



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

ALBAMARIA PAULINO DE CAMPOS ABIGALIL

**O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DA DESESTRUTURAÇÃO DA
SEGURIDADE SOCIAL PRODUZIDA PELA NOVA DIREITA: EFEITOS DA CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL E DA SINDEMIA DA “COVID-19”**

**BRASÍLIA
2023**

ALBAMARIA PAULINO DE CAMPOS ABIGALIL

**O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DA DESESTRUTURAÇÃO DA
SEGURIDADE SOCIAL PRODUZIDA PELA NOVA DIREITA: EFEITOS DA CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL E DA SINDEMIA DA “COVID-19”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília e submetido à Comissão Avaliadora como requisito para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Potyara Pereira.

**BRASÍLIA
2023**

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

Ae

Abigalil, Albamaria Paulino de Campos Abigalil
O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DA DESESTRUTURAÇÃO DA
SEGURIDADE SOCIAL PRODUZIDA DA PELA NOVA DIREITA: EFEITOS DA
CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E DA SINDEMIA DA "COVID-19" /
Albamaria Paulino de Campos Abigalil Abigalil; orientador
Camila Potyara Pereira. -- Brasília, .
p.

Tese(Doutorado em Política Social) -- Universidade de
Brasília, .

1. ENVELHECIMENTO. 2. DESESTRUTURAÇÃO DA SEGURIDADE
SOCIAL . 3. NOVA DIREITA . 4. SINDEMIA DA COVID 19. 5. CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL . I. Pereira, Camila Potyara , orient.
II. Título.

ALBAMARIA PAULINO DE CAMPOS ABIGALIL

**O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO DA DESESTRUTURAÇÃO DA
SEGURIDADE SOCIAL PRODUZIDA PELA NOVA DIREITA: EFEITOS DA CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL E DA SINDEMIA DA “COVID-19”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília e submetido à Comissão Avaliadora como requisito para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Potyara Pereira.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Camila Potyara Pereira (PPGPS/SER/UnB)
Presidente

Dra. Liliam dos Reis Sousa Santos (DPGPS/UnB)
Membro Interno

Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva
Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UPE)
Membro Externo

Dra. Carolina Cássia Batista Santos (UFAM)
Membro Externo

Dra. Silvia Cristina Yannoulas (DPGPS- UnB)
Suplente

Brasília, ____ de _____ de _____.

A Walter Herbert Cavezzale de Campos e Odilla Paulino de Campos, meus amados pais pela educação e amor incondicional eterno (*in memoriam*).

Ao meu amado irmão, Francisco de Campos Neto, pelo companheirismo, dignidade e exemplo de resiliência.

À Maria Barroso, Nara Costa, Matheus Papaléo Neto, Manoel Oliveira, Tomiko Born, Marcondes Vieira Lins, Eduardo Barbosa, Jose Araújo (*in memoriam*), pela oportunidade de aprendizados, convívio e conquistas dos direitos das pessoas idosas no Brasil em especial da Política Nacional do Idoso – Lei 8.442 de 04 de janeiro de 1994 e do Estatuto do Idoso – Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, atualizado em 2022 para Estatuto da Pessoa Idosa.

Aos anônimos de movimentos sociais, representados pelas pessoas idosas e demais gerações integrantes da classe trabalhadora, que lutaram e lutam incessantemente na perspectiva da ontologia do ser social, pela vida e pelo trabalho digno, pela educação crítica, pela emancipação política e humana.

AGRADECIMENTOS

Agradecer pela realização desta pesquisa significa reportar-me à fé na proteção de Deus, no apoio da família, no privilégio do acesso à educação crítica, dos ensinamentos dos mestres, das leituras especializadas e do convívio e trabalho com a população, em especial com as pessoas idosas, integrantes de frações da classe trabalhadora — essas presentes nos locais de trabalho onde atuo, nos movimentos sociais, Fóruns e Conselhos de defesa de direitos — e com aquelas impossibilitadas do convívio social.

Significa, outrossim, agradecer por uma trajetória de vida de aproximadamente cinquenta anos de trabalho social, e ainda em construção, com diferentes atores em âmbitos profissionais, educacionais, acadêmicos, familiares, da gestão pública, dessa e de outras gerações de vários ciclos de vida; vivenciada em diferentes contextos e processos de participação, seja em prol da conquista de legislações e implementações de políticas sociais, seja contra os retrocessos dessas políticas e de direitos de cidadania social no Brasil.

