9) *Immediate benefit from proven research knowledge which can sustain and improve health and happiness.*
- (10) *Freedom, independence, and the free exercise of individual initiative in planning and managing their own lives.*(ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1965)

Para a consecução de seus objetivos contava com a criação de uma instituição especialmente voltada para a questão do envelhecimento – Administration on Aging (AoA) – no âmbito federal do Departamento de Saúde e Serviços Sociais e, suas congêneres nos estados e administrações locais. A estrutura organizacional proposta a partir do OAA e de seus adendos, atuou como um mecanismo catalisador para o desenvolvimento e melhoria da organização, coordenação e prestação dos serviços a população idosa demandante, sendo considerada um marcador de divisas na atuação do Estado. As agências são responsáveis por planejar, desenvolver e coordenar uma ampla gama de serviços. Atualmente a rede de serviços voltados para os idosos no escopo dos serviços propostos pelo OAA compreende 56 agências estaduais, 655 agências regionais, 235 voltadas para o atendimento da população idosa indígena, e mais de 30 mil agencias locais (O'SHAUGHNESSY, 2008).

A referida legislação, no entanto, não previa o atendimento de todas as necessidades dos idosos em seu escopo, pois os recursos disponibilizados se pretendiam a alavancar outros recursos tanto no âmbito do Estado (em todas as suas esferas e áreas de políticas) quanto da sociedade civil. Apenas uma pequena proporção dos idosos recebe serviços diretamente custeados a partir de recursos previstos pelo OAA. Além disso, apesar dos serviços previstos pelo OAA serem voltados teoricamente para todos os idosos que os demandem, a lei estabelece que esses serviços devam ser focalizados nos segmentos com maiores necessidades econômicas (população abaixo da linha de pobreza) e sociais (relacionadas com questões raciais ou maior dependência para a realização das AVD). As ações previstas englobam quatro principais áreas programáticas, a saber (O'SHAUGHNESSY, 2008).

- Serviços de apoio – voltados para a promoção e manutenção da independência dos idosos em seus próprios lares e comunidades. Variam desde serviços de transporte e prestação de informação sobre os direitos dos idosos até a provisão, marginal, de alguns serviços voltados para os cuidados de longa duração dos idosos, tais como cuidados pessoais e centros de convivência.
- Programas nutricionais – voltados para o combate a fome e a insegurança alimentar entre idosos. Contam com duas principais modalidades: *congregate meals*, voltado para idosos com capacidade de mobilidade, através de associações civis (centros de convivência, igrejas, etc) e o *home-delivered meals*, voltado para os idosos em condição de maior vulnerabilidade com perda de autonomia e independência. Consomem aproximadamente 40% dos recursos do OAA.
- Programas voltados para os cuidadores familiares informais (*National Family Caregiver Support Program – NFCSP*) – prove serviços de informação sobre os serviços disponíveis, assistência aos cuidadores para obtenção dos serviços de apoio, organização de grupos de apoio aos cuidadores, treinamento, serviços voltados para o descanso dos cuidadores (*respite services*) e adaptação das residências as necessidades dos idosos. Sua capacidade de atendimento é bastante limitada, correspondendo a aproximadamente 7,6% do total de cuidadores de idosos. Uma pesquisa realizada com os beneficiários do programa, em 2004, mostrou que os cuidadores atendidos, em sua maioria também se encontram em situação de potencial vulnerabilidade, pois a maioria desses cuidadores prestava os cuidados há mais de três anos e 77% dos mesmos tinham 75 anos ou mais de idade.
- programas de saúde preventivos – envolvem uma infinita variedade de serviços que englobam campanhas de vacinação, programas de condicionamento físico, medidas voltadas para a informação sobre doenças crônicas e seu controle.

Os cuidados de longa duração voltados para a população idosa com limitações para a realização das AVD que impliquem em perda de autonomia e independência são prestados no âmbito das ações na área da saúde. No entanto, a ideologia liberal reinante no sistema de proteção social norte-americano caracteriza-se pelo baixo provisionamento dos serviços sociais públicos, inclusive no que se refere aos cuidados de longa duração dos idosos. Se, por um lado, o *Medicare* não cobre os riscos de tratamentos domiciliares prolongados, pois as opções disponíveis são bastante restritivas; por outro lado, o *Medicaid*, que atende aos idosos de baixa renda, prevê o pagamento por alguns serviços domiciliares e a possibilidade de institucionalização do idoso, sujeitos a testes de renda e em padrões de qualidade bastante

modestos. Isso sugeriria, especificamente no caso dos cuidados de longa duração, que grande parte das demandas são providas pelo setor privado. Este realmente oferece uma infinita gama de opções e modalidades, no entanto, a proteção preventiva da população norte-americana em relação aos riscos de dependência na idade avançada ainda é pequena. De acordo com Campbell e Morgan (2005) menos de 6% da população com mais de 45 anos está protegida formalmente por contratos de seguro de longa duração firmados com seguradoras privadas.

Os cuidados de longa duração com cobertura prevista pelo *Medicare* referem-se aos estritamente relacionados com as questões de saúde, tais como a assistência de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional necessários, normalmente, em períodos pós-operatórios e tratamentos de saúde intensivos, cuja internação resulte desnecessária e o tratamento se dê por um período máximo de 100 dias a partir de um período de internação mínimo de 3 dias. Em alguns casos são previstos os serviços voltados para os cuidados pessoais dos idosos, mas apenas quando sua prestação está associada a condição médica geradora. Isso decorre de seu próprio perfil de construção, baseado em um arcabouço securitário. Como alguns casos prevêem o co-pagamento pelos serviços, alguns idosos contratam os chamados *medigaps*, que correspondem a seguros de saúde suplementares desenhados especificamente para a cobertura do reembolso e suprimento das lacunas dos cuidados de saúde mais agudos. Sua utilização é estritamente vinculada com a cobertura oferecida pelo *medicare*, uma vez que suas apólices não cobrem serviços não previstos e autorizados pelo *mesmo*.

O *Medicaid*, por sua vez, em função de suas características assistenciais, funciona com base em políticas e programas administrados de forma descentralizada, contando com diretrizes gerais ditadas a nível federal. De acordo com O'Shaughnessy (2008), nas décadas de 1970 e 1980 ficou claro para as agências estaduais (tanto no âmbito do *Medicaid* quanto da AoA) que os serviços voltados para o cuidado continuado dos idosos vulneráveis, como previsto pelo OAA praticamente não existiam e que os custos com a institucionalização dos idosos era crescente. Além disso, datam dessa época as críticas à institucionalização dos indivíduos dependentes, como mencionado na seção anterior. A convergência desses aspectos resultou em uma maior atenção, por parte dos formuladores e gestores das políticas a alternativas voltadas para os cuidados domiciliares de longa duração. Existem, atualmente, três tipos de programas domiciliares voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos empreendidos dentro do escopo do *medicaid*, são eles: os programas de saúde; os programas alternativos à institucionalização (*waiver programmes*) e os programas de cuidados pessoais. No caso dos programas de saúde, os estados são obrigados a prover serviços de saúde domiciliares por curtos períodos, desde a década de 1970, para indivíduos com necessidades

que incluem desde serviços de enfermagem profissional, acompanhamento médico, até suprimentos e equipamentos médicos específicos para o uso domiciliar. É necessário ressaltar que esse tipo de serviço é disponibilizado apenas nos casos em que é requerida a presença de profissional de enfermagem em tempo integral e dura, geralmente entre 4 e 6 semanas; em uma tentativa de associação estrita com o tratamento específico dos indivíduos com problemas de saúde.

Os programas alternativos a institucionalização, por sua vez, foram criados em 1981 e possibilitam aos estados a isenção do cumprimento de algumas normas e requerimentos próprios do Medicaid e criação de programas baseados em serviços comunitários. Nesses programas, como os estados podem decidir quem e quantas pessoas serão atendidas desde que o custo de cada indivíduo atendido seja inferior ao correspondente gasto em caso de institucionalização, existe muita diversidade entre os serviços ofertados de acordo com a administração local. De acordo com Doyle e Timonem (2007), houve uma expressiva expansão desses programas nos últimos anos; enquanto no começo da década de 2000 apenas 6 estados desenvolviam programas do gênero, aproximadamente cinco anos depois, apenas o estado de Washington D.C. não conta com o programa.

Os programas voltados para os cuidados pessoais empreendidos pelos estados contam com o maior grau de flexibilidade administrativa entre as três modalidades de cuidados domiciliares existente. Atualmente 32 estados contam com essa modalidade que foi criada ainda em meados da década de 1970. Cada município oferece serviços voltados para os cuidados de longa duração dos idosos norte-americanos que variam quanto à amplitude do próprio serviço e a cobertura da população. Nesses programas, os órgãos públicos locais, voltados para o atendimento dos idosos recebem fundos do governo federal, determinados pelo OAA, como forma de assegurar a disponibilidade dos serviços comunitários para os indivíduos com maiores carências socioeconômicas. Os serviços prestados incluem desde os afazeres domésticos até a provisão de centros-dia, e serviços de transporte.

Apesar da existência de normas relativamente uniformes para o pagamento de benefícios via *medicare* e *medicaid*, a operacionalização das políticas e programas voltados para o cuidado de longa duração dos idosos diferem entre os vários estados federados (Doyle e Timonem, 2007). Por lei, as três instâncias de poder público (federal, estadual e municipal) são responsáveis por cuidar dos indivíduos portadores de deficiência e idosos de forma a lhes assegurar sua auto-suficiência, sua independência e inclusão social. Nesse sentido a interpretação vigente (a partir de uma decisão da Suprema Corte de 1999) de um dos marcos legais do setor (o Americans with Disability Act) é de que os indivíduos não podem ser

discriminados em função de suas deficiências e que os mesmos devem ser cuidados prioritariamente em suas comunidades em detrimento ao cuidado em instituições. Estima-se em 6% a população idosa norte-americana institucionalizada (United Seniors Health Council, 2002). Em termos práticos isso representa um esforço político do governo central em direção a desinstitucionalização das políticas e programas voltados para o cuidado de idosos e portadores de deficiência em condição de dependência. No entanto, o poder discricionário dos estados e administrações locais faz com que persistam várias disparidades no cuidado prestado entre os estados e que, de forma geral, o gasto com institucionalização dos idosos ainda predomine em relação aos gastos com os cuidados domiciliares (DOYLE e TIMONEM, 2007).

2.2.2 Alemanha: Modelo Conservador

A República Federal da Alemanha é um país localizado na Europa central, membro fundador da União Européia. Com uma população de aproximadamente 83 milhões de habitantes, a Alemanha é atualmente o país mais populoso da União Européia e um dos mais envelhecidos, também. Sua população idosa corresponde a aproximadamente 16% do total da população, o que equivale a um contingente de aproximadamente 13 milhões de idosos.

A unificação do Império Alemão (Segundo Reich) foi provavelmente uma das mais tardias do continente europeu, tendo se efetivado em 1871, porém após a Segunda Guerra Mundial, o Estado alemão foi novamente separado em República Democrática Alemã (Alemanha Oriental – regime comunista) e República Federal da Alemanha (Alemanha Ocidental – regime capitalista). A última reunificação alemã começou com a queda do Muro de Berlim em 1989, símbolo máximo da separação dos regimes. Após a reunificação, o Estado alemão passou a constituir uma república federal parlamentarista com 16 estados federados.

Sistemas de Seguridade Social, como o vigente na Alemanha, enfatizam as responsabilidades familiares, entendendo a atuação do Estado, ainda que forte, como assessória ou subsidiária, prevista apenas nos casos de ausência da capacidade familiar. Isso se deve, pelo menos em parte, a própria evolução histórica do sistema de seguridade social alemão e, mais especificamente da Previdência Social. A Previdência Social constitui parte do amplo sistema de Seguridade Social alemão e se caracteriza por ter sido a primeira iniciativa institucional estatal em proteção ao trabalhador já empreendida no mundo. As primeiras leis datam da década de 1880, como já mencionado no capítulo anterior, quando o Chanceler Otto von Bismark introduziu o que, para a época, viria a ser um avançado estatuto social: Seguro

Saúde para os trabalhadores (1881); Seguro Acidentes do Trabalho(1884); Aposentadorias por idade e invalidez (1889).

Após a segunda guerra mundial, o sistema foi substancialmente ampliado. Atualmente vigora, na Alemanha, um sistema de seguridade social composto por cinco programas principais, baseados no arcabouço securitário: previdência ou seguro social, seguro desemprego, seguro-saúde, seguro para cuidados de longa duração e seguro acidentes do trabalho. Todos os programas são co-financiados pelos trabalhadores e empregadores, sendo a alíquota de contribuição idêntica para ambos em todos os programas, a exceção do seguro acidentes do trabalho que é integralmente financiado pelos empregadores. Atualmente essas alíquotas correspondem a: 19,5% sobre o salário de contribuição para a Previdência Social, 6,5% para o seguro desemprego, 13,7% para o seguro saúde e 1,7% para os cuidados de longa duração.

A Previdência Social, carro-chefe do sistema de seguridade social, consiste em um programa composto por três pilares. O primeiro pilar previdenciário é compulsório, estatal, e funciona em regime de repartição com benefícios definidos e taxa de reposição dos benefícios próxima a 50% do salário de contribuição. O segundo pilar diz respeito aos fundos de pensão. O terceiro pilar pode ser entendido como um regime previdenciário voluntário e suplementar, com diferentes alternativas de composição da poupança privada previdenciária. A previdência social básica, ou primeiro pilar previdenciário, oferecida pelo Estado, é um dos sustentáculos da política social na Alemanha; seus gastos representam mais de 10% do PIB, com uma cobertura de aproximadamente 90% da população economicamente ativa. Apenas os autônomos e os trabalhadores com renda inferior ao salário mínimo não são obrigados a contribuir. Sua função é fazer com que os assalariados, após o afastamento da vida ativa, quer seja por idade ou invalidez, estejam cobertos por um seguro que lhes assegure a manutenção de um padrão de vida adequado.

No atual contexto econômico, no entanto, a Alemanha enfrenta os efeitos de um, ainda recente, processo de reunificação e integração econômica entre “Alemanhas” e com a União Européia¹⁵ e das transformações na organização da produção e mercado de trabalho. Ambos fenômenos tem levado ao aumento das taxas de desemprego, comprometendo a viabilidade financeira do sistema previdenciário, baseado em um acordo intergeracional em que atuais trabalhadores financiam atuais aposentados, em sucessivas gerações. A razão de contribuintes

¹⁵ De acordo com Ferrera (2005), apesar da percepção popular não corresponder necessariamente as evidências empíricas, apresentam importantes correlações com a formulação das políticas. Dados apresentados pelo Eurobarometer (2005) mostram a União Européia como uma instituição danosa tantos aos mercados de trabalho quanto aos sistemas de proteção social locais. (FERRERA, 2005; p. 2)

por beneficiários ilustra o desequilíbrio do sistema, onde para cada beneficiário do sistema existiam apenas 1,6 contribuintes em meados da década de 1990 (SCHMÄHL, 2003). Estima-se que em 2030 essa relação seja de um contribuinte para cada beneficiário. Essa situação é bastante agravada por três fatores:

- As aposentadorias precoces. De acordo com Blondal e Scarpeta (1998, p.55), a idade média de afastamento do mercado de trabalho entre os homens na Alemanha baixou de 65 anos em 1950 para aproximadamente 60 anos em 1995. Aposentadoria precoces e/ou motivadas por doença e invalidez representam aproximadamente 2/3 dos motivos para o afastamento da atividade produtiva entre os homens com idade entre 55 e 64 anos.
- Maior período gasto com educação, o que retarda a entrada dos indivíduos no mercado de trabalho; e,
- relativamente baixa participação da força de trabalho feminina, apesar de seu crescimento acelerado na última década. Ao longo da década de 1990, a taxa de participação feminina no mercado de trabalho correspondeu a aproximadamente 60%. Em 2007, essa mesma taxa alcançou 70,1% (EUROSTAT, *on line*).

O sistema de saúde alemão fazia parte, como já mencionado, de um pacote de medidas que visava a promoção de um amplo sistema compulsório de seguridade social, inicialmente estruturado tendo por objetivo a proteção dos trabalhadores da indústria foi paulatinamente incorporando as demais categorias profissionais ao longo do século XX¹⁶. Os indivíduos com uma renda mensal inferior a determinado patamar (aproximadamente US\$ 4.000,00) são obrigados a participar em uma instituição pública ou seguro-saúde estatal. Para os indivíduos com renda acima deste patamar existe a opção de filiação junto a uma instituição privada.

Um dos fatores de crescentes preocupações por parte dos formuladores de políticas públicas nas últimas décadas tem sido os crescentes gastos com saúde. Entre 1970 e 2000, os gastos com saúde na Alemanha passaram de 6,4% para mais de 10% do Produto Nacional Bruto. A prestação de serviços de saúde aos idosos talvez seja o item que inspire maiores

¹⁶ O sistema de saúde alemão foi estruturado com base na participação no mercado de trabalho, porém ao longo de sua evolução foi incorporando os grupos sociais mais vulneráveis, que não trabalham. Nesse sentido o sistema faz um distinção entre aqueles que nunca trabalharam e os desempregados que perderam o emprego. Para aqueles que já haviam trabalhado, a contribuição passa a ser paga pela agência pagadora do benefício por desemprego. A cobertura dos serviços de saúde para os que nunca trabalharam fica a cargo dos fundos sociais de responsabilidade das administrações locais. Na Alemanha Oriental, vigorou um sistema de saúde universal que foi abandonado quando da reunificação em 1990. O sistema que vigorou na Alemanha Oriental se diferenciava de outros vigentes em países de economia planificada, como a ex-União Soviética, na medida em que permanecia baseado no seguro social, contando com duas principais instituições: uma voltada para os trabalhadores empregados e outra para os trabalhadores por conta-própria.

preocupações entre os formuladores de políticas, dados os crescentes gastos com assistência aos idosos como fração dos gastos com totais com saúde, aproximadamente 1/3 do total de gastos com saúde.

2.2.2.1 Aspectos Sócio-demográficos

Como já mencionado, um dos principais fenômenos para o entendimento do atual processo de envelhecimento da população é o declínio da taxa de fecundidade. Atualmente a taxa de fecundidade alemã é de aproximadamente 1,4 filhos por mulher, porém desde a década de 1970 a taxa de fecundidade alemã encontra-se abaixo da taxa de reposição da população, estimada em 2,1 filhos por mulher. A manutenção por longos períodos de tempo de baixas taxas de fecundidade implica o decréscimo da população alemã na ausência de políticas migratórias compensatórias já a partir da próxima década (ONU, 2008). Além disso, como já mencionado, a associação entre baixas taxas de fecundidade e a redução das taxas de mortalidade em todas as idades, resultado dos avanços médicos e tecnológicos que possibilitaram importantes mudanças no perfil epidemiológico da população, resultam no envelhecimento da população. Os gráficos numerados de 2.8 a 2.11 apresentam a distribuição etária da população alemã entre 1960 e 2000 e as projeções para o ano 2020.

Gráfico 2.8

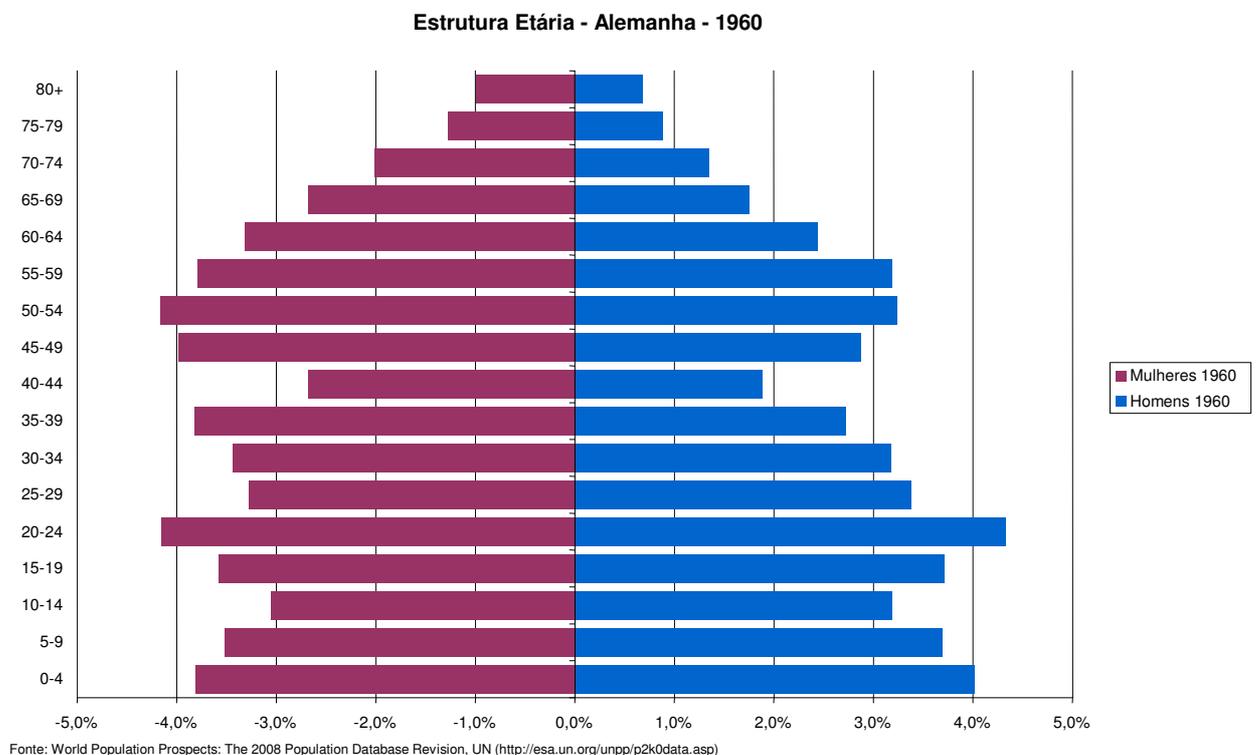


Gráfico 2.9

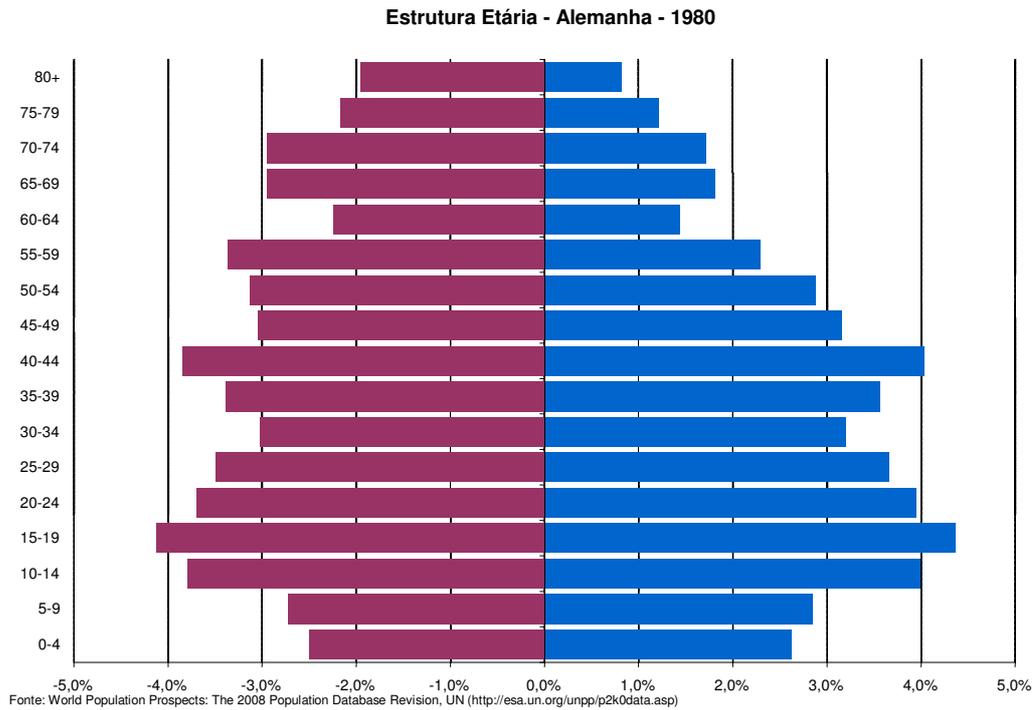


Gráfico 2.10

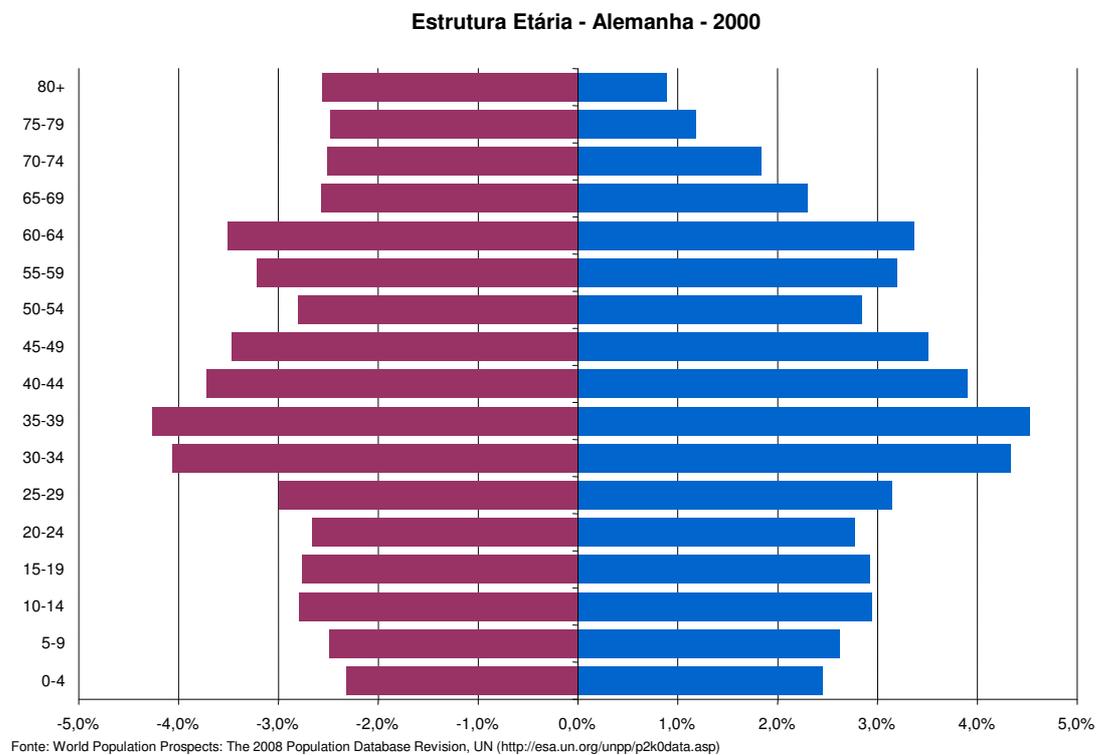
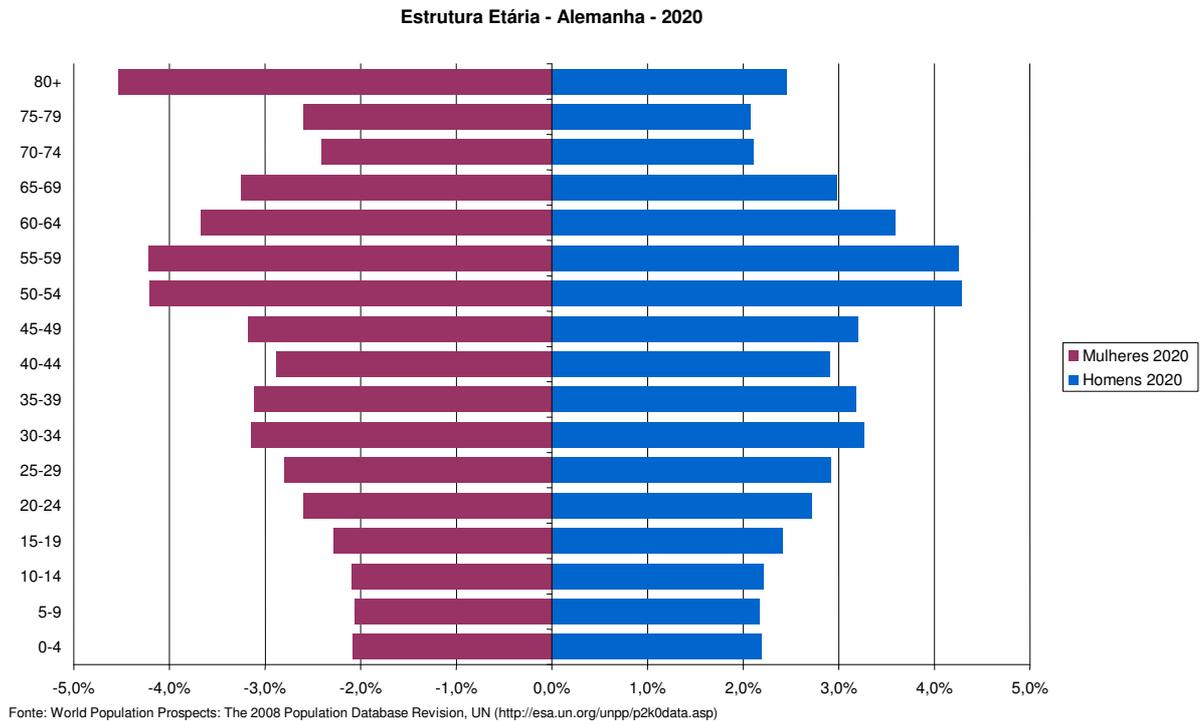


Gráfico 2.11

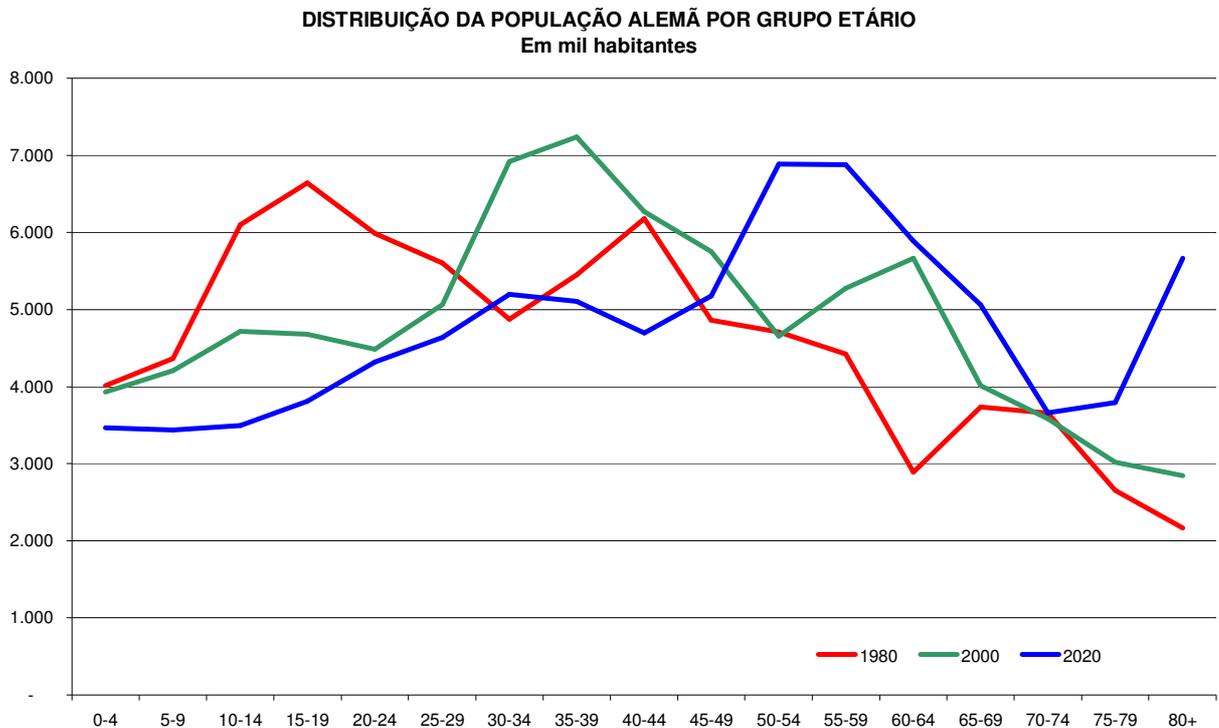


Pode-se observar com clareza o impacto da manutenção das baixas taxas de fecundidade na Alemanha para sua distribuição etária, através do estreitamento da base das pirâmides, ou seja, com a entrada de coortes cada vez menores de crianças ao longo do período analisado. Por outro lado, a população alemã com 65 anos ou mais de idade, que em 1960 correspondia a 11,5 % do total da população, equivalentes a aproximadamente 8,3 milhões de idosos, em 2000 passou a corresponder a 16% do total da população ou, aproximadamente 13,4 milhões de idosos. As projeções populacionais na Alemanha estimam um contingente de idosos em 2020 de 18 milhões de indivíduos, correspondente a 22,5% do total da população alemã.

São, porém, entre os idosos com 80 anos ou mais de idade que se verificam os maiores aumentos relativos, pois pelas projeções da população alemã para 2020, este será o maior subgrupo etário entre as mulheres, correspondendo a 4,5% do total da população. A mudança nos pesos relativos entre os grupos etários na Alemanha são ainda mais impressionantes quando comparadas a proporção de idosos e crianças (até 14 anos de idade); se em 1960 a proporção de crianças – 21,4% - era aproximadamente o dobro da de idosos (11,7%), as projeções para 2020 apontam para uma inversão dessa distribuição, com a proporção de crianças reduzindo-se para aproximadamente 13% do total da população e a população de idosos passando a constituir 22,5% desta. A manutenção por um longo período de tempo de baixas taxas de fecundidade faz da coorte nascida na década de 1960, período associado ao

baby boom do pós-guerra, a maior coorte do atual regime demográfico alemão, com a população estimada entre 50 e 60 anos em 2020, correspondendo ao maior contingente populacional em números absolutos (gráfico 2.12).

Gráfico 2.12



Fonte: World Population Prospects: The 2008 Population Database Revision, UN

Em termos de aumento da expectativa de vida, a Tabela 2.4 permite observar ganhos superiores a 10 anos da expectativa de vida ao nascer, tanto no que se refere às mulheres quanto aos homens, entre 1960 e 2005. Reduções da mortalidade em todos os grupos etários também possibilitaram expressivos aumentos da expectativa de sobrevivência aos 65 anos de idade; entre as mulheres esta passou de 14 anos em 1960 para 20 anos em 2005, enquanto entre os homens o aumento observado foi um pouco menor, tendo passado de 12 anos em 1960 para aproximadamente 17 anos em 2005. Dos anos de sobrevivência da população alemã com 65 anos ou mais de idade tem-se que, no ano 2000, aproximadamente metade dos mesmos eram em gozo de boa saúde no caso das mulheres e 2/3 no caso dos homens.

Expectativa de vida ao nascer (E_0) e aos 65 anos (E_{65})
Alemanha - 1960/2005

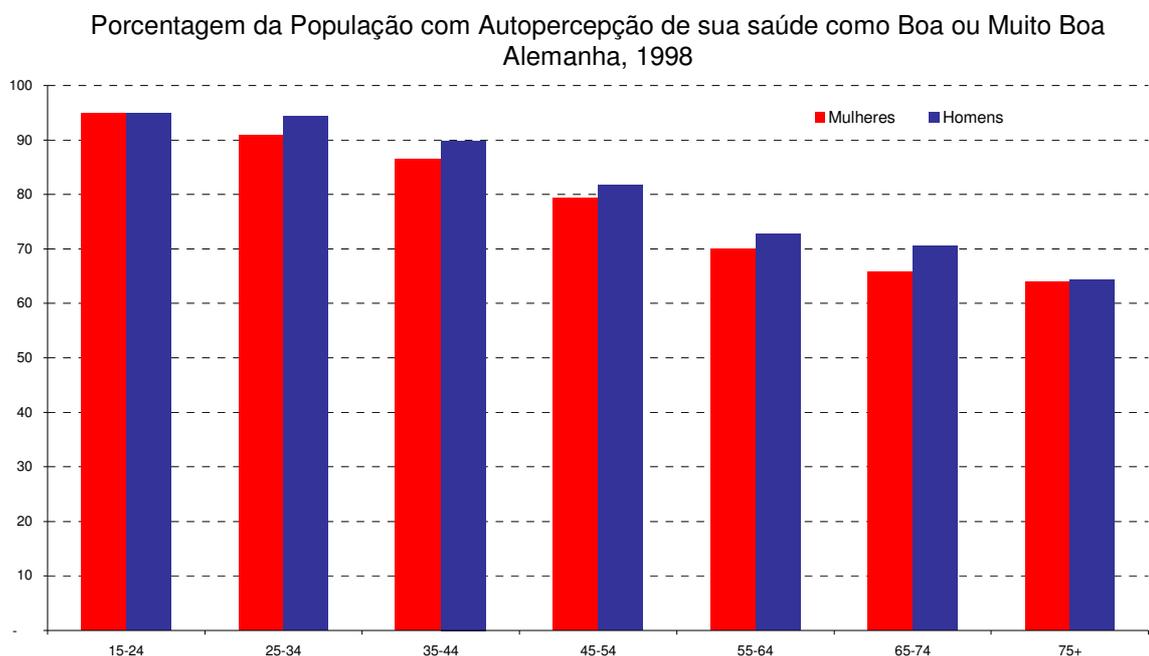
Tabela 2.4

	E_0		E_{65}	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
1960	71,7	66,5	14,2	12,2
1970	73,6	67,5	14,9	11,9
1980	76,2	69,6	16,3	12,8
1990	78,5	72,0	17,7	14,0
2000	81,2	75,1	19,6	15,8
2005	82,0	76,7	20,1	16,9

Fonte: OCDE, 2008.

Dados sobre a percepção de sua própria saúde na Alemanha são apresentados no Gráfico 2.13. Com o avanço da idade a proporção de indivíduos na Alemanha que declara gozar de boas ou muito boas condições de saúde declina. É interessante observar que não são observadas diferenças entre os sexos nos grupos etários mais jovens ou correspondentes as idades mais avançadas, no entanto, entre 25 e 74 anos, as mulheres informam gozar de condições de saúde inferiores as dos homens.

Gráfico 2.13



Essa autopercepção da própria saúde mais débil entre as mulheres é acentuada com informações sobre a existência de dificuldades ou não para a realização de algumas AVD. A Tabela 2.5 mostra que aproximadamente 2/3 das idosas alemãs, com 75 anos ou mais de idade, tem dificuldades para caminhar 1 milha ou levantar/carregar objetos leves, o que significa dizer que estas idosas provavelmente demandaram o auxílio de outras pessoas para lidar com as atividades instrumentais da vida cotidiana. A tabela 2.5 mostra ainda que 1/3 das idosas nessa mesma faixa etária não conseguem tomar banho sozinhas, ou seja, perderam sua autonomia em relação as atividades funcionais e demandarão maior apoio para a manutenção de suas condições de vida com dignidade.

Tabela 2.5

Proporção da População (em %) com Dificuldades para a Realização de Algumas Atividades da Vida Diária por Sexo e Idade

Alemanha, 1998

	caminhar 1600 metros		Tomar Banho		Levantar ou carregar objetos leves		
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	
15-24	7,6	5,3	1,7	2,4	6,7	3,9	
25-34	7,1	4,4	3,5	1,6	1,8	3,5	
35-44	13,3	7,2	5,3	3,9	18,4	6,8	
45-54	20,0	13,0	9,8	8,3	30,5	12,7	
55-64	30,4	23,5	16,3	13,7	44,8	21,0	
65-74	42,7	35,1	21,6	19,7	48,3	28,8	
75+	63,6	55,7	32,5	22,8	65,2	40,6	

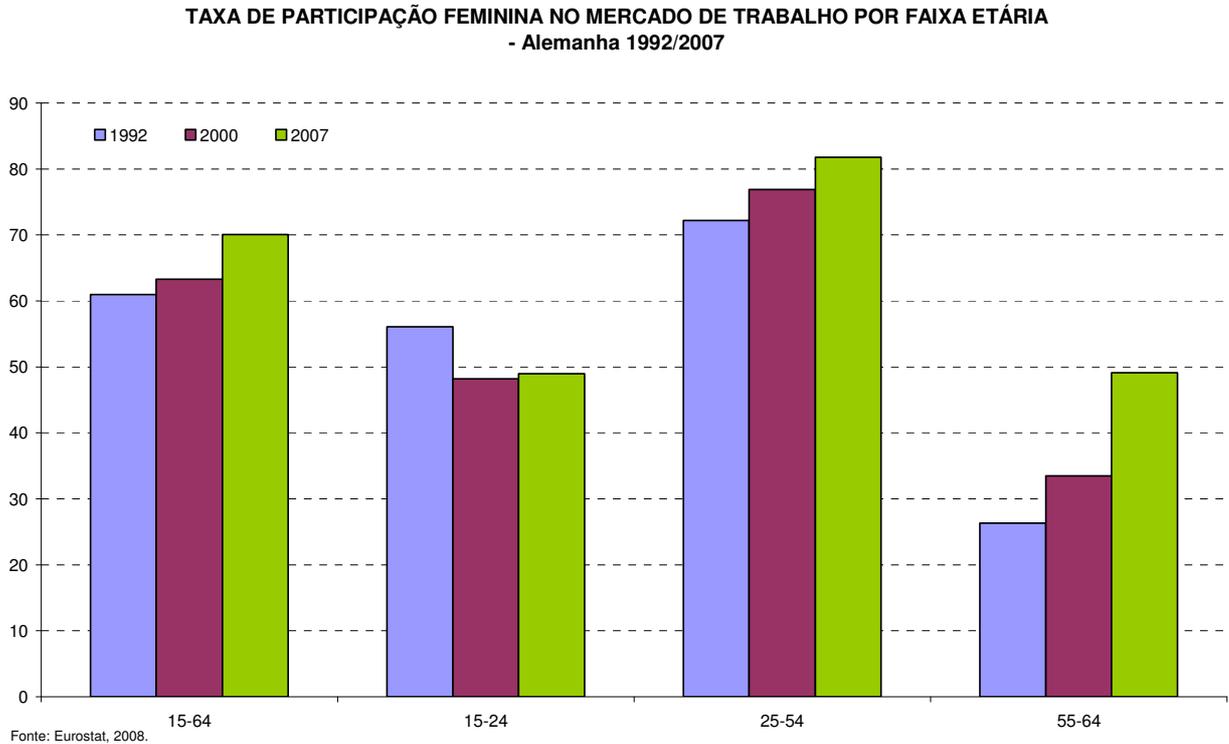
Fonte: European Community Household Panel, 1998

Como já mencionado uma das principais fontes de apoio para a população idosa, independentemente da cultura ou regime de seguridade social vigente no país, refere-se ao arranjo domiciliar dos indivíduos. Na Alemanha, bem como na grande maioria dos países desenvolvidos, a proporção de idosos com 65 anos ou mais de idade, vivendo sós, cresceu muito na segunda metade do século XX. Entre 1960 e 1990, esse percentual passou de aproximadamente 25% para 41%. A distribuição entre os subgrupos etários dos próprios idosos permite observar que com o avanço da idade a proporção de domicílios unipessoais também aumenta na Alemanha: entre os idosos com idade compreendida entre 65 e 74, em 1995, a proporção dos que vivem sós equivale a aproximadamente 30%; entre os indivíduos com 80 anos ou mais, essa mesma proporção aumenta para 52% (DOYLE e TIMONEM, 2007; p. 15)

Na Alemanha o papel desempenhado pela família é essencial na divisão das responsabilidades entre o Estado, mercado e famílias para a geração do bem-estar social dos idosos dependentes. De acordo com Dallinger (2002) aproximadamente 70% dos alemães que dependem de cuidados na vida cotidiana residem em domicílios privados e em 80% dos casos é a família a principal provedora dos cuidados necessários. Além disso, segundo a mesma autora, parece existir uma hierarquia dos cuidados ao longo do ciclo de vida, pois enquanto mais de 60% dos idosos demandantes de cuidados na faixa etária compreendida entre 65 e 79 anos são cuidados por seus cônjuges (39 % esposas e 22% maridos), essa porcentagem decresce para aproximadamente 17% para os idosos com 80 ou mais anos de idade. Entre os idosos com 80 anos ou mais são as filhas e noras as suas principais cuidadoras (44% dos cuidadores são filhas e 17% são noras). O aumento da participação das mulheres alemãs no mercado de trabalho, no entanto, parece sugerir a possibilidade de reduções na capacidade da

família em cuidar de seus idosos dependentes. Nos últimos 15 anos a taxa de participação no mercado de trabalho das mulheres na Alemanha unificada aumentou aproximadamente 10 pontos percentuais (gráfico 2.14).

Gráfico 2.14



O aumento da participação feminina no mercado de trabalho, no entanto, não foi uniforme entre as faixas etárias, tendo sido observado um decréscimo entre as mulheres mais jovens e aumentos mais expressivos entre as mulheres com idade compreendida entre 55 e 64 anos. Atualmente, a taxa de participação das mulheres com idade entre 25 e 54 anos é apenas 10 pontos percentuais inferior a taxa de participação no mercado de trabalho dos homens nessa mesma faixa etária.

2.2.2.2 Políticas voltadas para o cuidado de longa duração dos idosos

Políticas voltadas para os cuidados de longa duração na Alemanha, até a década de 1990, eram executadas de forma pouco articulada através das áreas de saúde e assistência social. À assistência social cabia o amparo aos idosos em condição de maior vulnerabilidade, que não possuíssem condições de viver de forma autônoma e independente em seus próprios lares e não contassem com a possibilidade de cuidados familiares. Os serviços de saúde, por

sua vez, responsabilizavam-se estritamente pelos cuidados de saúde, excluindo-se com isso os casos de dependência funcional. De acordo com o direito social alemão, indivíduos doentes são passíveis de tratamento e recuperação, enquanto a condição de dependência dos indivíduos é irreversível, não contando com a possibilidade de cura.

Apenas em 1988, com a aprovação de um ajuste a lei de atenção à saúde, foram incorporadas ao sistema de seguridade social alemão as primeiras disposições com o objetivo explícito de abarcar os riscos de dependência associados aos cuidados de longa duração. A referida lei outorgou a um pequeno número de segurados dos planos de saúde o direito aos cuidados de longa duração em casos de dependência grave, porém compatível com a prestação dos cuidados em bases domiciliares. A aprovação da medida se deveu a disputa jurídica empreendida pelos prestadores de assistência à saúde sobre a necessidade de distinção entre doença e dependência, pois os mesmos se recusavam a arcar com os custos relativos aos cuidados de longa duração. Com o aumento do número de idosos, em especial dos muito idosos (com mais de 80 anos de idade) com problemas crônicos de saúde se tornou difícil a dissociação entre doença e dependência. De acordo com Schneider (1999) as dificuldades para o estabelecimento das competências entre o que se refere a gastos com saúde e gastos com cuidados de longa duração constituíram um dos principais desafios a criação do Seguro voltado para os Cuidados de Longa Duração (SCLD) na Alemanha.

Com essa perspectiva, em 1994, foram excluídos do sistema de saúde os gastos com o tratamento de longa duração dos idosos, com a concomitante incorporação ao sistema do quinto pilar ao sistema de seguridade social alemão, um seguro voltado exclusivamente para os cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung - SCLD*). Até a adoção do seguro de cuidados de longa duração, o cuidado dispensado aos idosos dependentes era prestado principalmente pela família, através da prestação direta de serviços não remunerados ou contratação via mercado dos mesmos. Na ausência de disponibilidade familiar financeira, física ou emocional, os demandantes de cuidados eram assistidos por programas empreendidos pelas administrações locais, sujeito a testes de pobreza (carência de renda).

Schneider (1999) ressalta a importância do princípio da subsidiariedade da atuação estatal, baseado na ética católica romana incorporada ao direito social alemão. De acordo com esse princípio o bem estar de uma pessoa é prioritariamente de sua própria responsabilidade, na sua ausência passa a ser de responsabilidade da família, do apoio comunitário para, apenas em última instância, tornar-se uma questão a ser enfrentada pelo poder público. Em finais da década de 1980 praticamente a totalidade dos idosos asilados eram beneficiários dos programas assistenciais locais (CUELLAR e WIENER, 2000). Pode-se dizer, que na

Alemanha, tradicionalmente a questão dos cuidados esteve associada a clivagens socioeconômicas: por um lado os mais pobres, quando necessário e no limite da capacidade familiar, podiam contar com limitados serviços de institucionalização; por outro lado, os idosos com melhores condições socioeconômicas podiam contratar cuidadores profissionais e, com isso, evitar a institucionalização. Dalinger (2002) apresenta dados segundo os quais enquanto aproximadamente 10% dos idosos com mais de 75 anos pertencentes às classes sociais baixas e médias de renda utilizam cuidados institucionais, essa fração não alcança 0,2% dos idosos pertencentes a classe alta.

A introdução do SCLD em 1994 sucedeu a uma década de atuação pífia do setor privado na provisão de seguros voltados para os cuidados de longa duração. Schneider (1999) ressalta que entre o início da década de 1980, quando foram oferecidos pelo mercado os primeiros seguros voltados para a cobertura do risco de dependência e 1994 quando da introdução do seguro compulsório estatal, apenas 315 mil pessoas adquiriram os referidos seguros. Para se ter uma noção da baixa capacidade de penetração do novo produto basta compará-lo com o número de potenciais clientes em meados da década de 1990 – 22,6 milhões de indivíduos com mais de 55 anos; o que, em parte, justifica a compulsoriedade do novo seguro (SCLD). A adoção de um seguro compulsório público voltado para os cuidados de longa duração na Alemanha está associada ao entendimento da existência de algumas falhas de mercado. Pelo lado das seguradoras têm-se questões como as incertezas demográficas (por exemplo, avanços na área médica e tecnológica que possibilitem expressivos aumentos da expectativa de vida), a assimetria de informação (os indivíduos podem omitir informações sobre problemas de saúde pregressos) e os problemas decorrentes da seleção adversa (provavelmente os indivíduos com maiores riscos serão os principais demandantes). Pelo lado dos indivíduos as resistências por adquirir um seguro que os proteja contra os riscos da dependência pode estar correlacionada com: a imprudência associada ao desconhecimento de seus reais riscos; a preferência pelo consumo presente em detrimento ao consumo futuro; a opção implícita pela assistência familiar prestada informalmente; um *trade-off* entre o custo benefício das apólices oferecidas, pois apólices com preços mais modestos podem implicar em cestas de benefícios pouco atrativas ao mesmo tempo em que cestas de benefícios amplas podem significar o pagamento de apólices extremamente caras; a insuficiência de renda para arcar com os custos deste seguro por grande parte dos potenciais demandantes e, por fim, a garantia de que em último caso serão amparados pelas políticas assistenciais.