Esta tese foi elaborada em uma conjuntura na qual considero-me sobrevivente da COVID-19, ao tempo que carregamos todas as sequelas causadas pela morbimortalidade dessa doença infecciosa, em especial da saúde mental, de um enorme contingente populacional que não tem acesso ao tratamento adequado exposto ao acirramento de novas pandemias, da violência e negligência estrutural e da sindemia.

Para a pandemia desse vírus, o Brasil perdeu grande contingente de sua população, predominantemente constituída de pessoas idosas, em situação de rua, ribeirinhas, indígenas, negras, residentes em bolsões de pobreza e submetidas a riscos e vulnerabilidades sociais negligenciados pelo poder público de então.

Por isso, estendo minha gratidão:

A todas as pessoas idosas e das demais gerações que integram as frações da classe trabalhadora, pela luta incessante na defesa de direitos, por educação crítica e transformadora, por uma seguridade social ampla e irrestrita para todos os ciclos de vida, em busca de uma sociedade humanizada com dignidade, com vistas a garantir a emancipação política conquistada, e hora ameaçada, além de estarem sujeitas a novas pandemias e submetidas ao acirramento da sindemia.

Às/aos profissionais do SUS e do SUAS, além dos/das servidores/as do INSS e das demais instituições públicas e mulheres cuidadoras, que estiveram na linha de frente dessa tragédia que se transformou em sindemia, mesmo com o país dispondo de um dos mais respeitadas sistemas de saúde do mundo. Ou melhor, mesmo possuindo uma política

previdenciária de ampla cobertura, com servidores de alta capacidade técnica e científica, bem como do Sistema Único de Assistência Social como direito devido pelo Estado; do CadÚnico, à época dotado de cadastro das famílias mais vulneráveis; e do Programa Bolsa Família, considerado uma das maiores políticas de distribuição de renda do planeta, de par com a Previdência Social.

Às/aos Mestras/es e pesquisadoras/es do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPOS) da Universidade de Brasília (UnB), o qual tenho o privilégio de integrar, em especial Potyara Amazoneida Pereira Pereira, Camila Potyara Pereira e Carlos Lima, pela disponibilização de seus respectivos tempo, atenção e bibliografia pertinente.

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

Aos meus pais, que na sua simplicidade e firmeza, me ensinaram a importância do amor incondicional; o respeito a todas as pessoas; a responsabilidade e o compromisso com os estudos, com o trabalho, com a verdade e a justiça social.

Aos meus filhos, Janaína C. Abigalil e Eduardo C. Abigalil, que muito contribuíram com a compreensão nos períodos de ausência e o estímulo face às exigências de meu trabalho, e, ainda, com ensinamentos, correções, advertências e cumplicidade.

À minha orientadora, Profa. Dra. Camila Potyara Pereira, pela premiada tese, publicada sob o título *Proteção Social no Capitalismo: Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes* (2013), que norteou a presente pesquisa propiciando a análise do Sistema de Seguridade Social brasileiro à luz das críticas do enfoque neoliberal e neoconservador — ou da chamada *nova direita* —, além do estímulo e incentivo permanentemente oferecidos. Ressalto ainda o privilégio de aprender, ao seu lado e com a sua produção teórica, a elucidar particularidades pouco problematizadas dos Sistemas de Proteção Social no mundo, a partir de diferentes concepções, princípios, critérios e diretrizes, bem como de seus estudos inovadores.

À minha orientadora no Mestrado em Política Social, concluído em 2019, e no Curso de Especialização em Política Social do SER/UnB, em 1988, Profa. Dra. Potyara Amazoneida Pereira Pereira, com quem mantenho profícua interlocução. Agradeço a ininterrupta indicação de bibliografia, dedicação extremada e correção intelectual, além do compartilhamento de conhecimentos há mais de 35 anos! Uma mestra exemplar, protagonista na abertura de veios teórico-conceituais na intrincada tematização da Política Social como Política Pública e processo complexo, dialeticamente contraditório no modo de produção capitalista.

À Dra. Jurilza Maria Barros de Mendonça e à assistente social Vitoria Goes de Araujo, por nosso longo histórico de trabalho conjunto na defesa dos direitos das pessoas idosas no Brasil, na conquista e implementação da PNI e do Estatuto do Idoso e, especialmente com Jurilza, na articulação protagonizadora da conquista da Convenção Interamericana de Defesa de Direitos Humanos das Pessoas Idosas.