O SCLD implementado em 1994 prove uma ampla gama de serviços voltados para os cuidados de longa duração para toda a população alemã, independentemente da idade. No entanto, em 2003, passados 10 anos de sua implementação, a clientela atendida era constituída prioritariamente por idosos com idade mais avançada; 78% do total de beneficiários tinham 65 anos ou mais de idade, sendo que aproximadamente a metade destes tinham 80 anos ou mais. O programa é co-financiado, como já mencionado, a exemplo dos demais programas constantes, pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. No entanto, uma especificidade do novo seguro refere-se a compensação das potenciais perdas incorridas pelos empregadores através do cancelamento de um feriado nacional.

A aprovação do novo programa estendeu os serviços voltados para os cuidados de longa duração a todos aqueles que necessitem de alguma assistência para a execução das AVDs¹⁷, por no mínimo seis meses, em razão de uma incapacidade ou de doenças físicas ou mentais. A avaliação das condições dos demandantes e extensão das necessidades de tratamento é de responsabilidade dos seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. São previstas três modalidades de serviços a serem prestados em função do nível de incapacidade dos demandantes. Estes obedecem a seguinte classificação segundo o grau de dificuldade para a realização das atividades cotidianas:

- baixo – correspondente aos indivíduos que apresentam duas ou mais limitações funcionais para a execução das AVD requerendo assistência dos cuidadores pelo menos uma vez ao dia e também demandam ajuda para a execução das atividades instrumentais (AIVD);
- médio – corresponde aos indivíduos que apresentam duas ou mais limitações para a execução das AVD e demandam assistência pelo menos 3 vezes ao dia, além de ajuda para a execução das AIVD;
- Alto - corresponde aos indivíduos que apresentam duas ou mais limitações para a execução das AVD e demandam cuidados intensivos dia e noite.

A adoção de critérios de elegibilidade para os benefícios vinculados à intensidade com que os indivíduos demandam apoio para a realização das atividades cotidianas pode ser entendida como míope, pois ignora as potencialidades de ações preventivas que poderiam estabilizar quadros de perdas progressivas da capacidade funcional dos indivíduos, geralmente associados a problemas cognitivos e enfermidades demenciais. Como salientado por Schneider (1999), os limites e restrições ao apoio quando do início das disfuncionalidades

¹⁷ Aproximadamente 90% da população alemã é coberta pelo SCLD, o restante da população refere-se a funcionários públicos e profissionais liberais cobertos por seguros privados.

pode implicar institucionalizações súbitas e prematuras, com elevados custos sociais e individuais. Em 2001, mudanças na legislação possibilitaram o recebimento de novos benefícios para indivíduos com problemas cognitivos, no entanto o montante dos benefícios ainda é bastante baixo, considerando-se, inclusive, a necessidade de monitoramento constante desses indivíduos.

Os cuidados podem ser prestados nos próprios domicílios dos indivíduos dependentes ou em instituições de longa permanência. Quando o apoio é prestado domiciliarmente os indivíduos podem optar por benefícios em dinheiro ou serviços, também sendo possível a combinação de ambos; no caso de idosos institucionalizados a opção pelo recebimento de benefícios em dinheiro não existe. O valor dos benefícios depende do grau de dificuldade para a realização das atividades do cotidiano, sendo os benefícios em dinheiro sempre correspondentes a valores inferiores ao serviço equivalente (aproximadamente a metade). O apoio para a realização das atividades instrumentais (AIVD) são prestados apenas quando associados aos cuidados para a realização das atividades funcionais (vestir-se, banhar-se, alimentar-se, etc). Também se percebe na Alemanha a preocupação com os prestadores de cuidados. Estes contam com o reconhecimento, por parte do Estado, da prestação dos cuidados para fins previdenciários. As contribuições previdenciárias são previstas para os cuidadores que dedicam mais de 14 horas semanais a cuidados de longa duração de idosos e que trabalham menos de 30 horas por semana. Além disso, os cuidadores contam com a possibilidade de gozar um período de descanso de quatro semanas por ano, sendo então rendidos por cuidadores formais.

A preferência pelo recebimento de benefícios em dinheiro no imediato pós-implantação do SCLD corrobora a tradição alemã de prestação dos cuidados por parte da família, porém também parece ser influenciada pelo grau de dependência do demandante de cuidados. De acordo com Cuellar e Wiener (2000), enquanto a proporção de indivíduos que recebem benefícios em dinheiro corresponde a aproximadamente 80% entre os que gozam de baixos graus de dependência, essa porcentagem cai em 20 pontos percentuais entre os indivíduos com dependência severa. Esse cenário, no entanto, tende a mudar. De acordo com Doyle e Timonem (2007) já se pode observar uma tendência de aumento na demanda por benefícios em serviços. Essa tendência está associada com o envelhecimento expressivo do próprio contingente idoso sinalizando para o crescimento potencial do contingente de idosos com níveis mais graves de dependência e deficiências cognitivas.

De acordo com a legislação é necessário que os cuidadores, mesmo os cuidadores domiciliares sem formação na área de saúde, tenham suas tarefas supervisionadas por

enfermeiras formadas. Isso representou um aumento do emprego de profissionais qualificados, no entanto os cuidadores com pouca qualificação ainda são maioria no setor.

Na ausência de instâncias de ouvidoria para aferir a qualidade e adequação dos serviços de cuidados prestados, estão sendo realizados projetos pilotos para sua análise (DOYLE e TIMONEM, 2007). Se, por um lado, o sistema dispõe da livre escolha para os demandantes de cuidados, por outro lado não existem instancias nesse sistema de cuidados de longa duração responsáveis pelo monitoramento dos cuidados prestados.

2.2.3 Dinamarca: Modelo Social-Democrata

A Dinamarca é um país localizado ao norte da Europa, mais especificamente na península escandinava. Atualmente a população dinamarquesa é composta por aproximadamente 5,5 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 800 mil são idosos. Seu sistema de governo é a monarquia constitucional, com o poder executivo sendo exercido pelo gabinete ministerial e as esferas de poder – executivo, legislativo e judiciário – gozando de total independência entre si. Administrativamente, após a reforma municipal de 2007, a Dinamarca encontra-se dividida em 5 regiões (anteriormente 13 condados) e 98 municípios (anteriormente 270). Praticamente a totalidade da população dinamarquesa é alfabetizada; 85% vive no meio urbano (1/3 na capital – Copenhagen), conta com a 6ª maior renda *per capita* mundial – aproximadamente US\$ 37.000,00 e constitui uma das sociedades menos desiguais do planeta.

O sistema de seguridade social dinamarquês enquadra-se no modelo social-democrata da tipologia de regimes de bem-estar social de Esping-Andersen, tendo por princípios constitutivos a universalidade, acessibilidade, equidade de gênero, adequação e sustentabilidade. O sistema é baseado no conceito de cidadania plena e financiado por impostos gerais, sendo sua associação com o mercado de trabalho bastante tênue e secundária. Isso faz com que todos os cidadãos tenham, por exemplo, direito aos serviços de atenção a saúde e uma renda básica ao completar 67 anos (para ambos os sexos).

No plano previdenciário ou de reposição da renda quando da perda da capacidade de trabalho, pode-se entender o sistema dinamarquês como composto por três pilares. O primeiro pilar é responsável por assegurar um benefício pecuniário básico universal a todos os cidadãos independentemente de sua vinculação ao mercado de trabalho ou histórico laboral. O segundo pilar, que consiste na previdência social propriamente dita, é administrado por fundos de pensão, em regime de capitalização em conta individual com contribuições definidas, provendo, dessa forma, uma renda complementar a renda básica universal, atrelada a

capacidade contributiva de cada indivíduo. O terceiro pilar de caráter suplementar contribui para dar mais flexibilidade as demandas individuais.

Em sistemas de matiz universalista, como no caso dinamarquês, as políticas sociais e as voltadas para o Mercado de trabalho atuam de forma complementar, criando sinergias com vista a promoção do bem-estar das famílias e de cada um de seus membros em particular, ou seja, as alternativas de política procuram promover a capacidade das famílias em compatibilizar as demandas familiares com a participação no mercado de trabalho. Para tanto, é assegurado o acesso a serviços sociais de alta qualidade, tais como creches e pré-escola para crianças cujos pais (ambos) participem do mercado de trabalho. A prestação desses serviços ao mesmo tempo em que imprime maior tranquilidade para que os pais de crianças pequenas possam participar ativamente do mercado de trabalho e gerar renda, promovem maior igualdade de gênero ao mercado de trabalho. De acordo com o relatório sobre proteção e inclusão social (*National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion*):

Thus, ensuring high-quality day-care facilities is a key issue for the Government, as is guaranteeing day-care availability from child's six-month birthday. High-quality day-care facilities for even very young children are important for several reasons. These facilities give parents a sense of day-to-day security and are also a must for creating gender equality in the labour market. (DINAMARCA, 2006; p.4)

A licença maternidade é paga por 52 semanas e pode ser compartilhada com os pais. De acordo com os dados oficiais, aproximadamente 85% das crianças com idade compreendida entre 1 e 2 anos frequentavam creches, enquanto 95% das crianças com idade compreendida entre 3 e 5 anos também (DINAMARCA, 2006).

2.2.3.1 Aspectos Sócio-demográficos

Na Dinamarca, a população idosa, com 65 anos ou mais de idade, aumentou de 9% para 15% ao longo da segunda metade do século XX, o que representou em número absolutos a duplicação desse subgrupo populacional (atualmente, em torno de 800 mil indivíduos). Estima-se para os primeiros 20 anos do século XXI um crescimento em números relativos e absolutos do contingente idoso dinamarquês de aproximadamente 40%. Os gráficos numerados de 2.15 a 2.18 correspondem à evolução da distribuição etária da população da Dinamarca, entre 1960 e 2000 e sua estimativa para o ano 2020 (ONU, 2008).

Gráfico 2.15

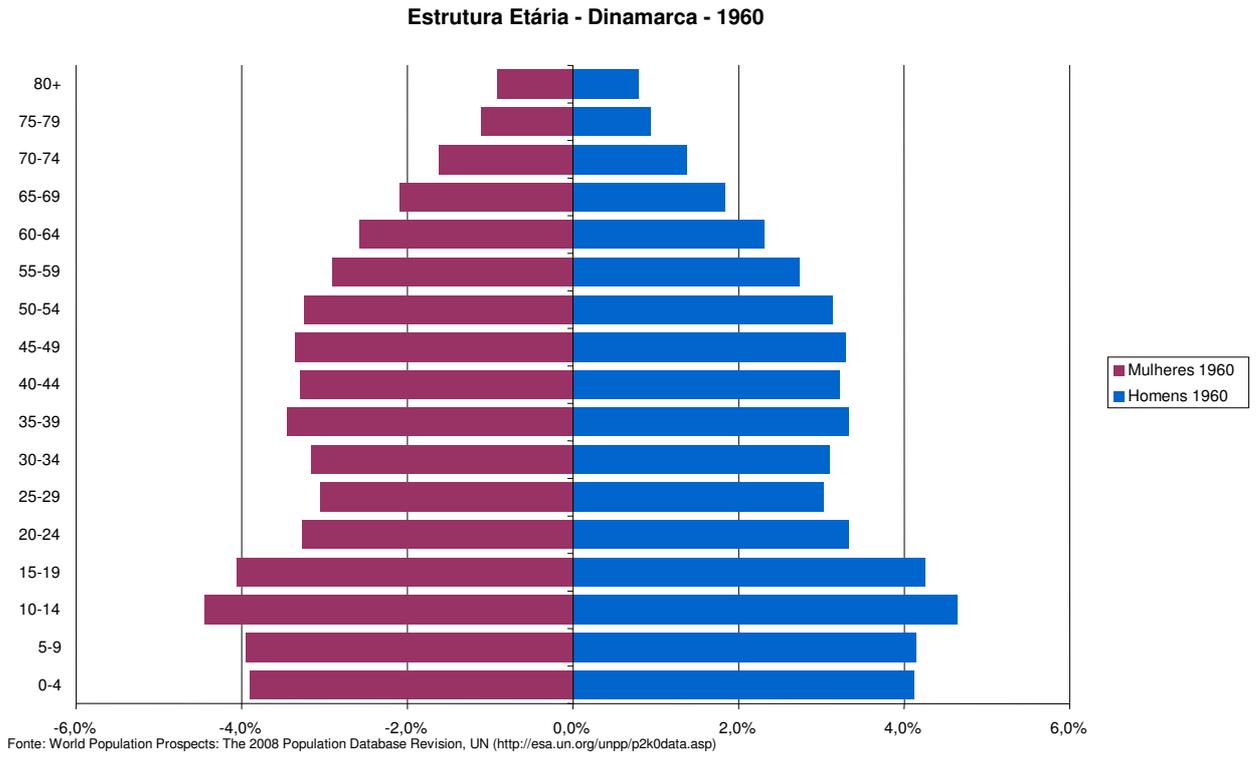


Gráfico 2.16

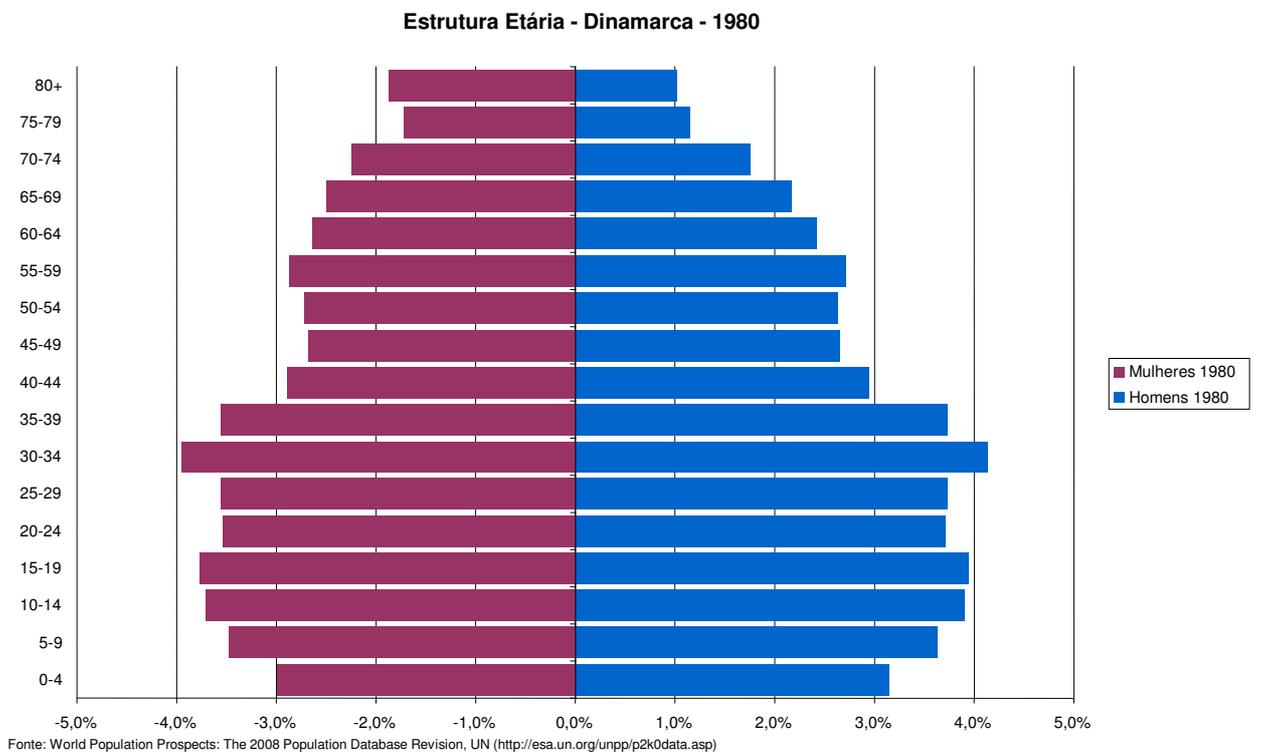


Gráfico 2.17

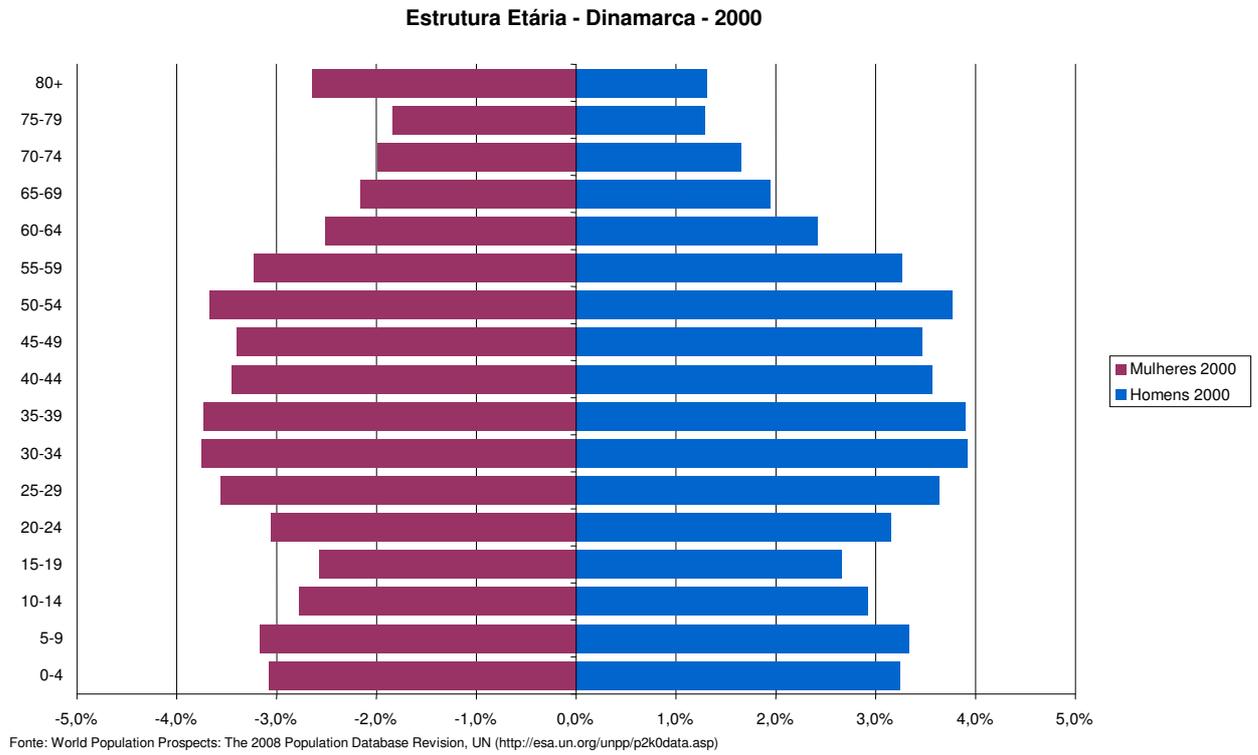
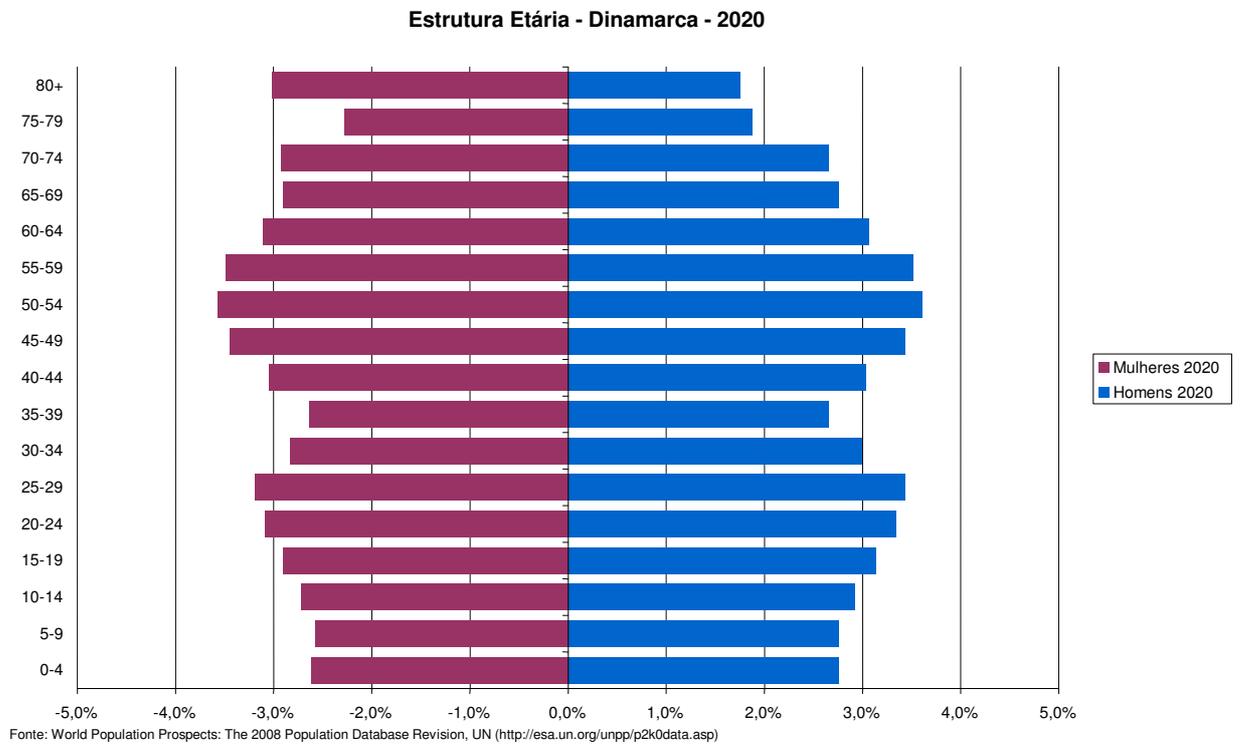


Gráfico 2.18



Os gráficos são bastante representativos da mudança nos pesos dos diversos grupos etários no total da população dinamarquesa. Observa-se uma progressiva redução da base, com a redução da participação de crianças e jovens; seguida pelo aumento relativo da população em idade adulta; e o alargamento do topo da pirâmide, com o aumento da proporção de idosos no total da população. Isso se deve ao fato do processo de envelhecimento da população em curso estar associado ao declínio da fecundidade, que no caso da Dinamarca encontra-se abaixo da taxa de reposição desde a década de 1970, e a queda da mortalidade em idades mais avançadas.

Como já mencionado, a redução da mortalidade vem se concentrando cada vez mais sobre as idades mais avançadas (CUTLER e MEARA, 2001). Os avanços tecnológicos na área da saúde e as melhorias nas condições de vida têm propiciado um expressivo envelhecimento do próprio contingente idoso e o aumento da expectativa de vida em idades cada vez mais avançadas. A tabela 2.6 apresenta o avanço da expectativa de vida ao nascer e a expectativa de sobrevida aos 65 anos ou mais de idade, entre 1950 e 2005, para homens e mulheres dinamarqueses.

Tabela 2.6

Expectativa de vida ao nascer (E_0) e aos 65 anos (E_{65})
Dinamarca -1960/2005

	E_0		E_{65}	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
1960	74,4	70,4	15,3	13,7
1970	75,9	70,7	16,7	13,7
1980	77,3	71,2	17,6	13,6
1990	77,8	72,0	17,9	14,0
2000	79,2	74,5	18,3	15,2
2005	80,5	76,0	19,1	16,1

Fonte: OCDE, 2008.

Porém, talvez mais importante do que os avanços observados na expectativa de vida ao nascer e de sobrevida aos 65 anos na Dinamarca, seja o número de anos vividos com saúde por seus idosos. Em 2005, dos 19 anos correspondentes a expectativa de sobrevida das mulheres dinamarquesas aos 65 anos, estas podiam esperar gozar de boas condições de saúde por aproximadamente 14 anos. Entre os homens os números de anos correspondentes seriam, respectivamente, 16 e 13¹⁸. Ainda que viver praticamente $\frac{1}{4}$ da expectativa de sobrevida aos 65 sem boas condições de saúde possa parecer muito, se comparado com os outros países,

¹⁸ Dados obtidos a partir do portal da União Européia acessado em 17 de novembro de 2008 ([HTTP://epp.eurostat.ec.europa.eu](http://epp.eurostat.ec.europa.eu))

como veremos a seguir, representa, provavelmente, um dos melhores resultados, em termos de condições de vida dos idosos em todo o mundo.

A tabela 2.7 apresenta informações sobre a auto-percepção das condições de saúde da população dinamarquesa. Como esperado, com o avançar da idade observa-se uma deterioração da autopercepção das próprias condições de saúde; enquanto aproximadamente 90 % dos jovens declara gozar de condições de saúde boas ou muito boas, apenas metade dos idosos declaram gozar de boa saúde.

Tabela 2.7

Proporção da População cuja percepção de sua própria saúde é Boa ou Muito Boa por Sexo e Idade
Dinamarca, 1998

	Mulheres	Homens
15-24	93,6	97,7
25-34	91,3	89,6
35-44	83,9	85,3
45-54	76,1	76,5
55-64	64,1	61,9
65-74	50,7	53,8
75-84	44,4	43,1
85+	41,0	51,6

Fonte:European Community Household Panel, 1998

A Tabela 2.8, por sua vez, apresenta a distribuição da população dinamarquesa segundo suas dificuldades para a realização das AVD, sexo e faixa etária. Enquanto menos de 10% da população com idade compreendida entre 55 e 64 anos declara apresentar dificuldades para caminhar 400 metros, 65% das idosas e 48% dos idosos com mais de 85 anos declaram apresentar as mesmas dificuldades. Aumentos da mesma magnitude também são observados no que diz respeito as dificuldades enfrentadas para ler/ enxergar de perto, ouvir e carregar objetos leves.

Tabela 2.8

Proporção da População (em %) com Dificuldades para a Realização de Algumas Atividades da Vida Diária por Sexo e Idade

Dinamarca, 2000

	caminhar 400 metros		problemas em enxergar de perto		problemas de audição		dificuldades para carregar objetos leves	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
45-54	6,4	3,9	3,7	3,3	9,4	12,3	12,4	2,6
55-64	8,0	7,9	2,3	2,6	8,7	17,8	15,2	4,5
65-74	19,5	16,4	7,4	6,5	17,4	25,3	27,5	10,0
75-84	42,0	27,7	18,1	12,8	31,1	39,1	53,0	19,8
85+	65,1	48,0	41,5	29,4	61,6	65,3	74,6	44,3

Fonte:European Community Household Panel, 1998

A possibilidade de se viver sozinho, nas sociedades contemporâneas, é tradicionalmente associada com questões como autonomia, independência e privacidade. Como já mencionado, com o aumento do número de idosos espera-se um concomitante aumento do número de domicílios compostos por apenas um casal idoso ou mesmo por um único indivíduo – o que a literatura denominou de “ninhos vazios” (CAMARANO e KANSO, 2003). De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas sobre os arranjos familiares ao redor do mundo (ONU, 2004), já em 1994, 94,3% dos dinamarqueses com 60 anos ou mais de idade viviam sós (24,7%) ou apenas com seus cônjuges (69,5%); 4,7% co-residiam com filhos e aproximadamente 1% viviam com outras pessoas que não seus filhos ou cônjuges. Entre 1962 e 1994, o número de idosos (com 65 anos ou mais de idade) vivendo sozinhos na Dinamarca passou de 18% para 28% entre os homens e de 37% para 55% entre as mulheres. Dados da Comissão Européia (*apud* DOYLE E TIMONEM, 2007) permitem observar também que o número de idosos vivendo sós, na Dinamarca, aumenta com a idade: enquanto aproximadamente 36% da população dinamarquesa, com idade compreendida entre 65 e 79 anos, vivia sozinha em 1995; entre os idosos com 80 anos ou mais essa proporção aumentava para 62%.

Os elevados percentuais de idosos vivendo sós ou apenas com seus cônjuges, parecem refletir uma forte presença do Estado na Dinamarca e principalmente uma ampla estrutura de serviços disponíveis para os idosos. Além disso a disponibilidade de serviços em bases universais, possibilita a realização plena das mulheres no mercado de trabalho e a minimização das desigualdades de gênero. Na Dinamarca as taxas de participação no Mercado de trabalho se encontram entre as mais elevadas do mundo, tendo alcançado, em 2007, o patamar de 80,2% para ambos os sexos. Essa elevada participação no mercado de trabalho está relacionada com a forte presença das mulheres, pois 76,4% das mesmas participam do mercado de trabalho assalariado (EUROSTAT, *on line*)¹⁹. Além disso, a sociedade dinamarquesa pode ser caracterizada por sua homogeneidade, inclusive no que diz respeito a distribuição dos recursos entre as diferentes gerações. Indivíduos com baixa renda compreendem 10% do total da população, este percentual cai para 8% entre as crianças e jovens com menos de 18 anos e para 9% entre os idosos (DINAMARCA, 2006).

¹⁹ Acessado em 28 de janeiro de 2009.

2.2.3.2 Políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos

No caso específico da prestação dos serviços de cuidados à sua população idosa, a Dinamarca é geralmente entendida como um “país modelo”, tendo sido um dos países pioneiros na adoção de políticas de cuidados comunitários com a adoção, ainda na década de 1970, de medidas que facilitassem o atendimento dos idosos em seus próprios lares em detrimento da institucionalização dos mesmos (DOYLE e TIMONEM, 2007). A singularidade da Dinamarca no que tange a formulação das políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos reside em serem tais políticas uma obrigação do Estado, retirando da família a responsabilidade, mesmo que assessória, pelos cuidados de seus entes frágeis (KRÖGER, 2001). Isso não significa que as famílias não participem dos cuidados, mas sim, que ao fazê-lo, o fazem de acordo com suas condições e de forma cooperativa com o sistema formal de cuidados.

Por lei, o cuidado domiciliar para com os idosos é devido a todos aqueles que apresentem dificuldades para a realização das AVD. De forma geral, as políticas voltadas para os idosos, na Dinamarca, procuram respeitar alguns aspectos principais, referentes a: continuidade ao longo do ciclo de vida; maximização da utilização dos recursos pessoais e a autonomia e valorização das experiências individuais. Com isso, são levadas em consideração as circunstâncias familiares envolvidas em cada caso, como por exemplo, a presença ou não de cônjuges gozando de boas condições de saúde. A primeira lei voltada para os cuidados domiciliares dos idosos frágeis data de 1958, tendo sido responsável por determinar que a administração local se responsabilizasse pela provisão de assistência aos idosos, de forma que os mesmos pudessem continuar a viver em seus próprios domicílios. Posteriormente a Lei dos Serviços Sociais (datada de 1972) ampliou as responsabilidades das administrações locais, ao estabelecer que os municípios deveriam tanto aferir a demanda quanto prover os serviços para os idosos demandantes de cuidados domiciliares. De acordo com essa Lei, os critérios de elegibilidade eram determinados pelo grau de perda de autonomia e independência dos idosos, de forma a que o apoio prestado atendesse aos princípios de promoção da independência dos idosos através da prestação de serviços domiciliares que os auxiliassem com as atividades da vida diária. Em termos de estrutura administrativa, a referida lei estabelecia a formulação da política em bases uniformes para toda a população, com o poder central tendo sua atividade limitada a determinar as diretrizes gerais e supervisionar a prestação dos serviços administrados e executados, em bases descentralizadas, através das administrações locais, o que permite interpretações diversas sobre a adequação dos serviços prestados.

Em 1987 foi aprovada uma lei especificamente voltada para a questão da residência dos idosos, impedindo a construção de novas Instituições de Longa Duração para Idosos (ILPI). Esse novo ordenamento jurídico implicou a opção por subsidiar a construção de residências para idosos, onde se pode contar com a assistência profissional de enfermagem e de serviços domésticos gerais, sendo os mesmos especialmente desenhados de forma a atenuar os aspectos de impessoalidade tradicionalmente associados às instituições hospitalares e asilos²⁰. Os reflexos dessa nova lei, pronto se fizeram notar: o número de instituições asilares fechou a uma taxa aproximada de 10% a.a. (DOYLE e TIMONEM, 2007); enquanto o número das novas residências de idosos passou de 3.356 em 1987 para 37.899 em 2001 (DOYLE e TIMONEM, 2007). Atualmente a proporção de idosos asilados na Dinamarca é inferior a 10%. Ainda que possa ser considerado um patamar elevado para os padrões latino-americanos ou mesmo da Europa Continental, vale lembrar que esse percentual chegou a alcançar níveis próximos a 20% na década de 1980 (GREGORY, GIBSON e PANDYA, 2003).

Em 2003, uma nova lei voltada para a ampliação das alternativas de provisão dos cuidados para com os idosos, viria a alterar o sistema dinamarquês. A nova lei conta com múltiplos propósitos: por um lado reforça a responsabilidade da autoridade local por supervisionar, financiar além de assegurar a oferta dos serviços em quantidade e qualidade adequadas, permitindo pela primeira vez a participação do setor privado na provisão dos serviços. A participação do setor privado é advogada como uma forma de promover, em certa medida a competição e com isso aumentar a qualidade dos serviços prestados. De acordo com Green-Pedersen (*apud* DOYLE e TIMONEM 2007) essa nova iniciativa jurídica deve ser entendida dentro do novo escopo político-ideológico voltado para a reconstrução do Estado de Bem-Estar Social, mais voltados para os controles de custo e aumento da transparência das políticas.

Um ponto que merece destaque na política voltada para o cuidado dos idosos na Dinamarca, refere-se ao seu caráter pró-ativo: não são os idosos que no limite de sua capacidade funcional e instrumental e dos recursos familiares tangíveis procuram o Estado para ter acesso aos serviços; os serviços são disponibilizados pelo Estado que periodicamente procura avaliar as condições dos idosos de forma a que se consiga uma transição gradual e adaptativa entre uma situação marcada pela total independência e autonomia do idoso para

²⁰ Em 1997, essa lei foi complementada por aditivos legais estabelecendo a obrigatoriedade de certas facilidades relacionadas ao preparo de refeições, acessibilidade a banheiros, entre outros aspectos.

uma situação de perda dessa autonomia e independência, associada com as crescentes dificuldades dos idosos para a realização das AVD.

A postura preventiva da política de cuidados na Dinamarca reflete os resultados de um projeto piloto em 1984 (*Roedrove Project*) que resultou na aprovação em 1998 de uma lei versando sobre “Visitas Domiciliares Preventivas aos Idosos”. Ao mesmo tempo em que procuram inibir qualquer estigma reminescente em relação a questão dos cuidados domiciliares, as visitas asseguram o contato com os idosos mesmo antes do surgimento de eventuais problemas ou dificuldades por parte dos idosos para lidar com as atividades do cotidiano (DOYLE e TIMONEM, 2007). Essas visitas são periódicas e permitem que o profissional de saúde encarregado das visitas avalie as necessidades dos idosos e ouça as críticas e queixas com relação ao serviço prestado. De acordo com Hendrick e Vass (2005) as visitas domiciliares preventivas estão associadas com melhorias da capacidade funcional, especialmente entre os muito idosos (com 80 anos ou mais de idade). Os idosos, contam, porém, com a possibilidade de não aceitarem a visita preventiva. Ainda que a maior parte dos idosos dinamarqueses aceitem, o número de idosos que recusam a visita preventiva varia de acordo com a faixa etária, sendo maior a proporção de idosos que aceitam, ou mesmo solicitam as visitas entre as faixas etárias mais envelhecidas (tabela 2.8). Isso parece refletir a maior necessidade de auxílio entre os idosos mais idosos.

Tabela 8

Número de indivíduos que aceitam ou recusam vistas domiciliares preventivas, por faixa de idade Dinamarca, 2005.

	Número de Idosos que recusam a visita domiciliar	Número de idosos que aceitam uma ou mais visitas domiciliares
75 - 79 anos	60360	55986
80 - 84 anos	41434	49375
85 e + anos	24333	38321
Total	126127	143682

Fonte: Doyle e Timonem, 2007

Na Dinamarca, as visitas domiciliares preventivas não funcionam apenas como uma ferramenta auxiliar no que tange a avaliação das condições dos idosos; fazem parte de um conjunto articulado de políticas voltadas para o cuidado de longo prazo dos idosos. Como forma de assegurar maior objetividade ao processo de identificação das demandas dos idosos, o sistema conta com a figura dos Assessores para os Cuidados Domiciliares, constituídos, normalmente por enfermeiras qualificadas, contratadas a tempo integral pelas autoridades locais para a realização desta função. Estes assessores identificam um conjunto de serviços e

benefícios especialmente desenhados para satisfazer as necessidades específicas de cada idoso demandante de cuidados de longa duração.

De acordo com a legislação dinamarquesa, as autoridades locais são responsáveis por atender a demanda por cuidados de longa duração da forma mais rápida possível. De acordo com Schultz-Larsen (*apud* DOYLE e TIMONEN, 2007) em mais da metade dos municípios as demandas por cuidados domiciliares eram atendidas em até 3 dias e praticamente a totalidade dos municípios contavam com prazos máximos preestabelecidos para o atendimento e reavaliação das condições dos idosos.

Os serviços prestados normalmente resultam em uma combinação de serviços de enfermagem profissional com serviços pessoais, podendo incluir, em alguns casos, os serviços domésticos de cuidados com a casa. Os prestadores dos serviços podem ser tanto funcionários públicos diretamente contratados pelas administrações locais, quanto terceirizados - prestadores privados de serviços. A participação dos prestadores privados de serviços no setor, por ser recente (2003) não se faz presente, ainda, em todo o território dinamarquês (DOYLE e TIMONEM, 2007). O setor privado apresenta uma concentração, ou especialização, em tarefas relacionadas aos serviços domésticos. Verifica-se também um viés de gênero entre os prestadores de serviços de cuidados, com uma predominância de mulheres, especialmente na meia idade. A maioria destes trabalha em regime de tempo parcial, com carga horária de aproximadamente 30 horas semanais, e salários médios em torno de dois mil e quinhentos euros mensais.

A mão de obra empregada no setor de cuidados, na Dinamarca, caracteriza-se pela valorização de sua capacitação, com o estabelecimento de critérios de qualificação mínima por parte das autoridades locais. De acordo com Rostgaard e Fridberg (*apud* DOYLE e TIMONEM, 2007), em 1998, 48% dos envolvidos na prestação dos serviços de cuidados para com os idosos contavam com pelo menos um ano de formação em cuidados domiciliares, 23% tinham noções de enfermagem e apenas 10% não tinham nenhuma formação específica voltada para a área. Na Capital, Copenhague, foi criado um programa de treinamento que prevê o pagamento do salário integral aos futuros cuidadores ao longo do período de capacitação, estabelecido em três anos.

O mercado de trabalho no setor de cuidados domiciliares voltados para idosos, no entanto, não se caracteriza por sua atratividade intrínseca, já constando entre os principais desafios a serem enfrentados na Dinamarca. Estudos apontam uma demanda por mais seis mil e quinhentos cuidadores nos próximos 10 anos. O perfil dos cuidadores implica problemas de sazonalidade, por exemplo; nos meses de verão verifica-se um forte retração da oferta de

mão-de-obra. Nesse sentido, uma importante diretriz do sistema é a inclusão da família no sistema formal de prestação de cuidados domiciliares aos idosos. Os idosos demandantes de cuidados podem empregar um parente ou vizinho como cuidadores, desde que a autoridade local os aprove. Estes, em geral, podem responder pelos cuidados pessoais e domésticos dos idosos, não podendo, no entanto, prestar serviços de enfermagem profissional a menos que seja comprovada sua qualificação para a tarefa. Essa opção, no entanto, não é uma opção adotada pela maioria dos idosos dinamarqueses, que entendem a tarefa de cuidar como um dever do Estado, totalmente dissociado da questão familiar.

O financiamento dos cuidados se dá via impostos gerais e participação de todas os níveis de governo. Os orçamentos, no entanto, são equalizados de forma a compensar as diferenças entre receitas tributárias dos níveis locais e estrutura populacional. Para esse último quesito são levados em consideração alguns aspectos da população local, tais como: distribuição etária, proporção de idosos vivendo sós, taxa de desemprego, número de indivíduos vivendo em condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, , número de imigrantes, entre outros. Em duas décadas, entre 1980 e 2000, o gasto com cuidados voltados para idosos apresentou um aumento de 150% em valores expressos em Euros (25 milhões de Euros em 1999, comparados a 10 milhões de euros em 1980), porém em porcentagem do PIB esse gasto passou de 2,6% em 1982 para 1,8% em 2003.

Aspectos relacionados com a regulação e fiscalização dos serviços prestados são de responsabilidade conjunta das administrações locais e central. Todos os municípios contam com “Conselhos de Idosos” ou assemelhados para onde devem ser encaminhadas todas as queixas dos beneficiários. Municípios maiores, como a capital – Copenhague - já contam com a figura do ombudsman. As queixas dos beneficiários também podem ser encaminhadas diretamente ao Ministério dos Serviços Sociais, responsável pela formulação das políticas de cuidados.

3 O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRO

A evolução do sistema de seguridade social brasileiro coincide com a própria história republicana. Nos últimos cem anos, o Brasil se industrializou e urbanizou. Datam da República Velha (1889-1930), as primeiras medidas estatais voltadas para a proteção social da população brasileira: a lei de acidentes do trabalho (1919) e as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões por empresas (1923). O operariado nesse período, apenas começava a se fazer presente nos grandes centros, e suas condições de vida, como ressaltado por Malloy (1986) eram péssimas. Durante o Período Vargas (1930-45) observou-se um aumento progressivo do papel do Estado na arena trabalhista e previdenciária, evidenciado pela criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e transposição da questão previdenciária da esfera das empresas para a organização baseada nas categorias profissionais. Ao longo do breve interregno democrático (1946-64), apesar das diversas tentativas de uniformização da política previdenciária, o sistema permaneceu fragmentado. O processo de uniformização do sistema só se efetivou com a implementação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, já em meio à ditadura militar (1964-1984). Durante a ditadura militar o sistema foi progressivamente incorporando categorias marginalizadas – trabalhadores rurais, autônomos e domésticos. A atual conformação do sistema de Seguridade Social Brasileiro, no entanto é fruto do processo de redemocratização, por que passou o país na segunda metade da década de 1980. A Nova República consagrou, através da promulgação da Constituição Federal de 1988 um amplo sistema de proteção social, voltado para a construção dos direitos de cidadania em moldes universalistas.

Atualmente o sistema de seguridade social brasileiro outorga aproximadamente 27 milhões de benefícios previdenciários, entre aposentadorias e pensões do Regime Geral de Previdência Social e dos Regimes Próprios do funcionalismo público de todas as esferas de governo; cobre virtualmente a totalidade da população em suas demandas na área de saúde; atende 4 milhões de idosos e portadores de deficiência através do benefício de prestação continuada (BPC) e 11 milhões de famílias em condição de pobreza através do programa bolsa-família (PBF). Após 20 anos de sua criação e 10 da primeira de uma série de reformas constitucionais, não restam dúvidas quanto a sua importância e dimensão. Vários são, no entanto, os questionamentos quanto à viabilidade futura do sistema de seguridade social brasileiro. Tais questionamentos referem-se tanto aos problemas intrínsecos à organização do sistema quanto a sua necessidade de ajustes em função das mudanças observadas nos planos

demográficos e socioeconômicos. Essas questões apresentam importantes interações entre si que contribuem para a emergência das demandas pelo redesenho do atual sistema de seguridade social.

O presente capítulo tem por objetivo apresentar de forma sintética os 20 anos da evolução do sistema de seguridade social brasileiro, suas conquistas e desafios. Para tanto, pretende-se a análise do sistema a partir da seguinte estrutura. A primeira seção apresenta a evolução histórico-institucional do sistema de seguridade social brasileiro. A segunda seção apresenta as mudanças demográficas e socioeconômicas observadas no Brasil, especialmente no que se refere ao atual processo de envelhecimento da população e as mudanças no mercado de trabalho. Por fim, com base no atual estado da arte, a última seção busca identificar os desafios impostos pelas mudanças demográficas e socioeconômicas ao sistema de seguridade social brasileiro.

3.1 Evolução Histórico-Institucional do Sistema de Seguridade Social Brasileiro

A estrutura do atual sistema de seguridade social brasileiro foi concebida em meados da década de 1980, em meio ao período de redemocratização que sucedeu as duas décadas de ditadura militar durante as quais a economia brasileira sofreu grandes transformações não só econômicas mas também sociais e o país se urbanizou e industrializou. A crença à época era de que com o fim do período autoritário as demandas sociais pautassem a agenda das políticas nacionais. Com esse pano de fundo, a atual constituição, promulgada em 1988, estabeleceu, em seu título VIII, da ordem social capítulo II art. 194, o Sistema de Seguridade Social brasileiro como constituído por um conjunto integrado de ações (do Estado e da sociedade) com o objetivo de proteger e amparar a sociedade contra uma diversa gama de riscos sociais, tais como: assegurar a renda dos trabalhadores para os casos de perda da sua capacidade de trabalho - Previdência Social; prover condições mínimas de subsistência para os segmentos da sociedade mais necessitados – Assistência Social; e, prestar serviços de assistência à saúde para toda a sociedade. No entanto, ainda que o sistema proposto tenha resultado da evolução histórica das políticas sociais no país²¹, a análise do período pós-constituição permite observar que a consolidação do sistema não logrou congregar uma lógica de políticas integradas com vistas à superação dos riscos vinculados a seguridade social, o que torna imprescindível a

²¹ Mais especificamente da implementação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS - em 1977.

recuperação de alguns aspectos da história pregressa das políticas setoriais constitutivas do sistema.

3.1.1 Políticas setoriais anteriores a Constituição de 1988: Saúde, Previdência e Assistência Social

São consideradas como as primeiras medidas legais mais amplas de proteção social no país a Lei dos Acidentes de Trabalho (Lei no. 3.724 de 15 de janeiro de 1919)²² e a Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei no. 4.682 de 24 de janeiro de 1923) – que estabeleceu a obrigação da criação da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os trabalhadores de empresas ferroviárias. Foi, porém, ao longo da década de 1930, já na Nova República, em plena ditadura Vargas, que se observou a estruturação das políticas Previdenciária, de Saúde e de Assistência Social. Essas políticas são identificadas como importantes recursos de poder para a estruturação do sistema político que caracterizou o período populista e, no plano econômico, de relevante contribuição para a dinamização da classe assalariada emergente (DRAIBE, GUIMARÃES E AZEVEDO, 1991).

Nesse período foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) organizados por categorias profissionais, que passaram a conviver com as inicialmente estabelecidas Caixas de Aposentadorias e Pensões, estruturadas por empresas. Cada instituição (quer Instituto ou Caixa) tinha a liberdade para o estabelecimento de seu próprio pacote de benefícios e suas alíquotas de contribuição²³. No que se refere a atenção à saúde tem-se a adoção de um modelo dicotômico: enquanto o Ministério da Educação e Saúde Pública (criado em 1930) ficava encarregado da saúde coletiva da população, a atenção médica era restrita aos trabalhadores vinculados à categorias profissionais cobertas pelo sistema previdenciário e suas famílias. As ações assistenciais inicialmente limitavam-se a estimular as iniciativas de entidades privadas no que concerne proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Apenas em 1942, é reconhecida a importância da Legião Brasileira

22 Essa lei associava os riscos do trabalho às condições para a execução dos mesmos, estabelecendo a responsabilidade dos empregadores para a contratação junto a companhias de seguro privadas de seguros contra acidentes de trabalho. A organização do sistema de seguros de acidentes do trabalho administrados por seguros privados e financiados exclusivamente pelos empregadores, estando portanto a margem do sistema previdenciário, perduraria até 1967, quando finalmente os riscos relativos aos acidentes do trabalho foram incorporados ao sistema previdenciários central e passaram a fazer parte do rol dos planos de benefícios do INPS, criado por ocasião.

23 Foram criados sete IAP: IAPM (dos marítimos), IAPC (dos comerciários), IAPB (dos bancários), IAPTC (dos transportadores de cargas), IAPE (dos estivadores), IAPI (dos industriários), IAPFESP (dos ferroviários) e IPASE (dos servidores públicos)(WERNECK VIANNA, 1998).

de Assistência²⁴ e estabelecida uma fonte de financiamento para a mesma baseada na contribuição dos empregados, empregadores e do Estado²⁵.

As políticas sociais avançaram de forma fragmentada até a década de 1960, apesar das várias tentativas de unificação do sistema previdenciário, tendo em vista corrigir a diferenciação existente entre categorias profissionais. A primeira medida implementada para diminuir a disparidade existente entre as categorias profissionais foi a “Lei Orgânica” da Previdência Social (LOPS – Decreto no. 3.807), promulgada em 26 de agosto de 1960, após 14 anos de tramitação no Congresso Nacional. A importância da LOPS residiu na uniformização das contribuições, bem como das prestações de benefícios dos diferentes institutos. A alíquota de contribuição dos empregados ficou estabelecida em 8% do salário de benefício, bem como a alíquota dos empregadores. Além disso o Estado passou a ser encarregado do pagamento de pessoal e encargos sociais correspondentes à administração do sistema previdenciário e a cobertura de eventuais insuficiências financeiras. Isso significou, em termos de regime de financiamento, o traspasso de um regime de capitalização coletiva para um regime de repartição simples. A unificação institucional, porém, foi efetivada apenas em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), já no período autoritário. O novo órgão, instalado no princípio do ano seguinte, reuniu em uma mesma estrutura os Institutos de Aposentadorias e Pensões até então existentes²⁶. Em 1967, foram incorporados, ainda, os diversos seguros de acidentes do trabalho, anteriormente sob a tutela do mercado privado de seguros²⁷.

A lógica do processo constitutivo do sistema residiu, dessa forma, na adoção de um modelo meritocrático particularista (segundo tipologia adotada por Draibe, 1992), tendo resultado em uma expansão vinculada ao mercado de trabalho. Em função dessa vinculação

²⁴ Órgão não governamental criado originalmente para atender às famílias dos pracinhas que lutaram na 2ª Guerra Mundial.

²⁵ De acordo com Sposati *et alii* (apud FLEURY, 1989) o reconhecimento da LBA como um órgão vinculado ao Estado representa a “simbiose entre a iniciativa privada e a pública, a presença da classe dominante enquanto poder civil e a relação benefício/ caridade – beneficiário / pedinte, conformando a relação básica entre Estado e classes subalternizadas” (SPOSATI ET AL., 1985;p. 45)

²⁶ A única exceção foi o IPASE que viria a ser extinto na década de 1980.

²⁷ Em 1944 chegou a ser decretada uma nova regulamentação para o seguro de acidentes do trabalho, através da qual afirmava ser de responsabilidade estatal e, conseqüentemente de sua competência, a previdência do trabalho. De acordo com este decreto após um período de transição de 10 anos, em 1953 se daria início o monopólio estatal sobre os seguros de acidentes do trabalho. Essa medida foi de encontro aos interesses das companhias seguradoras, que tinham nesse ramo da atividade seguradora, um de seus maiores mercados. Com o fim do Estado Novo as companhias de seguro que já atuavam no ramo de acidentes do trabalho conseguiram negociar o prazo de transição para o controle estatal, além de garantirem seu próprio monopólio, já que o mercado ficou fechado para a entrada de novos concorrentes. A transferência do seguro de acidentes do trabalho para a iniciativa pública se consolidou já na ditadura militar, através da Lei no. 5.136 de 1967. Esta lei aplicava-se apenas aos trabalhadores urbanos e substituía o mecanismo de indenizações por um regime de salários. Ou seja, os benefícios previdenciários foram estendidos aos acidentados e, foi criado um auxílio acidente para o caso da perda de mais de 25% da capacidade de trabalho. A alíquota (prêmio) para os novos benefícios criados continuariam a ser pagas pelos empregadores. É importante ressaltar que a unificação do sistema se efetivou neste mesmo ano, 1967, com a entrada em funcionamento do INPS.

ao mercado de trabalho, Wanderley Guilherme dos Santos (1979) cunhou o termo “cidadania regulada”, pois o exercício da cidadania se dava via regulamentação das profissões.

O aumento da cobertura do sistema viria através da inclusão de categorias profissionais marginalizadas, como a dos autônomos, domésticos e rurais, que começaram a ocorrer no princípio da década de 1970. Em 1971 é criado o Pró-Rural, estendendo os benefícios previdenciários aos trabalhadores rurais. Em 1972, são incluídos os empregados domésticos (Lei 5.859 de 11 de dezembro de 1972). A regulamentação da inscrição de autônomos em caráter compulsório se dá em 1973 (Lei 5.850). Em 1974 é instituído o Amparo Previdenciário aos maiores de 70 anos de idade e aos inválidos não-segurados (Lei no. 6.179 de 11 de dezembro de 1974)²⁸. Por fim, em 1976, os empregadores rurais e seus dependentes também passam a ser cobertos por benefícios de previdência e assistência social. Dessa forma, a Previdência Social ao final da década de 1970, passou a abranger praticamente a totalidade das pessoas que exerciam atividades remuneradas no país. Ainda de acordo com Wanderley Guilherme dos Santos (1979), a primeira iniciativa do sistema previdenciário brasileiro para o rompimento com a concepção contratual de previdência ocorreu com os benefícios rurais, pois os trabalhadores rurais não arcavam com nenhuma contribuição direta para o sistema. A introdução de um benefício assistencial, por sua vez, ainda que atrelado à participação prévia no mercado de trabalho assalariado formal, também é de especial relevância, pois representou a legitimação do direito ao acesso a renda por parte de contingentes da população em maiores condições de vulnerabilidade (idosos e portadores de deficiência, ambos entendidos, por então, como inválidos para o trabalho).

Essa expansão da cobertura, no entanto, acarretou problemas para as instituições responsáveis pela assistência médica, pois sua estrutura física não comportava o conseqüente aumento da demanda. A solução adotada passou tanto pela ampliação da rede própria como também pela contratação de uma rede maior de estabelecimentos privados, que seriam remuneradas em função das unidades de serviço (US) prestadas a clientela coberta.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que acarretou no desdobramento do INPS em três novos órgãos: o próprio INPS, agora com suas funções limitadas à administração e gestão dos benefícios previdenciários e assistenciais; o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), responsável pela gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema; e, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela administração do sistema de saúde

²⁸ Posteriormente transformado em Renda Mensal Vitalícia (RMV).

previdenciário. Em 1977, esse processo foi consolidado com a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Além dos três órgãos já criados em 1974 (IAPAS, INAMPS e INPS) o SINPAS congregou também: as ações relativas a assistência social às populações carentes através da Legião Brasileira de Assistência (LBA), já com suas atribuições devidamente reformuladas; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME). A criação do SINPAS pode ser entendida, dessa forma, como um passo em direção a adoção de um modelo mais amplo e solidário de políticas sociais.

Ao longo do processo de transição para a democracia da década de 1980, afloraram várias demandas sociais e econômicas. As principais aspirações na área da saúde residiam na construção de um sistema de saúde que atendesse aos princípios de: universalidade, integralidade e descentralização. Ou seja, um sistema de saúde bastante capilarizado que atendesse a população em todas as suas demandas por promoção e manutenção da saúde, e que rompesse com o modelo dicotômico (Ministério da Saúde responsável pela saúde coletiva X INAMPS responsável pelas ações curativas), entendido como hospitalocêntrico²⁹ e focado na gestão das doenças, e não da saúde. Esse processo se cristalizaria com a universalização do direito a saúde expressa pela Constituição de 1988. Porém, antes mesmo da aprovação do texto constitucional, foi criado em 1987, o que seria um embrião do sistema; O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Com a implantação do SUDS, o INAMPS perdeu seu papel de prestador de serviços e tornou-se um gestor e co-financiador do sistema, enquanto a prestação de serviços e o planejamento passaram a ficar a cargo dos estados e municípios³⁰.

3.1.2 A constituição de 1988 e sua implementação

Como bem o descreveu Farias (1996) “A Constituição Federal de 1988 trouxe como uma de suas mais importantes inovações a instituição da Seguridade Social, sob clara influencia dos modelos de Estado de Bem-Estar Social vigentes em diversos países europeus, a partir da segunda metade deste século, e dos ideais de liberdade e justiça social que embasavam o momento de redemocratização nacional” (p.33).

²⁹ “Este tipo de modelo trazia poucos resultados na solução dos problemas de saúde da grande maioria da população, dado seu alto custo, sua baixa cobertura e sua distância do quadro nosológico real” (OLIVEIRA, BELTRÃO E MÉDICI, 1993, 52).

³⁰ O que se daria mediante convênios.

A Constituição Cidadã, como ficou conhecida a Constituição de 1988 consistiu na primeira experiência brasileira de reconhecimento dos direitos sociais inerentes a cidadania. Elaborada no período de redemocratização por que passava o Brasil, tinha como um dos eixos centrais o resgate da dívida social herdada do período militar e a necessidade de garantir direitos básicos e universais de cidadania (UGÁ e MARQUES, 2005). Para tanto, o texto legal introduziu substanciais inovações, estabelecendo como princípios básicos: a universalidade de cobertura e atendimento; uniformidade e equivalência no atendimento as populações rurais e urbanas; seletividade e distributividade; irredutibilidade do valor das prestações; equidade na forma de participação do custeio; diversificação da base de financiamento; descentralização administrativa e participação dos trabalhadores nos órgãos colegiados. Todos esses princípios representaram um avanço no sentido de conceituar a Seguridade Social como um contrato coletivo, integrante do próprio direito de cidadania, onde benefícios seriam concedidos conforme a necessidade, enquanto o custeio seria feito segundo a capacidade de cada um.

A assistência social foi, pela primeira vez, entendida como um direito independentemente de contribuição. Com a promulgação da Constituição, o piso mínimo para o valor dos benefícios, quer assistenciais ou previdenciários, foi aumentado para um salário mínimo. Isso representou, no caso dos benefícios assistenciais, um aumento de 100% no valor dos benefícios em relação ao período imediatamente anterior a vigência da Constituição de 1988. A aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993³¹, por sua vez, reafirmou os princípios constitucionais de descentralização dos serviços de assistência, com a delimitação mais precisa dos papéis reservados à União, aos estados e municípios e a instituição dos benefícios de prestação continuada (BPC) aos idosos e portadores de deficiência independentemente de sua participação prévia no mercado de trabalho, como um direito de cidadania.

As inovações constantes na LOAS, no entanto, não foram imediatamente implementadas, tendo a concessão do BPC³² se iniciado, apenas, em janeiro de 1996 e alguns aspectos da nova legislação merecem ressalvas. O estabelecimento da responsabilidade

³¹ Uma primeira versão da LOAS chegou a ser aprovada pelo Congresso Nacional em 1991, tendo sido, porém, vetada pelo então Presidente da República Fernando Collor.

³² Ainda que concebido no período constituinte como um mínimo social, ou seja, um dispositivo de proteção social destinado a garantir um valor básico de renda às pessoas que não possuam condições de obtê-la, a demora para sua implementação (8 anos após a Constituição) e o contexto em que se deu a sua implantação, sugerem que o mesmo foi adotado muito mais em decorrência das questões atuárias que envolviam o financiamento do sistema previdenciário do que como parte do ideário de justiça social. Ou seja, nas palavras de Sposati (2004): “...a *Introdução do BPC* ganhou força mais como um mecanismo para afiançar o caráter contributivo previdenciário. Até então, era realizado o pagamento da renda mensal vitalícia, cujo caráter contributivo era quase simbólico aos cofres da Previdência” (SPOSATI, 2004; p. 127).

familiar pelo provisionamento da renda do idoso pobre, bem como o valor estabelecido, são claramente dissonantes da idéia original de mínimo de proteção social, transformando a responsabilidade estatal em um direito acessório, mediante a falência das responsabilidades familiares. Além disso, pretendia-se por ocasião da aprovação da lei que a idade mínima estabelecida para o recebimento do benefício por parte dos idosos fosse reduzida para 67 e 65 anos após 24 e 48 meses do início da concessão. A primeira redução da idade para o requerimento do benefício ocorreu em 1998 (Lei 9720). A segunda redução da idade para requerimento do benefício, no entanto, só viria a ocorrer em 2004, sob a vigência do Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, consistiu em congregar em uma única peça legal toda a legislação pertinente aos idosos, reafirmando a garantia de seus direitos prioritários (conforme art. 203 da C.F.), como forma de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Uma importante e polêmica medida aprovada pelo Estatuto foi a exclusão para fins de aferição dos critérios de elegibilidade para o recebimento do BPC, do computo da renda familiar *per capita*, o recebimento de benefícios por outros membros da família (Estatuto do Idoso, art. 34, parágrafo único).

No campo da saúde, a atual constituição consolidou a reforma sanitária que se anunciava no período de transição para a democracia ao assegurar “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF art. 196). O novo modelo rompia com o modelo de financiamento anteriormente vigente, empreendendo uma reestruturação político-administrativa (através da descentralização) e definindo como complementar a participação dos prestadores de serviços privados (UGÁ e MARQUES, 2005). A regulamentação dos princípios constitucionais se deu através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei 8.080) em setembro de 1990 que estabeleceu a forma de participação e financiamento das três esferas de governo e dos prestadores privados de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que se refere ao atendimento, o Brasil conquistou importantes avanços no campo da saúde com uma mudança em seu paradigma. O atendimento passou de um modelo especializado e hospitalocêntrico para um mais voltado para o atendimento primário ou atenção básica. Essa mudança de paradigma expressou-se dentre outros fatores pela adoção em 1991 do programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Este evoluiu em 1994 para o Programa de Saúde das Famílias (PSF) que conjugou agentes comunitários e equipes compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

No tocante à Previdência Social, tem-se dentre as principais medidas, as abaixo descritas.

- Para os trabalhadores do setor privado a serem cobertos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS):
 - Estabelecimento do piso mínimo do sistema de seguridade social em 1 salário mínimo (pré constituição correspondia a 95% para a clientela urbana e 50% para a clientela rural);
 - Redução do limite de idade para aposentadoria rural em 10 anos para as mulheres e cinco anos para os homens (pré constituição correspondia a 65 anos para ambos os sexos)
 - Alteração do critério de elegibilidade do benefício devido ao segurado especial (trabalhador rural em regime de economia familiar) da condição de chefe ou arrimo de família para todos os membros da família;
 - Eliminação das diferenças de gênero para o recebimento do benefício de pensão por morte (homens passam a ter o mesmo direito das mulheres)³³;
 - Mudanças nas regras da aposentadoria por tempo de serviço, estendendo às mulheres o direito a aposentadoria proporcional e a aposentadoria especial para professores;
 - Ampliação do período de licença maternidade de 90 para 120 dias;
 - Obrigatoriedade de reajustes que preservassem o valor real dos benefícios, e
 - revisão dos benefícios já em gozo para a recomposição do valor dos mesmos para sua equivalência em salários mínimos por ocasião da concessão.
- Para os servidores públicos:
 - Previsão de criação do Regime Jurídico Único (RJU) para os servidores públicos civis da União, estados e municípios;
 - Aumento da taxa de reposição da pensão por morte de 50% para 100% do salário de benefício;
 - Instituição da paridade nos reajustes entre ativos e inativos.

³³ Válida também para os servidores públicos.

A regulamentação dos ditames constitucionais no plano previdenciário se deu com a aprovação das leis 8212, que estabeleceu o Plano de Custeio da Previdência Social, e 8213, que estabeleceu o Plano de Benefícios da Previdência Social, no caso do RGPS. Para os servidores públicos civis da União a regulamentação se deu com a instituição do RJU pela lei 8112.

Ao criar o sistema de seguridade social a atual constituição se preocupou com diversificar as fontes de financiamento do sistema, incorporando contribuições a serem pagas indiscriminadamente por todo o setor produtivo e, posteriormente, por toda a sociedade (como no caso da CPMF) de forma a não sobrecarregar apenas aos trabalhadores do setor formal, já que os mesmos deixaram de ser os únicos beneficiários das políticas sociais. Para fazer frente as novas responsabilidades assumidas pelo sistema de seguridade social foi criada a figura do Orçamento da Seguridade Social(OSS), composto por receitas provenientes das contribuições sobre folha de salários, faturamento, lucro e concursos de prognósticos (CF art. 195).

As contribuições sobre folha de salários, tradicional fonte de financiamento do setor previdenciário, foram majoradas. As alíquotas pagas pelos empregados foram mantidas, porém o número de faixas de salários de contribuição foi reduzido de 5 para 3 faixas; correspondentes a alíquotas de 8, 9 ou 10%³⁴ conforme a faixa de salário. A alíquota paga pelos empregadores foi unificada em 20% sobre o total das remunerações pagas aos trabalhadores, incorporando dessa forma a alíquota básica, anteriormente vigente, de 10%, a do salário família de 4%; salário maternidade de 0,3%; a do abono anual de 0,75%; e a da previdência rural de 2,4% (BELTRÃO ET AL, 1993). As alíquotas referentes ao seguro de acidentes do trabalho foram inicialmente unificadas em 2% e foi instituída também a contribuição sobre o 13^o. salário.

A contribuição sobre o faturamento das empresas já havia sido criada sob a denominação de Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) em 1982 (Decreto lei 1940). Tinha por objetivo, quando da sua criação, minorar as conseqüências da recessão sobre as camadas mais vulneráveis da população. Inicialmente a alíquota do FINSOCIAL foi estabelecida em 0,5%, posteriormente a promulgação da Constituição foi progressivamente aumentada até atingir o patamar de 2% em 1990 (Lei 8147). A existência de sobreposições com outras contribuições e impostos acabou por implicar a substituição em 1991 da contribuição para o FINSOCIAL pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS). Em 1999 a alíquota foi aumentada para 3% e, em 2003, em decorrência da

³⁴ Posteriormente, essa última alíquota foi aumentada de 10% para 11% do salário de contribuição.

aprovação da Emenda Constitucional 42 que estabeleceu a não cumulatividade da contribuição, a alíquota da COFINS passou para 7,6%, como forma de compensação da receita³⁵.

A ampliação da base de financiamento do sistema, promovida pela constituição, possibilitou também a instituição da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) em 1988, através da Lei 7689, com vigência a partir de 1989. As alíquotas da CSLL foram inicialmente estabelecidas em 8%, com exceção das instituições financeiras que deveriam contribuir com uma alíquota de 12%. Ao longo da década de 1990 foram feitos diversos ajustes nas alíquotas e formas de cálculo da CSLL. Atualmente a alíquota corresponde a 9% .

A ampliação do sistema de seguridade social, porém implicou um expressivo aumento de sua cobertura e conseqüentemente dos seus gastos. Em 1991 e 1992, quando entraram em vigor a maioria das novas regras para a Previdência Social, se fez patente a fragilidade da nova estrutura de financiamento do sistema. Enquanto em 1988, aproximadamente 57% do arrecadado a partir das contribuições sobre folha de salários eram suficientes para financiar os benefícios previdenciários e assistenciais³⁶, em 1992 essa porcentagem já alcançava 87% (MALVAR, 1998). A medida em que os novos encargos do sistema consumiam parcelas cada vez maiores da receita obtida através das contribuições sobre folha de salários, montantes cada vez menores eram repassados à Saúde. A União, sem condições de promover mudanças radicais na estrutura de financiamento da Seguridade Social, passou a criar contribuições e impostos transitórios, culminando com a introdução da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, com previsão de vinculação de sua receita à área da saúde. A alíquota foi inicialmente estabelecida em 0,2% , tendo sido aumentada para 0,38% em 1999. Em 2008, após inúmeras prorrogações de sua vigência temporária, a CPMF foi finalmente extinta.

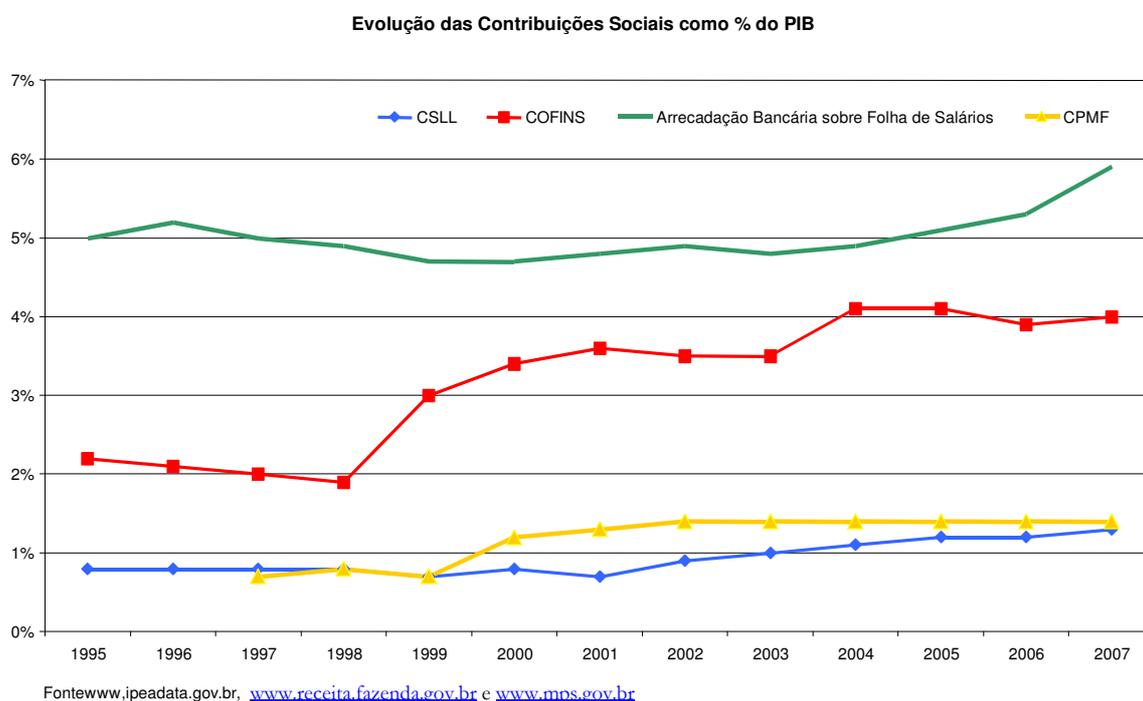
Pode-se perceber pela análise do gráfico 3.1 um crescimento contínuo do total de contribuições sociais entre 1995 e 2006. Talvez mais importante que a diversificação *per se* das fontes de financiamento do setor tenha sido a mudança na composição das receitas da Seguridade Social ao longo das últimas duas décadas. Enquanto a arrecadação bancária apresentou trajetória praticamente estacionária até meados da década de 2000, a participação da contribuição sobre o faturamento das empresas duplicou ao longo do período. Como salientado por Dain (2003), a elevação da carga tributária na segunda metade da década de

³⁵ De acordo com Teixeira (2005) entre 1988 e 2000, a carga tributária relativa a tributos cumulativos sobre vendas gerais aumentou em 4,6% do PIB. O autor alerta ainda que ao longo do período os tributos de melhor qualidade, como o IPI e o Imposto de renda, por serem compartilhados com estados e municípios, tornaram-se menos interessantes para a União.

³⁶ Renda Mensal Vitalícia prestada a idosos e inválidos.

1990 deveu-se em grande medida aos aumentos nas contribuições sobre faturamento. De acordo com a mesma autora, a ampliação da receita das contribuições sociais, que não são compartilhadas com os demais entes federados, permitiu a União neutralizar o processo de descentralização tributária empreendido pela Constituição de 1988. Enquanto em 1985 aproximadamente 80% da tributação era partilhada com estados e municípios, em 2003 a proporção dos recursos partilhados caíram para 40% do total da receita (TEIXEIRA, 2005).

Gráfico 3.1



Isso deu margem aos inúmeros debates e controvérsias sobre o equilíbrio orçamentário da Seguridade Social vis-à-vis a Previdência Social.

O crescimento das despesas com benefícios fez com que o repasse das receitas de contribuição sobre folha de salários ao setor da saúde fosse interrompido em meados da década de 1990³⁷.

³⁷ Vários autores identificam essa crise financeira e institucional do setor saúde com a queda da qualidade e da cobertura do sistema público, fazendo com que o recém criado SUS passasse a ser, na prática, um sistema voltado para o atendimento dos mais pobres, pois os grupos sociais com renda mais alta podiam contar com os serviços prestados no âmbito dos planos de saúde privados, retornando a caracterização dicotômica anterior à pretendida universalização do sistema de saúde. Análise semelhante é feita em relação ao PSF, pois o mesmo foi em seu princípio adjetivado como uma política de saúde focalizada nos mais pobres, contrariamente as pretensões constitucionais. Passada mais de uma década de sua implementação, já são reconhecidas algumas de suas qualidades enquanto promotora de melhorias nas condições de saúde de expressivos contingentes da população nacional.

A tentativa de construção de um sistema de seguridade social integrado com vistas à promoção do bem-estar de uma sociedade tão diversa como a brasileira, entretanto, esbarrou na falência da estrutura orçamentária adotada. De acordo com Dain (2003), o Orçamento da Seguridade Social nunca se consolidou, impossibilitando, com isso, a integralidade das ações de proteção social nos campos da saúde, assistência e previdência social. Pode-se dizer, com isso, que o Brasil vive atualmente um dilema em relação a estrutura de custeio da seguridade social³⁸: se por um lado o sistema criado representou uma pesada carga impositiva para os agentes, podendo gerar com isso importantes estímulos para a evasão dos impostos e contribuições e o aumento da informalidade na economia; por outro lado, dado os novos benefícios criados a partir da Constituição Federal serem em grande maioria voltados para inserção e promoção da cidadania de subgrupos populacionais com menor capacidade contributiva, torna-se praticamente impossível controlar os gastos via redução dos benefícios.

3.1.3 - Emendas Constitucionais e Ajustes de Rota: Desmonte do Sistema de Seguridade Social e Reconstrução das Políticas Setoriais

O ideário constitucional de construção de um amplo e universal sistema de seguridade social deparou-se, como já mencionado na seção anterior, com um crescente número de constrangimentos financeiros para sua efetivação. A Constituição de 1988, no entanto, previa, em seu artigo 3º das disposições transitórias, um possível período de revisão, a se dar 5 anos após sua promulgação, ou seja, em 1993. Dessa forma, ainda que pese terem sido engessados no texto constitucional, vários dispositivos bastante específicos para o funcionamento do sistema previdenciário e da seguridade social, estes poderiam ser modificados por maioria simples durante o período previsto para a revisão. Ao longo dos últimos dez anos vários ajustes foram levados a cabo com vistas, principalmente, a contenção dos gastos, os quais resultaram no agravamento do desmonte do sistema de seguridade social.

Por construção, o pilar previdenciário do sistema é onde mais facilmente são identificados os desequilíbrios orçamentários, uma vez que coube apenas aos gestores das

³⁸ Atualmente encontra-se em tramitação no Congresso Nacional uma proposta de reforma tributária (PEC 233) baseada na introdução do IVA-F, cuja base de incidência sobre as operações com bens e prestação de serviços, em substituição a um conjunto de contribuições sociais. Sua instituição prevê a extinção da CSLL, da COFINS, da CIDE-combustíveis, da contribuição para o Salário Educação e a adaptação do texto constitucional para posterior extinção do PIS. Além disso, a PEC 233 estabelece que poderá ser criado por lei um adicional ao IVA-F com vistas a substituir parcialmente a contribuição sobre folha de salários paga pelos empregadores. Grosso modo, a proposta em tramitação procura substituir as contribuições com receita vinculada ao sistema de seguridade social por outra fonte de tributação livre de vinculações. A criação do IVA-F, no entanto, não representa a introdução de um único imposto sobre valor adicionado, pois mantém, mesmo que com previsão de alterações, o imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

políticas previdenciárias a gestão de uma fonte de financiamento própria (folha de salários), a qual no período anterior a Constituição arcava com praticamente a totalidade dos custos das políticas sociais. Com as transformações no mercado de trabalho, tais como as novas modalidades de contratos de trabalho, o aumento do desemprego e da informalidade, tem-se uma perda da importância relativa da folha de salários como fonte primordial do financiamento das políticas previdenciárias e de forma mais ampla da seguridade social. Acrescente-se ao fato, como já mencionado, o aumento dos gastos decorrentes da extensão da cobertura aos segmentos de inclusão social mais precária: população rural e/ou em condição de pobreza.

Nessa seção são analisados os ajustes e reformas empreendidos em cada uma das áreas de política social constitutivas do sistema de Seguridade Social.

3.1.3.1 Previdência Social

A aproximação do período de revisão coincidiu com o término de uma grande polêmica em torno do pagamento do reajuste de valor de benefícios (em 147%) aos aposentados em janeiro de 1992 e à substituição do Ministro do Trabalho e Previdência Social. Foi criada, por ocasião, pela Câmara dos Deputados uma Comissão Especial para Estudo do Sistema Previdenciário, visando a um diagnóstico da situação e elaboração de novas propostas para discussão. O diagnóstico elaborado por essa Comissão, que ficou conhecido pelo nome de seu relator (Relatório Antônio Britto), era de que a Previdência Social vivia a delicada soma de três crises, que envolviam questões que abrangiam horizontes de curto, médio e longo prazos:

- circunstancial, em função da redução da atividade econômica, dos salários médios e aumento dos índices de desemprego e de informalidade da economia;
- gerencial, decorrente dos altos custos administrativos, descontrole na arrecadação e nos mecanismos de concessão e manutenção de benefícios; e,
- estrutural, caracterizada pela inexistência de um conceito claro de seguro social vis-à-vis o sistema de seguridade social criado.

As outras sugestões também elaboradas pela Comissão, referiam-se: a) ao controle da gestão da Previdência Social, com a criação de um conselho de 12 membros com participação equitativa de Governo, trabalhadores, aposentados e empresários; b) a destinação dos recursos e das fontes de financiamento, com as receitas de contribuição de empregados e empregadores custeando somente o seguro social, e a assistência e saúde ficando por conta de outras fontes, inclusive com a criação da contribuição sobre transações financeiras; c) às alterações no plano

de benefícios, tratando do sistema complementar, do sistema dos funcionários públicos e das condições de acesso a alguns tipos de benefícios, como às aposentadorias especiais e por tempo de serviço.

Embora o processo de implantação do conjunto das recomendações não tenha sido prontamente iniciado, de modo a aproveitar o período revisional, várias das sugestões da Comissão ecoaram durante as gestões seguintes. O próprio governo interino do Presidente Itamar Franco (1993-94) esboçou uma ampla gama de propostas de reformas para várias áreas, inclusive a seguridade social. No entanto, observou-se uma grande resistência as medidas que alterassem os direitos relacionados a Seguridade Social, capitaneadas pelos sindicatos e associações de aposentados e pensionistas. Agregue-se ao fato ter o período revisional coincidido com um momento de grande turbulência política e econômica – pós-impeachment do Presidente Fernando Collor e início do “Plano Real”.

Não tendo sido viável a realização dos ajustes necessários quando do período previsto para a revisão constitucional, as Propostas de Emenda Constitucional enviadas ao Congresso enfrentaram um longo e tortuoso trâmite nas duas casas do legislativo, como será analisado na próxima seção.

Em 1995, foi enviada ao Congresso Nacional, pelo poder executivo, uma proposta de emenda constitucional com o objetivo de alterar o sistema previdenciário brasileiro. Após três anos de longa e tumultuada tramitação no Congresso Nacional, que a tornou conhecida por “remendão”, foi aprovada em 1998 a Emenda Constitucional 20 (EC 20).

O debate do setor previdenciário à época foi bastante viesado pela necessidade imposta após o Plano de Estabilização Monetária de re-equacionamento das contas do sistema via controle das despesas. Como já mencionado na seção anterior, com a implementação das mudanças previstas pela Constituição houve um crescimento acentuado dos gastos do sistema, que não foi contrabalançado pelo aumento das receitas decorrente da diversificação das fontes de financiamento uma vez que apenas a contribuição sobre folha de salários ficou sob administração direta dos órgãos constitutivos da Seguridade Social. As principais questões propostas residiam no estreitamento dos vínculos contributivos e na criação de mecanismos capazes de restringir a concessão de aposentadorias precoces (com idades muito inferiores ao limite estabelecido para a aposentadoria por idade). Com isso, podemos ressaltar as seguintes medidas aprovadas pela EC 20:

- Substituição do critério de tempo de serviço pelo critério de tempo de contribuição;

- Extinção da aposentadoria por tempo de serviço proporcional para ambos Regimes (RGPS e RJU) e estabelecimento de limite de idade para aposentadoria por tempo de serviço integral para os servidores públicos³⁹;
- Eliminação da aposentadoria especial dos professores universitários;
- Desconstitucionalização da fórmula de cálculo dos benefícios;
- Unificação das regras previdenciárias para União, estados e municípios e
- Previsão de criação de regimes complementares para os servidores públicos voltados para a reposição dos proventos superiores ao teto de benefícios vigente para o RGPS.

Para aqueles já em atividade, previa-se uma regra de transição, onde se estabelecia como requisitos para a aposentadoria por tempo de serviço, doravante contribuição, proporcional:

- Mínimo de 53 anos para homens e 48 para mulheres, e “pedágio”, correspondente à um adicional de 40% do tempo ainda restante para a aposentadoria por tempo de contribuição proporcional na data da promulgação da Emenda para ambos os regimes (RGPS e RJU), e
- “pedágio”, correspondente à um adicional de 20% do tempo ainda restante para a aposentadoria por tempo de contribuição integral para os regimes do funcionalismo público.

A desconstitucionalização da fórmula de cálculo dos benefícios pela EC 20 permitiu o estabelecimento de nova regra de cálculo dos benefícios para o RGPS pela aprovação da Lei nº 9.876, em 1999. A nova regra passou a considerar para o cálculo dos benefícios as maiores contribuições realizadas ao longo do período correspondente a 80% de toda a vida contributiva do segurado. Sobre o novo valor de benefício obtido passou a ser aplicado um fator de correção, denominado “Fator Previdenciário”. Esse fator, ao relacionar o valor do benefício a ser recebido com o tempo de contribuição e a idade na data da aposentadoria, constituiu em poderoso instrumento de redução do valor dos benefícios. De acordo com Oliveira, Guerra e Cardoso (2000), por ocasião sua adoção representava uma redução média de 33,93% no valor dos benefícios dos homens e de 43,92% para o caso das mulheres, em

³⁹ Em função do processo político que envolveu a votação da matéria, um Destaque de Votação em Separado (DVS) logrou derrubar os limites definitivos de idade, para as aposentadorias por tempo de serviço integral, no caso do RGPS, invalidando, portanto, também as regras de transição.

comparação com a regra de cálculo anterior⁴⁰. Essa mesma Lei (no. 9.876) também eliminou a escala de salários de contribuição para os contribuintes individuais e estendeu aos mesmos o direito ao salário maternidade.

Mesmo após a EC 20 os gastos previdenciários continuaram em sua escalada ascendente. Em março 2003, apenas três meses após a posse do novo governo (o primeiro do Partido dos Trabalhadores), foi enviada ao Congresso Nacional, uma nova proposta de emenda constitucional. Com isso, em 2003, cinco anos após a EC 20, é aprovada uma nova Emenda Constitucional (EC 41). Conforme a exposição de motivos⁴¹ encaminhada ao Congresso Nacional quando da tramitação da proposta, seu objetivo residia na necessidade de construção de um sistema previdenciário mais equânime, tendo como princípios norteadores a isonomia entre o RGPS e os Regimes Próprios de Previdência Social dos servidores públicos (RPPS). Para tanto, a EC 41 estabeleceu as seguintes principais alterações:

- redução do valor da pensão por morte devida aos dependentes dos servidores públicos para, no máximo, 70% do valor do salário de benefício;
- redução do valor da aposentadoria por tempo de contribuição proporcional dos servidores públicos que se aposentem antes do limite de idade (estabelecido em 60 anos para homens e 55 anos para mulheres) em 5% por ano de antecipação, a partir das idades de 53 e 48 anos, para homens e mulheres respectivamente, chegando a 35% de desconto total;
- introdução da contribuição de aposentados e pensionistas para a parcela do benefício que exceda 50%(estados e municípios) ou 60% (no caso da União) do teto vigente para o RGPS;
- fim da paridade para fins de reajuste entre ativos e inativos do serviço público (para os novos entrantes);
- fim da integralidade dos proventos de aposentadorias e pensões para os novos servidores públicos
- aumento do teto de contribuição do RGPS e

⁴⁰ Essas porcentagens aumentaram em função das atualizações das tábuas de vida (ou mortalidade) que passaram a ser publicadas e atualizadas anualmente pelo IBGE.

⁴¹ A Exposição de Motivos da Proposta de Emenda Constitucional que resultou na EC 41, fazendo menção ao Programa de Governo Partido dos Trabalhadores à Presidência da República, reafirmava que a “modernização e reforma do sistema previdenciário brasileiro desfruta de destaque como um dos instrumentos de um novo modelo de desenvolvimento, que englobe crescimento, emprego e equidade social”.

- previsão de criação do Programa Especial de Inclusão Previdenciária, garantindo aposentadorias por idade no valor de um salário mínimo para trabalhadores de inserção precária no mercado de trabalho.

Embora os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) dos servidores públicos não sejam sensíveis à informalização e ao desemprego, o são em relação ao envelhecimento da população. Assim, ao determinar o fim da paridade dos reajustes dos benefícios dos servidores e a perda da integralidade dos proventos de aposentaria para indivíduos que se aposentassem antes da idade mínima, a EC 41 procurou amenizar o impacto do aumento da expectativa de vida observada para a população brasileira, principalmente em se tratando de uma população específica com renda média superior a média da população nacional. Em 2004, com a aprovação da Lei 10.887, os proventos das aposentadorias dos servidores passaram a ser calculados com base na média aritmética simples das maiores remunerações, correspondentes a 80% do período contributivo desde 1994.

Sinteticamente, pode-se dizer que a EC 41 empreendeu modificações pontuais nos critérios de elegibilidade e nas fórmulas de cálculo do valor dos benefícios dos servidores públicos, passando à margem da isonomia e eliminação das diferenças e privilégios entre os regimes, ao criar regras mais rígidas para os servidores públicos e omitindo-se sobre as mesmas questões para os trabalhadores do setor privado. Dessa forma, em 2005, foi aprovada uma nova emenda constitucional (EC 47). Esta promoveu o relaxamento das regras recém estabelecidas pela EC 41 no que tange aos servidores públicos ao devolver a paridade aos reajustes e permitir a redução dos limites de idade para aposentadoria. Para o RGPS, por sua vez, foi ampliada ainda mais a cobertura do contingente com inserção precária no mercado de trabalho através da criação de aposentadorias especiais para portadores de deficiência e inclusão das donas de casa no Sistema Especial de Inclusão Previdenciária, com alíquotas e carências inferiores às vigentes para os atuais segurados.

É necessário ressaltar também que medidas no sentido de promover a inclusão de contingentes cada vez mais amplos da população já vinham sendo adotadas desde 1996 com a aprovação da Lei 9317 que criou o Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de pequeno Porte (SIMPLES). Este consistiu em um pacote tributário que estabeleceu o tratamento diferenciado, simplificado e favorecido as micro e pequenas empresas que se atendessem aos seus critérios de elegibilidade. Posteriormente, em 2006, foi aprovado o Estatuto nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte (Lei Complementar 123) que redefiniu as faixas de faturamento para inserção no programa.

3.1.3.2 Saúde

Em 1995, quando da posse do novo governo e após o bem sucedido plano de estabilização econômica, havia o entendimento que a proposta de universalização da saúde, como constante na Constituição de 1988, não seria viável sem um aumento substancial dos gastos com saúde. Com isso tornava-se premente que mudanças e reformas fossem realizadas (MÉDICI, 2002).

Existiam, também, segundo os técnicos do Ministério, importantes contradições entre o processo de descentralização e gestão dos recursos do sistema para estados e municípios e a consolidação de um Sistema Único de Saúde. Se por um lado, é reconhecida a grande heterogeneidade dos estados e municípios brasileiros, tanto no grau de desenvolvimento quanto na natureza dos problemas de saúde, por outro lado buscava-se garantir a realização dos princípios constitucionais referentes a equidade e a universalidade na prestação dos serviços. Para tanto, era necessário recuperar o processo de descentralização financeira de forma mais sistêmica, como inicialmente elaborado pela Constituição e LOS, de forma a facilitar a transferência de recursos automática também para os estados.

Ainda que o Orçamento da Seguridade Social (OSS) estabelecido pela Constituição de 1988 não tenha vinculado fontes específicas para cada área de atuação da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), o mesmo contemplou a natureza distinta dos benefícios e serviços por eles financiados: enquanto as contribuições sobre folha de salários correspondiam aos benefícios com vínculos contributivos (aposentadorias e pensões) os demais benefícios e serviços associados a questão da cidadania corresponderiam as contribuições cujo fato gerador é mais difuso, devendo ser “pago” por toda a sociedade – Contribuição sobre o Lucro e sobre o Faturamento das empresas e demais recursos do Tesouro que se fizessem necessários⁴².

O desmonte dos ditames constitucionais para a construção de um orçamento único e exclusivo do sistema de seguridade social, prontamente se fez presente no período pós implementação da Constituição. Primeiramente em função da utilização das receitas do OSS para o pagamento dos Encargos Previdenciários da União (rubrica inicialmente não prevista para o dispêndio dos recursos do OSS), posteriormente através do contingenciamento dos repasse ao setor saúde e, finalmente, em nome da estabilização da moeda em 1994, através da

⁴² A alocação histórica de 30% das receitas de contribuição sobre folha de salários para o setor saúde foi mantida quando da construção do sistema de seguridade social no imediato subsequente a aprovação da Constituição, tendo sido interrompido em 1993 como já mencionado na seção anterior.

criação do Fundo Social de Emergência (FSE), que desvinculou parte das receitas do OSS, as quais passaram a ser de livre utilização por parte da União (UGÁ e MARQUES, 2005).

Dessa forma, tendo em vista a perda de parte dos recursos do OSS e do caráter pró-cíclico, que dificultava o crescimento da receita, o setor saúde viu na proposta para a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) a saída para seus problemas de financiamento. A CPMF foi criada pela Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996, tendo entrado em vigor a partir de 1997. Apesar de constar do corpo da lei que o produto de sua arrecadação seria destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para o financiamento das ações e serviços de saúde (art. 18), o aporte de seus recursos acabou, em um primeiro momento, excluindo outros recursos oriundos do OSS e, posteriormente, tendo o próprio uso destinado a atividades alheias à saúde⁴³. Porém, como ressaltado por Ugá e Marques (2005), apesar de todas as dificuldades enfrentadas, o volume de recursos gastos pela saúde na esfera federal foi crescente ao longo dos anos, ainda que não necessariamente tenha sido suficiente para o atendimento das demandas existentes ou que tenha atingido um grau de eficácia adequado.

A partilha das responsabilidades pelo financiamento do SUS entre as esferas de governo, como previsto constitucionalmente, no entanto, permanecia uma questão inconclusa. Sua resolução começaria a se delinear com a aprovação em outubro de 2000 da EC 29. A aprovação dessa emenda constitucional foi entendida pelos vários atores da arena da saúde como um importante avanço para o SUS, uma vez que a mesma além de definir a participação das várias esferas de governo para o financiamento do sistema, garantiu um montante mínimo de recursos (FAVARET, 2003). De acordo com a EC 29, deveriam ser alocados no primeiro ano de sua vigência, 7% das receitas estaduais e municipais ao setor saúde e o orçamento do ano anterior acrescido de 5% no caso da União. Esses percentuais deveriam ser elevados progressivamente até 2004, quando corresponderiam a 12% das receitas dos estados, 15 % das receitas municipais, enquanto a fatia da União seria corrigida anualmente pela taxa de crescimento nominal do PIB.

A implementação desses percentuais se mostrou bastante complexa em função das interpretações conflitivas de algumas das questões e parâmetros estabelecidos pela EC 29. Talvez mais grave do que a não aplicação dos montantes estipulados pela EC 29, por parte dos entes federados tenha sido a contabilização de itens outros que não os estabelecidos pelos parâmetros acordados com o Ministério da Saúde. Entre esses itens tem-se, por

⁴³ Desde 1998, as receitas da CPMF deixaram de ser exclusivas da saúde, podendo, através dos recursos recorrentemente usados a partir do Plano Real, terem parte de sua receita desvinculada.

exemplo a inclusão dos gastos com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, merenda escolar, alimentação de presos, entre outros.

Com vistas a solucionar as dificuldades enfrentadas para a boa implementação da EC 29, foi elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com outras entidades o documento intitulado “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29”. Após amplo debate sobre o documento com a participação dos vários atores vinculados ao setor saúde, foi aprovada, em 2002, pelo Conselho Nacional de Saúde e posteriormente homologada pelo Ministro da Saúde, a resolução no. 316, posteriormente substituída pela resolução 322 em maio de 2003, que versavam sobre as necessidades de regulamentação da EC 29.

3.1.3.3 Assistência Social

Apesar da Constituição de 1988 ser considerada um marco para o rompimento com as características clientelistas, centralizadas e excludentes que marcaram a história pretérita das políticas de assistência social no país, a implementação de um novo paradigma para a área só viria a começar a se delinear a partir de sua regulamentação, com a aprovação da LOAS em 1993. Esta foi a última Lei Orgânica setorial aprovada, no âmbito da Seguridade Social. Vale lembrar os inúmeros escândalos dos quais a LBA foi vítima durante a gestão do Presidente Fernando Collor⁴⁴. Como salientado por Fleury (1989), romper com as práticas institucionais vigentes representava um dos principais pontos de resistência às mudanças na área assistencial.

Como ressaltado por Resende (2000), a situação das políticas sociais na ocasião eram desoladoras. Por um lado, os programas de alimentação e nutrição para o grupo materno-infantil tinham sido extintos, a distribuição de merenda escolar não correspondia a demanda, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) era sub-utilizado e os estoques de alimentos apodreciam. Por outro lado, iniciativas realizadas dentro do próprio quadro estatal estimavam⁴⁵ que aproximadamente 32 milhões de brasileiros encontravam-se em condição de indigência. Com esse pano de fundo começaram-se a delinear as mudanças que resultariam na substituição dos antigos órgãos gestores – LBA e FUNABEM - pelo programa Comunidade Solidária em 1995. Iniciava-se uma nova era, no plano das políticas assistenciais brasileiras, marcada pelo entendimento da assistência social como uma política voltada prioritariamente

⁴⁴ Para maiores detalhes ver Sposati (2004).

⁴⁵ Foi publicado pelo IPEA, em 1993 o estudo denominado “Mapa da Fome: Subsídios à Formulação de uma Política de Segurança Alimentar”.

para o combate à fome e a miséria de um expressivo contingente de brasileiros pobres e/ou indigentes.

“O Comunidade Solidária nasce, cresce e amadurece a partir de uma experiência brasileira inédita que emergiu no início de 1993, com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). O CONSEA inaugurou uma nova era colocando na agenda do presidente da República a questão do combate à fome e à miséria como prioridade nacional. Introduziu os princípios da parceria, solidariedade e descentralização como eixos norteadores da ação do governo federal. Sempre defendeu a articulação das ações públicas como a melhor estratégia para o enfrentamento das grandes carências sociais.” (PELIANO ET AL, 1995, p. 20).

Porém, como ressaltado por Sposati (2004), apesar de em tese o novo programa apregoar uma nova estratégia de organização da política assistencial com vistas a resolução dos problemas de descontinuidade, descoordenação, centralização, clientelismo, superposição, pulverização de recursos e fragmentação de ações⁴⁶, o que se observou foi a criação de inúmeros projetos superpostos, entre os quais sobressaem-se: o auxílio-gás, a bolsa alimentação, a bolsa escola, entre outros(SPOSATI, 2004).

Os objetivos específicos a serem alcançados pelo Comunidade Solidária e que nortearia as estratégias de ação consistiam em: reduzir a mortalidade na infância, melhorar as condições de alimentação dos escolares, trabalhadores e famílias carentes, melhorar as condições de moradia e saneamento básico, melhorar as condições de vida no meio rural, gerar emprego e renda e promover a qualificação profissional, apoiar o desenvolvimento da educação infantil e do ensino fundamental e defender os direitos e promover socialmente crianças e adolescentes (PELIANO ET AL,1995).

Dentre os programas implementados para a consecução dos objetivos acima mencionados, o bolsa-escola (administrado pelo Ministério da Educação) merece um maior detalhamento, uma vez que no governo do Presidente Lula viria a se tornar o carro chefe das políticas assistenciais. Inicialmente concebido em 1987, por pesquisadores do Núcleo de Estudos do Brasil Contemporâneo, da Universidade de Brasília (UNB) foi implementado em 1995, pela primeira vez em Campinas. No mesmo ano, foi implementado um programa semelhante no Distrito Federal (DF). Esta segunda experiência consistia em um programa de combate a pobreza que condicionava o pagamento de um benefício pecuniário às famílias pobres à exigência de que as mesmas mantivessem todas as crianças em idade escolar matriculadas e freqüentando a rede de ensino oficial, sem que pudessem faltar a mais de dois dias de aula, por mês, sem justificativa. A principal diferença entre os programas estava relacionada ao entendimento das prioridades para a superação da pobreza. Enquanto o bolsa-

⁴⁶ Ressalte-se que estes ideais já constavam da agenda Constituinte.

escola implementado pela Prefeitura de Campinas procurava atuar como um programa de proteção a família, o bolsa-escola, implementado no DF procurou associar o recebimento de um benefício em espécie à elevação da escolaridade de crianças e adolescentes pertencentes a famílias pobres, dado partir do entendimento de que a educação é a mola propulsora para a saída da armadilha da pobreza (AGUIAR e ARAUJO, 2002).

Com a repercussão nacional e mundial recebida pelo programa do DF, o governo federal lançou em 1997 um programa sob sua inspiração: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Este visava fazer com que as crianças envolvidas em trabalhos penosos e de alto risco retornassem à escola mediante o pagamento de um benefício mensal, em pecúnia, a suas famílias. Ainda em 1998, o Ministério da Educação lançou o embrião de um programa ainda mais semelhante ao bolsa-escola, denominado Programa de Garantia de Renda Mínima. Esse programa funcionava através de uma parceria entre o governo federal e os municípios. No entanto, foi o lançamento do programa Bolsa-Escola Federal em abril de 2001 que promoveu a implementação do programa em todo o território nacional.

Com a alternância de poder no governo federal a questão do combate a fome e a pobreza absoluta voltou a pautar a agenda das políticas assistenciais. Foi lançado com grande estardalhaço um novo programa de combate a fome e a miséria em princípios de 2003, denominado “Fome Zero” e criado para sua gestão o Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate a Fome (MESA). O “Fome Zero” pretendia fornecer quantidade, qualidade e regularidade de alimentos a todos os brasileiros, concomitantemente a implementação de ações para promoção da produção e distribuição desses alimentos em base sustentável, além de promover a inclusão social e a educação alimentar e nutricional (SUPLICY, 2002).

Para a implementação piloto do projeto foram selecionados dois municípios do interior do Piauí, que apresentavam os piores resultados nacionais em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): Guaribas e Acauã. Entre as medidas implementadas constavam o cadastro de famílias, com renda *per capita* inferior a ½ salário mínimo, para o recebimento do cartão-alimentação (por ocasião, no valor de R\$50,00 por mês). As outras medidas se propunham a organizar a sociedade para superar o combate a pobreza. Entre elas pode-se citar desde a criação de um mutirão contra a fome e a miséria e a criação de restaurantes populares até a implementação de políticas estruturais, voltadas para a reforma agrária, o fortalecimento da agricultura familiar, planos de emergência para o enfrentamento da seca no nordeste, superação do problema de analfabetismo, geração de emprego e renda e combate a desnutrição materno-infantil.

Seis meses após a implementação do programa, especialistas da área alertavam para o fato de que as dificuldades de operacionalização do programa poderiam arrefecer a mobilização pública⁴⁷ obtida quando do seu lançamento⁴⁸. Na mesma ocasião teve início o processo de reavaliação do cadastro único dos beneficiários dos programas sociais⁴⁹ concebido em 2001 e a formulação e avaliação de uma estratégia de unificação dos diversos programas de transferência de renda. Em outubro de 2003, é instituído, pela Medida Provisória 132, o programa Bolsa-Família, destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com a proposta de substituição dos programas de transferência de renda já existentes: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás. Este programa viria a se tornar nos anos subseqüentes o carro chefe dos programas vinculados ao Fome Zero e da própria seguridade social.

Quando de sua instituição o programa foi estabelecido no âmbito da Presidência da República, através de um Conselho Gestor Interministerial. Dessa forma, verificou-se um embate entre três órgãos de poder: o MESA, o Ministério da Assistência Social e o Conselho Gestor do programa recém criado. A resolução do impasse se deu com a unificação dos dois ministérios, em janeiro de 2004, com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome e a transferência do Conselho Gestor Interministerial do referido programa do âmbito da presidência da republica para o recém criado ministério.

A operacionalização do novo programa se deu através de termos de cooperação firmados entre a União e os municípios. O Programa Bolsa Família (PBF) passou a integrar o Fome Zero e consiste, basicamente, em um programa de transferência direta de renda sujeita a condicionaisidades a exemplo do Bolsa Escola implementado anteriormente no DF. A concepção do PBF previa sua articulação em torno a três questões: promoção do alívio imediato da pobreza, proporcionada pela transferência direta de renda à família; promoção do exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, através do cumprimento das condicionaisidades, elementos essenciais para que as famílias logrem romper o ciclo da pobreza intergeracional; e a sua coordenação com programas complementares para a superação das condições de pobreza e vulnerabilidade social, tais como os programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos e de fornecimento de registro civil e demais documentos.