Ao Professor Dr. Evilasio Salvador, pelo compartilhamento de estudos, pesquisas e conhecimentos que me possibilitaram relacionar o processo de envelhecimento às controvérsias e paradoxos da formação e aplicação do Fundo Público, bem como a elucidar o papel desse Fundo nas sociedades capitalistas periféricas, além de: desvendar tendências relacionadas ao (des)financiamento da Seguridade Social, e à serventia do orçamento público, incluindo o Orçamento Extraordinário — conhecido como Orçamento de Guerra —, para enfrentar crise humanitária pandêmica e sindêmica da COVID-19, que mais beneficiou o sistema financeiro do que as necessidades sociais.

Ao Dr. Marcos César Alves Siqueira, que muito me incentivou, orientou e forneceu bibliografia para o aprofundamento dos referenciais adotados nesta tese.

A Carolina Fernandes e Eduardo Pereira, pelo apoio referente ao acesso de dados, em especial da previdência social;

Ao Marcelo de Souza Fleury, estatístico pela UnB e mestrando em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que muito contribuiu com a reflexão, a formulação e a interpretação de dados e construção conjunta da parte estatística da tese, bem como com a construção e revisão de interpretações de tabelas e dados;

Ao Hyago Carlos Marques, professor e mestrando da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), pelo trabalho de revisão, correção e enquadramento do texto às novas regras da ABNT.

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

Ao assistente social Marcelo Salgado, pelo pioneirismo do trabalho com pessoas idosas no Brasil e pela oportunidade do contato com seus ensinamentos.

À Dra. Tereza Lins, integrante do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e Coordenadora da Comissão de Política Social, pela análise crítica e pelas contribuições à minha compreensão do processo envelhecimento a partir da gerontologia social crítica, propugnadora da regulamentação do artigo 22 do Estatuto da Pessoa Idosa no Brasil, a partir da inserção do tema do Envelhecimento, a qual também defendo, nas bases curriculares de ensino básico,

fundamental e superior, em especial (estudo, pesquisa e extensão). Agradeço também as trocas de material científico e a elaboração de textos conjuntos que originaram um livro na pandemia, intitulado *Desafios de ser Velha e Velho no Brasil - Redução de direitos e de controle social em contextos diversos e em tempos de pandemia*, editado em 2022, pela UFAL.

À Mestra Lúcia Secotti, Presidenta destituída do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) em 2019, pela mobilização nacional, pelo trabalho incessante na restauração da democracia participativa e na recondução do colegiado do referido Conselho, pela revogação do Decreto nº 9.893/2019, que extinguiu o Conselho no período 2019-2022, e pela velhice digna no Brasil.

Aos integrantes da Rede de Conselhos do Vale do Paraíba e da Região Norte do Estado de São Paulo, pela luta incessante na recondução do CNDI, bem como pela revogação do Decreto nº 9.893/2019 e das Resoluções nºs. 56 e 58 /2021 do CNDI, reivindicando a implementação da Política Nacional do Idoso (PNI, Lei 8442 de 1994) e do Estatuto das Pessoas Idosas, dando visibilidade e voz às pessoas idosas. Envidando esforços também à sua participação, em especial no período da pandemia da COVID-19, mobilizando as pessoas idosas de Norte ao Sul do País, realizando incidências junto aos poderes legislativo e judiciário, além de reuniões on-line, quase semanalmente, mesmo em período pandêmico.

À Zilda Sanches, pela troca de experiências e trabalho de décadas, realizado no Conselho de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas do Distrito Federal (DF), bem como junto às Entidades Sociais de Atenção as Pessoas Idosas e Rede de Cuidadores do DF.

Ao Prof. Dr. Serafim Fortes Paz, da Universidade Federal Fluminense (UFF), pelas numerosas atividades realizadas conjuntamente, dentre as quais a implementação do Fórum Nacional da Sociedade Civil e Governo, quando do veto à instituição do Conselho Nacional do Idoso, além das trocas de material científico sobre a Política Nacional do Idoso e o Envelhecimento com Dignidade e Cidadania; da participação em *lives* e integração na formação de Movimento Social Político na pandemia da COVID-19, intitulado PI-Brasil; e pela elaboração conjunta de proposta vitoriosa para o PPA Participativo para 2024-2027, no governo atual, intitulada *Pessoas Idosas no Orçamento Público*.

À Profa. Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva, pela contribuição com sua Tese, intitulada *Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social*, além de outros materiais científicos para elaboração de minha pesquisa na perspectiva da gerontologia social crítica.

À Profa. Dra. Áurea Barroso, pela produção e organização teórica na perspectiva do Envelhecimento com Cidadania, além de nossas reflexões conjuntas em torno da

implementação e do fortalecimento da Rede Nacional de Defesa de Direitos e Proteção das Pessoas Idosas no Brasil (RENADI) e da indicação de bibliografia e teses atualizadas a respeito do processo de envelhecimento e da educação crítica.

A todos/as os/as profissionais, amigos e pessoas idosas que fizeram e fazem parte de minha trajetória de combate às desigualdades sociais e em prol do Envelhecimento Digno da atual e das demais gerações, seja no âmbito da Legião Brasileira de Assistência (LBA) — nossa primeira mestra no campo da Assistência Social —, junto de profissionais com os quais tive o privilégio de trabalhar, seja nas: i) pastas ministeriais: Previdência e Assistência Social; Bem-Estar Social; Ação Social; Assistência Social; Justiça; Desenvolvimento Social e Combate à Fome e, mais recentemente, Fazenda; ii) nos Conselhos de Defesa de Direitos que integrei enquanto conselheira: Conselho Nacional de Seguridade Social; Conselho Nacional do Idoso; Conselho Nacional de Serviço Social; e Conselho Nacional de Assistência Social; iii) nos Movimentos Sociais, a exemplo da PI-Brasil, do Fórum Nacional da Sociedade Civil de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas e do Fórum Distrital.

Às Dras. Leides Moura e Marisete Saffons, ao Dr. Vicente Faleiros, à Doutoranda Cristina Hoffmann e à Dra. Grasielle Tavares, integrantes do Grupo de Trabalho de Envelhecimento Saudável e Participativo (GTESP-UnB), do qual faço parte, pelas ações realizadas e pela troca de experiência e conhecimento nas áreas de ensino, pesquisa e extensão voltadas ao processo de envelhecimento e às pessoas idosas.

Ao Senador Paulo Paim e sua equipe de trabalho, pela cooperação constante dando voz e materializando as demandas da população idosa — em especial à classe trabalhadora, os aposentados e pensionistas —, e por lutarem pela legislação e pelos direitos desta parcela da sociedade no âmbito da gestão pública; pelas constantes Audiências Públicas, que tanto elucidam os direitos das pessoas idosas no Brasil e apontam desafios para as gerações vindouras. Dentre tais audiências destacam-se as ocorridas durante a pandemia da COVID-19 e a referente aos 20 anos do Estatuto da Pessoa Idosa, realizada em outubro de 2023, que possibilitou a nossa apresentação, representando o NEPPOS-UnB, as diretrizes para um Plano de Envelhecimento no Brasil, calcado no processo de Educação e na inserção dos Cuidados com Pessoas e Meio ambiente como Pilar da Seguridade Social.

Às/aos Integrantes da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Previdência Social, por iniciativa da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP), nas pessoas do Sr. Varley Martins, Luiz Legnani e demais participantes.

Em nome dos Conselheiros do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), das instituições não governamentais que o integram COBAP e o Movimento Nacional dos

Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas (MOSAPI), dos integrantes dos Fóruns da Sociedade Civil de Defesa de Direitos, agradeço às pessoas idosas do Brasil, população com a qual aprendo todos os dias e cujo exemplo de persistência, luta e resistência traz esperanças às novas gerações.

Às/aos Integrantes da Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) e Fundação ANFIP, pelos estudos e análises, monitoramento e elucidação do Fundo Público e da gestão da Seguridade Social no Brasil, incluindo o contexto da pandemia da COVID-19.

Às/aos profissionais da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), da Receita Federal (RF), do Ministério da Fazenda, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que, mediante a Lei de Acesso à Informação, forneceram dados auxiliares no levantamento para a pesquisa.

Às/aos integrantes da Federação Nacional de Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS), pela luta incansável na defesa dos direitos da população, em especial da classe trabalhadora, dos aposentados e pensionistas, pelo acesso aos direitos sociais e trabalho digno no Brasil.

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

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

À Pastoral da Pessoa Idosa, nas pessoas de Ir. Terezinha Tortelli e Ana Mello, pelos ensinamentos, pela magnitude e pelo alcance social de seus serviços à população idosa no Brasil e em Brasília, dando visibilidade à urgência da implantação de uma Política de Cuidados e ampliação dos serviços integrados entre saúde e assistência social, de atenção domiciliar às pessoas idosas e seus familiares, dos quais temos o privilégio de participar nos processos de formação dos líderes comunitários.