⁴⁷ “O Fome Zero conseguiu a proeza de colocar todas as forças sociais em torno de uma mesa imaginária nos últimos meses”
Folha de São Paulo - TENDÊNCIAS/DEBATES - 5/9/2003) WALTER BELIK

⁴⁸ Seis meses de Lula: Fome Zero tem menos de 60 mil famílias cadastradas
Jornal do Commercio, 30 de junho de 2006.

⁴⁹ Excluindo-se os beneficiários do BPC.

É interessante observar que os governos dos dois presidentes eleitos e reeleitos democraticamente, após o impeachment do 1º. presidente democraticamente eleito na Nova República, se caracterizaram por atribuir ao enfrentado das questões da fome e pobreza o papel central da política assistencial. Esse enfrentamento, nos dois casos, resultou na adoção prioritária de programas de transferência de renda condicionada para as camadas mais vulneráveis da população. Como salientado por Yazbek (2004), no entanto, é grande a probabilidade do PBF se limitar a perspectiva compensatória e residual, centrada numa renda mínima, nos limites da sobrevivência e voltada aos incapazes de competir no mercado, podendo vir a se configurar em uma política social excludente, inspirada no “dever humanitário e solidário” e não pelos princípios da cidadania e reconhecimento público de direitos sociais. Pouco tem sido feito na área assistencial no sentido de garantir a população sem condições de recorrer ao mercado com serviços assistenciais. Um exemplo, é a limitada oferta de creches que permitam às famílias uniparentais (principalmente as chefiadas por mulheres) melhores condições de competição no mercado de trabalho.

3.2 Mudanças Demográficas e Socioeconômicas: O Envelhecimento da População Brasileira e as Mudanças no Mercado de Trabalho

Dentre as mudanças demográficas e socioeconômicas observadas no atual contexto brasileiro, a exemplo dos demais países analisados, sobressai-se o envelhecimento da população, com conseqüências para os arranjos familiares, e as transformações no mercado de trabalho, decorrentes, inclusive, de mudanças na própria organização da produção. Essas questões apresentam importantes interações entre si que contribuem para a emergência de novas demandas e o redesenho de alguns programas.

O aumento relativo e absoluto do número de idosos, por exemplo, tem implicações tanto para o mercado de trabalho, quanto para as famílias e os sistemas de seguridade social propriamente dito. O expressivo aumento da esperança de vida imprime ao mesmo tempo uma enorme complexidade e heterogeneidade ao contingente denominado idoso. Para o contingente de idosos mais jovens cabe-se pensar em alternativas que os integrem de forma positiva ao setor produtivo, incorporando suas potencialidades e especificidades. Por outro lado, o contingente de idosos mais idoso, com perda de autonomia e independência requer pensar alternativas aos cuidados prestados pela família, pois estas últimas tem enfrentado radicais mudanças em sua estrutura nas últimas décadas. A maior parte dos cuidados domiciliares para com os entes familiares mais frágeis (crianças e idosos) continua sendo

provido informalmente pelas mulheres. Dessa forma, tendem a sobrecarregar as mulheres que buscam trabalho remunerado no mercado de trabalho e pressionam por mecanismos alternativos de provisão dos cuidados – novos contratos de gênero, setor privado, Estado.

Sob o ponto de vista atuarial da seguridade social, este inexorável e incontrollável processo apresenta importantes impactos. Um maior tempo de vida implica em períodos mais longos de pagamento de benefícios, o que nos remete a alardeada crise do envelhecimento na década de 1990⁵⁰. A Universalização da Seguridade Social brasileira, implementada na década de 1990, na contramão do debate internacional, tem como uma de suas principais conseqüências as expressivas transferências de renda aos idosos, quer através do pilar previdenciário ou assistencial. Isso tem levado a que os atuais idosos brasileiros sejam percebidos como indivíduos privilegiados pelo sistema (*vis-à-vis* outros grupos vulneráveis, como, por exemplo, as crianças) e responsáveis pelos crescentes gastos do mesmo.

Véron e Pennec (2007), porém, alertam para a necessidade de se analisar a questão a luz das complexas interações econômicas e sociais, pois não se pode perder de vista a enorme complexidade e heterogeneidade do contingente idoso. A medida em que o processo de envelhecimento populacional se acentua, maiores contingentes de idosos conviverão com perdas ou limitações de sua capacidade para a realização das AVD. Se em um primeiro momento os sistemas de seguridade social têm que se adaptar ao crescente número de inativos, em um segundo momento, passam a ter que lidar com o aumento de inativos em idades cada vez mais avançadas, dos quais, boa parcela demandará cuidados especiais por parte do sistema devido a sua perda de autonomia física e mental. Nesse caso, assim como no caso das crianças, as transferências de renda não são suficientes para a construção de um sistema capaz de assegurar o bem-estar da população. Essa nova realidade passa a demandar, também, o provisionamento de serviços voltados para os seus cuidados, tema que será objeto do próximo capítulo.

Viver por períodos mais longos, porém sem condições de saúde que assegurem autonomia e independência, não parece ser o objetivo nem dos indivíduos nem das sociedades. A medicalização do final da vida representa além de um custo financeiro, um custo psicológico. O convívio com o aumento da longevidade coloca a necessidade de que os idosos sejam cuidados em sua velhice e não apenas curados de suas enfermidades pontuais, o que será objeto específico do próximo capítulo.

⁵⁰ O documento publicado pelo Banco Mundial, em 1994, (*Averting the Old Age Crisis: Policies to protect the old and promote the growth*) representa uma possível ilustração dessa visão, pois em seu próprio título deixa claro o entendimento do envelhecimento populacional como um fator crítico para o desenvolvimento.

A seguir são analisados mais detidamente alguns aspectos do processo do envelhecimento populacional brasileiro e das transformações no mercado de trabalho.

3.2.1 Envelhecimento Populacional

Atualmente um dos maiores desafios para o próprio entendimento do processo de envelhecimento populacional e suas implicações para as políticas públicas refere-se a identificação do contingente idoso, dada sua complexidade e heterogeneidade. Como já mencionado, em princípios do século passado, não parecia haver uma clara diferenciação entre idosos e inválidos, pois a redução da capacidade produtiva decorrente do envelhecimento, embutia a invalidez progressiva do idoso para o trabalho. Atualmente, com os avanços na área de saúde, e o entendimento da idade avançada como um risco social a ser coberto pela previdência social, o período compreendido pelas idades superiores a 60 ou 65 anos (tradicionalmente associados com idades avançadas) ganham novos contornos. A aposentadoria, como ressaltado por Phillipson (1998), pode ser entendida como a principal fonte de mudanças nas relações e atividades sociais. A aposentadoria precoce tem levado a uma reavaliação da equação de equilíbrio entre trabalho e lazer. Pode-se entender, dessa forma, a transição da idade adulta para a velhice como um período afetado por condições socioeconômicas, afetivas, culturais e políticas dos indivíduos ao longo de todo o seu ciclo de vida.

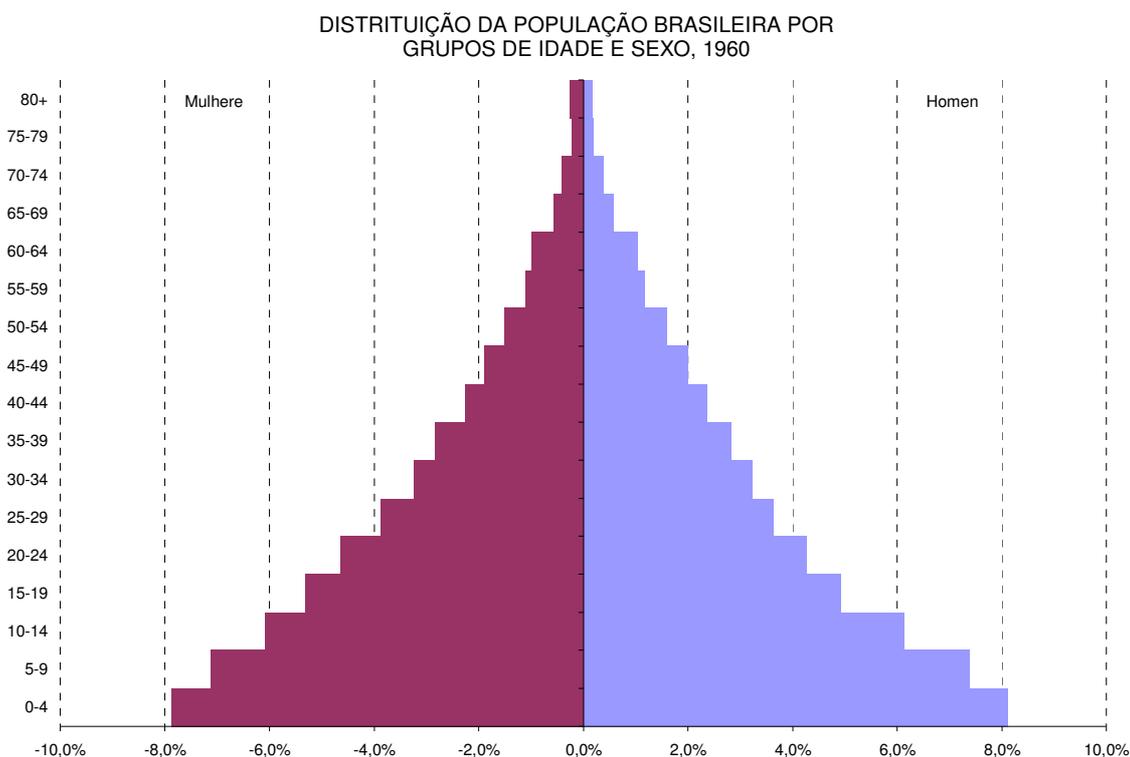
Para fins operacionais, a legislação brasileira adota, atualmente, dois cortes etários para a definição do contingente idoso: para a formulação das políticas, são entendidos como idosos, todos os indivíduos com 60 ou mais anos de idade, limite este constante, por exemplo, da Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso; a prestação de bens ou serviços públicos ou subsidiados pelo setor público, por sua vez, adota a idade de 65 anos como limite etário (tais como os benefícios assistenciais de renda, a idade requerida para a solicitação de aposentadoria por idade e a gratuidade nos transportes públicos e eventos culturais). Para os fins pretendidos pelo presente trabalho, contribuir para a formulação de políticas públicas, será considerada população idosa aquela formada por indivíduos com 65 anos ou mais de idade. Isso se deve, por um lado, a comparabilidade com os países analisados e, por outro lado, pelo entendimento de que esta é a idade de corte utilizada nos demais programas voltados para idosos constantes do sistema de seguridade social brasileiro.

Os gráficos 3.2 a 3.4 apresentam a evolução da estrutura etária brasileira nos últimos quarenta anos, enquanto o gráfico 3.5 apresenta a projeção populacional feita pelo IBGE para o

ano 2020. A análise dos gráficos permite observar os dois movimentos das componentes demográficas associados ao envelhecimento populacional: o estreitamento da base, fruto da redução da taxa de fecundidade e o alargamento do topo, resultado da redução da mortalidade nas idades mais avançadas.

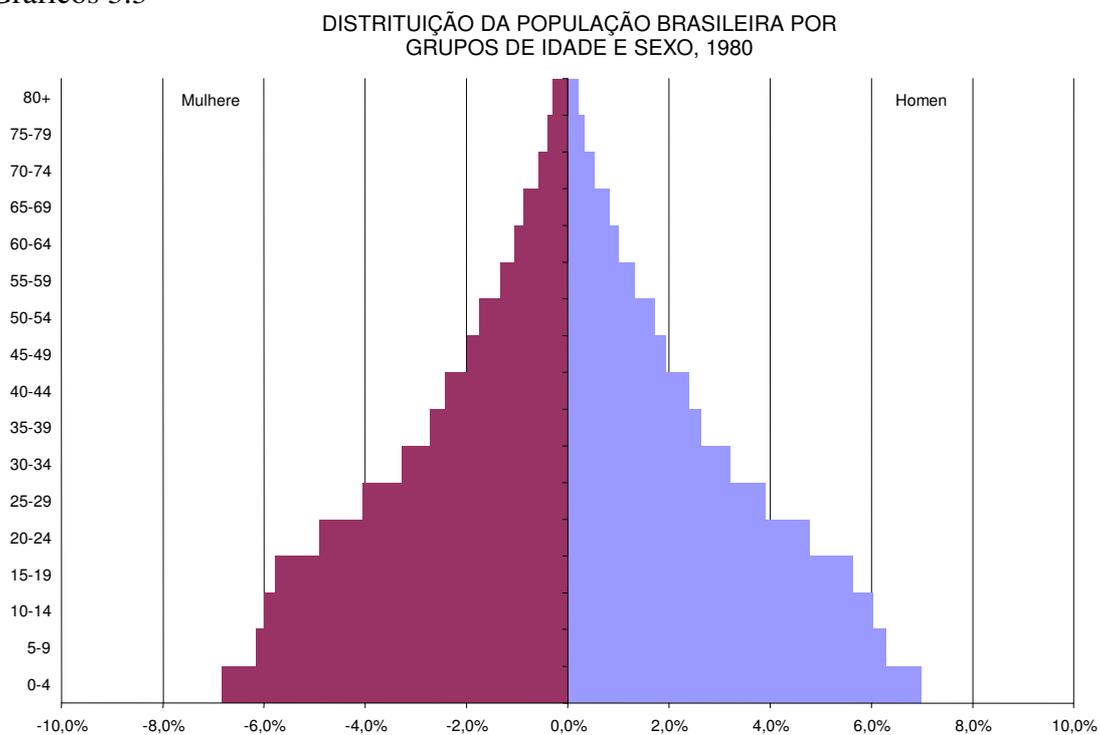
Em números absolutos, o último Censo Demográfico, realizado em 2000, contabilizou aproximadamente 10 milhões de idosos residentes no país, o que representava 6% da população total. A proporção de idosos, com 65 anos ou mais, na população brasileira dobrou entre 1960 e 2000, e estima-se que no ano 2020 essa proporção corresponda a um décimo da população brasileira – aproximadamente 21 milhões de idosos, equivalentes ao dobro do contingente de idosos encontrados pelo censo de 2000. Importa observar também que em função da sobremortalidade masculina, as mulheres predominam entre os idosos. Essa tendência se acentua com a idade; quanto mais velho for o contingente idoso analisado, mais elevada será a proporção de mulheres entre eles.

Gráficos 3.2

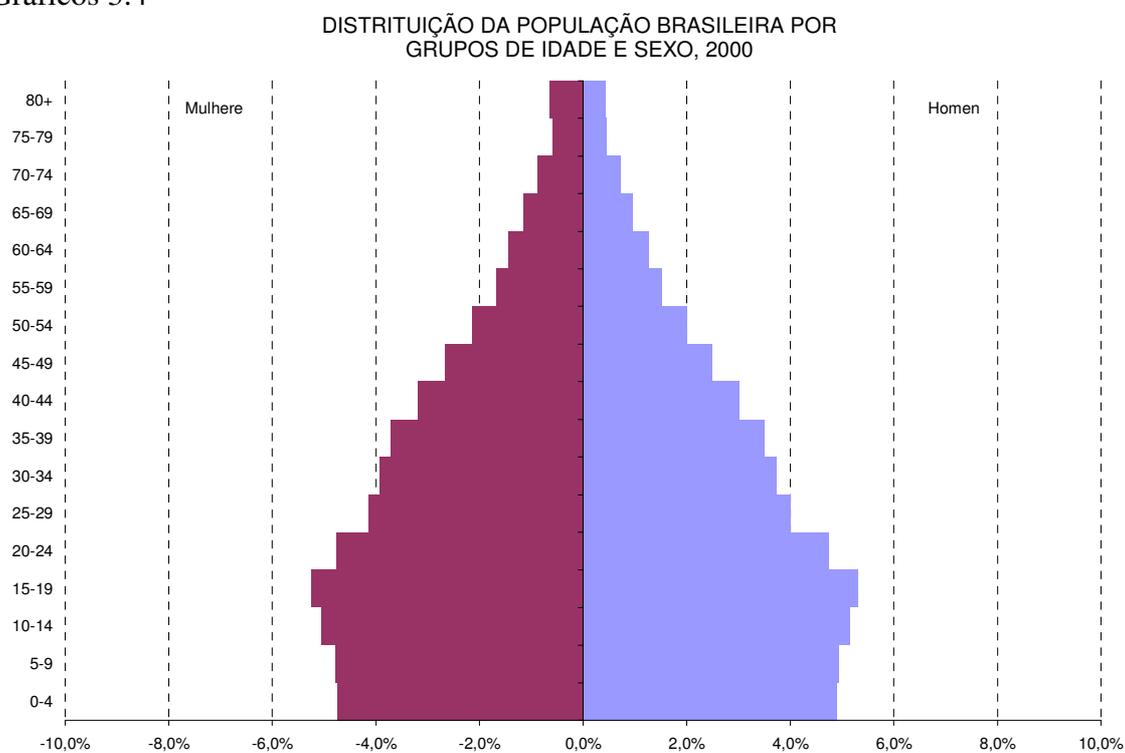


Fonte: IBGE, Censos Demográficos e Projeção Populacional (revisão 2008)

Gráficos 3.3

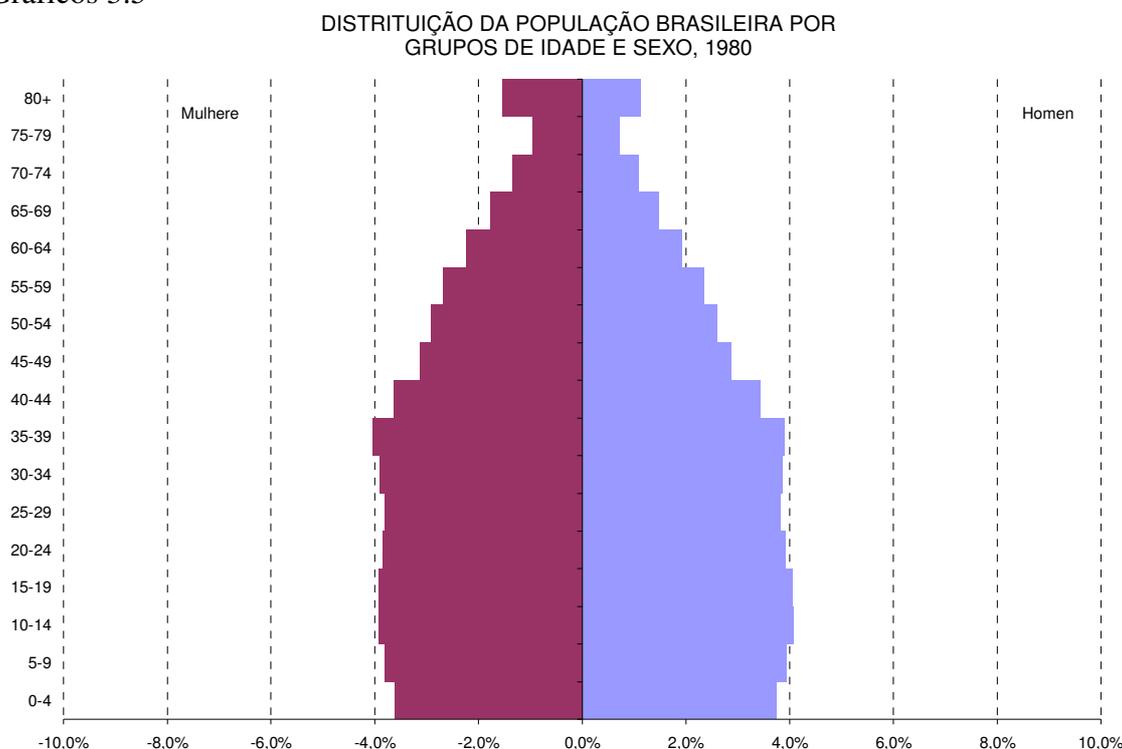


Gráficos 3.4



Fonte: IBGE, Censos Demográficos e Projeção Populacional (revisão 2008)

Gráficos 3.5

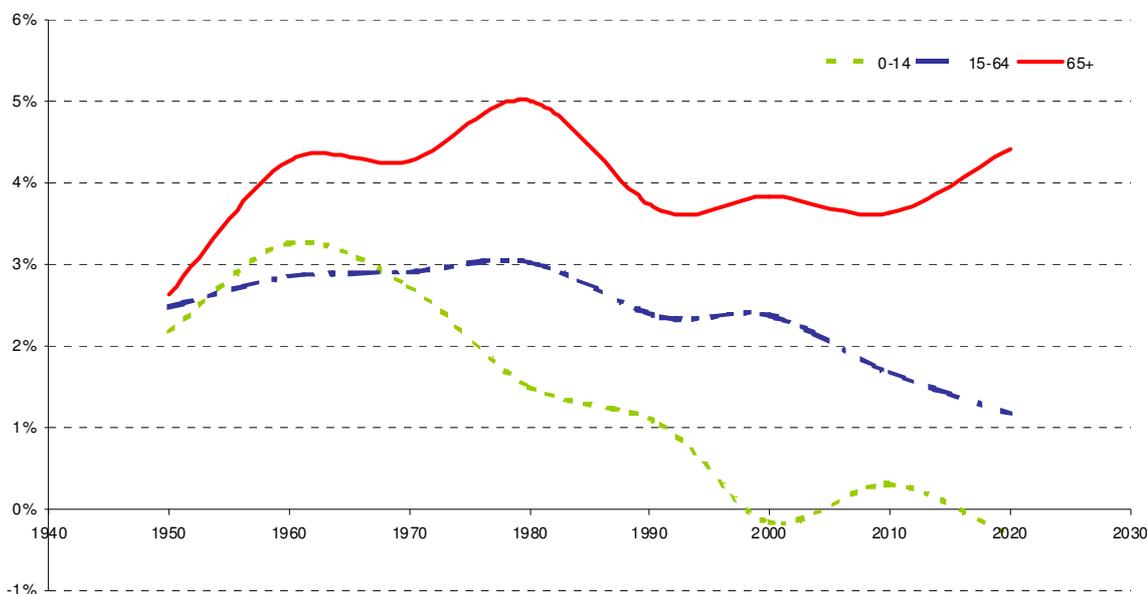


Fonte: IBGE, Censos Demográficos e Projeção Populacional (revisão 2008)

Ainda mais expressivo é o crescimento observado e projetado do contingente de idosos muito idosos, com 80 ou mais anos de idade. Estes representavam aproximadamente 0,5% da população brasileira em 1980, tendo duplicado sua participação em 2000, quando passaram a representar aproximadamente 1,1%. Em 2020 estima-se que o percentual de idosos com 80 anos ou mais de idade corresponda a aproximadamente 3% da população como um todo e 30% do contingente com 65 anos ou mais. Esse processo também pode ser visualizado pela velocidade com que a população brasileira vem envelhecendo. O gráfico 3.6 mostra que a taxa de crescimento observada entre os idosos brasileiros é bastante superior a dos demais subgrupos populacionais. Enquanto a população de crianças e jovens com até 14 anos de idade chegou a observar taxas de crescimento negativas entre os censos de 2000 e 1991, os idosos com 65 anos ou mais tem apresentado taxas de crescimento, a partir da década de 1960, em torno de 4% ao ano

Gráfico 3.6

**TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAIS DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIOS
1940-2020**



Fonte: IBGE, Censos Demográficos e Projeções da População Brasileira (revisão)

Assim como nos países desenvolvidos analisados, verifica-se para a população brasileira, expressivos ganhos em termos de redução da mortalidade e seus impactos sobre a esperança de vida. Entre 1980 e 2007, a expectativa de vida ao nascer dos homens aumentou 10 anos e a das mulheres 12 anos (tabela 3.1). A esperança de vida dos idosos brasileiros, por sua vez, também tem apresentado contínuos ganhos; em 1980 um idoso que alcançasse a idade de 65 anos poderia esperar viver em média por mais 12, atualmente um idoso a esta mesma idade pode esperar viver por praticamente mais 20 anos. A expectativa de sobrevivência das idosas com 80 anos ou mais dobrou no mesmo período.

Tabela 3.1

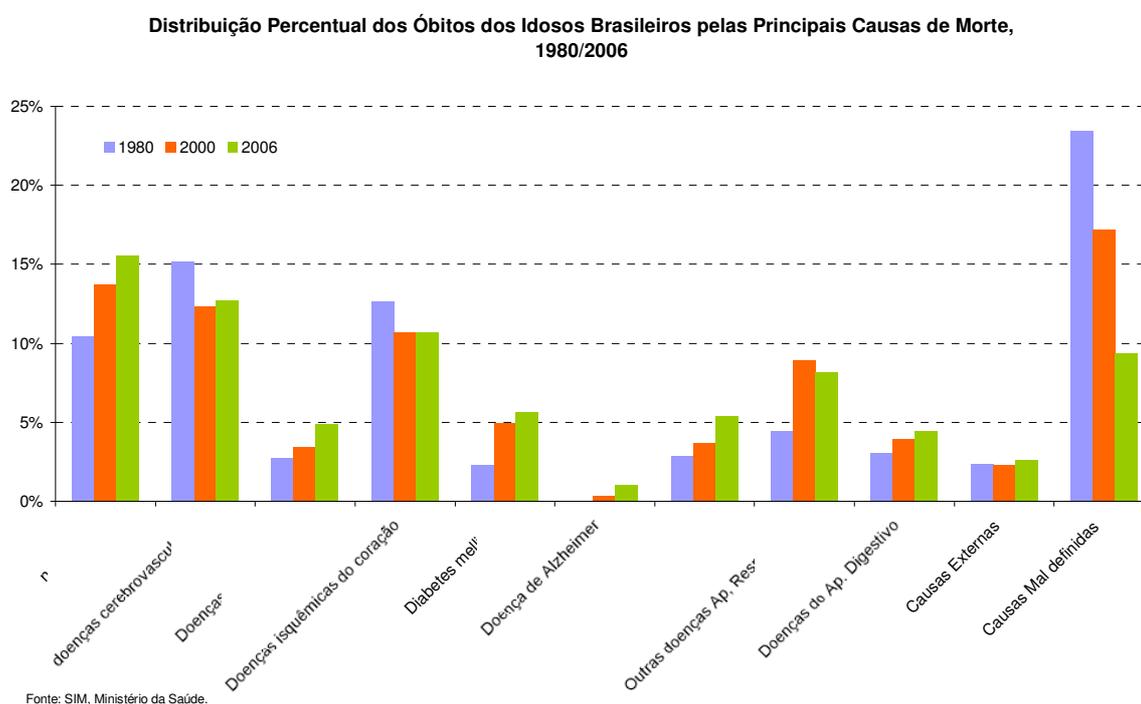
Esperança de Vida ao Nascer (E_0) e sobrevivência aos 60 (E_{60}) 65 (E_{65}) e 80 anos (E_{80})
Brasil - 1980, 1990, 2000 e 2007

	Homens				Mulheres			
	E_0	E_{60}	E_{65}	E_{80}	E_0	E_{60}	E_{65}	E_{80}
1980	59,0	14,7	11,7	5,0	64,7	16,7	13,3	5,5
1990	62,3	15,9	12,9	5,9	69,1	18,1	14,6	6,2
2000	66,7	18,8	15,7	8,7	74,4	21,7	18,1	9,5
2007	68,8	19,4	16,2	8,9	76,4	22,6	18,8	9,9

Fonte: IBGE, Anuário estatístico 1996 e acesso a página ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade em 14 de janeiro de 2009.

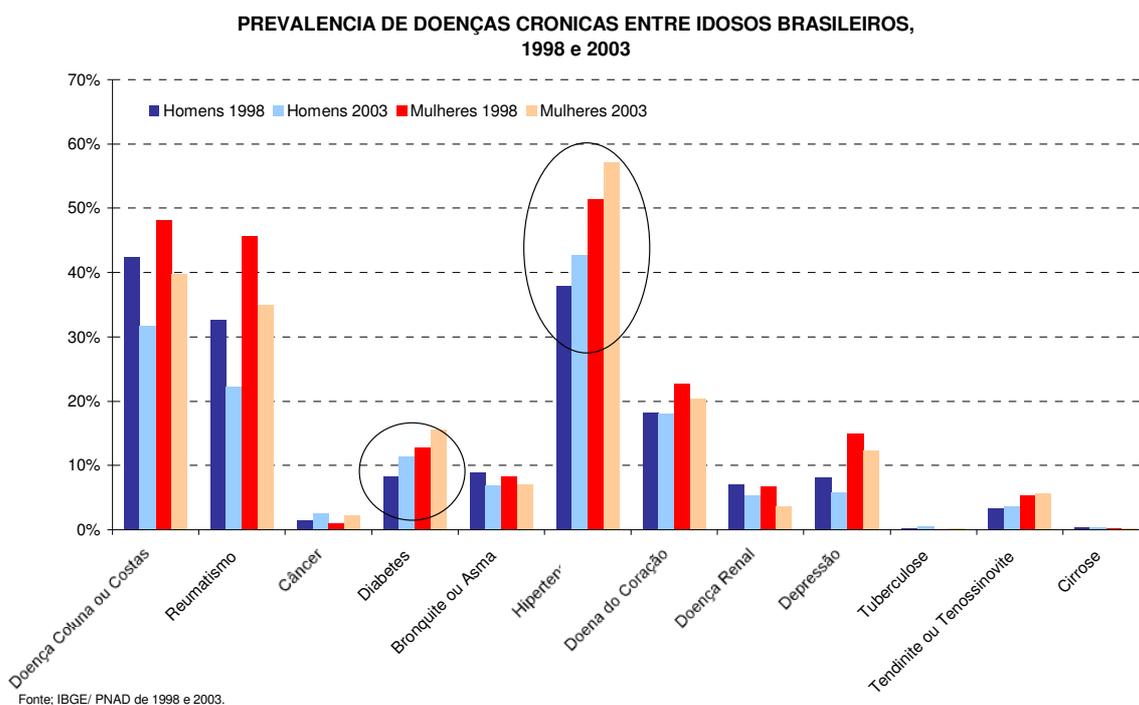
O envelhecimento da população brasileira, como já mencionado, está relacionado com mudanças no perfil de morbimortalidade da própria população idosa. As principais causas de morte entre os idosos brasileiros continuam a ser as doenças do aparelho circulatório, especialmente as cerebrovasculares e isquêmicas que juntas foram responsáveis por mais de 1/3 dos óbitos de idosos em 2006; embora sua proporção no total dos óbitos dos idosos tenha decrescido entre 1980 e 2006 (gráfico 3.7). Em contrapartida, foram observados aumentos entre os casos de morte por neoplasias e pneumonia que figuram entre as 10 principais causas de morte entre idosos brasileiros. Além disso, em consequência do envelhecimento da população, tem-se percebido também o aumento da participação de doenças crônicas entre as causas de morte, dentre as quais destacam-se: a diabetes que duplicou a sua participação entre os óbitos ao longo do período; as doenças hipertensivas, cujo aumento foi de 80% e, a crescente, ainda que baixa, participação da doença de alzheimer – que nos últimos 6 anos ampliou sua participação de 0,3% dos óbitos de idosos em 2000 para 1,1% em 2006.

Gráfico 3.7



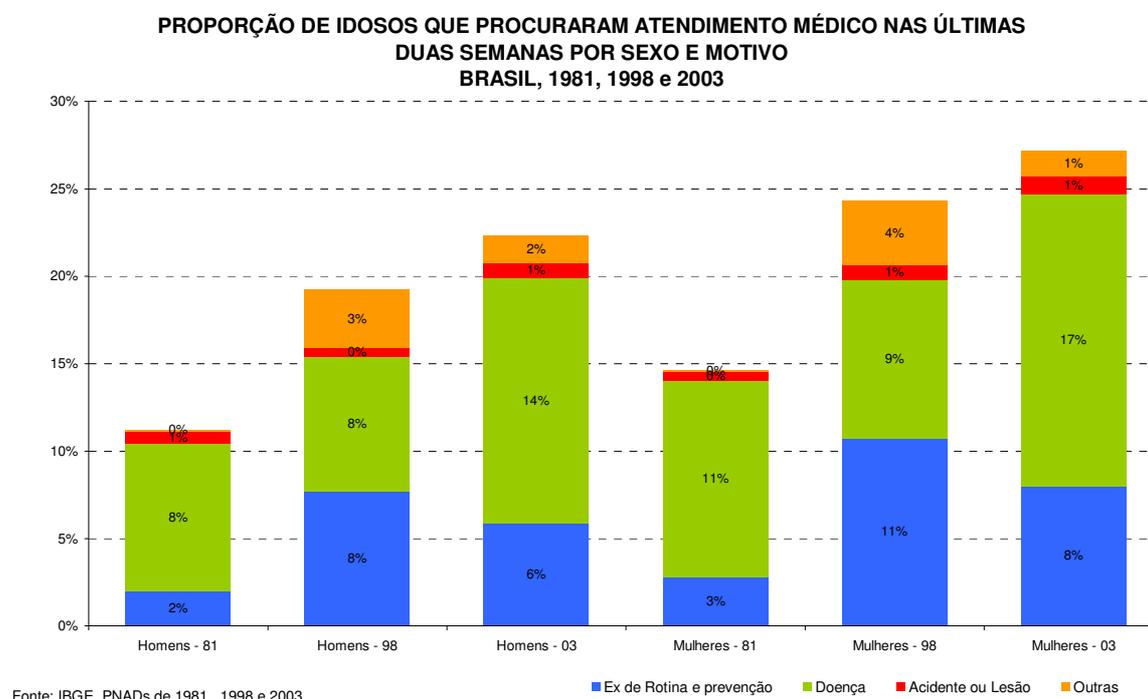
O aumento das doenças crônicas entre idosos é especialmente sentido na análise dos dados referentes a morbididade dessa população, tendo sido observado um expressivo aumento do número de idosos que reportam sofrer de hipertensão e diabetes entre 1998 e 2003, para ambos os sexos (ver gráfico 3.8). Como salientado por Camarano et Al. (2007) esse aumento pode ser atribuído tanto ao envelhecimento do grupo populacional idoso como e, provavelmente, também à maior cobertura dos serviços de saúde, pois para reportar sofrer dessas doenças crônicas é necessário que os indivíduos tenham acessado os serviços de saúde. As artrites e reumatismos ainda que continuem a representar porcentagens elevadas entre as doenças reportadas por idosos apresentou uma queda no mesmo período.

Gráfico 3.8



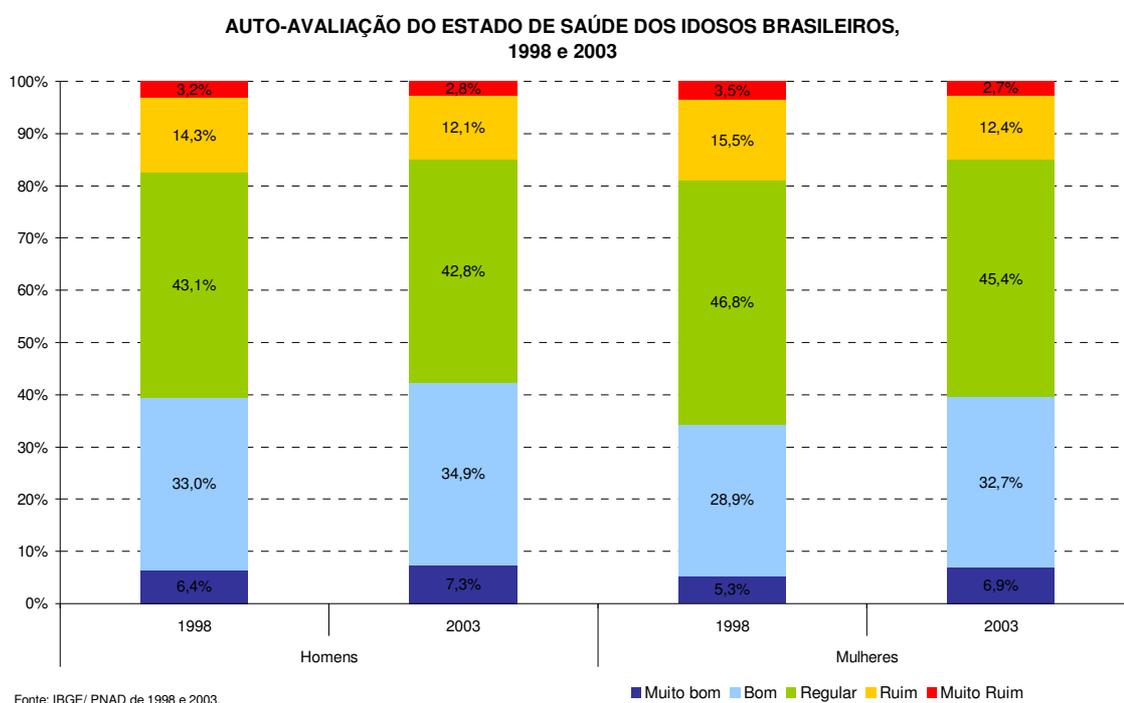
O aumento do número de consultas médicas (nos últimos 12 meses), entre 1998 e 2003, que os idosos declaram ter realizado parece corroborar a ampliação da cobertura dos serviços de saúde. Comparando as informações de 1998 e 2003, observa-se que aumentou a proporção de idosos que declarou ter ido a pelo menos uma consulta médica; entre os homens esta proporção passou de 67% dos em 1998 para 75% em 2003; entre as mulheres idosas, as proporções comparáveis foram respectivamente de 78% e 83%. Quando se compara a porcentagem de idosos que procurou atendimento médico nas últimas duas semanas antes da realização da pesquisa (PNAD) pode-se incluir os dados referentes ao ano de 1981 do suplemento de saúde da referida pesquisa. Entre 1981 e 2003, a porcentagem de idosos que procurou atendimento praticamente dobrou tanto entre os homens quanto entre as mulheres (Gráfico 3.9). Dentre os motivos apresentados, os aumentos mais significativos foram os observados para a realização de exames de rotina. O diagnóstico precoce, especialmente nas principais doenças crônicas que acometem os idosos, permite que os mesmos gozem de uma melhor qualidade de vida na convivência com as doenças.

Gráfico 3.9



Dessa forma, partindo-se da hipótese que as condições de saúde dos idosos são bastante influenciadas pela forma com que os mesmos convivem com o aparecimento de doenças crônicas e debilitantes e a possibilidade de acompanhamento médico, a auto-percepção da saúde pode representar um bom indicador das reais condições de saúde dos mesmos. Em 2003, uma maior proporção de idosos declararam gozar de estados de saúde bons ou muito bons, em comparação com 1998. Essa melhora na auto-percepção da saúde faz-se notar especialmente entre o contingente feminino (gráfico 3.10).

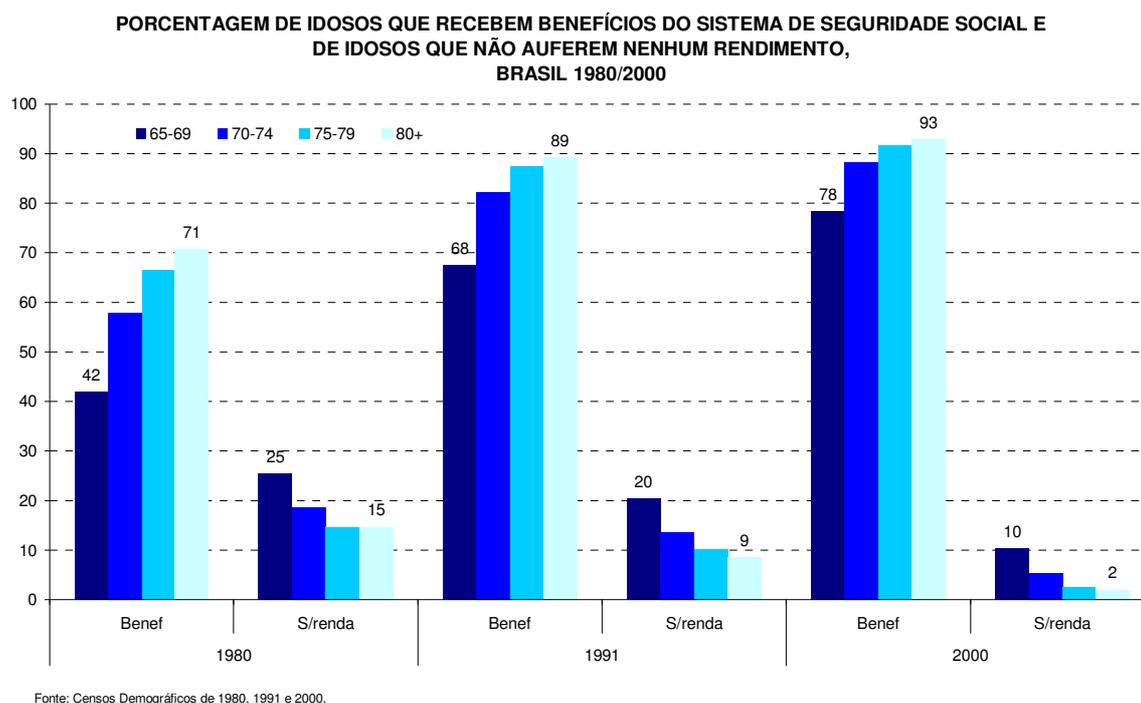
Gráfico 3.10



Tanto as condições efetivas de saúde como a auto-percepção dos idosos em relação a sua própria condição apresentam importantes correlações também com o processo de universalização da Seguridade Social promovido pela Constituição de 1988. Se por um lado tem-se o aumento do acesso aos serviços de saúde; por outro, tem-se uma expressiva ampliação do acesso a renda por parte dos idosos brasileiros nos últimos 20 anos, quer através das políticas previdenciárias ou assistenciais. O gráfico 3.11 apresenta a porcentagem de idosos que recebem benefícios em pecúnia do sistema de seguridade social brasileiro e a porcentagem dos idosos que não auferem nenhum tipo de renda nos três últimos censos demográficos realizados no país. Pode-se perceber que para idades superiores a 80 anos o acesso a renda é, em 2000, praticamente universal entre os idosos brasileiros. A porcentagem

de idosos mais jovens (com idade compreendida entre 65 e 69 anos) com acesso a renda de benefícios da seguridade social praticamente dobrou entre 1980 e 2000; ao passo em que a porcentagem desse mesmo contingente sem acesso a renda caiu a menos da metade no mesmo período.

Gráfico 3.11

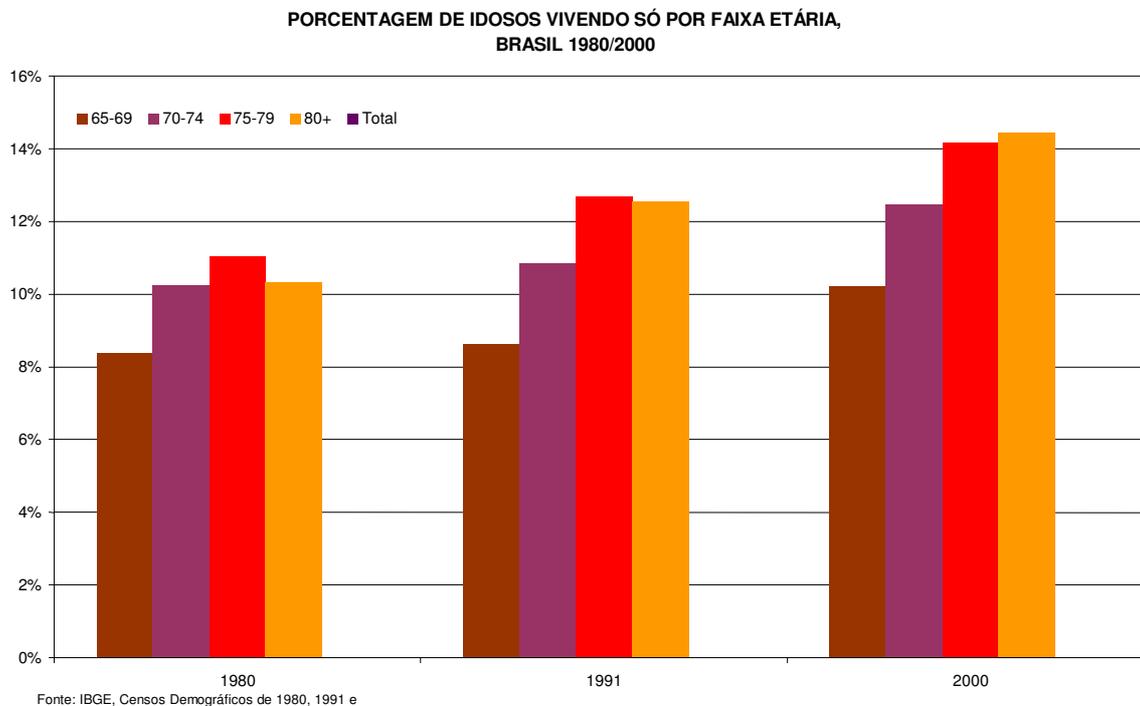


A maior autonomia, em termos de saúde e renda parece se refletir em uma tendência de aumento do número de domicílios unipessoais entre os idosos. A possibilidade de se viver sozinho é tradicionalmente entendida como um bem, estando associada com questões como autonomia, independência e privacidade. Com o envelhecimento da população espera-se um aumento do número de domicílios compostos por apenas um casal idoso ou mesmo por um único indivíduo (gráfico 3.12), pois à medida que os pais envelhecem, os filhos tornam-se adultos, independentes, e deixam a casa dos pais para constituir suas próprias famílias em seus próprios domicílios. Da mesma forma, questões relacionadas com a vida moderna⁵¹ como o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e de sua escolaridade, queda da taxa de fecundidade, aumento do número de divórcios e ausência de filhos, também contribuiriam para o aumento desse tipo de arranjo familiar (PALLONI, DE VOS e PELAEZ,

⁵¹ Gierveld, de Valk e Blomemesteijn (2001) chamam a atenção para o fato dessas mudanças nos valores e padrões de comportamento estarem caminhando em sentido ao individualismo e ao pós-materialismo.

1999). É interessante notar que o maior aumento entre os domicílios unipessoais de idosos se deu entre a população com 80 ou mais anos de idade.

Gráfico 3.12



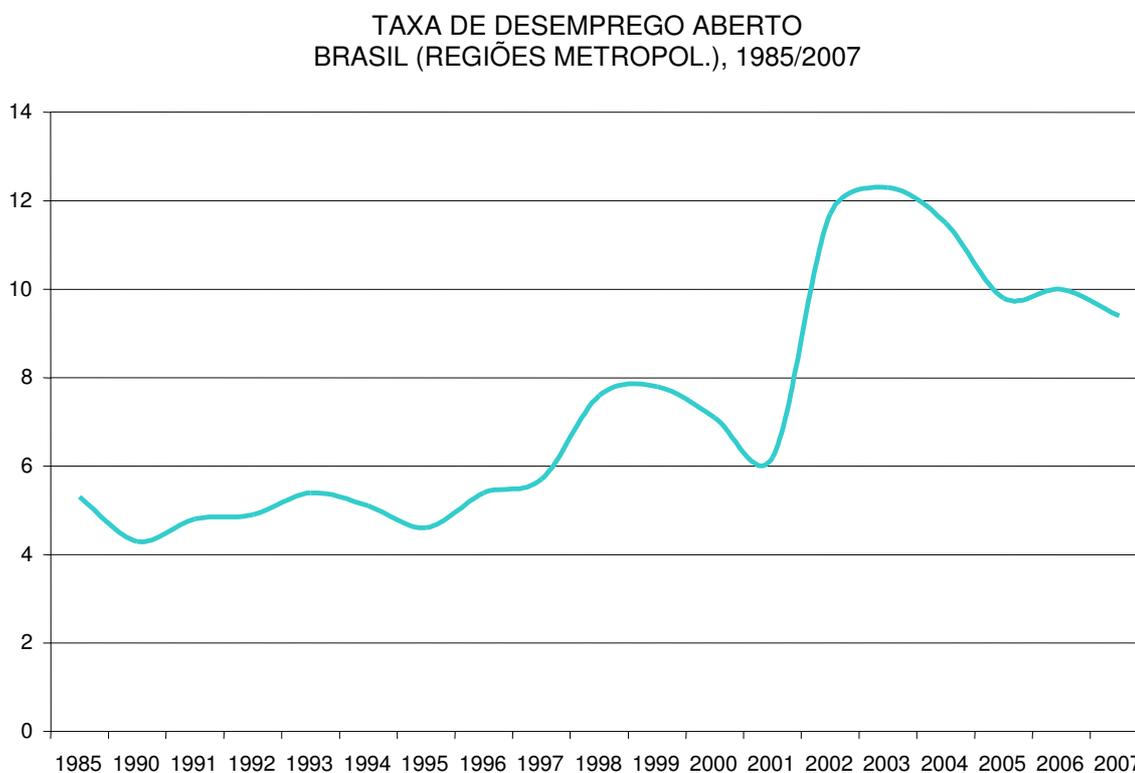
3.2.2 Mudanças no Mercado de Trabalho

Tão importantes quanto os aspectos demográficos para o sistema de seguridade social brasileiro são as transformações observadas no mercado de trabalho nos últimos 20 anos. Dentre esses aspectos, chamam a atenção o aumento do desemprego e do emprego informal e/ou precário, sem a tradicional relação trabalhista e previdenciária, e a entrada maciça da mulher no mercado de trabalho.

Em todo o mundo, como já mencionado, o aumento do desemprego nas últimas décadas parece ter atualmente um caráter estrutural, pois ocorre independentemente da conjuntura econômica. No Brasil, o fenômeno não é diferente. Ainda que as taxas de desemprego sejam consideravelmente inferiores às observadas em alguns países europeus, por exemplo, estas vêm crescendo ao longo dos últimos anos. O gráfico 3.13 apresenta a taxa de desemprego aberto observada nas regiões metropolitanas brasileiras entre 1985 e 2007. Pode-se perceber que o desemprego passou de patamares próximos a 5% até a primeira metade da

década de 1990, para taxas superiores a 10% na década de 2000, com efeitos perversos para o equilíbrio do sistema previdenciário.