Às/aos integrantes da Associação Nacional de Gerontologia, pela magnífica tarefa de mudança de paradigma no estudo e atuação no processo de envelhecimento no Brasil, na perspectiva da gerontologia social crítica; e à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), pelos estudos, além da atuação junto às pessoas idosas no Brasil.

Ao Lucio Diaz, pelo compromisso com as pessoas idosas e pela cooperação em tarefas, representando a Coordenação de Organismos Regionais da Sociedade Civil sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe (Rede CORV).

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.”
– Nelson Mandela.

“A primeira condição para modificar a realidade consiste em conhecê-la.”
– Eduardo Galeano.

“A história da sociedade até aos nossos dias é a história da luta de classes.”
– Karl Marx.

RESUMO

São objeto privilegiado desta tese “principais paradoxos e desafios ao processo de envelhecimento brasileiro representados pela insegurança social resultante dos efeitos conjugados das crises — sistêmica-estrutural do capital e sanitária pandêmica-sindêmica — sob a égide da nova direita”. Seu método de análise tem caráter histórico-estrutural, por possibilitar, dialeticamente, o trato interligado das dimensões estruturais e históricas da realidade concreta, na perspectiva materialista-histórica inaugurada por Marx e Engels. Suas referências teóricas contemplam conteúdos e conceitos cuja explicitação substancia um melhor conhecimento das contradições que permeiam o papel do Estado e das Políticas Sociais, engendradas por interesses de classes antagônicas. Em relação ao envelhecimento, três teorias são dignas de nota: Teoria Biológica e do Ciclo de Vida consubstanciada em Streher (1959), Neto (2002,2006); Teoria político-econômica do Envelhecimento de Walker (1981) e Minkler (1984); Teoria Social Crítica, pautada em fundamentos de Marx e Foucault (1924), Beauvoir (1970), Debert (2004), Haddad (2017), Teixeira (2017) e Campelo e Paiva (2012). Quanto à Nova Direita, a discussão pautou-se, principalmente, em Pereira (2016,2020), Miller (1999), Gamble (1994), Brown (2019) e Pereira-Pereira (2020); enquanto no que concerne à Política Social, Desigualdade Social e Economia Política Ecosocial, recorreu-se à Pereira-Pereira e Pereira (2020, 2021). Por fim, a reflexão sobre a Crise Sindêmica referenciou-se em: Ishibashi, Barbosa e Silva (2020); sobre a Crise estrutural do capital, em: Mézaros (2007); sobre Necropolítica, em Mbembe (2018); e sobre Fundo Público, em Salvador (2010, 2020). Com base nessa mediação analítica, demonstra-se que o Envelhecimento no Brasil e no mundo, formalmente reconhecido como conquista e direito humano, coexiste com o aprofundamento da desigualdade, do etarismo, do genocídio, da prática da necropolítica e da ameaça à democracia participativa, que atinge as pessoas idosas e as demais gerações. Experimenta-se a guinada antissocial da Política Social e do Estado Democrático de Direito para o Estado Penal a serviço do Capital portador de juros, em detrimento da atenção às necessidades humanas. Convive-se com a crise estrutural do capital, que degrada a classe trabalhadora e o meio ambiente, e com a crise humanitária sindêmica, agravada pela COVID-19, seguida da (des)estruturação da seguridade social, das contrarreformas trabalhista e previdenciária, do ajuste fiscal permanente, do desemprego e do retorno da fome. E mais: verifica-se o excesso de legislação para performar a desigualdade e a violência estrutural, contraditando as janelas de oportunidades abertas pelos bônus demográficos em curso, os desafios da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) e a Década do Desenvolvimento Sustentado (2020-2030), que requer o IV Pilar da Seguridade Social com foco no Cuidado das Pessoas e do Meio Ambiente, a inserção formal do tema do Envelhecimento na Educação como alicerce desse processo nos níveis básico, fundamental e superior (ensino, pesquisa e extensão), além da inversão da pauta do mercado para a pauta dos direitos humanos, pela emancipação política e humana.

Palavras-chave: envelhecimento; nova direita; seguridade social; desigualdade social; sindemia; pandemia da COVID-19.