Gráfico 3.13

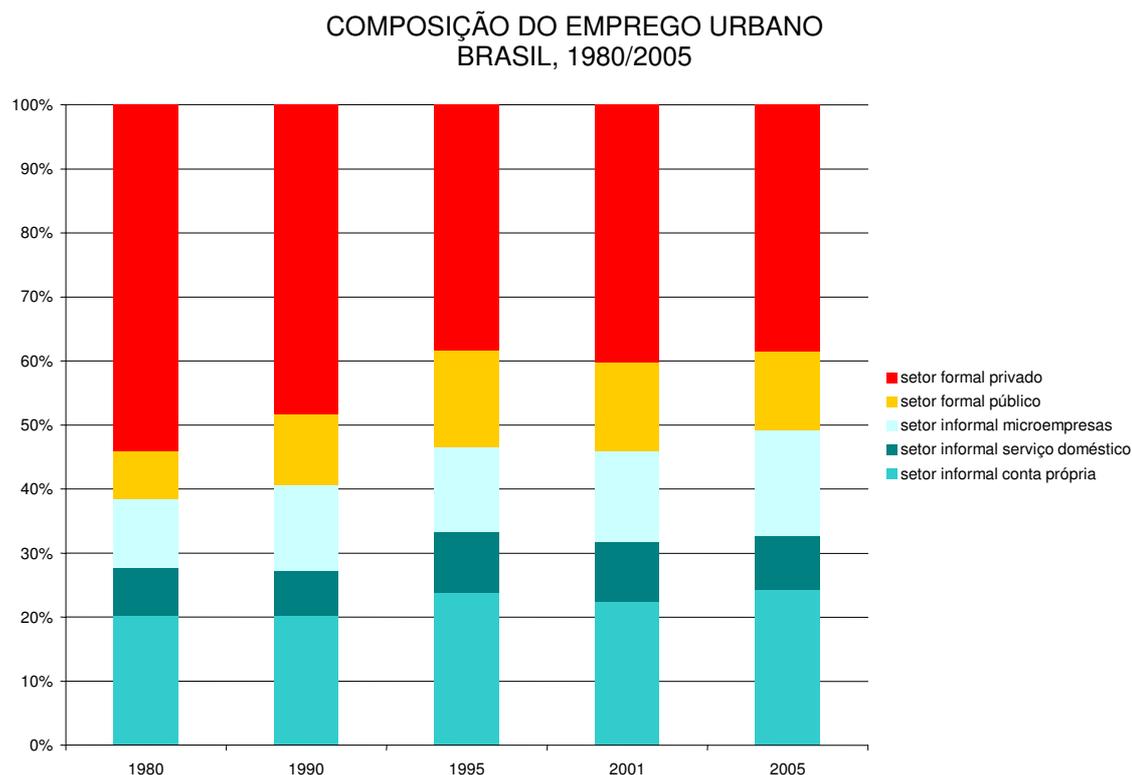


Fonte: OIT, 2007.

Um segundo fenômeno, que no Brasil ocorre concomitante ao desemprego, é o da informalização e/ou precarização dos mercados de trabalho. Essa precarização do mercado de trabalho está intimamente relacionada com a contração relativa dos postos gerados pelo setor industrial e correspondente expansão do setor de serviços. O gráfico 3.14 apresenta a composição do emprego urbano no Brasil entre 1980 e 2005, por microempresas participantes do setor forma foram consideradas as empresas com menos de seis empregados. A precarização da estrutura ocupacional se verifica principalmente com relação ao decréscimo da participação do empregos urbanos em empresas com mais de seis empregados do setor privado. Em 1980, mais da metade dos empregos no Brasil encontravam-se nessa categoria. Passados 25 anos, marcados por importantes desequilíbrios e transformações no cenário econômico e de organização da produção, a participação do número de empregos em

empresas do setor privado com mais de 6 empregados reduziu-se em 13 pontos percentuais. Por outro lado, reforçando a precarização da composição do emprego urbano tem-se um aumento da participação dos trabalhadores independentes e dos empregos em micro e pequenas empresas com menos de 6 empregados.

Gráfico 3.14



Fonte: OIT, 2007.

Essa precarização do mercado de trabalho brasileiro se reflete na distribuição da população ocupada segundo sua posição na ocupação. Em 2005, segundo dados do Ministério da Previdência (tabela 3.2), aproximadamente 63% da população ocupada em idade ativa (entre 16, idade legal mínima para a participação no mercado de trabalho brasileiro e 59 anos) contava com proteção previdenciária. Porém uma análise mais atenta permite observar que a proteção previdenciária entre os grupos de inserção mais precária no mercado de trabalho ainda é bastante restrita. Entre os empregados domésticos, por exemplo, apenas 32% são protegidos pela Previdência social, sendo que destes 19% não são cobertos diretamente, pois são trabalhadores sem carteira, provavelmente em período de graça posterior a ruptura do contrato formal (com carteira) de trabalho.

Tabela 3.2

População Ocupada com idade compreendida entre 16 e 59 segundo sua posição na ocupação e proteção previdenciária
Brasil, 2005

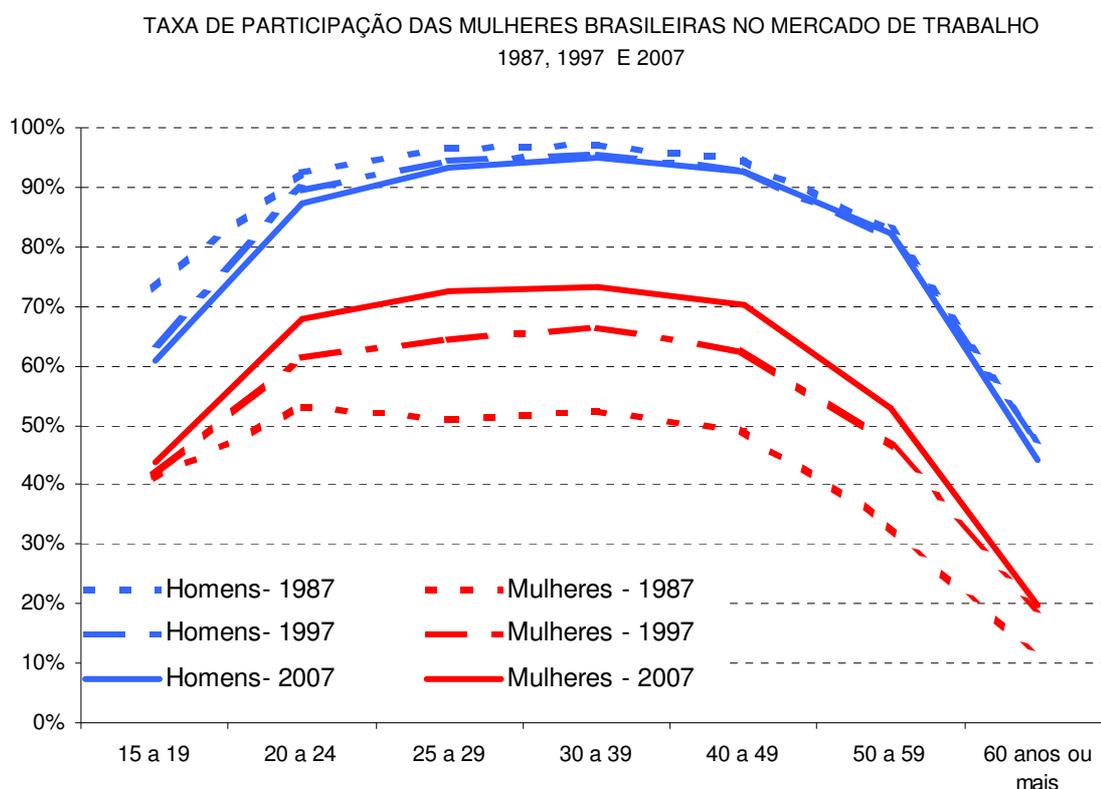
Proteção Previdenciária/Posição na ocupação	Empregados com Carteira	Empregados			Trabalhadores Domésticos			Conta-Própria	%	Empregador	%	Total
		Empregados do Setor Público	Empregados sem Carteira	%	Domésticos com Carteira	Domésticos sem Carteira	%					
Protegidos	26462968	5230574	3963737	78%	1686982	319681	32%	5302486	33%	2047352	64%	63%
Desprotegidos			10195123	22%	0	4167933	68%	10671424	67%	1155886	36%	37%
Total	26462968	5230574	14158860		1686982	4487614		15973910		3203238		

Fonte: AEPS Infologo

Outro fenômeno do mercado de trabalho também de grande importância para a Previdência Social e para o próprio sistema de seguridade social de forma geral é o crescimento expressivo da participação das mulheres (gráfico 3.15). Ao mesmo tempo em que o trabalho feminino pode ser entendido como uma complementação necessária das demandas familiares para seu custeio, este permite maior autonomia e independência por parte das mulheres, com importantes correlações com as mudanças observadas na composição dos arranjos familiares⁵². Enquanto a participação das mulheres no mercado de trabalho não ultrapassava os 50% em 1987, mesmo nos períodos de maior atividade ao longo do ciclo de vida – entre os 20 e os 45 anos de idade – em 2000, mais de 70% das mulheres nessa mesma faixa etária participavam do mercado de trabalho. A inserção da mulher no mercado de trabalho incorpora além das variáveis socioeconômicas relevantes para a inserção masculina, também os aspectos relacionados com a constituição da família e a maternidade. De acordo com IPEA (2006), entre 1980 e 2000, as mudanças observadas no comportamento das mulheres ao longo do ciclo de vida foram muito semelhantes às observadas entre os homens, entre as quais se sobressaem o alongamento da vida, a postergação da idade a entrada no mercado de trabalho, um adiantamento da idade de entrada na escola e a antecipação da idade de aposentadoria. Entretanto, ao contrário dos homens, e apesar da entrada mais tardia no mercado de trabalho, observa-se um alongamento do período passado na atividade econômica.

⁵² Pode-se dizer que as mulheres protagonizaram as principais mudanças observadas nos arranjos familiares brasileiros nos últimos 20 anos, pois entre 1987 e 2007 a porcentagem dos arranjos formados por mulheres sozinhas passou de 6% para 9%, enquanto a porcentagem dos formados por mães com filhos passou de 11% para 15% (dados extraídos nas PNAD de 1987 e 2007).

Gráfico 3.15



Fonte: PNADS, IBGE

Para os sistemas de seguridade social, a inserção das mulheres no processo produtivo traz uma série de implicações. Por um lado, possibilita o aumento da oferta de força de trabalho, contrabalançando a queda da fecundidade e a redução da participação masculina. Por outro, altera o seu papel na família, onde elas passam, também, a assumir o papel de provedoras. A mulher entra para o mercado de trabalho em busca de independência financeira e de realização plena de suas carreiras profissionais. Isso altera os contratos matrimoniais e de gênero, imprimindo uma nova e menos estável estrutura domiciliar e familiar. Os sistemas tradicionais foram concebidos tendo por base a família composta pelo homem provedor e a mulher cuidadora. Essa mudança implica repensar os tradicionais benefícios e readaptá-los à nova realidade das famílias com mais de um provedor. Soares e Isaki (2002), por exemplo, argumentam que foi justamente entre as mulheres brasileiras casadas, na posição de cônjuge, que se verificaram os aumentos mais significativos na participação no mercado de trabalho. Isso ocorreu ao contrário do que se poderia esperar, ou seja, de que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas estivesse relacionado com suas

novas demandas de chefes de família, pois entre 1985 e 2007 a chefia feminina dos domicílios brasileiros passou de 16,9% para 35,1%⁵³.

3.3. Conquistas e Desafios do Sistema de Seguridade Social Brasileiro

A transição de um modelo de proteção social baseado na participação no mercado de trabalho para a garantia de mínimos sociais para toda a população brasileira demonstrou-se bastante complexa e controversa, como discutido na primeira seção deste capítulo. A tentativa de identificar o Sistema de seguridade social brasileiro com um dos modelos ideais da tipologia discutida no primeiro capítulo, resulta impossível. O sistema nasceu com bases conservadoras, fortemente associado à participação no mercado de trabalho, sob clara influência do modelo conservador. A tentativa de construção de um modelo universalista - social-democrata – a partir do marco constitucional, enfrentou toda a sorte de constrangimentos políticos e fiscais; enquanto os ajustes empreendidos nas últimas duas décadas, com vistas ao reequacionamento da questão orçamentário-fiscal, por sua vez, deram-lhe contornos de uma prática de políticas residualistas.

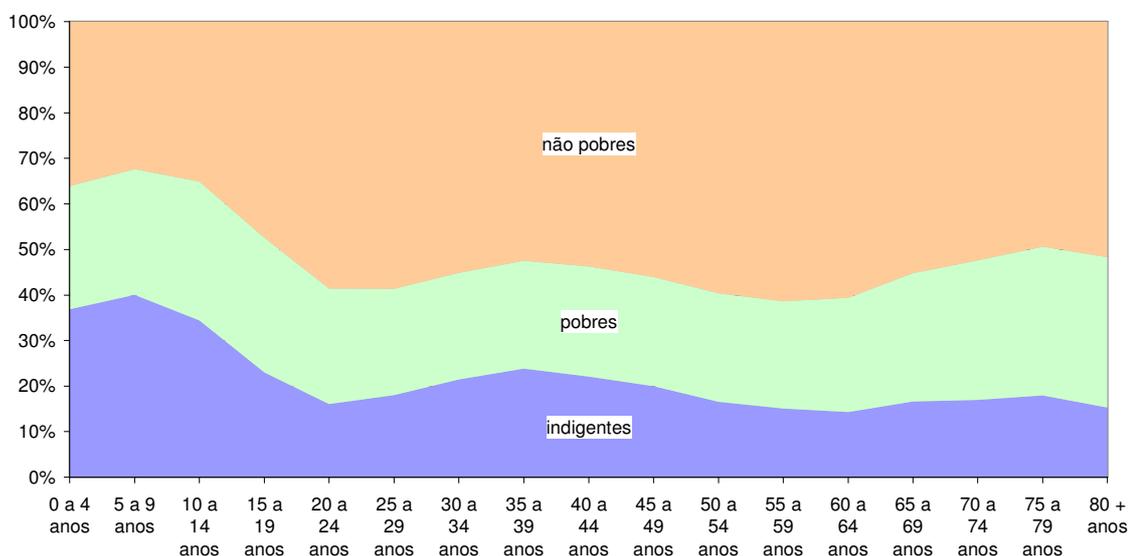
Em termos de renda e redução da pobreza, porém, principalmente entre os idosos, os resultados são expressivos. Analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) tem-se que o número de idosos pobres reduziu-se a menos da metade entre 1983 e 2003 (Gráfico 3.16 e 3.17)⁵⁴. Em 1983, o país contava com um padrão de incidência de pobreza ao longo do ciclo de vida típico de sociedades sem sistemas previdenciários plenamente constituídos, ou seja: maior incidência de pobreza nos períodos mais vulneráveis do ciclo de vida – infância, período reprodutivo e velhice. Em 2003, após a universalização do sistema, tem-se um perfil semelhante ao dos países desenvolvidos com sistemas previdenciários consolidados. Ainda que a pobreza entre os demais grupos etários não tenha verificado a mesma redução da observada entre os idosos, pode-se perceber que, em termos gerais, o bem estar relacionado a redução da incidência de pobreza e indigência apresentou significativa melhora.

⁵³ Revista Desafios, novembro de 2007, http://desafios2.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=3003.

⁵⁴ A pobreza e indigência foram calculadas com base na cesta básica, conforme metodologia adotada por Barros e Carvalho (2003).

Gráfico 3.16

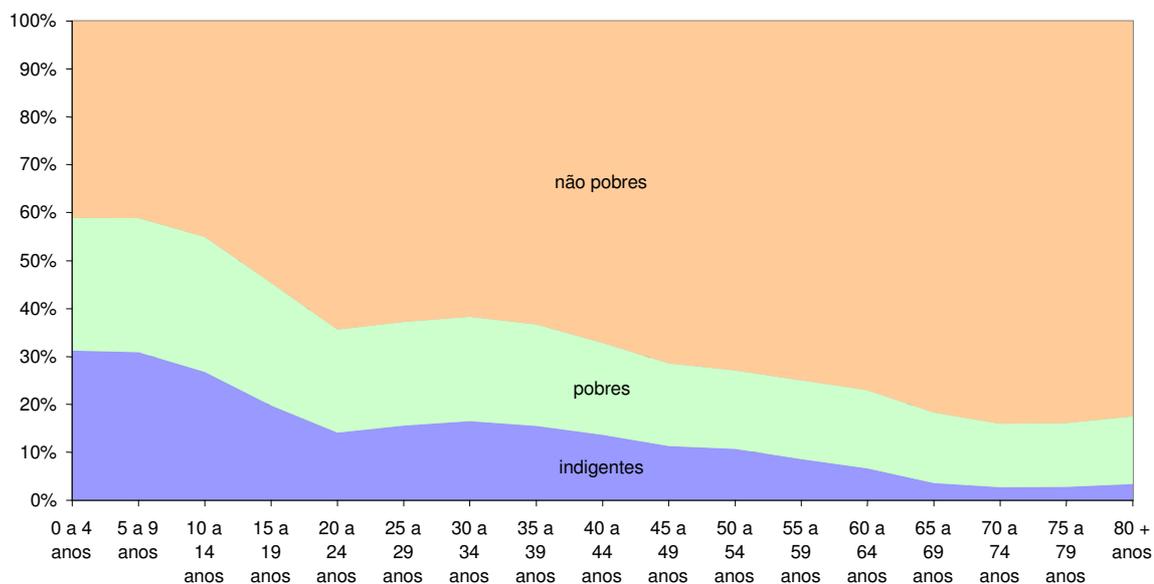
Estrutura Etária da População Brasileira segundo sua Condição de Pobreza e Indigência – 1983



Fonte: IBGE, PNAD 1983 e 2003.

Gráfico 3.17

Estrutura Etária da População Brasileira segundo sua Condição de Pobreza e Indigência - 2003



Fonte: IBGE, PNAD 1983 e 2003.

No entanto, várias são as inconsistências, pois o surgimento de novas demandas em um cenário marcado por restrições fiscais-orçamentárias e ainda expressivos contingentes da sociedade vivendo em condição de pobreza e indigência, impõe a racionalização do sistema. A velha máxima do cobertor curto ainda que não deva ser utilizada para o desmonte do sistema, deve servir para balizar ações voltadas para a resolução dessas inconsistências. Com esse intuito, são aqui levantados aspectos pontuais de alguns dos benefícios, que suscitam um debate mais amplo à luz das mudanças observadas nos planos demográfico e do mercado de trabalho. É o caso, por exemplo, das aposentadorias por idade.

Por ocasião do processo constituinte e posteriormente em seu período revisional muito se questionou sobre a adequação desse limite etário em função da relativamente (se comparada aos países desenvolvidos) baixa expectativa de vida ao nascer no Brasil à época. Em 1980 a expectativa de vida ao nascer de um homem brasileiro era de 58,5 anos, ou seja, inferior ao limite estabelecido para o requerimento do benefício. Porém, o conceito de expectativa de vida ao nascer é, por construção, muito afetado pela mortalidade infantil (quanto maior a mortalidade infantil, conseqüentemente menor será expectativa de vida ao nascer). O que interessa para o regime previdenciário são os indivíduos que entram para o mercado de trabalho, o que torna mais adequado para efeitos de comparação a utilização do conceito de expectativa de vida em determinadas idades (ou a idade de entrada para o mercado de trabalho ou idade de saída do mesmo). Considerando-se a idade a partir da qual os indivíduos tornam-se elegíveis para o requerimento dos benefícios (65 anos, se homem, e 60, se mulher) tem-se que atualmente um homem brasileiro que completa 65 anos conta com a estimativa de viver mais 16 anos; enquanto, aos 60 anos, as mulheres brasileiras podem esperar viver em média mais 23 anos (respectivamente 3,5 e 4,5 anos a mais do que o observado em 1980, para homens e mulheres).

O diferencial nas idades em que homens e mulheres se tornam elegíveis para o benefício tem sido alvo de intensos debates, especialmente nos países desenvolvidos. Os argumentos tradicionalmente utilizados para a manutenção desse diferencial são: a) uma forma de compensação pelo tempo de afastamento do mercado de trabalho, a que as mulheres são submetidas, em função da reprodução; b) uma suposta “fragilidade” do sexo feminino relativamente ao sexo masculino; c) postos de trabalho de qualidade inferior; d) a dupla jornada a que as mulheres estariam expostas ao ter que conciliar o trabalho assalariado com as tarefas domésticas (CAMARANO e PASINATO, 2002) . No entanto, além dos ganhos de longevidade observados na segunda metade do século XX terem beneficiado mais as mulheres do que os homens, a sua posição no mercado de trabalho, ainda que desigual em

relação aos homens, tem sido objeto de contínuos avanços. Com isso, muitos países têm promovido a equiparação das idades para a concessão do benefício. Esse é o caso da Alemanha e dos Estados Unidos, por exemplo.

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros impacta, ainda mais, sobre as aposentadorias por tempo de contribuição, em função da precocidade com que são concedidos alguns dos benefícios. A aposentadoria por tempo de contribuição foi criada ainda no período em que o sistema era organizado por categorias profissionais com a denominação de aposentadoria por tempo de serviço. No entanto, quando da sua criação constava um limite mínimo de idade para o seu requerimento – 55 anos. Apenas em 1968, após a unificação do regime através da criação do INPS, foi suprimido o limite mínimo de idade. O benefício é devido ao indivíduo que contribui por no mínimo 35 anos para o sistema, se homem, ou por 30 anos no caso das mulheres. De acordo com Oliveira, Beltrão e Médici (1993), até o início da década de 1990 apenas oito países contavam com este benefício, sendo que apenas no caso brasileiro o afastamento do mercado de trabalho não é obrigatório. Com a introdução do Fator Previdenciário⁵⁵ foi possível promover uma redução do valor do benefício para as idades mais precoces. Porém, a precocidade da concessão da aposentadoria por tempo de contribuição, atualmente em torno de 52 anos, aliada ao fato da possibilidade legal de permanência no mercado de trabalho brasileiro resulta no desvirtuamento do objetivo primordial dos benefícios, qual seja: a manutenção da renda quando da perda da capacidade de trabalho. Esses passaram a ser entendidos como um bônus⁵⁶ pela participação dos mesmos no mercado de trabalho formal por um período determinado. Não que os aposentados, não possam necessariamente permanecer em atividade se assim o desejaram, porém caso seja este o caso deve haver um mecanismo de calibração do sistema que permita compensar a dupla condição (aposentados exercendo atividades remuneradas), tal como ocorre em outros países.

As mudanças demográficas, no plano da saúde, e principalmente no plano econômico, relacionada a uma mudança no perfil dos postos de trabalho e setores de atividade, também se refletem no perfil das doenças que mais acometem os trabalhadores brasileiros e demandem uma melhor articulação das políticas de saúde e previdência social. Lino e Dias (on line) classificam o atual padrão brasileiro de morbi-mortalidade por acidentes do trabalho e doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho como um perfil misto, com uma

⁵⁵ Cujá fórmula incorpora a expectativa de vida a idade de aposentadoria.

⁵⁶ Os debates ocorridos por ocasião da realização do Fórum Nacional de Previdência Social, com a participação de representantes do governo e da sociedade civil (sindicatos patronais e de empregados, além de associações de aposentados) permite visualizar com clareza essa desvirtuação do sentido das aposentadorias. Para maiores detalhes consultar Lopes Jr. (2009).

significativa incidência de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais típicas do início da indústria (com alta incidência de acidentes fatais), concomitante com o surgimento de novas afecções ou efeitos dos agentes causadores das doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho, tais como as doenças mentais e osteomusculares. De acordo com Camarano e Pasinato (2008), por exemplo, o número de aposentadorias por invalidez previdenciárias concedidas por problemas relacionados ao sistema osteomuscular, aumentou 46% entre 2000 e 2003, representando, em 2003, 1/3 do total de aposentadorias por invalidez previdenciárias concedidas.

Além dos benefícios devidos aos segurados (em gozo de benefício ou ainda em atividade e, portanto, contribuintes efetivos) da Previdência Social, existem também os benefícios devidos a seus dependentes, cujo principal benefício pecuniário é a pensão por morte. São considerados dependentes do instituidor da pensão: o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido independentemente de comprovação de dependência econômica; os pais, irmãos menores de 21 (vinte e um) anos ou inválidos ou pessoas designadas, menores de 21 (vinte e um) anos ou maiores de 60(sessenta) anos ou inválidas, desde que comprovada a dependência econômica em relação ao instituidor⁵⁷. A inexistência de condicionalidades vinculadas a dependência econômica do instituidor do benefício de pensão por morte no Brasil, acaba por gerar um quadro de iniquidades se, se pensar a questão como uma proteção ao núcleo familiar. Ou seja, promove-se uma super proteção, principalmente, ainda que não mais exclusivamente, das viúvas que participam do mercado de trabalho, ou participaram e já se encontram em gozo do benefício de aposentadoria. Camarano e Pasinato (2002) mostraram, a partir de dados da PNAD, um aumento da proporção de mulheres idosas que acumulam a recebimento de aposentadorias e pensões de 1,4 % das mulheres urbanas em 1981 para 7,4% em 1999⁵⁸. Isso reflete um anacronismo entre a evolução do sistema e as transformações observadas na sociedade. Se por ocasião da criação dos sistemas previdenciários, os benefícios foram estruturados com base na família tradicional com o cônjuge do sexo masculino como o responsável pela obtenção da renda, a medida que a mulher também entrou para o mercado foi feita uma simples transposição dos benefícios para as mesmas, caminhando em direção à proteção individual e perdendo-se com isso a razão da proteção ao núcleo familiar objeto primeiro da instituição dos sistemas. Isso descaracteriza, em alguma medida, o sentido do

⁵⁷ O direito ao benefício por parte dos dependentes cessa quando: de seu falecimento; da sua emancipação aos 21 anos, salvo se inválido, no caso dos filhos; ou da sua reabilitação, nos casos de invalidez.

⁵⁸ Esse aumento foi ainda maior na área rural, em função das alterações nos critérios de elegibilidade dos segurados especiais.

benefício de pensão por morte incondicional. A opção de alguns países foi pela introdução de mecanismos limitantes para a outorga desses benefícios.

Depreende-se do acima descrito que os benefícios de longa duração outorgados pela componente previdenciária do sistema de seguridade social demandam ajustes. As aposentadorias que deveriam atender aos riscos de invalidez e idade avançada, atendem, também, ao critério de tempo de contribuição sem que haja qualquer limite etário para o requerimento da mesma entre os segurados do setor privado, nem tão pouco mecanismos compensatórios relacionados com o acúmulo de renda do trabalho com a percepção dos benefícios. O sistema amadurece, mais pessoas passam a contar com as condições mínimas para a elegibilidade para os benefícios, ao mesmo tempo em que a população envelhece e goza de melhores condições de saúde e de vida, de forma geral. A concessão precoce de benefícios, onera o sistema duplamente: ao pagar benefícios por períodos mais longos e por não receber os montantes devidos de contribuição compatíveis com os benefícios a serem outorgados.

A componente assistencial, por sua vez, outorga benefícios voltados para os riscos dos indivíduos que se encontrem em condição de pobreza. O entendimento dessa condição, para a atual estrutura de benefícios do sistema, é de que a mesma é transitória. Os principais benefícios pecuniários outorgados são: os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) voltados para o atendimento de idosos e portadores de deficiência que não possuam condições de prover sua própria manutenção ou tê-la provida por sua família (art. 20 da LOAS)⁵⁹ e o Bolsa-Família voltado para o atendimento a famílias em condição de pobreza (definida a partir de uma renda *per capita* estabelecida por lei).

O BPC foi definido como sendo a garantia de um salário mínimo mensal aos idosos e portadores de deficiência, tendo sido estabelecido que o benefício deve ser revisto periodicamente (a cada dois anos) para a avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem (pobreza - art.21), ou se as mesmas foram superadas. O benefício é concedido em bases individuais, pois os benefícios assistenciais porventura recebidos por outros membros da família são expurgados do cálculo da renda domiciliar per capita exigida para a outorga. Atualmente são concedidos aproximadamente 3 milhões de BPC, entre idosos e portadores de deficiência. No caso específico do benefício por idade avançada, as atuais regras de elegibilidade podem ser entendidas como um desincentivo a contribuição para o sistema previdenciário, pois os benefícios são concedidos à mesma idade (no caso dos

⁵⁹ Por meios necessários para o provimento de sua manutenção foi estabelecido o limite igual a uma renda familiar mensal per capita inferior $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (§ 3o. do art. 20 da LOAS).

homens) e com o mesmo valor da aposentadoria por idade, para a grande maioria dos casos. Ainda que se reconheça a precariedade das condições de trabalho de uma parcela expressiva da população brasileira, as sobreposições legais não são desprezíveis e imparciais no que se refere a distribuição, ou redistribuição de renda, no Brasil. Ou bem se considera que o benefício assistencial é voltado para os idosos que não conseguiram acumular condições mínimas de renda ao longo do ciclo de vida, ou se admite, como o faz atualmente o RGPS, o pagamento de aposentadorias por idade para indivíduos que perderam sua condição de segurados, porém contribuíram no passado para o sistema de modo a cumprir com o período de carência estabelecido.

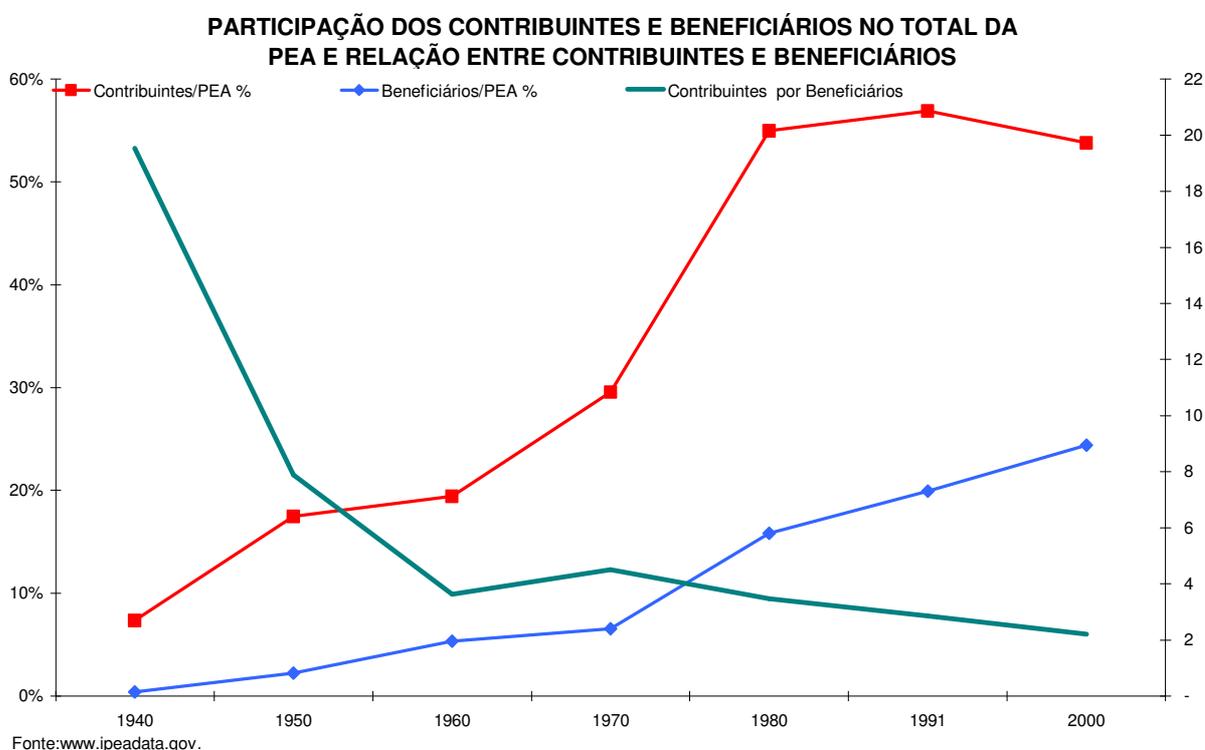
O Bolsa-Família, por sua vez, consiste em um benefício voltado para as famílias pobres, geralmente em período reprodutivo ou com filhos em idade escolar. É composto por uma parcela fixa e outra variável, conforme o número de crianças e adolescentes, gestantes e nutrizes presentes na família. Atualmente, o programa beneficia aproximadamente 11 milhões de famílias pobres.

Fica evidente a falta de sinergia entre as políticas que compõem a seguridade social e a segmentação das próprias políticas assistenciais de transferência de renda. A construção dos programas – BPC e Bolsa-Família – parece considerar a existência de “duas” famílias brasileiras distintas e estanques. Uma formada por idosos desamparados, isolados de suas famílias e da própria sociedade, e outra formada por famílias jovens, porém tradicionais – formadas por casais com filhos - em cujas avós e avôs, ativos ou dependentes, não existem.

Sintetizando, o sistema de seguridade social contribuiu, sem sombra de dúvidas, para a melhoria das condições de vida e de redução da pobreza, especialmente do contingente idoso, nos últimos 20 anos no Brasil. No entanto em um contexto recessivo, como o vigente em grande parte das últimas décadas, com desequilíbrios fiscais e redução do papel do Estado, muito se tem questionado sobre a viabilidade futura das atuais políticas sociais que compõem o sistema de seguridade social brasileiro. As transformações no mundo do trabalho, associadas com as mudanças na estrutura etária e os vários ajustes e reformulações do sistema de seguridade social brasileiro alteram sobremaneira o seu equilíbrio financeiro-atuarial. Essas questões implicam aumentos ou reduções nos contingentes de contribuintes e beneficiários do sistema. A população de contribuintes, por exemplo, é determinada pela interação entre a PEA e o grau de formalização das relações de trabalho da mesma. A taxa de participação da população no mercado de trabalho cresceu nas últimas décadas em função do aumento da participação feminina, já que a taxa de atividade masculina apesar de ter observado uma leve redução já se encontra em níveis próximos a 90% nos grupos etários

centrais. A precarização das relações do trabalho, o aumento da informalidade e do desemprego, por sua vez, aumentaram significativamente entre as décadas de 1980 e 2000. Pode-se dizer, com isso, que o crescimento da taxa de participação no mercado de trabalho brasileiro ocorreu simultaneamente a deterioração das relações e contratos de trabalho. Isso decorre do fato de que, em períodos recessivos, o aumento dos níveis de ocupação se dar via expansão do número de postos de trabalho mais precários. Com isso, observou-se nas últimas duas décadas uma estagnação da população de contribuintes como porcentagem da População Economicamente Ativa (PEA) (gráfico 3.18).

Gráfico 3.18



A população de beneficiários, por sua vez, depende tanto do comportamento das componentes demográficas quanto da estrutura legal-institucional do sistema. Dada a expansão da cobertura do sistema de seguridade social, com a inclusão dos contingentes populacionais de inserção mais precária no mercado de trabalho e conseqüentemente com baixa capacidade contributiva, observou-se no mesmo período (1980-2000) um aumento do número de beneficiários como proporção da PEA. Esse fato associado ao aumento da esperança de vida, que faz com que os beneficiários gozem de seus benefícios por períodos mais longos quando da inexistência de ajustes as regras e idades estabelecidas legalmente para o sistema, reduz substancialmente a razão entre contribuintes e beneficiários. O gráfico 3.8

permite observar que apenas nos últimos vinte anos a razão entre contribuintes e beneficiários reduziu-se praticamente a metade, tendo passado de 3,6 contribuintes para cada beneficiário em 1980 para 2,2 em 2000.

Historicamente os ajustes ao sistema tem sido realizados com base, apenas, em critérios financeiro-contábeis, sem que se leve em consideração os aspectos demográficos e as transformações na esfera produtiva que tantos reflexos tiveram sobre a estruturação do mercado de trabalho e absorção da mão de obra. Esping-Andersen (2004), ao analisar as reformas previdenciárias empreendidas na América Latina, na década de 1990, frisa que as mesmas ocorreram como um meio de corrigir problemas de ordem exclusivamente econômica, sem levar em consideração o bem-estar dos atuais e futuros idosos e nem tampouco a realidade do mercado de trabalho. Isso representa dizer, em suas palavras: “matar o mensageiro que traz as más notícias”, o que demandará futuras ondas de debates e reformas dos sistemas mais preocupados com a questão da segurança socioeconômica na velhice do que com as taxas de poupança e o desenvolvimento dos mercados de capitais vigentes nas economias.

4 AS POLÍTICAS VOLTADAS PARA OS IDOSOS COM PERDA DE AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA NO BRASIL E SUA DEMANDA POTENCIAL

O envelhecimento populacional, como se tentou demonstrar é um fenômeno que ocorre com maior ou menor intensidade em praticamente todos os países do mundo, sendo praticamente irreversível, pelo menos no curto e médio prazo, uma vez que os futuros idosos já nasceram. Assim como nos demais países, o processo de envelhecimento populacional no Brasil implica um número maior de idosos com perda da capacidade de realização das AVD, pois a longevidade, apesar dos avanços da ciência médica, ainda encontra nos dias atuais, forte correlação com a ocorrência de doenças crônico-degenerativas. A perda da capacidade para a realização das AVD, como analisado no segundo capítulo, pode ser entendida também como uma perda de independência e autonomia por parte dos idosos, pois estes passam a demandar o auxílio de cuidadores⁶⁰ para a realização de tarefas que variam desde os cuidados com a higiene pessoal até a administração dos bens materiais e renda. Dessa forma, questões como a prevenção e o controle das doenças crônicas e degenerativas e a provisão de mecanismos de apoio voltados para os cuidados de idosos representam novos desafios para o sistema de Seguridade Social brasileiro. Como ressaltado por Karch (2003):

“Neste país, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social.

(...)

A transição demográfica no Brasil exige novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, consumidores de uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento dos leitos de longa permanência.” (KARCH, 12003; p. 862 e 865)

Este capítulo está organizado com base em quatro seções. A primeira seção, em seqüência ao capítulo anterior apresentará a evolução das políticas voltadas especificamente para as questões relacionadas com a perda de autonomia e independência dos idosos. A segunda seção procurará mapear, dentro dos limites impostos pela escassez de dados sobre o assunto, a situação dos idosos com dificuldades para a realização das AVD, residentes em domicílios particulares. Para tanto, a análise se fará com base nos dados do suplemento de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, da

⁶⁰ Quer informais, como no caso dos familiares que prestam os cuidados gratuitamente, quer formais, podendo estes últimos prestar os cuidados nos domicílios dos próprios idosos ou em instituições coletivas voltadas para o atendimento dos idosos.

Fundação Instituto de Geografia e Estatística do Brasil (IBGE)⁶¹. A terceira seção procura congrega as poucas informações disponíveis sobre o contingente dos idosos residentes em domicílios coletivos, tais como os asilos ou como atualmente denominados “Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Por fim, é apresentada uma breve síntese da questão, procurando analisar as possibilidades de incorporação das demandas por cuidados de longa duração ao atual escopo do sistema de seguridade social brasileiro.

4.1 Políticas voltadas para os Idosos com perda de Independência e Autonomia no Brasil

Ações voltadas para o atendimento de idosos com perda de independência e autonomia, em seus primórdios, confundem-se com iniciativas assistencialistas públicas capitaneadas ou não pelo Estado consistindo primordialmente nas instituições asilares. Groissmam (1999) descreve a passagem do século XIX para o século XX, no Brasil, como um período especialmente importante para a assimilação da questão da institucionalização dos idosos por parte da sociedade. Sua análise baseia-se no estudo do caso do Asilo São Luiz para a velhice desamparada, fundado em 1890 com inicialmente 45 leitos, tendo-se expandido para um total de 260 leitos na década de 1920. O autor ressalta ter o rápido desenvolvimento da instituição sido acompanhado pelo surgimento de novas representações sociais da velhice no Brasil, fato este evidenciado pelos inúmeros artigos e notícias publicados nos jornais da época não apenas sobre a instituição como, também, sobre a questão do envelhecimento.

A mobilização da sociedade brasileira para com a questão dos efeitos sociais e econômicos do envelhecimento, no entanto, ganhou força a partir da década de 1950 sob influencia do debate também recente nos países desenvolvidos. De acordo com a página da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)⁶² o interesse de alguns profissionais na área médica com ligação na academia possibilitaram a realização em 1957 de um “Mesa redonda sobre Gerontologia” realizada na Santa casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, tendo

⁶¹ A utilização desses anos, como já mencionado na apresentação, não correspondeu a uma escolha e sim a uma imposição, dado que os suplementos constantes dos questionários da PNAD revezam-se em relação aos temas abordados. Quatro questionários já foram realizados para a identificação das condições de saúde da população – em 1981, 1998, 2003 e 2008. O suplemento saúde da PNAD de 1981 não conta com quesitos relacionados à aferição dos limites e dificuldades para a realização das AVD, tendo sido portanto, descartado para os fins de pesquisa da presente tese. Enquanto os resultados da Pesquisa realizada em 2008 não foram todavia publicados, o que inviabiliza sua utilização.

⁶² www.sbgg.org.br

esta contribuído para a criação em 1961 da referida Sociedade (SBGG)⁶³. Camarano e Pasinato (2004) também ressaltam a atuação Serviço Social do Comércio (SESC), que a partir de 1963 passou a atuar em outras áreas da prestação de serviços à idosos que não o asilamento.

Por ocasião, no entanto, ocorreu o que pode ser considerado como um dos escândalos pioneiros no que se refere a questão dos maus-tratos sofridos por idosos em instituições asilares no país. Este escândalo refere-se a visita, em 1963, da Secretária de Serviços Sociais da cidade do Rio de Janeiro – Sandra Cavalcanti – ao Asilo São Francisco de Assis. De acordo com matéria publicada na revista *Querida* a visita consistiu em:

Uma das experiências mais dolorosas atravessadas por Sandra Cavalcanti ao assumir o cargo foi a visita que fez ao “Asilo São Francisco de Assis” para a velhice desamparada. A imundice e o desconforto eram um insulto à dignidade humana! (FILLIZOLA, 1972; p. 191).

A estrutura etária brasileira à década de 1960, como visto no capítulo anterior, porém era conformada majoritariamente por jovens⁶⁴, não constituindo o atendimento as demandas específicas dos idosos uma prioridade política. Abaixo reproduzo um trecho de um ofício de autoria da Subchefia do Gabinete do Ministro do Trabalho e Previdência Social em resposta a solicitação de informações sobre a prestação de assistência geriátrica pela Previdência Social, realizada em 1969:

O maior portador de assistência médica no Brasil, em âmbito nacional, é sem dúvida o INPS, o qual, porém, está sujeito a limitações de ordem financeira que o obrigam a estabelecer prioridade nos atendimentos.(...) Dada a preponderância marcante de pessoas jovens em nossa população, a elevada taxa de natalidade, a baixa expectativa de vida, a pequena renda média per capita e a alta incidência de doenças em massa - os programas de saúde no Brasil devem, necessariamente, concentrar seus recursos no atendimento das doenças da infância e dos adultos jovens. A assistência específica ao velho, é forçoso reconhecer, deve aguardar melhores dias. (...) Convém lembrar, todavia, que o fato de o paciente ser idoso não o exclui do direito ao de receber assistência médica normalmente prestada aos beneficiários em geral, de qualquer idade. (FILLIZOLA, 1972; p. 79-80).

A menção ao texto supracitado permite antever uma questão que perduraria até os dias atuais, constituindo um dos principais aspectos analisados na presente tese: a impossibilidade de entendimento das necessidades dos cuidados dos idosos sob a ótica estrita de setores específicos das políticas sociais, em especial, da prestação de serviços de saúde ou assistência

⁶³ Um dos seus objetivos, como constante em seu sítio na internet consiste em “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”.

⁶⁴ Como será visto na próxima seção.

social. Para respaldar o estado embrionário, porém, presente, já a década de 1970 desta questão é ilustrativa a transcrição de mais um trecho de Filizzola (1972).

O velho doente não é problema da Secretaria de Serviços Sociais, daí não se justifica a existência de um Asilo-Hospital como o Asilo São Francisco de Assis, onde os internados recebem assistência médica quando deveriam receber assistência social. Tratando-se de um problema que afeta a essas duas Secretarias de Estado, a velhice fica sendo uma espécie de “zona de ninguém” entre as duas Secretarias, e como uma não entrosa com a outra, o infeliz do velho, além da idade que tem, se vê forçado a suportar a animosidade e o ciúme da burocracia administrativa. A Secretaria de Saúde, dotada de maior poder econômico que a Secretaria de Serviços Sociais, goza de maior prestígio junto ao Governador, que coloca em segundo plano a Secretaria de Serviços Sociais e a desprestigia em relação à Secretaria de Saúde. (FILIZZOLA, 1972; p. 193)

Na década de 1970, os desafios inerentes ao processo de envelhecimento no Brasil, porém começaram a integrar a agenda das políticas públicas. Datam desse período as primeiras iniciativas do poder público visando o aumento da cobertura previdenciária com a inclusão de categorias profissionais marginalizadas (autônomos, domésticos e rurais, conforme já mencionado no capítulo anterior). No que tange, especificamente, a questão da prestação de serviços voltados para os cuidados, institucionais ou não, tem-se a realização em 1976 por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) de três Seminários Regionais (São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza) e um último a nível nacional, realizado em Brasília. O objetivo dos seminários era proceder a identificação das condições de vida da população idosa brasileira e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades. Com base nas apresentações e debates, as propostas foram consolidadas em documento intitulado “Política Social para o Idoso: Diretrizes Básicas”, publicado em 1977 e, consistiam basicamente em (BRASIL, 2002): implantar um sistema de mobilização comunitária, como forma de apoio ao idoso e sua família; revisar os critérios para a concessão de subvenções a entidades filantrópicas que abrigassem idosos; introduzir a prestação de serviços médicos especializados para o idoso (com previsão de atendimento domiciliar); propor a criação de programas voltados para a transição do período ativo para a aposentadoria no âmbito do sistema previdenciário; formar recursos humanos capazes de lidar com a complexidade do envelhecimento nas diversas áreas (saúde e assistência social); construir bancos de dados com informações e análises sobre a situação do idoso no âmbito de programas de cooperação entre a Empresa de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev) e a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outras. Goldman (2003) ressalta, no entanto, que, em função da sua extrema generalidade, esse documento de política se assemelhava mais a “uma carta de intenções do que de um programa consistente e viável”.

Como salientado por Camarano e Pasinato (2004), a questão do envelhecimento populacional começou progressivamente a ganhar importância na arena da formulação das políticas públicas no Brasil, em grande parte por influência do debate internacional. Como signatário do plano de ação para o envelhecimento de 1982⁶⁵, o Brasil passou a incorporar o tema na agenda política. O momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte, resultando na incorporação do tema ao capítulo referente às questões sociais do texto constitucional.

A atual Constituição é pródiga na defesa dos direitos dos idosos. O artigo 230, por exemplo, ressalta que o apoio aos idosos é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir seu direito à vida. Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos sejam executados preferencialmente em seus lares. O segundo inciso amplia para todo o território nacional, uma iniciativa que já vinha sendo observada em alguns municípios desde o início da década de 1980: a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de 65 anos. A constituição avançou na proteção dos idosos, também, nos quesitos: assistência social (art. 203); saúde (art. 196); educação (art 208); e mercado de trabalho (art. 7o).

Como sugerido por Uriona e Hakkert (2002), a inclusão de questões voltadas para a proteção social da população idosa nos textos constitucionais pode ser interpretada como um indicador de reconhecimento da importância da questão pela sociedade. No Brasil essa interpretação é respaldada pelo fato de que até a promulgação da Constituição de 1988, todas as demais constituições tratavam a questão do idoso apenas sob o ponto de vista do amparo a idade avançada como um direito atrelado a participação prévia ao mercado de trabalho (CAMARANO e PASINATO, 2004)⁶⁶.

Com base nas diretrizes lançadas pela Constituição e fortemente influenciada pelo avanço do debate internacional sobre a questão do envelhecimento, foi aprovada, em 1994, a Política Nacional do Idoso⁶⁷ (PNI). De acordo com Camarano e Pasinato (2004), essa política consistia em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais aos idosos, partindo do princípio fundamental de que *“o idoso é um sujeito de direitos*

⁶⁵ Em 1982 foi realizada em Viena a primeira assembléia das Nações Unidas para o envelhecimento. Por ocasião foi elaborado o primeiro Plano de Ação para o Envelhecimento, que elencou 62 recomendações para os países signatários agrupadas em sete grandes temas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio-ambiente, família, bem-estar social, previdência social e emprego e educação.

⁶⁶ 1934 (art. 121 S 1o. h.), 1937 (art.137 item m), 1946 (art.157, XVI) e 1967 (art.158, XVI).

⁶⁷ Lei 8.842

e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais econômicas e políticas”.

A Secretaria de Assistência Social do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) foi designada para a administração da PNI⁶⁸. Além do estabelecimento da área assistencial como órgão gestor da política, as principais diretrizes da PNI guardavam algumas semelhanças com o documento de 1977. Dentre as diretrizes da Política aprovada em 1994 algumas das principais consistiam em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto as organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias, em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes a questão do envelhecimento (CAMARANO e PASINATO, 2004).

O diferencial da PNI residiu, no entanto, em delimitar as competências dos órgãos e entidades públicas. Sua implantação procurou estimular a articulação e integração dos ministérios envolvidos através da elaboração de um Plano de Ação Governamental para Integração da Política Nacional do Idoso no âmbito da União. A operacionalização da Política, bem como das demais ações empreendidas no campo assistencial, se dá de forma descentralizada, através de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil (CAMARANO e PASINATO, 2004).

No que se refere a questão dos cuidados a PNI, mais uma vez, assumia a dicotomia existente entre as responsabilidades das áreas de assistência social e saúde. No campo da assistência social, resguardada a diretriz constitucional de atendimento preferencial dos idosos em seus próprios lares em detrimento ao atendimento asilar, estabelecia o estímulo a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares, entre outros; bem como promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso. Ao setor saúde, estabelecia a competência por: prover o acesso dos idosos aos serviços e as ações

⁶⁸ Foi criado também, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, que veio a ser implementado apenas em 2002 (Decreto no. 4.227 de maio de 2002).

voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em Geriatria e Gerontologia; a inclusão da Geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público, a realização de estudos e pesquisas na área, além de criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Com isso, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, em 1999, a Política Nacional de Saúde dos Idosos⁶⁹. A exemplo do observado na análise da questão no plano internacional, a introdução da Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999 já transparecia a preocupação com os altos custos envolvidos com as internações de longa duração dos idosos brasileiros e a preocupação com a manutenção e promoção da independência e autonomia entre os idosos. Vale citar o seguinte trecho de sua introdução:

(...) o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.(MS, 2002).

Com isso, as principais diretrizes traçadas pela política foram:

- Promoção do envelhecimento saudável – através do desenvolvimento de ações que orientem os idosos e a população em geral para a importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde;
- Manutenção da capacidade funcional – a se dar tanto com base na prevenção, como por exemplo as campanhas de vacinação, quanto na detecção precoce das doenças crônico-degenerativas;
- Assistência às necessidades de saúde do idoso – incentivar e promover a adoção de protocolos médicos mais atentos para as necessidades dos idosos⁷⁰;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida - prevenir a evolução e a recuperação das perdas funcionais incipientes⁷¹;
- Capacitação de recursos humanos especializados – a se dar em parceria com o Ministério da Educação⁷²;

⁶⁹ Portaria 1395/GM – Ministério da Saúde.

⁷⁰ Por exemplo, no âmbito clínico o acesso dos idosos aos medicamentos prescritos, em função de suas restrições de renda e deficiências de cobertura do SUS. No âmbito hospitalar refere-se a internações de longa duração.

⁷¹ Um exemplo de ações voltadas para a reabilitação da capacidade funcional comprometida são os mutirões cirurgias eletivas, tais como: catarata, próstata e varizes. Apenas no ano de 2000 foram realizadas 108.201 cirurgias excedentes (por excedente entenda-se além da média histórica que se situava em torno de 6000 cirurgias por mês para o período anterior a 1999). Além disso, algumas secretarias de assistência de Estados e Municípios tem criado centrais para a doação e encaminhamento de tecnologias assistivas.

⁷² A capacitação de recursos humanos especializados perpassa todas as demais diretrizes de política, já que reside na atuação desses profissionais a implantação das demais ações. No entanto, a geriatria como

- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais – buscar através de parcerias com a sociedade civil alternativas para a preparação e informação dos indivíduos encarregados do cuidado dos idosos além de mecanismos voltados para o apoio físico e emocional dos próprios cuidadores; e
- Apoio a estudos e pesquisas sobre o tema.

Dessa forma, ainda que a política nacional de saúde dos idosos tenha contemplado vários aspectos associados aos cuidados de longa duração dos idosos brasileiros, tais como o apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais e ações voltadas para a reabilitação da capacidade funcional comprometida, conceitualmente os cuidados de longa duração no Brasil fazem parte das políticas assistenciais através dos programas de serviços de ação continuada na modalidade “atendimento a pessoa idosa”.

Como um reflexo do debate empreendido na arena internacional e antes mesmo de sua plena absorção cultural pela sociedade brasileira, surgiram severos questionamentos sobre a adequação da institucionalização como uma prática, em função de seus crescentes custos econômicos e sociais e de sua baixa eficiência e eficácia. Vale lembrar o escândalo da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em 1996, quando em um período aproximado de dois meses, morreram 99 idosos, vítimas de maus-tratos. Pode-se dizer que, atualmente, é consenso entre as mais variadas especialidades científicas de que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o bem estar dos mesmos. Com isso, a legislação brasileira, desde o atual texto constitucional, assinalou como preferencial que os programas de amparo aos idosos sejam executados em seus lares (§1º. do art. 230 da CF). Os serviços voltados para o cuidado dos idosos consistiam no programa de Proteção Social do Idoso (PSI), integrante da modalidade dos Serviços de Ação Continuada (SAC) e previam, além Instituições de Longa Permanência (asilos), as seguintes modalidades de cuidados⁷³:

- Residência com família acolhedora – é o atendimento prestado por famílias cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com suas famílias.

- Residência em casa-lar - é uma alternativa de residência para pequenos grupos, de no máximo oito idosos, com mobiliário adequado e pessoa habilitada para apoio às

especialidade médica ainda é pouco difundida, existindo atualmente de acordo com informações constantes da sítio do Ministério da Educação, apenas 11 cursos de residência médica para esta especialidade (seis em São Paulo, dois no Rio de Janeiro, um em Minas Gerais, um no Rio Grande do Sul e um na Bahia).

⁷³ Portaria da Secretaria Especial de Assistência Social (SEAS) nº 2854, de 19 de julho de 2.000, publicada no Diário Oficial da União de 20 de julho de 2000.

necessidades diárias do idoso. Destina-se principalmente a idoso que apresente algum tipo de dependência.

- Residência em república - é uma alternativa de residência para idosos independentes, também organizada em pequenos grupos, conforme o número de usuários, e co-financiada com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada, renda mensal vitalícia e outras. Em alguns casos a República pode ser viabilizada em sistema de autogestão.

- Atendimento em centro-dia - é uma estratégia de atenção em instituições especializadas, onde o idoso permanece durante oito horas por dia, e recebe serviços de atenção à saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros, de acordo com as necessidades dos usuários. Possibilidade a pessoa idosa ser atendida durante o dia e retornar à noite para sua residência, propiciando a manutenção dos vínculos familiares.

- Atendimento domiciliar - é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, por cuidadores. Consistem em pelo menos duas visitas semanais ao próprio domicílio do idoso. Destina-se a apoiar idosos e sua família, nas atividades do seu dia-a-dia, com vistas à promoção, manutenção e/ou recuperação da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança e melhoria da qualidade de vida.

- Centro de convivência e Grupo de convivência - consistem em atividades realizadas em período diurno para a promoção da sociabilidade, o desenvolvimento de habilidades, a informação, a atualização, atividades educacionais, artísticas, esportivas e de lazer.

A operacionalização dessas modalidades consistia na transferência de recursos para os municípios, após a assinatura de convênios, ficando os mesmos responsáveis pelo repasse das verbas para as instituições prestadoras de serviços e sua fiscalização. De acordo com Batista et al (2008), foram realizados 335 mil atendimentos nessas modalidades em 2005. Dados do Suplemento da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) realizada em 2005 pelo IBGE (*apud* BATISTA ET AL, 2008) permitem visualizar a presença dos serviços nos municípios brasileiros. Enquanto os centros de convivência, voltados para a população idosa ativa, estavam presentes em 41,3% dos municípios brasileiros, ILPI eram encontradas em apenas 13,9% dos municípios e 4,1% contavam com a presença de centros-dia, voltados para a permanência diurna dos idosos com perda de capacidade instrumental ou funcional,

permitindo conciliar a convivência familiar com a participação no mercado de trabalho por parte dos cuidadores familiares⁷⁴.

A preparação e o apoio aos cuidadores informais, como se procurou demonstrar na primeira parte da tese, ainda é pouco desenvolvida mesmo nos países desenvolvidos, onde o processo de envelhecimento populacional já se encontra em estágios mais avançados. No Brasil, políticas e programas voltados para os cuidadores informais são normalmente articulados através de parcerias entre o Estado e a sociedade civil, quer através da preparação e informação direta dos profissionais de saúde para com os indivíduos encarregados do cuidado dos idosos, quer através de ações da sociedade civil organizada com o auxílio logístico e/ou financeiro do Estado para o acompanhamento desses cuidadores. Nesse sentido é notável a atuação da Pastoral da terceira idade (movimento atrelado a Confederação Brasileira de Bispos do Brasil, que realiza desde 1996 cursos de Cuidador Informal de Idosos, além da prestação de serviços de atendimento domiciliar a famílias com idosos dependentes) e do Serviço Social do Comércio (SESC- que desde 1963 disponibiliza centros de convivência para idosos e atualmente também conta com cursos para a formação de cuidadores de idosos).

Em 2002, foram aprovadas no campo das políticas da saúde programas voltados para o atendimento domiciliar e atendimento especializado para idosos. A Portaria 738/02 criou a Assistência Domiciliar e os Hospital-Dia Geriátricos no âmbito do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). No mesmo ano, através da Portaria 702 da Secretaria de Assistência a Saúde, o Ministério da Saúde propôs a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com base nas condições de gestão e divisão de responsabilidades entre os entes federados definidas pela Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS). Para a operacionalização dessas redes foram criadas normas para o cadastramento de Centros de Referência em Atenção a Saúde do Idoso (CRASI)(Portaria 249/02) especificando o cumprimento das seguintes exigências a criação dos seguintes serviços:

a) Leitos geriátricos - a serem atendidos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, voltados para os idosos com perda de capacidade funcional em, pelo menos, uma das AVD.

b) Hospital Dia Geriátrico – constitui uma modalidade intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta,

⁷⁴ De acordo com Batista et al.(2008) a MUNIC também constatou que 77,8% dos municípios brasileiros contam com atendimentos assistenciais domiciliares à idosos, porém a cobertura desses serviços apontam para um percentual bastante limitado de idosos beneficiados.

que tem por objetivo viabilizar uma assistência global à saúde do idoso adequada para aqueles cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais desse idoso.

c) Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso - nos quais os idosos possam receber atendimento individual (consulta médica e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; apoio, educação e orientações dietéticas; reabilitação da fala e deglutição) ou grupal (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica; grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde).

d) Assistência Domiciliar - modalidade de assistência prestada no domicílio do paciente, compreendendo um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso. Possibilitando, além disso, identificar e orientar o cuidador familiar ou informal. Essa modalidade, convém lembrar, deve ser articulada junto ao PSF.

Em 2003, como já mencionado no capítulo anterior, quase uma década após a PNI, foi promulgado o Estatuto do Idoso, (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003). O diferencial imposto pela aprovação de um Estatuto versando sobre um tema específico, como no caso os idosos, reside na possibilidade de congregar em uma única lei os vários aspectos do tema anteriormente dispersos na legislação ordinária. Um dos principais aspectos do Estatuto do Idoso, por exemplo, diz respeito à previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas no que se refere ao descumprimento da lei em sua promoção do bem-estar aos idosos.

Em 2003 foi também realizada em Brasília, a IV Conferência Nacional de Assistência Social. Com base em suas deliberações e no compromisso firmado por materializar as diretrizes da LOAS foi aprovada, em 2004 a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que estabelecia a criação e implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). De acordo com a PNAS, a organização da Assistência Social tem por base as seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa, cabendo à esfera federal a coordenação e o estabelecimento das normas gerais e às esferas estadual e municipal, a coordenação e execução dos respectivos programas; a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; a primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo; e a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

De especial importância para o avanço das políticas voltadas para os cuidados dos idosos é a questão da família ou, nos termos da política, a matricialidade sociofamiliar para a gestão da política. Vale ressaltar os seguintes trechos a PNAS:

As reconfigurações dos espaços públicos, em termos dos direitos sociais assegurados pelo Estado Democrático de um lado e, por outro, dos constrangimentos provenientes da crise econômica e do mundo do trabalho, determinaram transformações fundamentais na esfera privada, resignificando as formas de composição e o papel das famílias. Por reconhecer as fortes pressões que os processos de exclusão sociocultural geram sobre as famílias brasileiras, acentuando suas fragilidades e contradições, faz-se primordial sua centralidade no âmbito das ações da política de assistência social, como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida. Essa correta percepção é condizente com a tradução da família na condição de sujeito de direitos, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica de Assistência Social e o Estatuto do Idoso.

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, além de que nas sociedades capitalistas a família é fundamental no âmbito da proteção social.”

(...)

Embora haja o reconhecimento explícito sobre a importância da família na vida social e, portanto, merecedora da proteção do Estado, tal proteção tem sido cada vez mais discutida, na medida em que a realidade tem dado sinais cada vez mais evidentes de processos de penalização e desproteção das famílias brasileiras. Nesse contexto, a matricialidade sociofamiliar passa a ter papel de destaque no âmbito da Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Esta ênfase está ancorada na premissa de que a centralidade da família e a superação da focalização, no âmbito da política de Assistência Social, repousam no pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal. Nesse sentido, a formulação da política de Assistência Social é pautada nas necessidades das famílias, seus membros e dos indivíduos.”(BRASIL, 2004; p. 39)

Ainda de acordo com a PNAS a proteção social brindada pela Assistência Social deve consistir em um “conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional.” Para tanto, a nova legislação hierarquizou a atuação da Assistência Social em dois níveis - básico e especial.

A proteção social básica é destinada a população assumida como em condição de “vulnerabilidade social” em decorrência de sua condição de pobreza ou privação (esta podendo referir-se à ausência de renda, ao precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros aspectos). Seu objetivo reside em prevenir situações de risco, por meio do

desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para tanto, pretende-se que os serviços de proteção social básica sejam executados pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social. Programa de Atenção Integral às Famílias. Dentre os serviços a serem prestados são previstos, para os casos dos idosos, os Centros de Convivência.

As demais modalidades de atendimento e prestação de serviços de cuidados aos idosos são feitas no âmbito da proteção social especial. Esta comporta objetivos bastante amplos e que consistem em prover atenção socioassistencial a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras e são subdivididos em alta e média complexidade. A proteção social especial de média complexidade voltada para os idosos consiste basicamente na prestação de serviços apoio sociofamiliar nas modalidades referentes aos centros-dia e cuidados domiciliares. Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e /ou comunitário. Nesses casos os serviços voltados para os idosos consistem basicamente nos demais serviços previstos pela Portaria 2854/00, a saber: atendimento integral institucional (ILPI); casa-lar; república; albergues e família acolhedora. Percebe-se, no entanto, a ausência da modalidade referente aos Centros-dia, única modalidade com previsão de atenção à saúde.

O estabelecimento de padrões mínimos para o funcionamento das ILPI é de responsabilidade, por sua vez, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em 2005, através da aprovação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no. 283, foram definidas normas para o funcionamento das ILPI, em substituição a Portaria nº 810 do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde de 1989. Uma das novidades aportadas pelas novas normas foi a classificação dos idosos residentes em ILPI – idosos institucionalizados – com base em sua capacidade funcional, a saber: grau de dependência I – correspondente aos idosos independentes; grau de dependência II – correspondentes aos idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a realização das AVD, porém sem comprometimento cognitivo; grau de dependência III – correspondente aos idosos com dependência que demandem assistência para a realização de todas as atividades do autocuidado e tenham algum comprometimento cognitivo. A importância dessa classificação reside na determinação

do número de cuidadores e sua carga horária para o atendimento dos idosos em cada um dos graus de dependência estabelecidos.

A implementação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) em 2002, no âmbito da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, ou seja, fora dos ministérios responsáveis pelas áreas de políticas – MDS, responsável pelas políticas assistenciais, e Ministério da Saúde - possibilitou, uma nova conformação institucional com vistas a ultrapassar as dicotomias na atuação das políticas de saúde e assistência social e sinalizou para os primeiros passos em direção a construção de políticas mais articuladas. Em maio de 2006, por iniciativa do CNDI, foi realizada, em Brasília, a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (I CNDPI), com a participação de representantes da sociedade civil e do Estado, em suas três esferas, eleitos democraticamente em Conferências Municipais, Regionais e Estaduais. Essa Conferência culminou com a proposta de criação de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI) com o objetivo de promover a intersetorialidade e a interdisciplinariedade das ações, serviços, programas e projetos de atenção a pessoa idosa (DOMINGUES E DERNTL, 2008)

A partir dos debates promovidos pela I CNDPI foram aprovadas 260 deliberações distribuídas em oito eixos temáticos, a saber: eixo 1 – ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa (46 deliberações), eixo 2 – violência contra idosos (18 deliberações), eixo 3 – saúde da pessoa idosa (86 deliberações), eixo 4 – previdência social (30 deliberações), eixo 5 – assistência social a pessoa idosa (25 deliberações), eixo 6 – financiamento e orçamento público (26 deliberações), eixo 7 – educação, cultura, esporte e lazer (38 deliberações) e eixo 8 – controle democrático (21 deliberações). Fica patente a carência relacionada com a prestação dos serviços de saúde, as quais corresponderam a aproximadamente 1/3 do total das deliberações da I CNDPI. Essas, porém, de acordo com o documento do Ministério da Saúde datado de agosto de 2006⁷⁵, merecem algumas ressalvas, uma vez que de acordo com o referido documento “não são do âmbito de responsabilidade do Ministério da Saúde”, devendo as mesmas serem remetidas aos setores governamentais apropriados. São elas:

Deliberação no. 17 - Criar residência terapêutica temporária (por até sessenta dias) com serviço de atenção à saúde e reabilitação do idoso em alta hospitalar e em situação de vulnerabilidade social, com garantia de atendimento domiciliar após a alta.

⁷⁵ Comentários Às Deliberações Da Conferência Nacional Dos Direitos Da Pessoa Idosa – Eixo Saúde (Área Técnica Saúde Do Idoso - DAPE/SAS/MS; 2006) (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_cndi_2006_idoso.pdf acessado em 24 de fevereiro de 2009).

- Deliberação no.18 - Criar e/ou melhorar Instituições de longa permanência para abrigar idosos dependentes e em situação de extrema vulnerabilidade ou insuficiência familiar.
- Deliberação no. 20 - Firmar convênios entre as três esferas de governo e instituições filantrópicas prestadoras de serviços de atenção à saúde do idoso, aumentando o valor do piso de proteção.
- Deliberação no. 71 - Fomentar a criação de cursos de pós-graduação em gerontologia nas Universidades Públicas e Privadas.
- Deliberação no. 76 - Garantir concurso público para a contratação de profissionais da saúde com especialização em geriatria e gerontologia, incluindo áreas de reabilitação e saúde mental para atendimento aos idosos nos diversos níveis de atenção.

O mesmo documento, informa, por outro lado que a “*Área Técnica Saúde do Idoso*”⁷⁶ tem buscado uma agenda comum com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome no sentido de somar esforços para a implementação de medidas que visem a melhoria das condições de vida da população idosa institucionalizada” e ressalta já ser observado em alguns estados e municípios um esforço conjunto entre Ministério Público, Secretarias de saúde e de assistência social bem como conselhos locais de direitos da pessoa idosa em proceder visitas às instituições e identificar necessidades específicas para que as mesmas obedçam as normas estipuladas pela ANVISA no sentido de garantir o acesso dos idosos à moradia com qualidade, serviços e direitos assegurados na PNI e no Estatuto do Idoso. Destaca, porém que os CRASI “ficaram com uma demanda de assistência acima de sua capacidade operativa e as pessoas idosas que buscavam um atendimento especializado na área de geriatria e de gerontologia não encontravam respostas às suas necessidades”, dado fazerem parte das redes estaduais e contarem com grande dificuldade de articulação e participação de níveis intermediários entre a atenção básica e os Centros de Referência.

⁷⁶ “A criação e/ou melhoria das instituições de longa permanência para idosos (item 18) não é uma atribuição legal das esferas de governo da saúde. Entretanto, a assistência à saúde dessa parcela da população idosa que se encontra institucionalizada é um dever do Estado e cabe, portanto, aos serviços locais essa responsabilidade. No entendimento da equipe técnica do Ministério da Saúde, um plano de atendimento às necessidades de saúde das instituições de longa permanência deve ser discutido em âmbito local reunindo os gestores das esferas municipais e estaduais de saúde, identificando ações comuns e necessidades específicas onde o Ministério da Saúde poderia apoiar para o pleno atendimento. Cabe destacar, ainda, que, dada a complexidade dos problemas enfrentados por grande parte das instituições de longa permanência, em especial aquelas que dependem de recursos públicos para o seu funcionamento, espera-se que no nível local sejam articuladas outras esferas de governos tais como Ministério Público e os órgãos de Assistência Social. Em outras palavras, a intersetorialidade é uma exigência fundamental para uma abordagem adequada às instituições de longa permanência.” DAPE/SAS/MS (2006; p.12)

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde aprova a atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2528). Esta nova medida legal estabelece o prazo de 60 dias (a partir de sua publicação) para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias 702/02 e 249/02 para que as mesmas sejam compatibilizadas com as diretrizes estabelecidas pela nova Política de Saúde da Pessoa Idosa.

A nova política estabelece como sua finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS” (MS, 2006). Para tanto, identifica como primordial o enfrentamento dos seguintes desafios impostos pelo envelhecimento da população brasileira:

- a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover a intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e
- d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à saúde do Idoso.

A nova política reconhece demandar o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores, ou seja, assume a articulação intersetorial como indispensável para a implementação da política. Dentre a divisão de tarefas, entre estabelecida pela nova legislação consta que a promoção dessa articulação intersetorial para a efetivação da política é de responsabilidade de todos os níveis de governo. No que tange especificamente a questão dos cuidados dos idosos com perda de independência e autonomia são de especial importância as articulações com o SUAS. Constam das medidas propostas: a implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em ILPI e a implantação e implementação de Centros de convivência e Centros-Dia.

Ainda em outubro de 2006, a Portaria no. 2529 do Ministério da Saúde institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Por internação domiciliar a nova peça legal entende o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas, qualquer que seja sua idade,

cl clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim. Para tanto, os serviços de internação domiciliar deverão ser compostos por equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem). As equipes serão responsáveis pelo atendimento dos pacientes ao longo dos primeiros 30 dias após a alta hospitalar. Durante esse período deverá prover além do cuidado do paciente, a preparação do cuidador.

Em novembro de 2006, é implementada uma medida, a primeira com viés preventivo aos agravos próprios da idade, prevista pela Portaria no. 399 do Gabinete do Ministro da Saúde: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (para indivíduos com 60 ou mais anos). A implementação da Caderneta corresponde ao primeiro passo concreto para a articulação dos cuidados dos idosos no âmbito das políticas de saúde. Esse instrumento, como salientado por Batista et al. (2008) visa melhorar o conhecimento da população idosa por parte das equipes do PSF, facilitando a identificação de problemas de saúde já instalados bem como potenciais riscos de saúde dos idosos. A caderneta dispõe de informações tanto do quadro nosológico dos idosos, quanto da situação familiar dos mesmos.

Após 20 anos do estabelecimento, por força da Constituição, da gestão participativa e democrática da Seguridade Social, este parece começar a engatinhar. Se, por um lado, a dicotomia saúde versus assistência na divisão das responsabilidades pelo cuidado dos idosos dificulta o avanço de políticas públicas sobre o tema; por outro lado, impõe a necessidade de se adotar princípios de intersetorialidade e interdisciplinariedade na formulação das políticas de seguridade social. Esses princípios transbordam para além das fronteiras da burocracia do Estado. Em 2008 foi realizada a II CNDPI. Vale destacar, as palavras do Presidente do CNDI – Dr. Paulo Roberto Ramos – sobre a questão do idoso no Brasil, constante do Texto Base disponibilizado para o Evento:

Impossível assegurar direitos mínimos a população pobre envelhecida no Brasil com serviços públicos tão mal estruturados. Além disso, com gestores isolados uns dos outros. Muito embora vários tenham responsabilidades em relação ao contingente envelhecido da população, não dialogam entre si, impossibilitando o desenvolvimento articulado e concomitante de ações, o que atenderia com racionalidade e economia de recursos humanos e materiais as principais demandas do contingente envelhecido da população. (...) A legislação criou uma rede de promoção e proteção dos direitos das pessoas idosas, contudo parece que as autoridades não entenderam ou não quiseram entender esse comando (RAMOS, 2008; p.5)

4.2 – Perda de Autonomia e Dependência entre os Idosos Brasileiros

Como já mencionado ao longo dos capítulos anteriores, os cuidados de longa duração são voltados para os idosos que não possuem condições, quer físicas ou emocionais, para a realização das atividades do cotidiano. O apoio instrumental diz respeito às AVDs, que envolvem: preparar refeições, fazer compras, fazer tarefas domésticas leves, fazer tarefas domésticas pesadas, e cuidar do próprio dinheiro. O apoio funcional representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, as quais incluem: tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa, e ir ao banheiro. A identificação de limitações para a realização das atividades entendidas como instrumentais implica a necessidade do apoio de terceiros para a manutenção da autonomia, já as limitações funcionais representam a perda concreta da independência desses idosos.

É notória a dificuldade de se dispor de dados e pesquisas sobre questões muito específicas, como no caso da potencial demanda por cuidados de longa duração dos idosos, no Brasil. No entanto, os Suplemento de Saúde da PNAD dos anos de 1998 e 2003, realizada pelo IBGE, contam com alguns quesitos voltados para a auto-avaliação dos indivíduos quanto a sua mobilidade física, capacidade instrumental e funcional para a realização das AVDs, quais sejam: o grau de dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; subir escadas ou ladeiras; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se e andar cerca de 100 metros. Estes foram aqui utilizados como uma ilustração das crescentes limitações instrumentais e funcionais associadas ao avanço da idade.

Com base nas informações e segundo o grau de limitações funcionais e instrumentais para a realização das AVDs, foram construídas três categorias de idosos brasileiros, com mais de 65 anos, quais sejam:

- Idosos com limitações funcionais - correspondem aos idosos que responderam qualquer grau de dificuldade no quesito “alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro”.
- Idosos com limitações instrumentais – correspondem aos idosos que não apresentam limitações funcionais, porém não conseguem ou têm grande dificuldade para a realização de pelo menos uma das seguintes atividades:
 - empurrar mesa ou realizar consertos domésticos;

- subir ladeiras ou escadas;
 - abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; e
 - andar cerca de 100 metros.
- Idosos sem limitações – idosos que não apresentam limitações funcionais ou instrumentais, como acima definidas.

O gráfico 4.1 apresenta a distribuição da população idosa brasileira por sexo e faixa etária, segundo sua capacidade para a realização das AVD. Percebe-se, pela análise do gráfico que o contingente idoso com perda de capacidade funcional ou instrumental para a realização das AVD não pode ser considerado um contingente pequeno ou marginal. Entre as mulheres, mesmo se se considerar apenas a faixa etária mais jovem – 65 a 69 anos – observa-se uma superioridade numérica das que apresentam alguma perda de capacidade para a realização das AVD e, conseqüentemente, incorrem em algum tipo de perda de independência e autonomia. Os gráficos 4.2 e 4.3, por sua vez, apresentam a distribuição da população idosa (com mais de 65 anos) segundo as categorias analisadas e a faixa etária, respectivamente para homens e mulheres, nos dois anos analisados. Pode-se perceber uma melhoria nas condições de independência e autonomia dos idosos brasileiros nos cinco anos que separam a realização das pesquisas, estas porém são mais acentuadas entre os idosos mais jovens. Entre os idosos mais idosos, com 80 anos ou mais, essas melhoras são praticamente inexistentes. As limitações apresentam importantes diferenças por sexo, daí a necessidade de separação dos gráficos por sexo, e aumentam com o avanço da idade. Enquanto 10% das idosas com idade compreendida entre 65 e 70 anos reportam limitações funcionais, entre as idosas com mais de 80 anos essa porcentagem sobe para aproximadamente 36%. Por outro lado, a porcentagem de idosas que não reportam limitações funcionais ou instrumentais para a realização das AVDs passa de 58% na faixa etária dos 65 aos 70 anos para aproximadamente 18% entre as idosas com mais de 80 anos. Perfis semelhantes, ainda que em patamares pouco inferiores, são observados entre os idosos. Ou seja, com o avanço da idade, são crescentes as limitações de mobilidade física e de capacidade para realização das atividades do cotidiano entre os idosos de ambos os sexos.

Gráfico 4.1

DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA SEGUNDO SUA CAPACIDADE PARA A REALIZAÇÃO DAS AVD
BRASIL, 2003

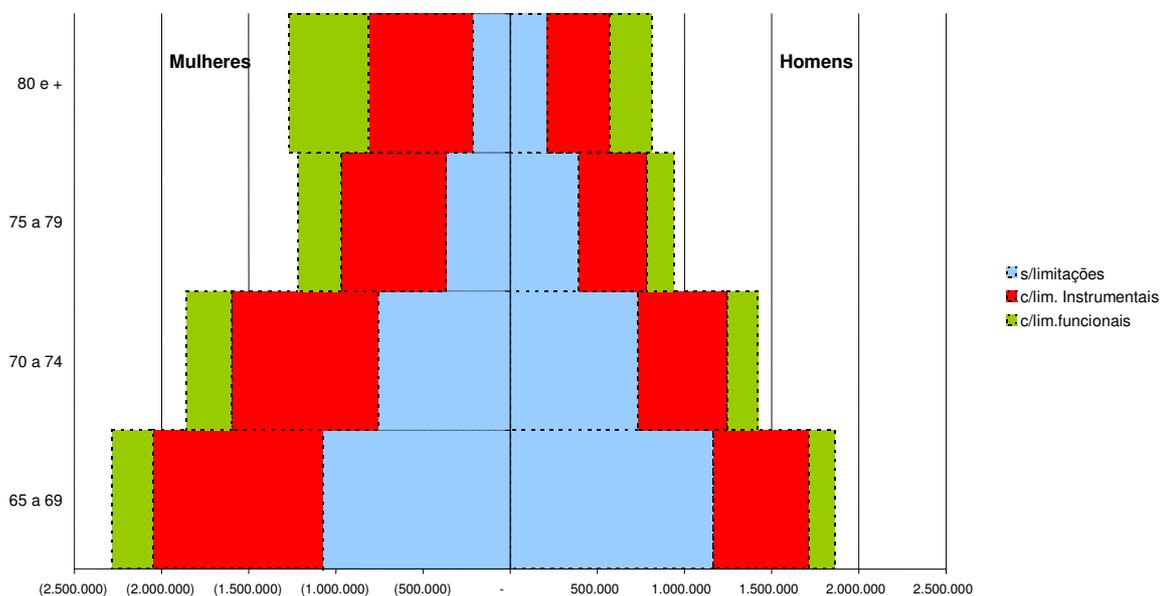


Gráfico 4.2

PORCENTAGEM DOS IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO SUA CAPACIDADE PARA A REALIZAÇÃO DAS AVD, BRASIL, 1998 e 2003

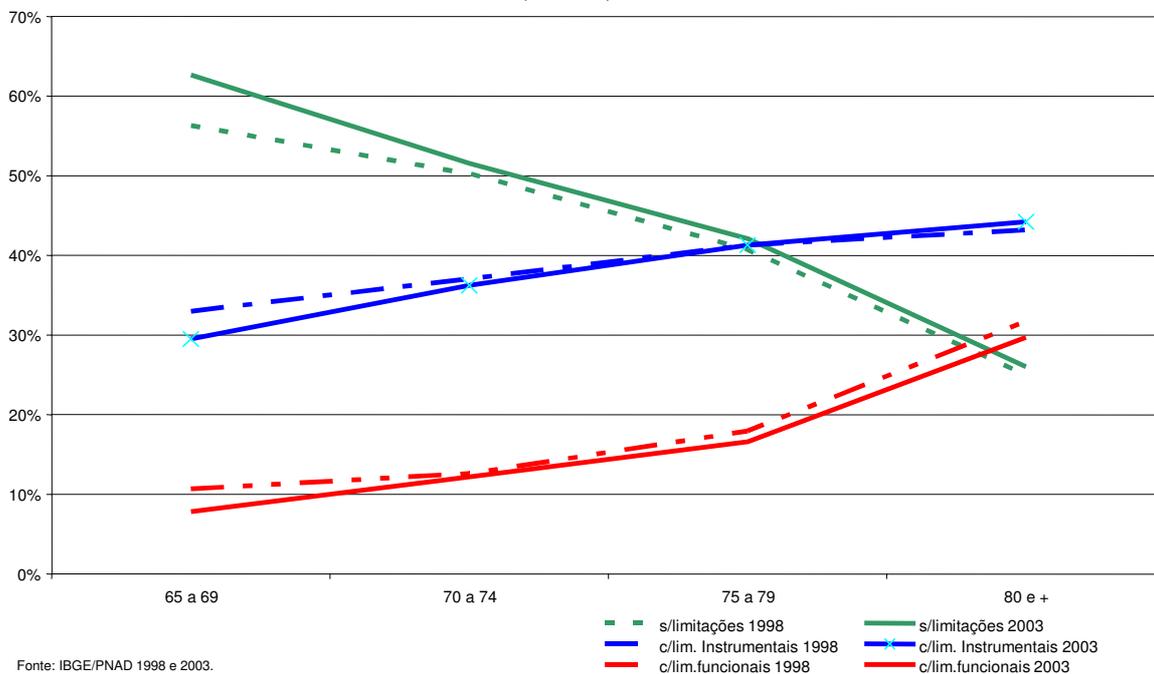
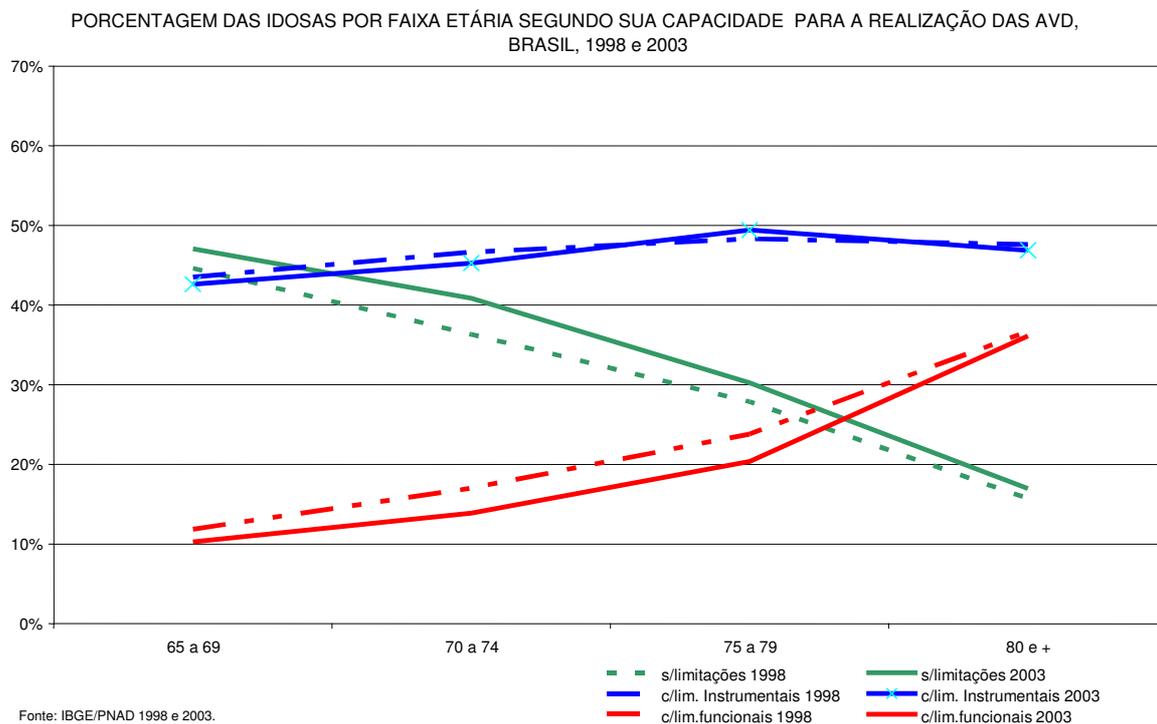


Gráfico 4.3



Essas dificuldades estão normalmente associadas à ocorrência de doenças crônicas. De acordo com os dados da Pnad de 2003, aproximadamente 84% dos idosos que apresentam alguma dificuldade para a realização das atividades do cotidiano são portadores de pelo menos uma doença crônica. Dentre as principais doenças crônicas que afetam esses idosos podem-se ressaltar a hipertensão, os problemas de coluna ou costas, a artrite ou reumatismo e as doenças de coração, a diabete e a depressão (ver gráficos 4.4 e 4.5).

Gráfico 4.4

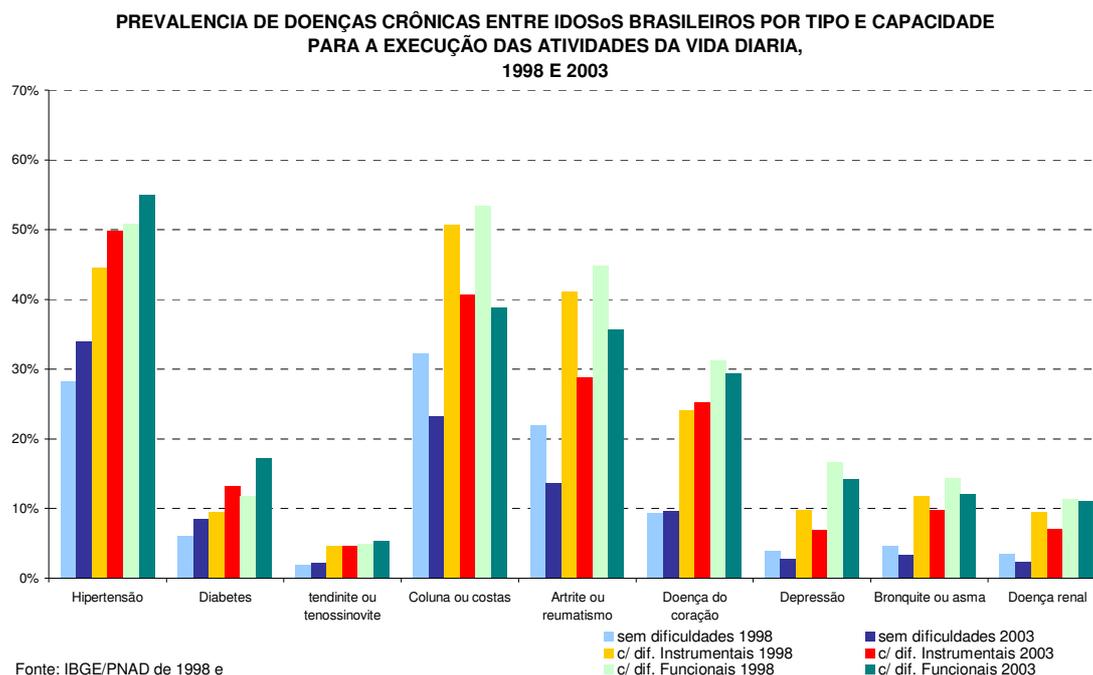
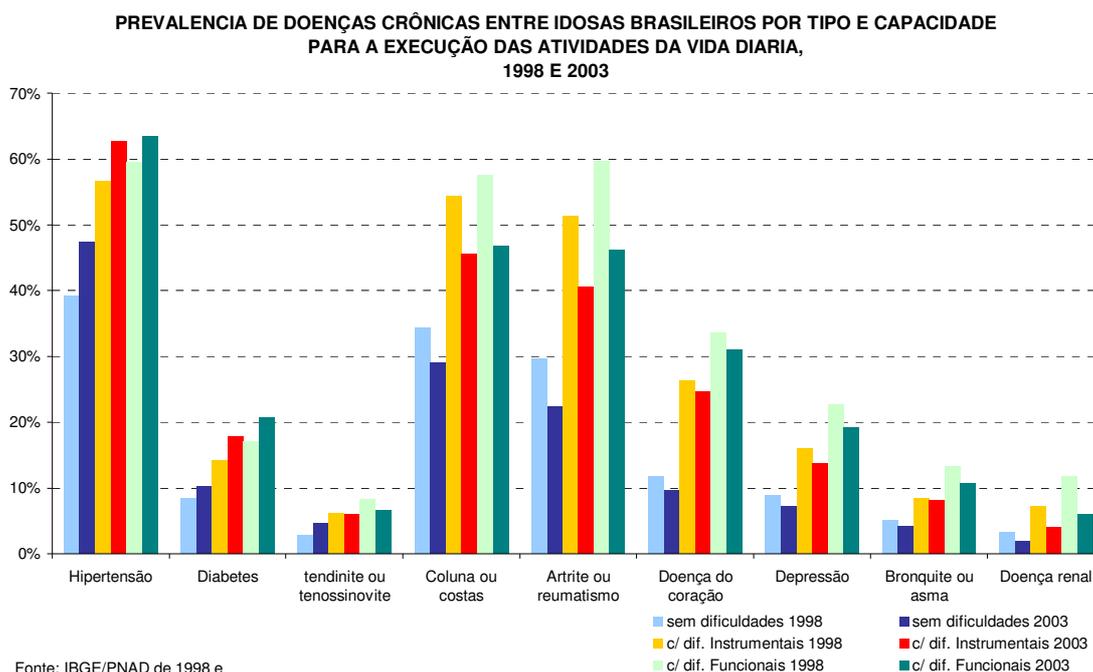


Gráfico 4.5



Apesar dos problemas de colunas e costas e artrites e reumatismos afetarem mais de 30% dos idosos brasileiros, tanto homens quanto mulheres, estas observaram expressivas reduções entre 1998 e 2003. Por outro lado, chama a atenção o aumento na porcentagem de idosos que declara sofrer de hipertensão e diabetes. Enquanto em 1998 apenas 28% dos idosos, e 29% das idosas, sem limitações para a realização das atividades da vida diária declaravam ser hipertensas, as porcentagens correspondentes para 2003 equivalem a 34% e 47%,

respectivamente. Entre os idosos com limitações essas proporções são ainda maiores, correspondendo em 2003 a aproximadamente 63% entre as idosas e mais de metade dos idosos. Apesar de sua menor incidência, foram as porcentagens de idosos que declararam ser diabéticos que mais aumentaram. Esse aumento foi maior entre o segmento idoso que não apresenta limitações para a realização das AVD; entre 1998 e 2003 essa porcentagem aumentou 23% entre as idosas e 40% entre os idosos. Vale ressaltar, também, as expressivas diferenças observadas da incidência de transtornos depressivos entre os idosos sem limitações e os idosos com alguma limitação funcional, pois a proporção parece dobrar, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, à medida que crescem as limitações para a realização das AVDs.

Maiores limitações, concomitantes com uma também maior incidência de doenças crônicas tendem a se refletir em maiores proporções de idosos que deixam de realizar suas atividades rotineiras por motivos de saúde. A tabela 4.1 apresenta os dados referentes aos idosos que deixaram de realizar suas atividades rotineiras, nas duas últimas semanas anteriores à realização da pesquisa. Entre 1998 e 2003 verifica-se um ligeiro declínio na porcentagem de idosos que deixam de realizar suas atividades rotineiras, para ambos os sexos e em todas as categorias. A composição dos motivos que os levaram a deixar de realizar essas atividades não apresenta mudança entre os anos analisados. Observa-se, além disso, uma redução na proporção de idosos acamados no mesmo período considerado em ambos os anos. Nesse caso, ressalta-se ser a proporção de idosos que estiveram acamados nas duas últimas semanas anteriores à realização da pesquisa dez vezes maior entre os idosos com limitações funcionais, em relação aos idosos sem limitações, e quase três vezes maior entre os idosos com limitações instrumentais.

Tabela 4.1

Algumas questões referentes a saúde dos idosos

	sem limitações		limitações instrumentais		limitações funcionais	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
<i>Homens</i>						
Deixou de realizar atividades nas duas últimas semanas?	4,8%	4,3%	16,6%	15,4%	34,0%	36,2%
<i>Saúde</i>	80%	86%	87%	88%	93%	89%
<i>Acidentes</i>	6%	4%	2%	3%	3%	2%
<i>Outros motivos</i>	14%	9%	11%	10%	4%	9%
Esteve acamado nas duas últimas semanas?	2,7%	2,3%	9,1%	8,3%	29,3%	28,0%
<i>Mulheres</i>						
Deixou de realizar atividades nas duas últimas semanas?	5,3%	5,2%	15,0%	14,2%	36,0%	35,4%
<i>Saúde</i>	79%	77%	86%	82%	87%	86%
<i>Acidentes</i>	10%	10%	3%	4%	4%	6%
<i>Outros motivos</i>	11%	14%	11%	14%	9%	8%
Esteve acamado nas duas últimas semanas?	3,4%	2,8%	9,3%	8,0%	29,2%	29,6%

Fonte: IBGE/PNAD 1998 e 2003.

Como já observado no capítulo anterior, a porcentagem de idosos que consultaram médicos aumentou nos últimos anos. O gráfico 4.6 apresenta a porcentagem de idosos que consultaram médicos nas últimas duas semanas ou nos últimos 12 meses, por sexo, segundo sua capacidade para a realização das atividades da vida diária em 1998 e 2003. Como esperado, essa proporção aumenta com o aumento das limitações para a realização das AVD e sexo. No que se refere à consulta médica nas últimas duas semanas, por exemplo, a proporção de idosos com limitações funcionais é o dobro da observada entre os idosos sem limitações; tendo sido observado um aumento mais significativo entre os idosos do sexo masculino.

É, também, entre os idosos com maiores limitações que se observam as maiores porcentagens de idosos que estiveram internados no ano imediatamente anterior a realização da pesquisa (ver gráfico 4.7). Porém, ao contrário dos demais indicadores, são entre os homens que se observam as porcentagens mais elevadas; tendo sido observado, inclusive, um aumento da porcentagem de idosos com limitações funcionais que estiveram internados no último ano entre 1998 e 2003.

Gráfico 4.6

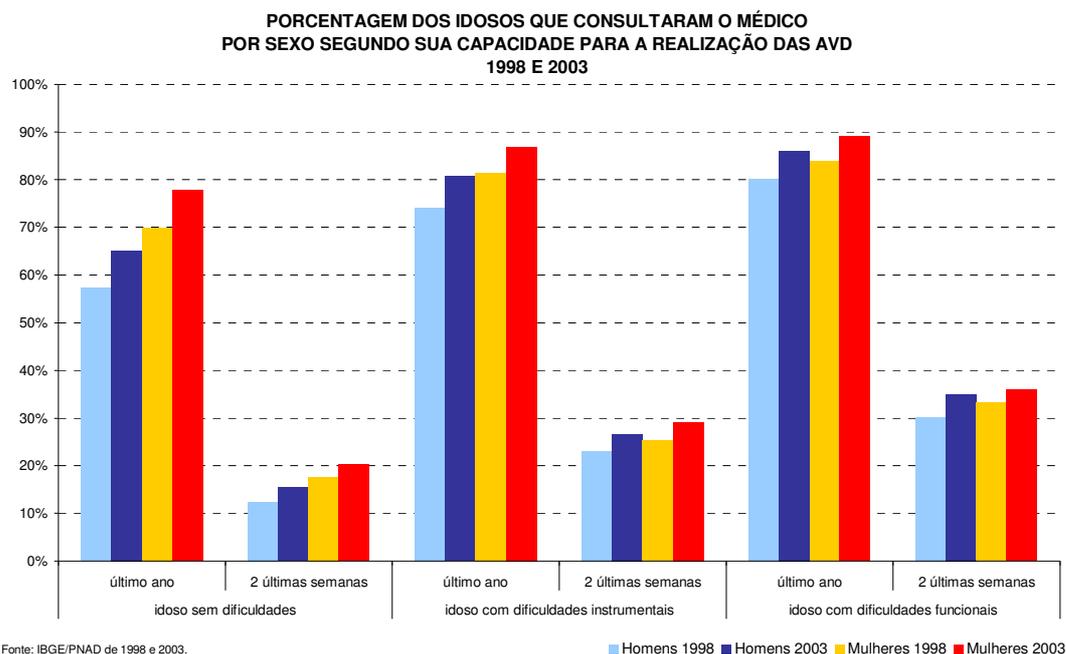
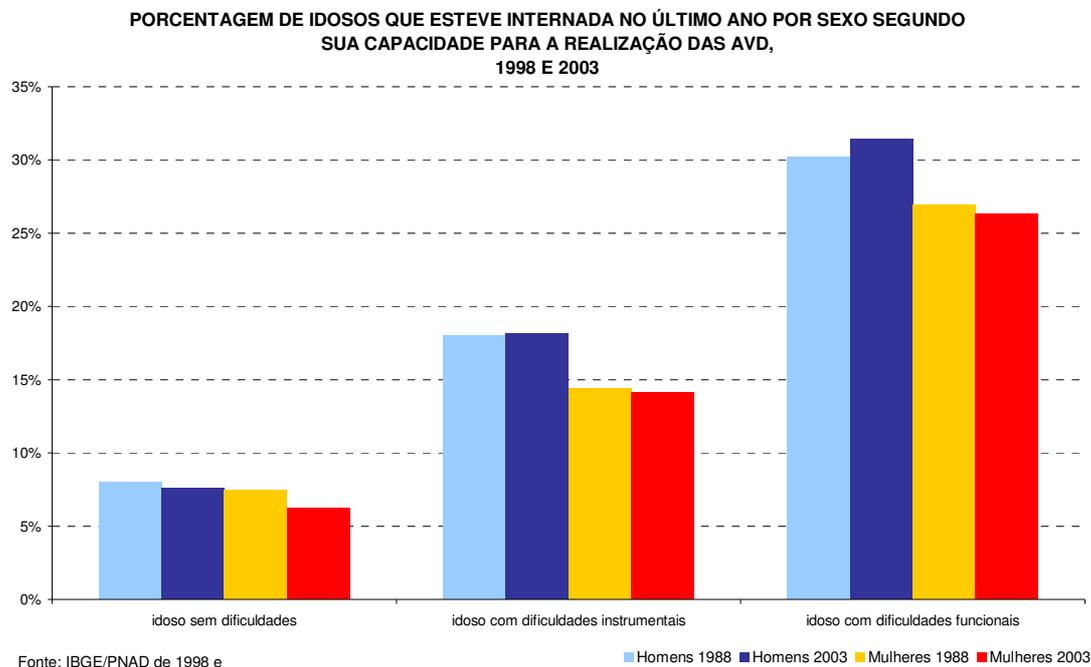


Gráfico 4.7



Alguns aspectos sobre os gastos efetuados pelos idosos com serviços de saúde são possíveis de serem levantados apenas a partir do suplemento saúde da PNAD 1998⁷⁷. A proporção de idosos que tiveram gastos com saúde é, como esperado, maior quanto maior forem as dificuldades para a realização das AVD, com exceção dos gastos com planos de

⁷⁷ Inviabilizando com isso a comparação com o ano 2003.

saúde. Esse último quesito de gastos com saúde pode estar relacionado com a existência de maiores barreiras a entrada de indivíduos com doenças pré-existentes, ou mesmo, aos valores mais elevados associados às mensalidades pagas com o avanço da idade (Tabela 4.2). Entre os gastos incorridos pelos idosos com dificuldades para a realização das AVD chama à atenção a proporção dos idosos que declaram ter tido gastos com medicamentos - os quais correspondem a 60% dos idosos com limitações funcionais – e os gastos com serviços de enfermagem domiciliar, os quais apesar de representarem uma parcela pouco significativa da população idosa triplicam quando se comparam os idosos sem limitações e os com limitações instrumentais.

Tabela 4.2

PROPORÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO SUA CAPACIDADE DE REALIZAÇÃO DAS AVD QUE TIVERAM GASTOS COM SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS POR TIPO DE GASTO

	Idoso sem dificuldades	Idoso com dificuldades instrumentais	Idoso com dificuldades funcionais
Medicamentos	39,8%	53,0%	60,0%
Planos de saúde	15,9%	10,1%	6,4%
Consulta médica	4,8%	6,8%	7,1%
Outros Profissionais	0,4%	0,7%	0,8%
Hospitalização	0,7%	0,9%	1,1%
Enfermagem Domiciliar	0,3%	0,5%	0,9%
Exames	2,1%	3,4%	3,4%

Fonte: IBGE/PNAD, 1998.

Em termos de renda são, também, os idosos com limitações que contam com os piores indicadores, ou seja, apesar de uma maior parcela dos idosos com limitações incorrer em gastos com diversos serviços de saúde, sua condição de renda é inferior a dos demais idosos. Alguns aspectos relacionados à renda dos idosos segundo sua capacidade para a realização das AVD são apresentados na Tabela 4.3. Analisando-se a incidência da pobreza com base no cálculo da renda domiciliar *per capita*, e utilizando os limites atualmente utilizados pelas políticas públicas para fins de concessão de benefícios assistenciais, equivalentes a 1/4 do salário mínimo (SM) ou 1/2 SM, a depender da política, percebe-se a existência de diferenças substantivas entre as categorias de idosos segundo sua capacidade para a realização das AVD analisadas. São os idosos com limitações funcionais os que apresentam maior incidência de pobreza, seguidos dos idosos com limitações instrumentais. Ou seja, parece existir uma relação direta entre aumento das limitações e a incidência da pobreza. Quanto maiores as limitações para a realização das AVD, maior a incidência de pobreza entre os idosos. Isso é

reforçado pelos valores referentes à renda média dos idosos, que tende a ser menor quanto maiores forem as limitações. A variação entre os anos, ainda que se considere a valorização do salário mínimo, parece indicar uma ligeira deterioração das condições financeiras dos idosos, pois nunca é demais lembrar que os benefícios em pecúnia outorgados pelo sistema de seguridade social brasileiro são atrelados ao salário mínimo.

Tabela 4.3

ASPECTOS RELACIONADOS COM A RENDA DOS IDOSOS SEGUNDO SUA CAPACIDADE PARA A REALIZAÇÃO DAS AVD POR SEXO

	sem limitações		limitações instrumentais		limitações funcionais	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Homens						
Distribuição dos idosos segundo sua capacidade para a realização das avd	47,1%	49,8%	37,1%	36,0%	15,7%	14,2%
% Idosos sem renda própria	1,8%	2,0%	2,9%	1,9%	3,5%	2,8%
% Idosos beneficiários da Seguridade Social	87,0%	88,0%	91,4%	93,9%	91,6%	93,8%
% Idosos em famílias com renda <i>per capita</i> inferior a 1/2 SM.	8,9%	9,0%	9,7%	10,9%	12,3%	13,2%
% Idosos em famílias com renda <i>per capita</i> inferior a 1/4 SM.	1,6%	1,5%	1,8%	2,0%	1,7%	2,6%
Renda Média dos Idosos em SM	5,76	4,54	3,55	2,63	2,61	2,25
Renda Média <i>per capita</i> das famílias a que pertencem os Idosos em SM	3,17	2,72	2,06	1,74	1,68	1,61
Mulheres						
Distribuição dos idosos segundo sua capacidade para a realização das avd	33,9%	36,5%	46,0%	45,4%	20,1%	18,1%
% Idosos sem renda própria	18,8%	16,1%	13,7%	11,0%	10,9%	9,8%
% Idosos beneficiários da Seguridade Social	74,8%	79,0%	82,6%	85,4%	85,9%	87,4%
% Idosos em famílias com renda <i>per capita</i> inferior a 1/2 SM.	6,0%	6,3%	6,9%	7,9%	8,6%	10,7%
% Idosos em famílias com renda <i>per capita</i> inferior a 1/4 SM.	0,9%	0,7%	1,0%	1,3%	0,7%	1,5%
Renda Média dos Idosos em SM	3,17	2,84	2,20	1,97	1,90	1,77
Renda Média <i>per capita</i> das famílias a que pertencem os Idosos em SM	3,31	2,90	2,35	1,97	1,98	1,77

Fonte: IBGE/PNAD 1998 e 2003.

Obs.: SM (salários mínimos). Em 1998 o valor do SM era R\$130,00 e em 2003 R\$ 240,00.

O protagonismo do idoso no que se refere ao provisionamento de sua renda pode ser visualizado pelas diferenças observadas na comparação da renda média do idoso e renda média per capita da família a que o idoso pertence. No caso dos idosos do sexo masculino, quando estes se encontram em condições de trabalhar, ou seja, não apresentam limitações para a realização das AVD, sua renda pessoal é praticamente o dobro da renda de sua família. Entre os idosos com limitações funcionais essa diferença entre as rendas pessoal e familiar não chega a 40% em 2003. Entre as idosas essa diferença praticamente desaparece, o que nos remete a próxima questão: com quem vivem esses idosos?

Tanto os aspectos de saúde quanto os de renda são importantes para a organização dos arranjos familiares dos idosos. A família, especialmente, mas não exclusivamente, quando co-residente, representa uma importante fonte de apoio aos idosos. Grundy e Tomassini (2002), por exemplo, citam evidências de que em vários países desenvolvidos ao contrário do alardeado em meados da década de 1990, de que em função do amadurecimento dos sistemas de proteção social e redução do tamanho das famílias, tem-se fortalecido os vínculos familiares e as transferências de apoio entre as gerações. No Brasil, a situação não é diferente. A família brasileira está cada vez menor dada a expressiva queda da fecundidade e o aumento da complexidade dos arranjos familiares (divórcios, re-casamentos e uniões informais), porém suas estratégias e mecanismos de apoio permanecem vigentes (CAMARANO ET. AL 2004; SAAD, 2004).

Os gráficos 4.8, 4.9 e 4.10 apresentam a distribuição da população idosa brasileira segundo a composição de seu arranjo domiciliar⁷⁸, respectivamente para os idosos sem limitações, com limitações instrumentais e com limitações funcionais para a realização das AVD, nos dois anos analisados. Em todas as categorias de idosos analisadas, e para ambos os sexos, verificou-se uma redução da convivência com cônjuges e filhos entre 1998 e 2003. Essa redução foi concomitante ao aumento da proporção de idosos em domicílios unipessoais ou conformados pelos idosos e seus cônjuges. Comparando-se as três categorias de idosos, pode-se dizer que a co-residência com os filhos aumenta, a medida em que aumentam as limitações para a realização das AVD. São, porém, marcantes as diferenças relacionadas ao sexo dos idosos. Por exemplo, a proporção de idosas que vivem só é mais de 50% superior do que a observada entre os homens. Enquanto, em 2003, mais de 2/3 dos idosos do sexo masculino vivia, pelo menos com suas cônjuges, menos da metade das idosas convive com o cônjuge. Entre as mulheres idosas, é maior a proporção das que vivem com seus filhos, com a presença ou não de seus cônjuges; ou seja, enquanto são as cônjuges a principal fonte de apoio para os idosos com limitações ou não para a realização das AVDs, no caso das mulheres idosas, sua principal fonte de apoio reside na convivência com seus filhos.

⁷⁸ As categorias utilizadas para a identificação da potencial rede de apoio baseadas na co-residência dos idosos foi construída a partir da identificação dos componentes do domicílio segundo a sua condição no mesmo, ou seja, se: pessoa de referência, cônjuges, filhos, outros parentes, agregados, pensionistas ou empregados domésticos ou filhos de empregados domésticos (variável v0401), conforme metodologia já utilizada anteriormente em Camarano, Pasinato e Lemos (2007). A partir dessa pré-categorização foi construída a tipologia aqui utilizada para a identificação dos domicílios, quais sejam: domicílios nos quais o idoso vive só; domicílios compostos apenas pelos idosos e seus cônjuges; domicílios compostos pelos idosos, seus cônjuges e filhos com a presença ou não de outros; domicílios compostos por idosos e seus filhos – neste caso foi utilizado como *proxy* os domicílios em que ou o idoso era a pessoa de referência e co-habitava com seus filhos ou domicílios em que a pessoa de referência coabitava com parentes acima de 65 anos; e os domicílios compostos por idosos, identificados como pessoas de referência, e apenas os agregados e/ou pensionistas e/ou empregados domésticos e/ou filhos de empregados domésticos.

Gráfico 4.8

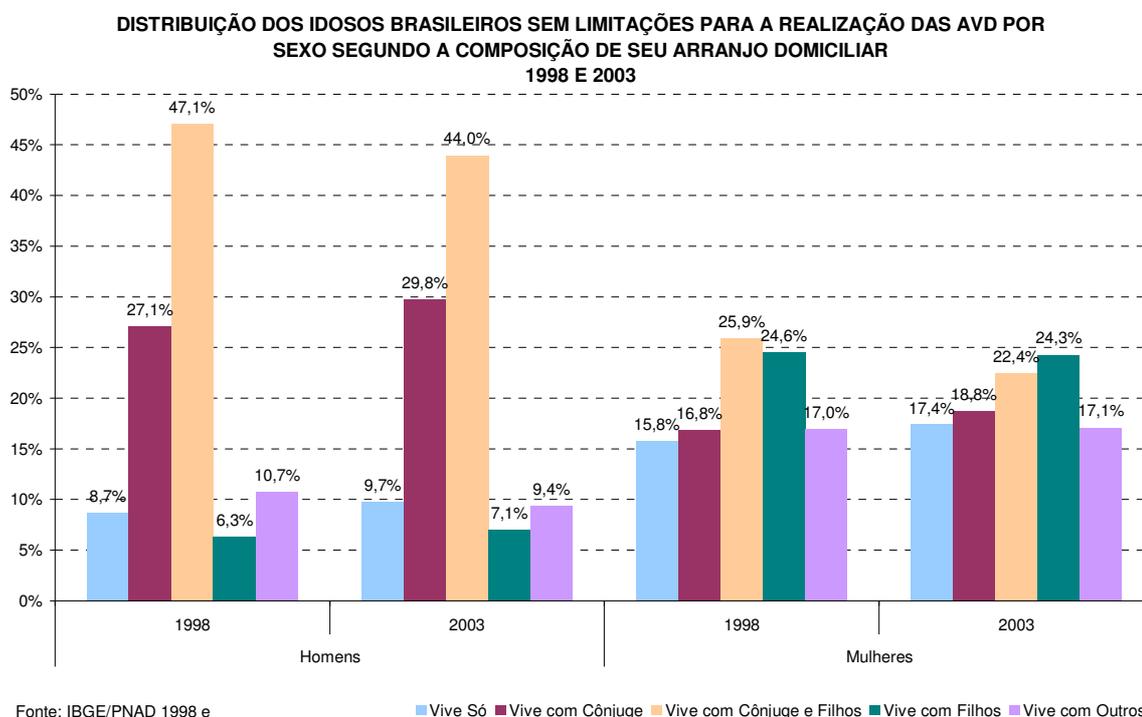


Gráfico 4.9

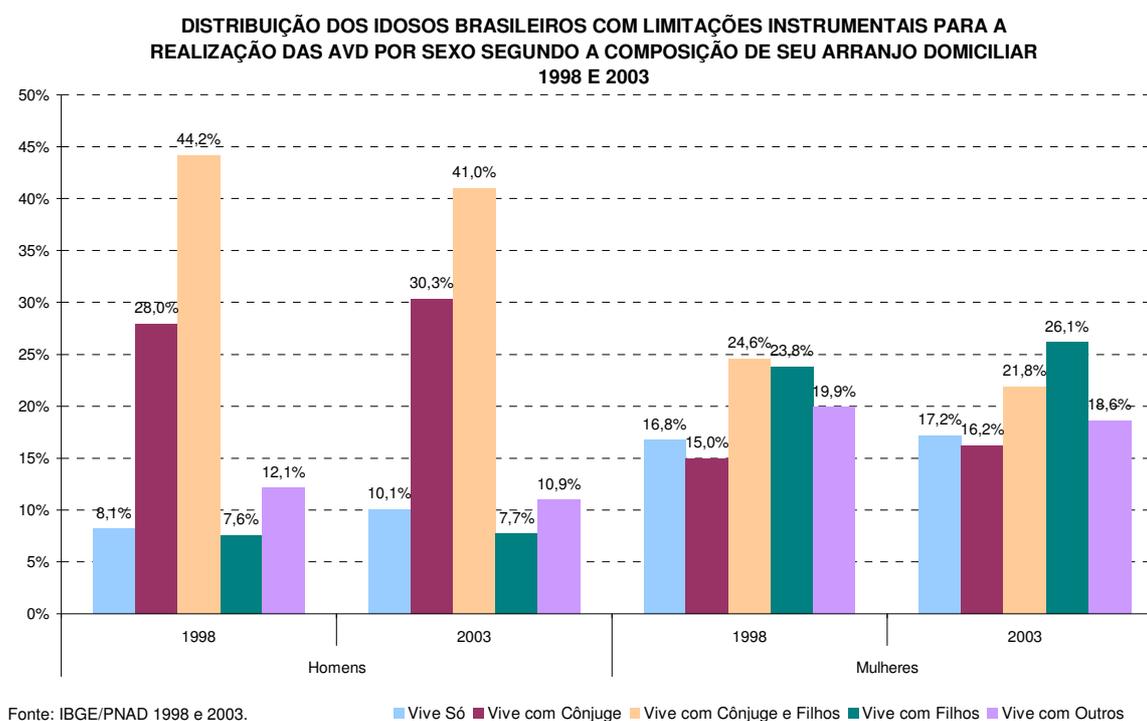
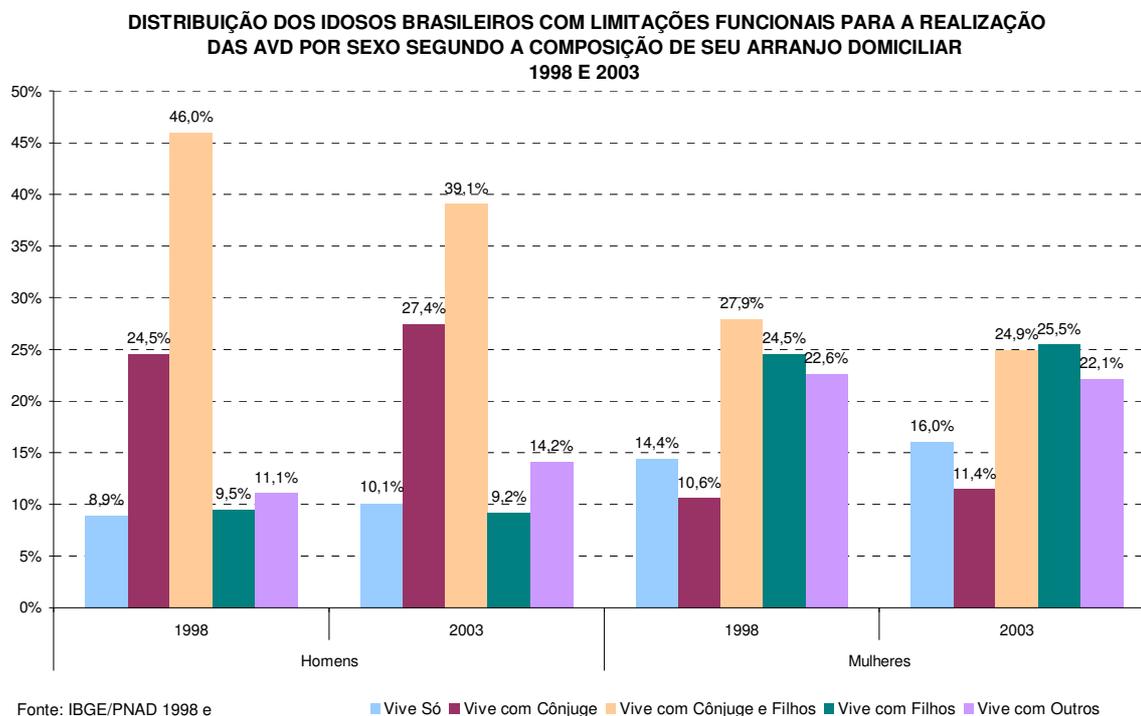


Gráfico 4.10



Maiores níveis de transferências intergeracionais, tais como a co-residência com os filhos, e, principalmente com as famílias dos filhos, podem acarretar maiores conflitos, pois o idoso passa a conviver com outro núcleo familiar que não o seu. Dessa forma, nada se pode dizer sobre a qualidade da atenção prestada pela família co-residente, nem tão pouco sobre suas necessidades de apoio dos cuidadores. São necessários estudos e pesquisas mais aprofundados sobre as necessidades dos idosos com limitações e suas famílias. Karsch (1998 *apud* KARSCH 2003), por exemplo, apresenta os resultados da pesquisa intitulada “Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e perfil do cuidador principal” realizada no município de São Paulo, com 102 pessoas com mais de 50 anos que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC), e passaram a depender dos cuidados alheios para a realização das AVD. De acordo com Karsch (2003), em 98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (93%), das quais 44% eram cônjuges e 31% eram filhas. Segundo a mesma autora 68% dos cuidadores entrevistados não recebe nenhum tipo de apoio. A mesma pesquisa mostrou ainda que a maioria dos cuidadores declarou precisar de apoio, tais como: orientações, apoio pessoal, consultas mais frequentes, auxílio transporte, etc. Todos estes com previsão legal.

4.3 Idosos Brasileiros em Instituições de Longa Permanência

A situação dos idosos com limitações, residentes em domicílios particulares, e de suas famílias, como se tentou demonstrar, já parece apontar para importantes desafios, dadas suas condições socioeconômicas. A análise dos idosos residentes em ILPI sinaliza para desafios ainda maiores. Karsch (2003) ressalta, por exemplo, que a internação de idosos em ILPIs, mesmo em famílias de baixa renda, é considerada uma opção *apenas no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários*.

Não contamos no Brasil com informações precisas sobre o número, e muito menos sobre as condições em que vivem os idosos institucionalizados. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório intitulado “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. O documento ressalta que a maior ausência do poder público não reside simplesmente na insuficiência presumida do número de vagas existentes e sim nas péssimas condições em que se encontram essas instituições. Abaixo é transcrito um parágrafo da apresentação do referido relatório de autoria do Deputado Marcos Rolim (PT/RS):

Muitas dessas casas são, apenas, pequenos e modestos empreendimentos privados pelos quais seus proprietários auferem renda. Para isso, apropriam-se das aposentadorias e pensões e outros benefícios dos internos; muitas vezes manipulando diretamente os cartões bancários de seus “clientes” e a generosidade da comunidade envolvidas em campanhas beneficentes. Outras instituições manifestam o resultado de um “espírito filantrópico” que se imaginou auto-suficiente. Nesses casos, a boa intenção costuma ser rapidamente ultrapassada pelas carências e dificuldades oferecidas aos próprios internos por conta da ausência absoluta de qualquer profissionalismo, seja na administração da Casa, seja no cuidado com os idosos. Tanto numa quanto noutra situação, o que temos são depósitos de pessoas desassistidas.

Camarano et al (2005), por sua vez, utilizaram como *proxy* para a identificação do contingente asilado (institucionalizado) os dados referentes a idosos residentes em domicílios coletivos na condição individual, constantes do Censo Demográfico de 2000. De acordo com as autoras, em 2000, teriam sido contabilizados 88 mil idosos institucionalizados, o que representava aproximadamente 0,9% da população idosa com 65 anos de idade ou mais. Essa proporção varia conforme o sexo e a faixa etária dos idosos (ver gráfico 4.11). Entre os idosos mais jovens verifica-se uma proporção ligeiramente maior entre os homens, porém com o avançar da idade pode-se perceber uma proporção maior entre as mulheres, certamente em função da maior expectativa de vida das mulheres e também, como mencionado na seção anterior, as especificidades de seus arranjos domiciliares, com uma proporção maior de mulheres que não dispõe de seus cônjuges para auxílio na realização das AVD. O gráfico 4.12 apresenta a distribuição da população idosa institucionalizada segundo seu estado conjugal.

Pode-se perceber que entre os idosos mais jovens, com até 74 anos, os solteiros são maioria. O que reforça a importância da família constituída para a prestação dos cuidados aos idosos. Entre os idosos mais velhos, com mais de 75 anos, os viúvos e separados/divorciados estão em maioria.

Gráfico 4.11

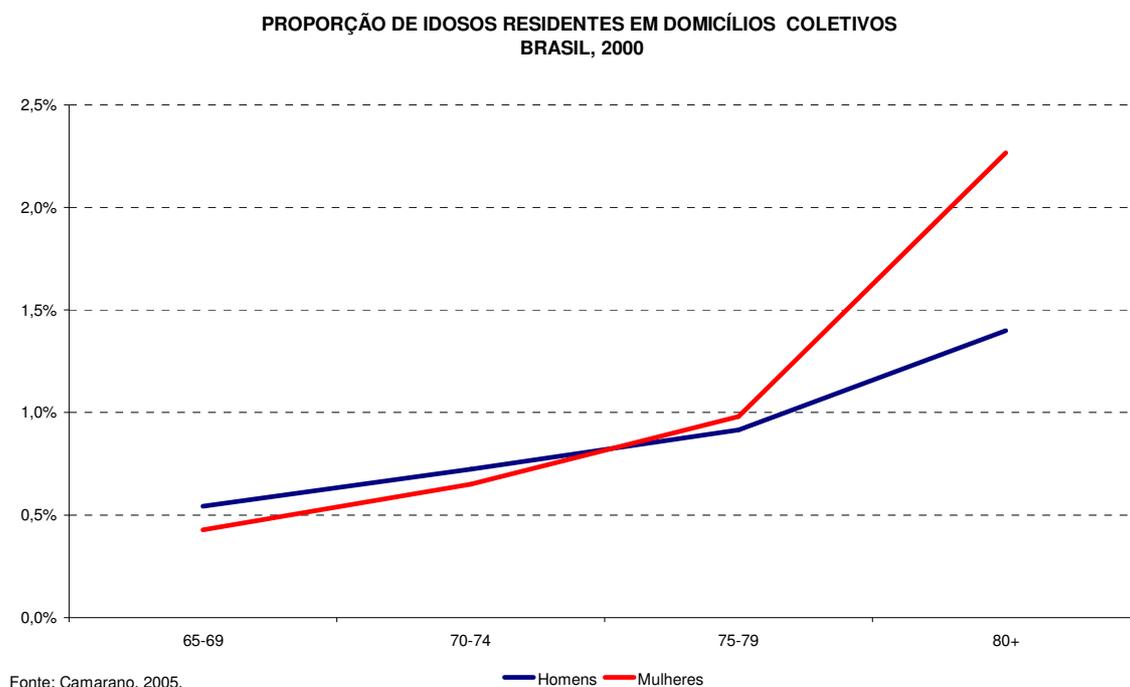
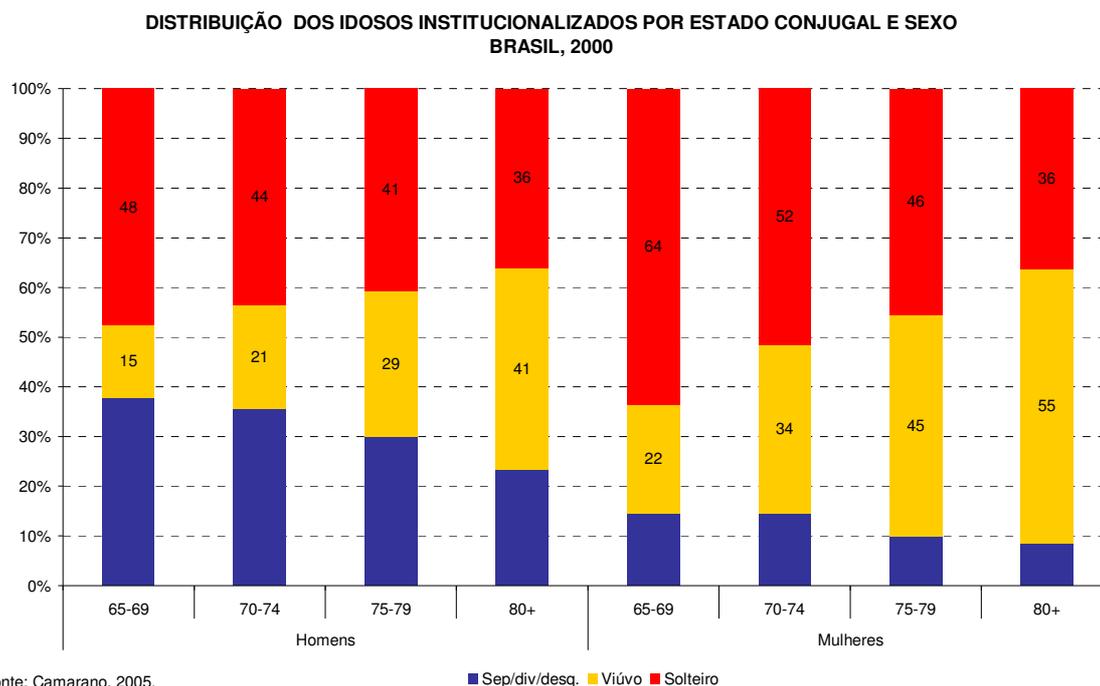
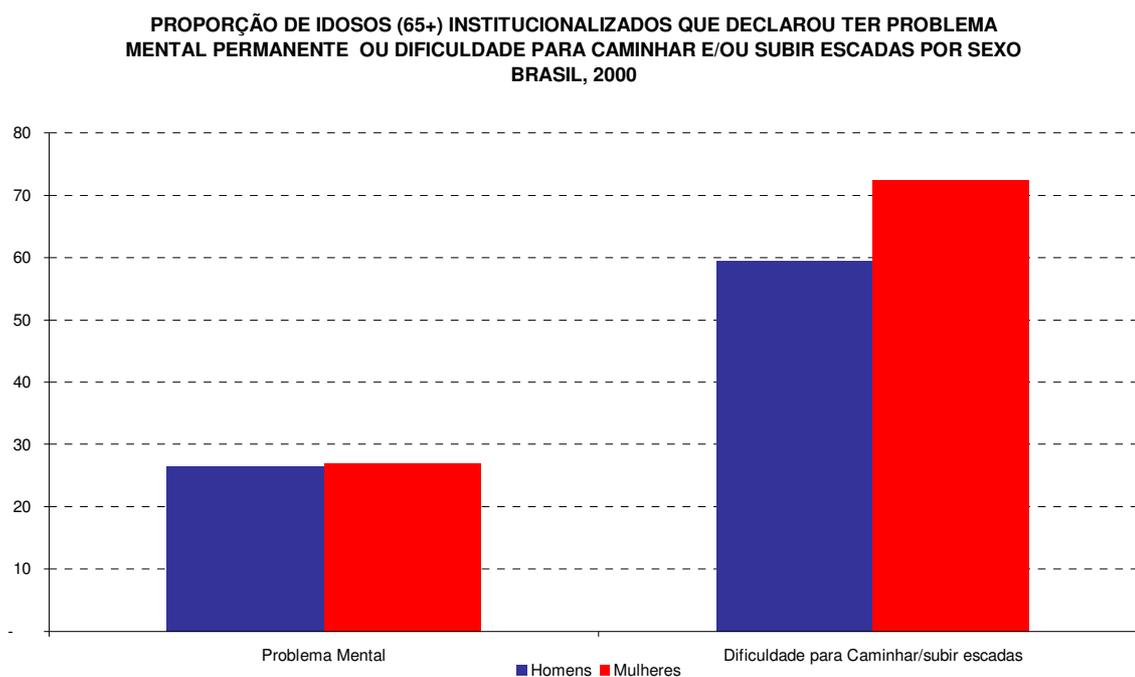


Gráfico 4.12



Aspectos relacionados com a capacidade instrumental e funcional dos idosos são ilustrados no gráfico 4.13. Entre os idosos institucionalizados, aproximadamente 60% dos homens e mais de 70% das mulheres apresentam dificuldades para caminhar e/ou subir escadas, enquanto pouco menos de 30% dos idosos tem problemas mentais permanentes.

Gráfico 4.13



Pesquisa atualmente em andamento⁷⁹, com os resultados parcialmente publicados, empreendida em parceria entre a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), intitulada “Condições de Funcionamento e de infra-estrutura nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil” está buscando mapear a realidade dessas instituições quanto às características dos serviços prestados, sua infra-estrutura física, os recursos humanos, as fontes de financiamento, os gastos, o número de idosos (com 60 anos ou mais) residentes e sua condição de autonomia. Já foram publicados os resultados referentes às regiões Norte, Centro-Oeste e Sul.

O levantamento ressalta serem seus dados uma subestimação da realidade, dado que algumas das ILPI identificadas se recusam a participar da pesquisa e outras tanta não são necessariamente identificadas já que a pesquisa é feita com base nos cadastros disponibilizados pelo MDS, secretarias estaduais e municipais de assistência social, listas telefônicas, entre outros. Para a região Norte, a pesquisa mostra que pouco menos de 60% dos idosos institucionalizados são dependentes ou semi-dependentes, o que corresponde a dizer, que os mesmos tem dificuldades para a realização das AVD no plano funcional em diferentes graus- total (dependentes⁸⁰) e parcial (semi-dependentes⁸¹). Na região Sul, enquanto 65% das idosas institucionalizadas são dependentes ou semi-dependentes, essa proporção é pouco inferior a 60% entre os homens. As maiores proporções de idosos com perda de autonomia e independência institucionalizados foram identificados na região Centro-Oeste, onde aproximadamente 75% das idosas e 63% dos idosos encontravam-se na condição de dependentes ou semi-dependentes. Outra questão interessante levantada pela pesquisa refere-se ao número médio de internos por instituição. Ao contrário do imaginário que ronda essas instituições – muitas vezes associadas com “depósitos de velhos” – o número médio de idosos residentes correspondeu a 28 na região Sul, 24 na região Norte e 23 na região Centro-Oeste. Também de grande relevância é a identificação dos custos incorridos pelas instituições com o cuidado dos idosos. Nas três regiões esses custos flutuaram entre, em média, R\$ 638 na região Norte, R\$ 479 na região centro-oeste e R\$ 636 na região Sul.

Os resultados da referida pesquisa parecem realçar as diferenças regionais presentes na sociedade brasileira. Enquanto a população residente nas ILPI na região Norte corresponde a

⁷⁹ A pesquisa, (IPEA/SEDH, 2007; p. 11), está sendo realizada em todo o território nacional, sendo que a região Norte, primeira a ser pesquisada, teve seu início em 2006.

⁸⁰ Idosos dependentes correspondem a idosos que demandam assistência de outras pessoas para a realização de todas as atividades relacionadas com os autocuidados para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (IPEA/SEDH, 2008; p. 33).

⁸¹ Idosos semi-dependentes correspondem aos idosos com dependência em três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene, etc. (IPEA/SEDH, 2008; p. 33).

apenas 0,1%, da população com 60 anos ou mais de idade (1.159 pessoas), na região Sul essa porcentagem sobe para 0,6% do contingente (correspondente a mais de 15 mil pessoas). No que se refere as fontes de financiamento, a questão assume contornos ainda mais interessantes, pois enquanto nas regiões Norte e Centro-Oeste praticamente a totalidade das instituições são públicas ou privadas sem fins-lucrativos, na Região Sul a presença de instituições privadas com fins lucrativos já pode ser considerada significativa – 41% do total de ILPI. Essa informação é de especial relevância para o entendimento da questão, pois a maior presença da iniciativa privada, guardadas as devidas proporções (pois os idosos institucionalizados ainda correspondem a menos de 1% da população da região sul) parece sinalizar para uma melhor assimilação cultural da questão da mercantilização das atividades de cuidar.

O Rio Grande do Sul, por exemplo, parece já se encontrar em um momento de maior diversificação das alternativas de cuidados para idosos, com a oferta de serviços procurando alcançar as diversas classes sociais. Neste estado a pesquisa contou com a participação de 261 instituições, número próximo à soma do número de instituições dos demais estados sulistas, e infinitamente superior ao encontrado nos demais estados das outras duas regiões⁸². Além disso, um dos possíveis indicadores desta nova realidade pode ser observado pela enorme variação nos gastos por residentes entre as ILPI entrevistadas - de um mínimo de R\$ 161 mensais até o máximo de R\$ 3.022,22. Isso se reflete tanto nas fontes de financiamento utilizadas pelas instituições - 74% dos recursos utilizados para a manutenção são recebidos dos residentes e/ou de seus familiares – quanto na profissionalização da força de trabalho utilizada – 81% dos funcionários são assalariados⁸³.

4.4 Síntese das características das políticas e das condições dos idosos com perda de independência e autonomia no Brasil

As profundas transformações observadas na sociedade brasileira nas últimas décadas, como a verticalização das famílias, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e o envelhecimento populacional colocam a questão da provisão dos cuidados para a população idosa com limitações instrumentais e/ou funcionais na agenda dos formuladores e gestores de políticas públicas. Esse contingente, como se demonstrou, já é bastante significativo, representando em 2003 aproximadamente 6,7 milhões de idosos. Entre os idosos

⁸² No Amapá e em Roraima, por exemplo, foram identificadas e pesquisadas apenas duas instituições em cada estado.

⁸³ Nas demais regiões sobressaem-se os trabalhadores voluntários.

com 80 anos ou mais, a perda de capacidade instrumental ou funcional para a realização das AVD é uma realidade na vida de $\frac{3}{4}$ dos idosos e aproximadamente 85% das idosas, sendo que destes a metade apresenta dificuldades funcionais – tomar banho, alimentar-se, vestir-se, etc.

A análise, tanto dos dados referentes a população idosa, residente em domicílios particulares, com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das AVD, quanto das poucas e precárias informações sobre as ILPI e os idosos residentes nas mesma, na ausência da implementação dos inúmeros programas e mecanismos previstos pela legislação brasileira, sinalizam para uma única e triste realidade nacional: a frágil articulação dos pilares da seguridade social – família, Estado e mercado. As famílias, como observado, são responsáveis pela atenção de praticamente a totalidade dos idosos com perda de capacidade instrumental ou funcional para a realização das AVD (menos de 1% da população idosa reside em ILPI). A escassez de dados, no entanto, não nos permite saber, como estas famílias estão lidando com essa nova realidade sócio-demográfica.

Essa nova distribuição etária, com suas conseqüências para o aumento da demanda por cuidados esta presente em toda a sociedade brasileira. Analisando-se a renda *per capita* das famílias com idosos com limitações - inferior a dois salários mínimos em 2003 – é razoável supor que essas famílias encontram-se no limite de suas condições materiais e emocionais. Em 2003, 13% dos idosos e 11% das idosas com perda de capacidade funcional faziam parte de famílias com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Esses idosos normalmente consomem quantidades maiores de remédio – sendo que, em 1998, 60% destes declararam ter gastado com remédios, ou seja, suas demandas não estão sendo supridas pelo SUS - e requerem cuidados mais intensivos. A comparação espúria dos custos médios para a manutenção de um idoso em ILPI, como levantado pela pesquisa “Condições de Funcionamento e de infra-estrutura nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil”, mencionada na seção anterior, em torno de R\$ 600,00 em 2007, com o salário mínimo recentemente reajustado para o valor de R\$ 465,00, em fevereiro de 2009, não é difícil imaginar o atual estado de mal-estar presente nessas famílias.

Reduzida oferta de serviços, altos custos, preconceitos e estereótipos são fatos normalmente associados com a predileção pelos cuidados familiares no Brasil, em detrimento aos cuidados institucionais. Por outro lado, pouco se sabe sobre a qualidade dos serviços oferecidos nas ILPI. Os dados levantados pela pesquisa realizada pela SEDH em parceria com o IPEA, limitam-se a tentar mapear as ILPI no território nacional e guarnecer alguns indicadores sobre sua infra-estrutura física e de recursos humanos, não contando com informações referentes à qualidade dos cuidados prestados, nem tão pouco sobre o bem-estar

do idosos residentes. As informações que chegam e quando chegam à mídia, por exemplo, remetem a questão dos maus-tratos, como no caso dos idosos negligenciados nas ILPI e dos idosos em condição de auto-negligência, cada vez mais presentes no cotidiano das grandes cidades.

A legislação brasileira, como visto na seção 4.1 é pródiga na previsão de modalidades de atendimento intermediárias de cuidados aos idosos, tais como os centros-dia e os cuidados domiciliares, porém nada se pode dizer sobre sua aplicação prática. A questão, apesar dos avanços mencionados, ainda parece inconclusa quanto ao seu espaço na divisão de responsabilidades entre as áreas da saúde e da assistência social. Uma comparação grosseira com a provisão de cuidados estatais para com o grupo “rival” – crianças– dos idosos com dificuldades para a realização das AVD sugere indiretamente a dimensão do problema. No caso das creches públicas, serviço demandado para o auxílio de famílias, normalmente de baixa renda, com o cuidado das crianças dependentes, apesar de sua presença datar de mais longa data entre as demandas sociais, de acordo com o Ministério da Educação, em 2007, estas atendiam a apenas 11% do total de crianças de zero a três anos⁸⁴. A questão dos cuidados, tanto com crianças quanto para idosos, parece cair sempre em uma fissura institucional: o cuidado das crianças pode ser entendido como um espaço marcado pela sobreposição da atuação dos responsáveis pelas políticas nas áreas assistencial e educacional; o cuidado dos idosos, por sua vez, se insere na interseção entre as políticas de saúde e assistenciais. O resultado, porém, parece levar a uma única constatação: a questão dos cuidados no Brasil não constitui uma prioridade política.

A análise empreendida no capítulo três procurou sinalizar para a priorização de programas e políticas voltados para a transferência de renda, no âmbito do sistema de seguridade social brasileiro. No plano assistencial essa priorização se reflete na estrutura orçamentária. Em 2007, serviços voltados para o cuidado, quer de crianças, portadores de deficiência ou idosos, representaram apenas 3% do gastos totais do MDS. Apesar desse montante ser claramente subestimado, pois representa apenas os gastos na esfera da União, dada a diversidade dos mais de 5000 municípios brasileiros, dos quais a maioria não possui recursos humanos ou orçamentários para o enfrentamento da questão, é razoável advogar a pouca importância dispensada a questão dos cuidados pelo Estado brasileiro.

⁸⁴ Informação obtida, no dia 5 de março de 2009, através do site:
http://www.cut.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=11538

Não se pretende dizer com isso que a provisão de renda não seja imprescindível para o bem-estar da população brasileira. O acesso a renda é sem dúvida uma das melhores formas de atendimento das necessidades básicas dos indivíduos em qualquer idade. Barros et al (2007)⁸⁵ observam, por exemplo, que os programas de transferência de renda no Brasil são um dos determinantes da queda dos níveis de desigualdade de renda da população brasileira na década de 2000, uma vez que a renda familiar dos estratos mais pobres cresceu continuamente, em contraposição à estabilidade ou queda dos rendimentos dos estratos de renda médios e superiores. Benefícios previdenciários voltados para a população rural também figuram como determinantes para a redução da pobreza no campo⁸⁶.

A universalização da seguridade social, com a provisão de renda ao idoso a cargo da previdência social ou, quando da incapacidade contributiva ao longo do período ativo, através da assistência social, assegurou ao idoso o acesso a um patamar de renda negado às populações mais jovens, especialmente em momentos de desemprego e crise em um mercado de trabalho marcado pela informalidade e precariedade como o brasileiro. Além disso, a forma como a estrutura de benefícios está estruturada hoje faz com que os aposentados sejam constituídos por um contingente cada vez mais jovem. Como salientado por Debert (1999), perdeu o sentido a idéia tradicional de que a aposentadoria era um momento da vida em que o indivíduo, por causa da idade, não tinha mais como garantir o seu trabalho. Atualmente uma significativa parcela dos aposentados são constituídos por idosos jovens, em perfeitas condições de saúde.

Faz-se necessário, no entanto, diferenciar esse novo período ativo, conformado pelos idosos sem limitações funcionais ou instrumentais para a realização das AVD, para a velhice em si, quando surgem as limitações. O acesso à renda e a possibilidade de desfrutar uma parte da idade avançada em atividade não deve obscurecer as questões próprias da idade avançada, tais como: a solidão, o abandono e a deterioração física e cognitiva. O idoso ativo está cada vez mais presente na mídia ou nos programas sociais. Vários segmentos do mercado voltados, por exemplo, para o turismo e o lazer, criam produtos especificamente voltados para os idosos. O mesmo ocorre com os programas sociais, pois da diminuta participação no orçamento da assistência social para a prestação de serviços aos idosos, uma fração não

⁸⁵ A questão tem sido objeto de diversos autores. Para maiores detalhes, consultar, por exemplo: Jaccoud, 2006; Barros & Carvalho & Franco & Mendonça, 2007; Barros & Foguel & Ulyssea, 2007; Ipea 2007, Cedeplar, 2007; Draibe, 2006; Neri, 2006, Ibase, 2008.

⁸⁶ Delgado e Cardoso Jr (2002), por exemplo, examinam a questão com muita propriedade. Outras análises interessantes podem ser encontradas em Schweitzer (2002) e Beltrão, Camarano e Mello (2005).

desprezível é voltada para o envelhecimento ativo: universidades da terceira idade, centros de artesanato, lazer, etc.

A articulação dos setores de políticas constantes do sistema de seguridade social, em um contexto de restrição orçamentária e surgimento de novas demandas, deve levar em consideração as necessidades envolvidas ao longo de todo o ciclo da vida. A provisão de creches, por exemplo, não se limita ao bem-estar das crianças, estando correlacionada principalmente com o bem-estar de seus pais, principalmente de suas mães, dada a elevada participação de domicílios formados por mulheres sozinhas ou mães com filhos. Dessa forma, a criação de uma rede de serviços voltada para os cuidados das crianças permite não apenas a participação das mulheres no mercado de trabalho, mas, também, sua participação em condições mais igualitárias. A diferença dos cuidados relativos aos idosos em relação ao cuidado das crianças, reside, principalmente em que os idosos já percorreram as demais etapas do ciclo de vida, o que se refletirá em sua idade avançada a existência ou não de uma rede de apoio familiar disponível para o seu cuidado ou não. Ausência de filhos, divórcios, recasamentos, casamentos homossexuais, entre outros aspectos da vida contemporânea colocam a premissa da questão dos cuidados de idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das AVD na pauta dos formuladores e gestores das políticas públicas no Brasil, dada a velocidade com que o problema se anuncia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil está envelhecendo, é fato. A simples visualização das pirâmides etárias apresentadas no terceiro capítulo nos leva a esse entendimento. Coortes cada vez menores de crianças e jovens dão lugar a coortes cada vez maiores de idosos. Em comparação com os países analisados no segundo capítulo, pode-se dizer que o processo de envelhecimento populacional brasileiro está ocorrendo de forma mais acelerada. Isso se deve, especialmente à queda da fecundidade mais tardia e acentuada no Brasil. Enquanto a Alemanha e a Dinamarca conviviam com taxas de fecundidade, na década de 1960, já próximas ao nível de reprodução (considerado de 2,1 filhos por mulher), o Brasil convivia, na mesma década, com taxas superiores a 6 filhos por mulher, aproximadamente o dobro da observada nos Estados Unidos na mesma ocasião. Na década de 1980 a taxa de fecundidade brasileira já havia caído à metade, encontrando-se atualmente em níveis próximos à taxa de reposição da população. Por outro lado, a progressiva queda da mortalidade, fruto dos avanços na área médica e das melhorias na qualidade de vida de forma geral, em todas as idades faz com que o próprio contingente idoso também envelheça⁸⁷. Esse envelhecimento do contingente idoso embute uma nova realidade socioeconômica, pois em nenhum outro momento da história da humanidade se conviveu com um contingente tão grande de idosos em idades tão avançadas como o que se anuncia para as próximas décadas. Isso implica, como analisado no primeiro capítulo, novos desafios para os sistemas de seguridade social.

Idosos com perda de autonomia e independência demandam o apoio de cuidadores tanto para a realização de suas atividades cotidianas quanto para a manutenção de suas condições de saúde. Essas demandas foram tradicionalmente supridas pelas famílias. A atual conformação das famílias, no entanto, mudou e, conseqüentemente, sua capacidade de cuidar de seus entes mais frágeis também. À medida que a mulher entrou para o mercado de trabalho em busca de independência financeira e de realização plena de sua carreira profissional, o

⁸⁷ Integrar novas tecnologias e tratamentos médicos nos sistemas de saúde pode representar um enorme desafio em um contexto de envelhecimento populacional. Se por um lado, essas novas tecnologias podem reduzir os custos de tratamento de certas enfermidades, por outro lado, ao possibilitar o tratamento de condições anteriormente não previstas, também podem contribuir para aumentar os gastos. Ainda que seja verdade que os sistemas de saúde terão que se adaptar ao um novo perfil etário-epidemiológico, deve se levar em conta que o aumento da esperança de vida nas últimas décadas foi acompanhado por melhorias na condição de saúde dos idosos. Algumas teorias sugerem que enfermidades severas que requerem tratamentos de saúde intensivos tendem a afetar os indivíduos apenas no final de suas vidas (União Européia - UE, 2003). A medida em que a vida é prolongada, os tratamentos de saúde tenderiam a ser postergados, ou seja, a queda da mortalidade parece ser acompanhada por uma compressão da morbidade.

tradicional modelo de família, formada pelo homem provedor e a mulher cuidadora, é rompido. Isso significa a proliferação de novas e, por vezes menos estáveis, estruturas familiares. Essa nova configuração familiar, como analisado no segundo capítulo, requer a rearticulação dos tradicionais pilares que compõem os sistemas de seguridade social – famílias, Estado e mercado – para a conformação de uma nova divisão de responsabilidades pelos cuidados dos membros mais frágeis da família. A questão dos cuidados emerge, dessa forma, em função de sua crescente escassez, pois os cuidados anteriormente restritos ao âmbito da família deixam de ser um recurso não-aparente com o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho assalariado. Tendo em mente que os três pilares da seguridade social são interdependentes, o aumento dos custos – tangíveis ou não – envolvidos na atividade de cuidar/ assistir aos idosos, em contextos de crise econômica, transformações sociais e mudanças nos contratos de gênero, sugerem que as famílias podem não conseguir arcar com a responsabilidade pelo cuidado de seus dependentes sem a ajuda do Estado e/ou a participação do mercado.

A experiência internacional indica que os custos e a complexidade institucional com políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos tendem a assumir magnitudes crescentes. Essa questão atinge tanto a países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. Além disso, a experiência internacional aponta para a necessidade de articulação entre as políticas voltadas para os tradicionais setores que compõem a seguridade social – previdência, saúde e assistência social. Nesse sentido, os cuidados de longa duração para idosos com perda de autonomia e independência enfrentam em condições desiguais os desafios inerentes à construção institucional e estrutura orçamentária em países como o Brasil, onde o desafio do financiamento desse novo risco social é agravado por condições socioeconômicas adversas, tais como a pobreza, a exclusão e a desigualdade. Dito de outra forma, ampliar o escopo da seguridade social em um contexto de qualidade precária ou quantidade insuficiente de cobertura de vários programas constantes do atual sistema, significa discutir prioridades de políticas. Por outro lado, políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos ao demandarem o afastamento das linhas de análise setoriais e fragmentadas das áreas que compõe o sistema de Seguridade Social e sua articulação, permitem a retomada dos objetivos primários de construção de um arcabouço de políticas integradas com vistas à geração do “bem-estar” para toda a sociedade.

Pode-se pensar na criação dos sistemas de seguridade social em finais do século XIX – marcadamente o adotado por Bismark na Alemanha – voltados para a superação da perda de capacidade laboral por parte dos trabalhadores, como a primeira forma de transferência de

mecanismos de proteção social da esfera privada das famílias para a esfera pública; ao passo que os programas voltados para os cuidados de longa duração criados, no fim do século XX, podem ser entendidos como uma nova transferência da esfera privada das famílias para esfera pública de uma modalidade de proteção social voltada para a perda de capacidade funcional ou instrumental dos indivíduos em lidar com as atividades do cotidiano. Nos termos de Esping Andersen (2002), enquanto, no primeiro caso, a introdução do Seguro ou Previdência Social, implicou na mercantilização da força de trabalho, esse segundo movimento em direção ao espaço público pode ser entendido como um movimento em direção à desfamiliarização da atividade de cuidar. Esse movimento em direção a desfamiliarização, no entanto, requer, em alguma medida a mercantilização de uma atividade não reconhecida ou valorizada adequadamente pela sociedade. A proteção social dos indivíduos ao longo de todo o seu ciclo de vida, no entanto, envolve, na atualidade, a articulação desses dois movimentos, pois a perda da capacidade funcional ou instrumental para a realização das AVD extrapola a fronteira da garantia de renda nos casos de perda da capacidade de trabalho e dos cuidados estritamente relacionados com a saúde ao mesmo tempo em que restringe a participação de importantes contingentes populacionais – mulheres – no mercado de trabalho.

Enquanto o acesso à renda parece ser uma questão bem equacionada tanto nos países desenvolvidos analisados quanto no Brasil, questões envolvendo a prestação de serviços de saúde para idosos e, principalmente, sua articulação com a provisão de bens e serviços na área assistencial e previdenciária demonstra-se bastante mais complexa. A previdência social foi pensada como um mecanismo de reposição de renda para os casos de perda da capacidade de trabalho, porém o envelhecimento de crescentes contingentes populacionais com perda de autonomia e independência impõe novas demandas financeiras não previstas, com importantes impactos para a renda dos idosos beneficiários da previdência social e, também, de suas famílias. Os sistemas de saúde, por sua vez, tendem a concentrar esforços, na maioria dos casos, para a cura dos pacientes, o que não é possível nos casos de doenças crônico-degenerativas, quando o tratamento não visa à cura e sim à promoção das melhores condições de vida possíveis com convivência com a doença. Da mesma forma, os mecanismos assistências, atuam como “coadjuvantes principais”, pois apesar de à primeira vista parecerem protagonizar as políticas voltadas para os cuidados de longa duração dos idosos, não são capazes de fazê-lo de forma isolada das políticas de renda e de assistência à saúde.

A análise das experiências da Alemanha, Dinamarca e Estados Unidos, apresentadas no segundo capítulo, apontam para o entendimento da demanda por cuidados de longa duração no âmbito dos sistemas de seguridade social. Certamente, são bastante evidentes as

diferenças na conformação institucional dos sistemas de cada um dos países, porém os desafios para a articulação multidimensional das necessidades dos idosos com perda de autonomia e independência estão presentes em todos. A análise dos três países selecionados permite a identificação da questão dos cuidados de longa duração nos três modelos associados à tipologia desenvolvida por Esping-Andersen (1990).

Dentre os países analisados, a Dinamarca caracteriza-se por contar com o sistema mais amplo de seguridade social, com cobertura universal dos riscos e de sua população. A prestação dos cuidados de longa duração aos idosos é de responsabilidade estatal, sendo sua operacionalização de responsabilidade das administrações locais e, alicerçada na prestação de bens e serviços não contributivos. A responsabilidade familiar pelo cuidado dos idosos é subsidiária à responsabilidade do Estado, ao contrário do observado nos demais países. Isso permitiu uma melhor assimilação de questões como a institucionalização dos idosos e, posteriormente, a sua *desinstitucionalização*. Ao longo da década de 1980, como já mencionado no segundo capítulo, aproximadamente 20% da população dinamarquesa com idade avançada residia em ILPI, porém, em função dos seus crescentes custos, a partir de 1987, as políticas voltadas para os cuidados com os idosos passaram a priorizar a construção de uma estrutura de cuidados domiciliares. Essa nova estrutura de cuidados permite aos idosos residirem em seus próprios lares ou em casas para idosos (que corresponderiam às nossas repúblicas), onde se pode contar com a assistência profissional de enfermagem e de serviços domésticos gerais. Além disso, a política dinamarquesa de cuidados de longa duração prevê programas voltados para o apoio dos cuidadores informais (familiares ou não).

A Alemanha exemplifica o modelo conservador baseado em mecanismos securitários. Em 1994 foi incorporado ao sistema um seguro voltado para os cuidados de longa duração (SCLD), co-financiado, a exemplo dos demais programas constantes, pelos empregados e empregadores através de uma alíquota de 1,7% sobre os salários. Porém, como a perda de capacidade instrumental ou funcional para realizar as atividades da vida diária não representa um risco associado ao mercado de trabalho, a sua implementação contou com o cancelamento de um feriado nacional como forma de compensação ao setor produtivo pela incorporação de mais uma contribuição para o sistema. Até a aprovação do novo seguro, a prestação dos cuidados de longa duração era de responsabilidade das administrações locais, sendo os mesmos focalizados nos idosos com restrições de renda. Com o crescimento da população de idosos com perda de autonomia e independência e com os custos que essa perda de autonomia e independência impõe para os cuidados dos idosos, tornaram-se crescentes os constrangimentos de ordem financeira e emocional para as famílias arcarem com a

responsabilidade pelos cuidados. A ampliação da cobertura passou a fazer parte da pauta das políticas sociais, também em função da pressão dos planos de saúde por soluções que buscassem evitar internações hospitalares de longa duração. A provisão dos cuidados de longa duração pelo setor privado, por meio de seguros voluntários, por sua vez, não obteve resultados expressivos na Alemanha. A aprovação do novo seguro, em bases compulsórias, promoveu, dessa forma, a expansão dos serviços voltados para os cuidados de longa duração a todos aqueles que necessitem de alguma assistência para a execução das AVD. A avaliação das condições dos demandantes e extensão das necessidades de tratamento é de responsabilidade dos seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. São previstas três as modalidades de serviços a serem prestados: auxílios de enfermagem; auxílios para tratamentos domiciliares; pagamento de cuidados institucionais integrais. Também se percebe na Alemanha a preocupação com os cuidadores. Estes contam com o reconhecimento, por parte do Estado, da prestação dos cuidados para fins previdenciários.

O caso do sistema norte-americano foi selecionado por exemplificar um sistema liberal, com ampla participação do mercado. Nos Estados Unidos, a participação dos seguros de saúde privados convive com a provisão dos serviços públicos de saúde para os grupos sociais mais vulneráveis, quer por critérios de renda – *medicaid* – para os indivíduos sem capacidade contributiva, quer por critérios de idade – *medicare* – como no caso da atenção aos idosos. Essa dicotomia é replicada para a questão dos cuidados de longa duração: idosos pobres com perda de capacidade funcional ou instrumental são atendidos por programas assistenciais públicos de qualidade questionável, ao passo que idosos com melhores condições de renda dispõem de uma infinita gama de programas e modalidades prestadas pelo setor privado. Verifica-se nos Estados Unidos a fragmentação entre as políticas de saúde e assistência social. O *medicare* cobre apenas alguns serviços diretamente relacionados com a área de saúde: enfermagem, fisioterapia, etc. Enquanto o *medicaid*, por suas características assistenciais, pois é voltado para a população carente, prove desde a assistência médica até a provisão de alguns cuidados pessoais. Nesse caso, por atender a uma população residual, os programas públicos são formulados e administrados, como característico do federalismo norte-americano, de forma completamente descentralizada. Uma característica da sociedade norte-americana que merece destaque, no entanto, é seu alto grau de associativismo e articulação do voluntariado.

Apesar das marcantes diferenças entre as opções de políticas assumidas por cada um dos modelos, é possível perceber algumas tendências comuns a todos as experiências: a busca por um novo equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas no cuidado dos idosos; o

entendimento de que as alternativas que mantenham os idosos em seus próprios lares e/ou comunidades são preferenciais a institucionalização dos idosos, em função tanto das possíveis reduções com os custos do atendimento quanto como forma de assegurar o bem estar dos idosos; a profissionalização da atividade de cuidar; a valorização do papel dos cuidadores informais, principalmente familiares; e a urgência do desenvolvimento de programas informativos e de apoio voltados para os mesmos.

A profissionalização da atividade de cuidar e a valorização dos cuidadores informais, normalmente familiares dos idosos, remetem a um importante aspecto a ser analisado: as questões de gênero. No âmbito das resoluções da 89ª. Sessão da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2001, voltadas para a seguridade social, foi reafirmada a posição de que a melhor forma para assegurar a garantia de renda para indivíduos em idade ativa consiste no trabalho assalariado e para que esse se dê em condições de participação igualitárias, entre homens e mulheres, faz-se necessário reconhecer o papel da mulher enquanto cuidadora não remunerada dos membros vulneráveis da família – crianças, portadores de deficiência e idosos. Medidas voltadas para um tratamento mais equânime entre homens e mulheres no mercado de trabalho e na Previdência Social devem levar em consideração o impacto das interrupções nas carreiras das mulheres em função da maternidade e do cuidado das crianças e idosos.

As profundas transformações observadas na sociedade brasileira nas últimas décadas, como analisado no terceiro capítulo, tais como a verticalização das famílias, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e o envelhecimento populacional, colocam a questão da provisão dos cuidados de longa duração para a população idosa com limitações instrumentais e/ou funcionais na agenda dos formuladores e gestores de políticas públicas também em nosso país. Esse contingente, como se tentou demonstrar no quarto capítulo, é já bastante significativo. Em 2003, dos aproximadamente 11,6 milhões de idosos brasileiros com 65 anos ou mais de idade, 4,8 milhões (ou 40% dos idosos) apresentavam dificuldades instrumentais para a realização das AVD e 1,9 milhão (ou 20%) apresentavam dificuldades funcionais. Para a faixa etária dos idosos com 80 anos ou mais de idade, aproximadamente ¾ das idosas e 65% dos idosos apresentavam dificuldades instrumentais ou funcionais para a realização das AVD. No entanto, as informações disponíveis sobre esse contingente da população ainda são escassas e pouco focalizadas na questão da perda de autonomia e independência⁸⁸.

⁸⁸ A possibilidade de sistematização das informações coletadas pela Caderneta de Saúde do Idoso pode vir a representar uma boa fonte para a identificação da população idosa em condição de risco.

A cobertura praticamente universal do sistema de seguridade social brasileiro no que se refere à garantia de renda na idade avançada, como demonstrado no terceiro capítulo, tem levado o idoso a um importante protagonismo no que se refere à provisão da renda familiar (CAMARANO, 2002). Porém, como salientado no quarto capítulo, principalmente no caso dos idosos por perdas de autonomia e independência, a renda familiar não parece ser suficiente para arcar com os custos necessários para a provisão de seus cuidados – remédios, disponibilidade de atenção integral por parte de um dos familiares, enfermagem, transporte, entre outros. A potencial fonte de apoio proporcionada pela co-residência dos idosos no Brasil, ainda que pouco possa ser dito em termos qualitativos, reafirma a preponderância das mulheres enquanto cuidadoras. Enquanto grande parte do apoio aos idosos com limitações funcionais e/ou instrumentais parece vir de suas cônjuges, normalmente idosas; no caso das idosas, esse apoio potencial parece ser principalmente provido por seus filhos. Nesse caso, tende a crescer a participação da provisão de cuidados por parte dos filhos e a se intensificarem as transferências intergeracionais. Por um lado, isso pode corresponder a uma alternativa positiva dado o enxugamento do papel do Estado e suas crescentes restrições orçamentárias. Por outro lado, pode implicar em um aumento das tensões internas na família, pois não constam do *roll* das políticas públicas disponíveis para a sociedade brasileira formas de apoio à família que a auxiliem no enfrentamento dessas novas demandas.

A institucionalização, ou asilamento dos idosos, por sua vez, não parece ser uma alternativa presente na vida da grande maioria dos brasileiros tanto em função da insuficiência da oferta, pois como foi mostrado no quarto capítulo estima-se que uma porcentagem inferior a 1% dos idosos residam em ILPI, quanto em função de sua qualidade. Verifica-se, de forma geral, uma deficiência por parte do Estado brasileiro em prover esses serviços, bem como em fiscalizar e monitorar a provisão privada (quer seja esta provisão com fins lucrativos ou não) de forma a assegurar padrões de qualidade adequados quanto a infraestrutura física e de recursos humanos das instituições. Não basta criar o arcabouço regulatório. Para dar efetividade à política é necessário que a essa criação do arcabouço regulatório se siga a implantação de um sistema de monitoração e fiscalização que permita uma melhor articulação entre órgãos públicos e demais instâncias participativas, por exemplo os Conselhos de Idosos. Para tanto, é imprescindível a articulação das ações entre as áreas que compõem o Sistema de Seguridade Social. Cabe ao setor saúde tanto a atuação da vigilância sanitária, como forma de assegurar o comprometimento dos prestadores de serviços com padrões sanitários definidos pelo poder público, quanto à atenção integral das demandas por serviços de saúde aos idosos

asilados. No plano assistencial, como grande parte das ILPI contam com subsídios públicos para seu funcionamento, cabe ao Estado garantir o bom aproveitamento desses recursos.

A comparação da experiência com políticas voltadas para os cuidados de longa duração implementadas na Alemanha, Dinamarca e Estados Unidos, permite traçar um paralelo das alternativas disponíveis para o caso brasileiro. A opção alemã, implica incorporar e/ou construir um novo programa ao sistema de seguridade social, com correspondentes alíquotas de contribuição, quer em regimes de capitalização ou repartição, que envolvam minimamente os preceitos de solidariedade intergeracional típicos de um sistema securitário compulsório. Essa opção parece sinalizar para um melhor equacionamento dos custos envolvidos no cuidado dos idosos com perdas funcionais e/ou instrumentais, porém a possibilidade de adoção de um seguro voltado para os cuidados de longa duração se defronta com dois potenciais obstáculos. Por um lado, qualquer tentativa de incorporação de novos riscos e, conseqüentemente, alíquotas incorre em inúmeros vetos e resistências por parte, principalmente, dos poucos contribuintes do sistema e da baixa capacidade contributiva da grande maioria dos mesmos, como analisado no terceiro capítulo. Por outro lado, os custos de provisão de benefícios e serviços para idosos com perda de capacidade funcional tende a ser alto, o que em uma sociedade marcada pela desproteção social de expressivos contingentes populacionais pode vir a representar uma enorme pressão pelo aumento da provisão de serviços públicos e benefícios na esfera assistencial, como o demonstra a experiência internacional apresentada no segundo capítulo. A opção pela promoção de um mercado de seguros privados voluntários não se mostrou promissora, como demonstrou a experiência alemã.

De qualquer forma, são prementes a promoção, ampliação e fortalecimento do conjunto de serviços voltados para os cuidados de longa duração no Brasil, quer através da provisão pública ou privada. A opção pelo mercado, como no caso norte-americano não parece ser o mais adequado para um país como o Brasil, onde aproximadamente 1/3 da população vive em condição de pobreza estando, portanto, alijada da participação no mercado. Mesmo no caso dos idosos, em que a incidência da pobreza é menor do que a observada para o resto da população, uma renda média de dois salários mínimos certamente não os habilita a buscar serviços de cuidados de longa duração no mercado. Além disso, a disponibilidade do mercado brasileiro, se tomarmos como exemplo a questão da institucionalização dos idosos, se demonstra bastante precária, pois as estimativas analisadas indicam que menos de 1% da população idosa brasileira reside em ILPI.

A opção dinamarquesa pela provisão de bens e serviços públicos em bases universais esbarra nas restrições orçamentárias no plano das políticas de saúde e, principalmente, das políticas assistenciais. O abismo existente entre as políticas sociais vigentes no Brasil e a Dinamarca não nos permite identificar na política dinamarquesa uma alternativa viável para a questão, no curto e médio prazos no Brasil, dadas as decantadas restrições orçamentárias e fiscais com as quais se depara o Estado brasileiro. Nesse sentido, políticas voltadas para os cuidados de longa duração no Brasil devem levar em consideração dois importantes aspectos para sua implementação: tendo em vista tratar-se de uma área que requer a abordagem multidimensional é necessário que a sua formulação busque a articulação intersetorial, principalmente das áreas de saúde e assistência social, como forma de evitar sobreposições de política e racionalizar os recursos disponíveis; por outro lado, mais do que nunca, é necessário que a questão da co-responsabilidade pelo financiamento das políticas executadas de forma descentralizada no âmbito do Sistema de Seguridade Social brasileiro seja equacionada. Se, pelo lado da Saúde, a aprovação da EC-29 pode ser entendida como um primeiro passo nessa direção, apesar dos percalços que marcam a sua implementação; a área assistencial, por sua vez, não conta com a delimitação de responsabilidades entre os níveis de governo.

Como se tentou demonstrar no quarto capítulo apesar da legislação brasileira ser profícua na garantia e previsão dos serviços, a capacidade de atendimento da população para a efetiva prestação desses serviços é bastante reduzida. O atendimento dos idosos com perda de capacidade instrumental e/ou funcional é prevista no âmbito da Assistência Social através do programa de Proteção Social Especial de média complexidade – centros dia e cuidados domiciliares – e alta complexidade – repúblicas, ILPI, entre outras. No, entanto, dada a baixa capacidade do Estado em monitorar e acompanhar a implementação das políticas públicas, especialmente no campo da prestação de serviços assistenciais, não é possível fazer inferências sobre a capacidade de cobertura, nem tão pouco sobre as características do funcionamento dessa rede de proteção. Como salientado por Batista et al. (2008) não existem hoje, no país, estudos que identifiquem a totalidade dos serviços públicos assistenciais existentes, quer na rede pública ou privada.

A experiência norte-americana, ainda que não seja particularmente atraente para o caso brasileiro, dados os impressionantes níveis de desigualdade ainda presentes na sociedade brasileira, parece ser a que mais se aproxima de nossa atual realidade. A simples não opção pela incorporação das demandas voltadas para os cuidados de longa duração no conjunto de políticas e programas que compõem o sistema de seguridade social brasileiro remetem ao

modelo residual e dicotômico vigente nos Estados Unidos. O principal diferencial brasileiro reside na magnitude do percentual do contingente de idosos com perdas de capacidade instrumental e/ou funcional para a realização das AVD que não terão acesso aos serviços ou quando o tiverem este se dará, provavelmente, em condições precárias.

Para que se possa avançar no debate sobre os cuidados de longa duração voltados para uma população idosa crescente, como a brasileira, faz-se necessário rediscutir e redefinir uma série de parâmetros do atual sistema de seguridade social, em especial, a expressiva parcela de trabalhadores informais aliados do mesmo. A informalidade presente no mercado de trabalho, associada a uma visão de curto-prazo dos membros do executivo e legislativo resultou em alíquotas de contribuição para o sistema de seguridade social brasileiro, já bastante elevadas e concentradas no setor produtivo formal, o que dificulta a incorporação de qualquer nova alíquota ou risco ao sistema. O precário equilíbrio, ou resultado, do sistema de seguridade social brasileiro precisa ser revisto e sua estrutura de benefícios e serviços analisada a luz das tendências demográficas, sociais e econômicas que se vislumbram para os próximos 10, 20 ou 30 anos.

A valorização e incorporação dos cuidadores informais, especialmente os de baixa renda, demanda a articulação das três áreas de política que compõem o sistema de seguridade social brasileiro. No campo da saúde, é possível pensar na reestruturação do PSF, de forma a que os mesmos atuem no campo do atendimento domiciliar tanto na provisão de cuidados técnicos para os idosos quanto na preparação e apoio aos cuidadores informais. A previsão de benefícios pecuniários aos cuidadores, por sua vez, deve ser pensada de forma articulada entre áreas de previdência e assistência social, pois se podem pensar alternativas combinadas que levem em consideração os períodos despendidos com o cuidado de familiares dependentes para fins de aposentadoria, combinadas com modalidades de benefícios a serem integrados ao PBF. Qualquer que seja a opção, no entanto, é necessário construir um arcabouço institucional para o sistema de seguridade social brasileiro que funcione, realmente, de forma sistêmica. Somente assim será possível pensar a incorporação desta nova e latente demanda da sociedade brasileira – os cuidados de longa duração voltados para os idosos com perda de autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. e ARAÚJO, C H. *Bolsa-Escola: educação para enfrentar a pobreza* . UNESCO, Universidade Católica de Brasília, Observatório de Violências nas Escolas, 2002
- ARANÍBAR (2001) *Acercamiento Conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. CEPAL, Población y Desarrollo, n. 21, Santiago do Chile, Chile.
- ARRIAGADA, I. *Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*. Naciones
- ARTS, W. e J.GILLESSEN. Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-art Report. In Pierson, C. e F. Castles (eds.) *The Welfare State Reader*, Polity Press, 2a Edição, 2007. pp.175-198.
- ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.
- BANCO MUNDIAL *Keeping the promise of old age income security in Latin America*. Washington, D.C.,2004.
- BANCO MUNDIAL. *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote the growth*. Washington, D.C., 1994.
- BARRIENTOS, A. The Changing face of pensions in Latin America: design and prospects of individual capitalization pension plans. *Social Policy and Administration*, vol. 31, no. 4, 1997
- BARROS, R. P. de, CARVALHO, M. *Desafios para a política social brasileira*. IPEA, 2003 (Texto para Discussão, 985).
- BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R., SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 221-250, 1999.
- BATISTA ET AL. *Envelhecimento e Dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília, MPS, SPPS, 2008.
- BEAUVOIR, S. *A Velhice: As relações com o Mundo*. Divisão Européia do Livro, São Paulo, Brasil.1970
- BELTRÃO, K. I., A. A. CAMARANO e S. KANSO *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX.*. Rio de Janeiro, IPEA, 2004 (Texto para discussão nº 1034)
- BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO, E. J. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da Seguridade Rural. *Texto apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População*, Caxambu, MG, 18-20 de setembro, 2004.
- BELTRÃO, K. I., ET AL. *Fontes de Financiamento da Seguridade Social*. CEPAL/MPAS, Brasília, 1993
- BENGSTON, V. L. Is the “contract across generations” changing? Effects of population aging and obligations and expectations across age groups. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

- BENGSTON, V. e MARTIN, P. Families and intergenerational relationships in aging societies: comparing the United States with German-speaking countries. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Volume 34, Number 3 / June, 2001
- BENITO, S.M.R. e ORTIZ, L.P. La reducción de la jornada laboral como forma de creación de empleo: una revisión del debate actual .In J. G. Sequeiros Tizón e F. I. González Laxe (coord) *Orden económico mundial : globalización y desarrollo*, 2004 pp. 681-696
- BERTRANOU, F. Restricciones, Problemas Y Dilemas De La Protección Social En América Latina: Enfrentando Los Desafíos Del Envejecimiento y La Seguridad De Los Ingresos. *Bienestar y Política Social*, Vol 1, Núm. 1, 2005. pp. 35-58.
- BEVERIDGE, W. Las bases de la seguridad social. México, Fondo de Cultura Económica; 1987.
- Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID –Relatório: *Progresso Sócioeconômico na América Latina*, 1991.
- BLONDAL e SCARPETA, P. *The retirement decision in OECD countries*, OECD Economics Department Working Paper no. 20, 1998
- BOBBIO N. Dicionário de Ciência Política, Ed. UNB, 1995
- BOURGUIGNON, F.; CICOWIEZ, M.; DETHIER, J-J.; GASPARINI, L.; PESTIEAU, P. *Allegiants old age poverty in Latin America*. Trabalho apresentado na Conferência Keeping the Promise of Old Age Security in Latin America, Bogotá, Colombia, 22 e 23 de junho, 2004.
- BRASIL. *O gasto social do governo central: 2001 e 2002*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica, 2003.
- BRASIL.. Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*.2002
- BRASIL.. *Informe nacional brasileiro*. Elaborado para a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Madri, Espanha, 2002.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Economia política do gasto social do governo federal no Brasil desde 1980/85. *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 101-110, 2003.
- BRUNDAGE, A. *The English poor laws, 1700-1930*. Palgrave, 2002
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, Rio de Janeiro: v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
- CAMARANO A A, KANSO S. e MELLO, J. Quão Além dos 60 Poderão Viver os Idosos Brasileiros? In CAMARANO, A.A. (org.) *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?*. Ipea, Rio de Janeiro, 2004. pp.56-87
- CAMARANO, A. A. Social policy and the wellbeing of older people at a time of economic slowdown: the case of Brazil. In: LLOYD-SHERLOCK (Ed.). *Living longer: ageing, development and social protection*. United Nations Research Institute for Social Development, 2004.
- CAMARANO, A. A. The impact of changes in brazilian legislation on non-contributory pensions for family well-being and development. *Texto apresentado em Forum de Valencia*, Valência, Espanha: 1-4 de abril de 2002.

- CAMARANO, A. A., KANSO, S. K. Família com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2003 (Texto para Discussão,950).
- CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 281-304, 1999.
- CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?* Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 883).
- CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Social support networks of older persons: the role of the state, the family and community*. 2003 (unpublished manuscript).
- CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Envelhecimento Funcional e Suas Implicações Para a Oferta da Força de Trabalho Brasileira*. IPEA, Rio de Janeiro, 2008 (texto para discussão no. 1326)
- CAMARANO, A. A.. *Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 878).
- CAMARANO, A. A.. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista de Estudos Avançados*,v. 17, n. 49, dez. 2003.
- CAMARANO ET AL. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-168.
- CAMARANO A. A. ET AL. Idosos Brasileiros – Indicadores de Condições de Vida e de Acompanhamento de Políticas. Brasília, Presidência da República / Secretaria Geral de Direitos Humanos/Subsecretaria de promoção e defesa dos direitos humanos, 2005
- CAMARANO A A. Instituições de Longa Permanência e Outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In *Idosos no Brasil – vivencias, desvios e expectativas na terceira idade*. Editora Perseu Abramo, Edições SESC. São Paulo, 2007. pp. 169-190
- CAMARANO, A.A e PASINATO, M T. O envelhecimento populacional na Agenda das Políticas In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 375-392
- CAMARANO, A A , PASINATO, M T e LEMOS V. R. Cuidados de Longa Duração para a população idosa: uma questão de gênero? In Néri, A. L. *Qualidade de Vida na Velhice: enfoque multidisciplinar*. Editora alínea, 2007. pp. 127-150.
- CAMPBELL, A. L. e MORGAN, K. Federalism and the Politics of Old-Age Care in Germany and the United States. *Comparative Political Studies*, Vol. 38, No. 8, 2005. pp. 887-914.
- CARNEIRO, I. G., KNUDSEN, L. B., OSÓRIO, R. G. ‘Late-Stayers’: who are they? — *The home leaving process in Brazil and Denmark*. Research Report, 24. Danish Center for Demographic Research, 2002.
- CASTEL, R. *As Metamorfozes da questão social*. Ed. Vozes, 4a. edição. 1999
- CEPAL. *Las Personas Mayores en America Latina y El Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las Políticas*. Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento, Santiago do Chile, 19 a 21 de novembro de 2003.

- CEPAL. *Polación, Envejecimiento y Desarrollo*. Trigésimo Período de Seções da CEPAL. San Juan, Porto Rico, 28 de junho a 4 de julho 2004.
- CEPAL *La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidariedad*. Trigésimo Primeiro Período de Seções, Montevidéu, Uruguai, 20 a 24 de março de 2006.
- CIRIZA, A. A propósito de Jean Jacques Rousseau: contrato, educação e subjetividade. In: Atilio A.(org) *Filosofia política moderna*. De Hobbes a Marx Boron, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; DCP-FFLCH, Departamento de Ciencias Políticas, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, USP, Universidade de Sao Paulo. 2006. Disponível em: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/filopolmpt/05_ciriza.pdf
- CNBB. *Situação de abrangência da 3a idade*. Coordenação Nacional da Pastoral da Terceira Idade, Curitiba, mar. 2004.
- COHN, A. (1981) *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. 1ª ed., São Paulo, Editora Moderna.
- CORSEUIL, C. H., FOGUEL, M. N. *Uma sugestão de deflatores para rendas obtidas a partir de algumas pesquisas domiciliares do IBGE*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 897).
- CUELLAR, A E e WIENER, J M. Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, Vol 19, Issue 3, 2000. pp.8-25
- CUTLER, D. M. e MEARA, E. *Changes in the Age Distribution of Mortality Over the 20th Century*. NBER Working Paper No. W8556 2001
- DAIN (2003) Correção de Rota. *Revista Teoria e Debate* nº 53 - março/abril/maio de 2003.
- DALY, M (ed) *Care Work: the quest for security*. OIT, Genebra, 2001
- DALLINGER, U. *Elderly care in the family in Germany*. Paper contributed to :COST 13A Meeting in Copenhagen, 19 de abril de 2002
- De VOS, S. Extended family living among older people in six Latin American Countries. *Journal of Gerontology*, v.45, n.3, p. 587-94.
- De VOS, S. *Kinship ties and solitary living among unmarried elderly women: evidence from Chile and Mexico*. Center for Demography and Ecology — CDE University of Wisconsin-Madison, 1998 (Working Paper, 98-20).
- De VOS, S., HOLDEN, K. Measures comparing the living arrangements of the elderly. *Population and Development Review*, v. 14, n. 4, p. 688-704, 1998.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Universidade de São Paulo: São Paulo Press, Fapesp, 1999.
- DELGADO, G. C.; CARDOSO JÚNIOR, J. C. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, A. A.(Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 319-343.
- DELGADO, G. C.; CARDOSO JÚNIOR, J. C.. O Idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.p. 293-320.
- DELGADO, G., CARDOSO Jr., J. C. *A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

- DELGADO, G. ET AL *Avaliação de Resultados da Lei do Fator Previdenciário (1999-2004)* IPEA. 1161, Brasília, 2006. (Texto para Discussão no 1161)
- DESA. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat. *World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization*. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpp>>. Acesso em: 31 de julho de 2006.
- DEUD, C. *Previdência Social: Dez anos de Reformas Análise das Normas Adotadas no Período e Seus Impactos Sobre a Despesa com Benefícios*. Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais – FLACSO, México, 2007
- DINAMARCA. *Questionnaire on health and long-term care for the elderly*. Ministry of the Interior and Health and Ministry of Social Affairs and Gender Equality, Aug. 2002.
- DINAMARCA. *National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion*, Setembro, 2006
- DINAMARCA. *Report n Health and Long-Term Care in Denmark*, abril de 2005
- DIOGO, M. J. E., DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de *et alii* (orgs). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 762-767, 2002.
- DOMINGUES M. A. e DERNTL, A. M. *RENADI: Compreensão e perspectivas* In CNDI Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios – Texto Base para a II Conferencia Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, 2008. pp. 7-11
- DOYLE, M e TIMONEM, V. *Home Care for Ageing Populations: A comparative analysis of domiciliary care in Denmark, the United States and Germany*. MPG Books Ltd. Reino Unido, 2007
- DRAIBE, S.M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. IPEA/Iplan, 1989.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. *Para a década de 90 — prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília, 1990.
- DRAIBE, S.M , M.H.C. GUIMARÃES e B. AZEVEDO. *O Sistema de Proteção Social no Brasil*. Campinas: NEPP/Unicamp, 1991
- DRAIBE, S M. *Brasil: O Sistema de proteção social e suas transformações recentes*. Serie Reformas de Políticas Públicas no. 14, Santiago do Chile, CEPAL, 1992
- DRAIBE, S M e RIESCO M. *Estado de Bienestar, Desarrollo Económico y ciudadanía: Algunas Lecciones de La Literatura Contemporânea*. Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), Caderno no. 77, 2006.
- DRAIBE, S M. *Brasil 1980 – 2000: Proteção e Insegurança em Tempos difíceis*. Nepp, Unicamp, Caderno no. 65, 2005
- DRAIBE, S M. *América Latina: O sistema de proteção social na década da crise e das reformas*. Nepp, Unicamp, caderno no. 30, 1995
- DRAIBE, S M. *Desenvolvimento Humano e Bem-Estar Social; Orientações e Estratégias de Política Social*. Nepp, Unicamp, caderno no. 72, 2005

- DRAIBE, S M. *América Latina na Encruzilhada: Estaria Emergindo um novo Estado Desenvolvimentista de Bem-Estar? Observações sobre a proteção social e a integração regional*. Nepp, Unicamp, Caderno no. 78, 2006.
- DRAIBE, S. M. Uma Nova Institucionalidade das Políticas Sociais? Reflexões a propósito da experiência latinoamericana recente de reformas e programas. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 11, n. 4, 1997, p. 3-15.
- DRAIBE, S M. e HENRIQUE, W. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *RBCS* no. 6, vol. 3, 1988. pp.53-78
- DURKHEIM, E. *Da Divisão do Trabalho Social*. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 2a. edição. 1999.
- ESPING-ANDERSEN, G. *et alii. Why we need a new welfare state*. Oxford University Press, 2002.
- ESPING-ANDERSEN, G., SARASA, S. The generational conflict reconsidered. *Journal of European Social Policy*, v. 12, n. 1, p. 5-21, 2002.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- ESPING-ANDERSEN, G. *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press, NY, 1999
- ESPING-ANDERSEN, G. ET AL. *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press, New York, 2002
- ESPING-ANDERSEN, G. El Estado de bienestar en el siglo XXI. 2006 (revista eletrônica acessada em 27 de outubro de 2008) <http://www.ctescat.net/scripts/larevista/imprimir.asp?cat=20&art=498>
- ESPING-ANDERSEN, G. Uma perspectiva transatlântica da política de privatização latino-americana. In: Coelho, V.S. (org.) *A Reforma da Previdência Social na América Latina*, FGV Editora, Rio de Janeiro, 2003. pp. 13-26
- ESPING-ANDERSEN, G. La Política Familiar y la Nueva Demografía. Consecuencias de la Evolucion demográfica en la Economía, *ICE* mayo-junio, no. 815, 2004. pp. 45-60.
- ESPING-ANDERSEN, G. A welfare state for the twenty-first century. In Pierson, C. e F. Castles (eds.) *The Welfare State Reader*, Polity Press, 2a Edição, 2007. pp.434-454.
- FARIAS, Pedro C. L. A Seguridade Social no Brasil e os obstáculos institucionais à sua implementação. *Cadernos ENAP* no. 11. Brasília, MARE/ENAP, 1996.
- FAVERET, A C de S C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Apr. 2008.
- FERRERA, Maurizio e RHODES, Martin. *Recasting European Welfare States*. Frank Cass Publishers, Londres, Reino Unido, 2000.
- FERRERA, M The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, Vol. 6, No. 1, 1996. pp.17-37
- FILGUEIRA, Carlos e Andrés PERI. *América Latina: Los rostros de la pobreza y sus causas determinantes*. CEPAL: Série Población y Desarrollo, no. 54, 2004

- FILIZZOLA M. *A velhice no Brasil*, 1970.
- FIORI, J. L. Estado de Bem-Estar Social: Padrões e Crises. *PHYSIS*, Rio de Janeiro, vol. 7, no. 2, 1997. pp. 129-147.
- FLEURY, S. *Estado (sem) cidadãos*. Ed. Fiocruz. 1994
- FLEURY, S.M. (1989). Assistência na Previdência Social: Uma Política Marginal. In Sposati (Org.) *Os direitos dos (des)assistidos sociais*. São Paulo, Ed. Cortez
- FOX, L., PALMER, E. *New approaches to multipilar systems: what in the world is going on?* 2000, mimeo.
- GIBSON, M. J., GREGORY, S. R., PANDYA, S. M. *Long-term care in develop nations: a brief overview*. Washington D.C. 2003 (AARP Working Paper, 13).
- GIDDENS, A. *Beyond left and right*. Cambridge: Polity, 1994.
- GIERVELD, J. de J., DE VALK H. BLOMMESTEIJN, M. Living arrangements of older persons and family support in more developed countries. *Population Bulletin of the United Nations*, Special Issue, 42-43, 2001.
- GIERVELD, J. de J., DYKSTRA, P. *What impact does longer life have on family, and informal care giving by children in particular?* Mimeo, 2003.
- GOERK, L. Introduccion del seguro de asistencia de larga duracion en Alemania:una interpretacion economica. *Revista Internacional de Seguridad Social* vol. 49, no. 4, 1996 pp. 29-44
- GOLDANI, A. M. Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidades. *Como Vai? População Brasileira*, Brasília: IPEA, ano III, n. 3, p. 14-23, dez. 1998.
- GOLDANI, Ana Maria. Contratos Intergeracionais e Reconstrução do Estado de Bem-Estar. Por que se Deve Repensar essa Relação para o Brasil? In Camarano (org.). *Os novos idosos brasileiros:Muito além dos 60?*. IPEA. Rio de Janeiro. Brasil, 2004 pp.353-410.
- GOLDANI, Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, pp. 75-114.
- GOLDANI,. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n.1, jan./jun. 2002 pp. 29-48.
- GOLDMAN, S. N. *Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania*. Olinda, Pernambuco: Editora Livro Rápido, 2003.
- GORDON, L. *Women, the state and welfare*. The University of Wisconsin Press, 1990.
- GROISSMAM D. Asilos de Velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 2, 1999. pp.67-87.
- GRUNDY E. (2002). Living arrangements and the health of older persons in developed countries. In: *Population Bulletin of the United Nations – Special Issue n° 42/43*.
- GRUNDY Emily e Cecilia TOMASSINI (2003) *El Apoyo Familiar De Las Personas De Edad, En Europa: Contrastes E Implicaciones*. CEPAL, Notas de Población No. 77, Santiago do Chile

- HAKKERT, R.; GUZMÁN, J. M. (on line). *Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina*. México, D.F.: Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe, (Working Papers Series CST/ LAC, n. 21).
- HAREVEN, T. K. Aging and generational relations: a historical and life course perspective. *Annual Review of Sociology*, v. 20, p. 437-461, 1994.
- HENDRICKEN, C. e VASS, M. Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 2005. pp. 31-33
- HOLZMANN, Robert, e Richard HINZ. *Old-Age Income Support in the 21st Century. An Internacional Perspectiva on Pension Systems and Reform*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005.
- IACOVU, M. *The living arrangements of Elderly Europeans*. EPAG, 2002 (Working Paper, 8).
- IPEA Brasil - O Estado de Uma Nação, 2006.
- IPEA PNAD 2007: Primeiras Análises, vol. 3 – Demografia e Gênero. *Comunicado da Presidência* no. 11, 2008.
- IPEA/SEDH. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos: Região Norte*. Coordenação Geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2007
- IPEA/SEDH. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos: Região Centro-Oeste*. Coordenação Geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008
- IPEA/SEDH. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos: Região Sul*. Coordenação Geral Ana Amélia Camarano – Brasília: IPEA; Presidência da República, 2008
- JACOBZONE, CAMBOIS e ROBINE (2000) *Is The Health Of Older Persons In Oecd Countries Improving Fast Enough To Compensate For Population Ageing?* OECD Economic Studies No. 30
- JACOBZONE, S. *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives*. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, no. 38, OECD Publishing, 1999
- JENSON e JACOBZONE, *Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, no. 41, OECD Publishing, 2000.
- JORDAN, B. *Rethinking welfare*. New York: Basil Blackwell, 1987.
- KANGAS, Olli e Joakim PALME (). *Does Social Policy Matter? Poverty Cycles in OECD Countries*. Luxembourg Income Study, 1998. Working Paper no. 187
- KARSCH U. Idosos dependentes:Famílias e Cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3), 2003. pp.861-866.
- KROEGER, T. *Comparative Eesearch on Social Care: the state of the art*. Bruxelas, Comissão Europeia, 2001
- LAVINAS, L. As mulheres no universo da pobreza: o caso brasileiro. *Estudos Feministas*, Rio deJaneiro: IFSC/UFRJ, v. 4, n. 2, p. 464-479, 1996.

- LAVINAS, L., GARSON, S. Gasto social no Brasil: transparência, sim, parti-pris, não!
Revista Econômica, v. 5, n. 1, 2003. pp. 145-162.
- LAMURA, G. *Supporting cares of older people in Europe: a comparative report on six European countries*. Paper presented in 11th European Social Services Conference, Veneza, 2-4 de julho de 2003.
- LEME, M. C. da S., WAJNMAN, S. Efeitos de período, coorte e ciclo de vida na participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. *Mercado de trabalho: uma análise a partir das pesquisas domiciliares no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Horizonte, 2003.
- LYNCH, J. *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers and Children*. Cambridge University Press, NY, Estados Unidos. 2006
- LLOYD-SHERLOCK, P. e LOCKE, C. Vulnerable relations: lifecourse, wellbeing and social exclusion in Buenos Aires, Argentina. *Ageing and Society*, Cambridge University Press no. 28, 2008. pp. 779-803
- LLOYD-SHERLOCK (Ed.). *Living longer: ageing, development and social protection*. United Nations Research Institute for Social Development, 2004.
- LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: a research agenda. *Texto apresentado em UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection*, Valência, Espanha, 1-4 de abril de 2002.
- LLOYD-SHERLOCK, P. Living arrangements of older persons and poverty. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.
- LUNDGAARD, J. *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* OECD Health Working Papers No. 20, 2005
- MACEDO Jr., R. P. (1998). *Contratos relacionais e defesa do consumidor*. São Paulo, Ed. Max Limonad.
- MALVAR, R. Generational Accounting in Brazil in Auerbach, Kotlikoff, e Leibfritz (org) *Generational Accounting around the World*, University of Chicago Press 1998 pp. 177 - 198
- MALLOY, James, *Política de Previdência Social no Brasil*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1986.
- MARQUES, R. M. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago do Chile: Cepal, 1999 (Série Financiamiento Del Desarrollo, 82).
- MARQUES, Rosa M. e MENDES (2004) O governo Lula ea Contra-Reforma Previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, vol 18, no. 3:pp.3-15.
- MARSHALL, T. H. *Citizenship and Social Class and other Essays*. Cambridge, Cambridge University Press, 1950
- MASON, K. O. Family change and support of the elderly in Asia: what do we know? *Asia-Pacific Population Journal*, v. 7 n. 3.
- MEDEIROS, M. *Estrutura familiar e rendimentos do trabalho dos ricos no Brasil*. Brasília: IPEA, 2004 (Texto para Discussão, 1.015).
- MEDEIROS, M., OSÓRIO, R. *Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998*. Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 886).

- MEDEIROS, M e DINIZ, D. Envelhecimento e Deficiência In: Camarano, AA (org.) *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro : Ipea, 2004. pp. 107-120.
- MEDICI, A. *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*, BID, Washington, DC, 2002.
- MELO, M. A. *Reformas Constitucionais no Brasil: Instituições Políticas e Processo Decisório*. Rio de Janeiro, Editora Revan. 2004
- MESA, A. A. de, MONTECINOS, V. The privatization of social security and women's welfare: gender effects of the Chilean reform. *Latin American Research Review*, v. 34, n. 3, p. 7-37, 1999.
- MESA-LAGO, C. As reformas da seguridade social na América Latina e os posicionamentos dos organismos internacionais. *Conjuntura Social*, Brasília: MPAS, v. 8, 1997 (edição especial).
- MESA-LAGO, Carmelo. "Las Reformas de Pensiones en América Latina y su Impacto en los Principios de la Seguridad Social", Proyecto CEPAL/GTZ "Desarrollo y Equidad Social en América Latina y el Caribe". Serie Financiamiento del Desarrollo No.144. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004.
- MIRKIN, B., WEINBERG, M. B. *Technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses*. ONU: Divisão de População/Desa, 2000.
- BRASIL - MPAS. Benefício assistencial de prestação continuada (BPC-Loas). *Manual de Orientação*. Brasília, DF, 01.01.1999 a 31.07.2000.
- BRASIL - MS. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso. Guia operacional e portarias relacionadas*. Série A, Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos).
- NERI, A. L., CARVALHO, A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. de et alii (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 778-790, 2002.
- NERI, M. Focalização, universalização e transferências. *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 163-170, 2003.
- O'SHAUGHNESSY, C. The Aging Services Network: Broad Mandate and Increasing Responsibilities. *Public Policy & Aging Report*, vol. 18, number 3. National Academy on an Aging Society, Washington, 2008.
- O'SHAUGHNESSY, C. *Trends in long term care financing in selected countries*. Testimony before the Senate Special Committee on Ageing, June 20, 2002. Acessível em: <<http://aging.senate.gov/events/hr85co.pdf>>.
- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Economico – OCDE – *Live Longer, Work Longer*. 2006
- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Economico – OCDE – *Projecting OECD Health And Long-Term Care Expenditures: What Are The Main Drivers?* Economics Department Working Papers no. 477. 2006.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2002) *Pensiones no Contributivas y Asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. Bertranou, Fabio, Carmen Solorio e Wouter Van Ginneken, eds. Santiago do Chile.

- OIT (Organização Internacional do Trabalho) (2003) *Protección Social y Género en Argentina, Brasil y Chile*. Fabio Bertranaou e Alberto Arenas de Mesa, eds. Santiago do Chile.
- OIT. *Seguridad Social. Un Nuevo Consenso*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 2002.
- OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., GUERRA, M. F. *Reforma da previdência*. Rio de Janeiro: IPEA, 1997 (Texto para Discussão, 508).
- OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., MÉDICI, A. *Seguridade social no Brasil: histórico e perspectivas*. Genebra: OIT, 1993.
- 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*. IPEA, 1998. (Texto para Discussão, 690).
- 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, BELTRÃO, K.I e MEDICI, A.C. *A Reforma da Seguridade Social no Brasil: Histórico e Perspectivas*, Banco Garantia, 1997.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo e Sônia M. Fleury TEIXEIRA (1985). *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Viena, Áustria, 1982 (Resolución 37/51).
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU).. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución 57/167).
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Relatório preparado pelo Conselho Econômico e Social para o comitê preparatório da Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento*, 2001.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Estudio Economico y Social Mundial: el desarrollo em um mundo que envejece*, Genebra, 2007.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Global Aging Opportunities and challenges for an Aging World*. NY, USA, 2008.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *World Population Ageing 1950-2050*. Population División, 2003
- Organização Mundial da Saúde – OMS – *Home Care in Europe*, 2008 (disponível em www.euro.who.int)
- Organização Mundial da Saúde – OMS – *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*. Genebra, 2002.
- Organização Mundial da Saúde – OMS – *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?* Genebra, 2000
- Organização Internacional do Trabalho – OIT – *Social security: A new Consensus*. Genebra, 2001
- Organização Internacional do Trabalho – OIT – Genebra, 2008

- ORLOFF, A. S. Gender in the welfare state. *Annual Review of Sociology*, v. 22, p. 51-78, 1996.
- BARROS, Ricardo e Mirela CARVALHO *Desafios para a Política Social Brasileira*. IPEA:, Rio de Janeiro, 2003. (Texto para Discussão no. 985)
- PALLONI, A. Living arrangements of older persons. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.
- PALONI A. De VOS, S. e PELAEZ, M. *Aging in Latin America and the Caribbean*. CDE Working Paper nº 99-02, 1999.
- PARAHYBA, M. I., MELZER, D. *Profile of disability in older people in Brazil: results of the PNADsurvey*. Trabalho apresentado no XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Ouro Preto-MG, em nov. 2002.
- PASINATO, M. T. M. *Reforma do sistema previdenciário brasileiro: a previdência complementar e o papel do estado*. FGV: Ebape, 2001 (Dissertação de Mestrado em Administração Pública).
- PASINATO, M. T. M.. *Políticas públicas voltadas para os idosos no Brasil* (s.d.).
- PASINATO, M T, CAMARANO A A e MACHADO, L. *Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia..* Rio de Janeiro, IPEA, 2006. (Texto para Discussão no. 1200)
- PELIANO ET AL. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à fome e à miséria. In: *Planejamento e Políticas Públicas* (PPP), v. 12. Brasília: IPEA, junho/dezembro de 1995.
- PEREIRA, Carlos. A política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados* vol 39, no. 3, Rio de Janeiro, 1996.
- PEYNEAU, Fernanda P.L. e Maria Tereza M. PASINATO (2003) *Isonomia Entre Regimes Previdenciários? Uma Análise Crítica da Proposta de Reforma do Sistema Previdenciário Brasileiro*. (n.d.)
- PHILIPSON, C. *Reconstructing old age: new agendas in social theory and practice*. London: Sage Publications, 1998
- PIERSON, C. *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of welfare*. Polity Press, Cambridge, Reino Unido, 3ª edição, 2006.
- POSCHMANN, M. Gastos sociais, distribuição de renda e cidadania: uma questão política. *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 111-114, 2003.
- QUADAGNO, J., ASCHENBAUM, A., BENGSTON, V. L. Setting the agenda for research on cohorts and generations: theoretical, political, and policy implications. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.
- RAMOS L.R., R. VERAS e A.KALACHE (1987) Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 21(2): 211-24.
- RAMOS, P.R.B. *Ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa* in CNDI Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios – Texto Base para a II Conferencia Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, 2008 pp. 11-14.

- REIS, C. O. O. O gasto dos idosos em saúde: sinal dos tempos. *Como Vai? População Brasileira*, n. 1, Ano V, IPEA, 2000.
- RESENDE *Comunidade Solidária; Uma alternativa aos fundos sociais*. Brasília, IPEA, 2000 (Texto para Discussão no. 725)
- RILEY, M. The family in an aging society: a matrix of latent relationships. *Journal of Family Issues*, v. 4, p. 439-454, 1983.
- ROFMAN, Rafael. “*Social Security Coverage in Latin America. Social Protection*”. Discussion Paper Series No. 0523 (Mayo). Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005.
- ROSAVALLON, Pierre (1998). *A Nova Questão Social*. Instituto Teotônio Vilela, Brasília.
- RUGGLES, S. Living arrangements and well-being of older persons in the past. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.
- SAAD, P. M. Impact of pension reform on the living arrangements of older persons in Latin America. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.
- SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- SAAD, P. M. Transferências informales de apoyo de los adultos mayores. *Estudio comparativo de encuestas Sabe*. Santiago de Chile: Celade, Reunión de Expertos em Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, 2002.
- SABOIA, J., (2003) *Breve caracterização da situação recente da população idosa no Brasil*. Brasil, Rio de Janeiro: IE/UFRJ, Rio de Janeiro, mimeo.
- SANTOS, L. A. (1997) *Reforma Administrativa no Contexto da Democracia: A PEC. No. 173/95, suas implicações e adequação ao Estado Brasileiro*. ANESP, Brasília (texto disponível na pagina <http://www.anesp.org>).
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça :a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1979
- SAYEG, M. A., MESQUITA, R. A. V. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de et alii (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 1.083-1.089, 2002.
- SCHAWARZER, H *Paradigmas de Previdência Social Rural: Um Panorama da Experiência Internacional*. Ipea, Brasília, 2000(Texto para Discussão nº 767)
- SCHLESINGER, M., KRONEBUSH, K. Intergenerational tensions and conflict: attitudes and perceptions about social justice and age-related needs. *Intergenerational linkages. Hidden connections in American society*. Springer Publishing Company, Chapter 7, p. 152-184, 1994.
- SCHMÄHL, W. *Family, social security and social insurance: General remarks and the present discussion in Germany as a case study*. 4th International Research Conference on Social Security, Social security in a long life society, Antuérpia, 5-7 Maio, 2003

- SCHNEIDER, U., "Germany's social long-term care insurance: Design, implementation, and evaluation," *International Social Security Review*, 52:2, p.31-74,1999.
- SESC. *Boletim do Centro de Referência do Envelhecimento*, n. 09, Ano II, 2000.
- SILVESTRE, J. A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
- SIMÕES, J. A. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, C. E. (org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro, UERJ/FGV, 2004.
- SIMÕES, J. A. A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In: BARROS, M. M.L. (org.). *Velhice ou terceira idade?* 2ª ed. Fundação Getulio Vargas, 2000.
- SOARES, L.T.R. *A reforma da Previdência Social no Brasil*, Cadernos Aduferj, n. 4, Rio de Janeiro, agosto de 2000.
- SOARES, S.; ISAKI, R. S. A Participação Feminina no Mercado de Trabalho. Brasília, Ipea, 2002. (Texto para Discussão do nº 923)
- SOKOLOWSKY, J. Living arrangements of older persons and family support in less developed countries. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.
- SPOSATI, A. (1989) A Assistência Social e a Trivialização dos Padrões de Reprodução Social. In Sposati (Org.) *Os direitos dos (des)assistidos sociais*. São Paulo, Ed. Cortez
- SPOSATI, Aldaíza (2004). Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social in Sposati (org.) *Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo, Ed. Cortez
- STANDING, G. Care Work: Overcoming Insecurity and neglect. In DALY, M (ed) *Care Work: the quest for security*. OIT, Genebra, 2001
- SUPLICY E. Programa Fome Zero do presidente Lula e as perspectivas da renda básica de cidadania no Brasil. *Revista Econômica* v.4 n.1 - Junho 2002. pp. 95-116.
- TAYLOR GOOBY, P.(ed.) *New Risks, New Welfare: The transformation of the European Welfare State*. Oxford University Press, New York, 2004
- TEIXEIRA, J.R. B. *O atual desequilíbrio no sistema de repartição das receitas tributárias*. Nota Técnica da Câmara dos Deputados, maio de 2005.
- THOMSON, D. W. A lifetime of privilege? Aging and generations at century's end. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.
- UGÁ, M. e R. M. MARQUES O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In Lima (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz(2005)
- União Européia – UE - *Long term care in the European Union* (acessado em 15 de setembro de 2008) <http://ec.europa.eu/>
- União Européia – UE. *Joint report by the commission and the council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*. 2003.
- URIONA, J. L., HAKKERT, R. *Legislación social sobre adultos mayores en América Latina Y el Caribe*. 2002, mimeo.

- VERAS R., RAMOS L.R. e A.KALACHE Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 21(3): 225-33. (1987)
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.
- VÉRON, J e PENNEC, P. *Ages, Generations and the Social Contract: The Demographic Challenges Facing the Welfare State*, Ed. Springer, 2007
- VIANA, A. L. d' Á. (2004). Proteção social no Brasil. In: *Mejoramiento de la institucionalidad de la política social y constitución de una autoridad social*. Seminário Regional CEPAL. Santiago do Chile.
- WERNECK VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Iuper/Ucam, Editora Revan, 1998.
- WALKER, A. Intergenerational relations and welfare restructuring: the social construction of an intergenerational problem. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.
- WALKER, A. *The social construction of dependency in old age*. In: LONEY, M. et alii. (eds.).
- WANDERLEY, M. B. et al. *Publicização do papel do cuidador domiciliar*. IEE/PUC-SP e MPAS, 1998.
- YASBEK, M C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. *São Paulo Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, Junho 2004. pp. 104-112
- YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, (SP): Ed. Alínea, 2002.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988

Emendas Constitucionais (EC)

- EC- 19 de 1998 (Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências)
- EC- 20 de 1998 (Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências).
- EC- 29 de 2000 (Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde)
- EC- 41 de 2003 (Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências)
- EC- 47 de 2005 (Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências)

Leis e Decretos-Lei

- Lei. 3.724 de 1919
- Decreto-Lei 4.682 de 1923
- Decreto-Lei 3.807 de 1960
- Lei 5.859 de 1972
- Lei 5.850 de 1973
- Lei 6.179 de 1974
- Decreto-Lei 1940 de 1982
- Lei 7689 de 1988
- Lei 8.080 de 1990
- Lei 8.112 de 1990.
- Lei 8147 de 1990
- Lei 8.212 de 1991
- Lei 8.213 de 1991
- Lei 9720 de 1993
- Lei 9.311 de 1996
- Lei 9317 de 1996
- Lei 9.876 de 1999
- Lei 10.741 de 2003
- Lei 10.887 de 2004