ABSTRACT

Human aging and Social Welfare (de)structuring under new right aegis: effects of capital's structural crises and sindemic caused by COVID-19 pandemics

The paradoxes and challenges of Brazilian's human aging, expressed through social insecurity arose from crisis conjugates effects: capital structural-systemic and pandemic-syndemic sanitary crisis, under neoliberal/neoconservative capitalist domain named new right, are the privileged goal of this thesis. Its structural-historic analysis method dialectically enables structural and historic dimensions of objective reality interconnected handling, inaugurated by Marx and Engels. Theoretical references contemplate concepts and contents whose explanation substances a better knowledge about State and Social Policies contradictions, engendered by classes' antagonistic interests. Three theories relating to human aging are noteworthy: Biological and Life Cycle Theory, substantiated in Streher (1959), and Neto (2002,2006); Human aging Politic-economic Theory, by Waler (1981) and Minkler (1984); Social Critics Theory, lined by Marx and Foucault (1924), Beauvoir (1970), Debbert (2004), Campelo e Paiva (2012) and Teixeira's (2007) fundamentals. Regarding new right, the discussion was mainly based on Pereira (2016,2020), Miller (1999), Gamble (1994), Brown (2019), Pereira-Pereira (2020); while Social Policy, Social inequality, and Ecosocial Economic Politic topics resorted to Pereira-Pereira e Pereira (2020, 2021). Finally, reflections on sindemics were based on: Ishibashi, Barbosa, Silva (2020); Capital structural crisis on Mészáros (2007); Necropolitics on Mbembe (2018); and Public Fund on Salvador (2010, 2020). Based on this analytic mediation, it demonstrates that world and Brazilian human aging, formally recognized as a human achievement and right, coexists with inequality, ageism, genocide, necropolitics practices, and the threats to participatory democracy that reach the elderly and other generations of people. Nowadays we experience the Social Policy and Legal State's antissocial shift to the Criminal-State in the service of interest-bearing capital, despite human necessities attention. Also, the capital structural crises, which causes the working class and the environment to degrade; and humanity-syndemics crises, worsened by COVID-19, followed by Social Welfare (de)structuring, labor, and previdentiary counter-reform, permanent fiscal adjustment, unemployment, and the hunger's return. It's also possible to verify the excess of legislation to perform structural violence and inequality, contradicting the opportunity Windows, opened by the ongoing demographical bonus, the challenges of the Healthy Aging Decade (2021-2023), Sustainable Development Decade (2020-2030), that requires the Social Welfare IV pillar, focused on Environment and People Care, and formal insertion on basic fundamental and higher (teaching, research, and extension) Education as a foundational element in its process, beyond inversion of market agenda to the human rights agenda, for the political and human emancipation.

Keywords: human aging; new right; social welfare; social inequality; sindemics; COVID-19 pandemics.

RESUMEN

Envejecimiento y (des)estructuración de la seguridad social bajo la égida de la nueva derecha: efectos de la crisis estructural del capital y de la sindemia causada por la pandemia de la COVID-19

Es objeto privilegiado de esta tesis paradojas y desafíos del envejecimiento humano brasileño, expresados en la inseguridad social resultante de los efectos conjugados de las crisis: sistémica-estructural del capital y sanitaria pandémica-sindémica, bajo el dominio del capitalismo neoliberal/neoconservador denominado *nueva derecha*. Su método de análisis tiene carácter histórico-estructural, ya que permite, dialécticamente, el tratamiento interconectado de las dimensiones estructurales e históricas de la realidad concreta, desde la perspectiva materialista-histórica inaugurada por Marx y Engels. Y sus referencias teóricas abarcan contenidos y conceptos, cuya explicitación confiere sustancia al mejor conocimiento de las contradicciones que permean el papel del Estado y de las Políticas Sociales, generadas por intereses de clases antagónicas. Con respecto al envejecimiento, tres teorías son dignas de nota: Teoría Biológica y del Ciclo de Vida consolidada en Streher (1959), Neto (2002, 2006); Teoría político-económica del Envejecimiento de Walker (1981) y Minkler (1984); Teoría Social Crítica basada en los fundamentos de Marx y Foucault (1924), Beauvoir (1970), Debert (2004), Teixeira (2017), Campelo e Paiva (2012). En cuanto a la Nueva Derecha, la discusión se centró principalmente en Pereira (2016, 2020), Miller (1999), Gamble (1994), Brown (2019), Pereira-Pereira (2020); mientras que, en lo que concierne a la Política Social, Desigualdad Social y Economía Política Ecosocial, se recurrió a Pereira-Pereira y Pereira (2020, 2021). Finalmente, la reflexión sobre la Crisis Sindémica se referenció en: Ishibashi, Barbosa, Silva (2020); sobre la Crisis estructural del capital, en: Mészáros (2007); sobre la Necropolítica, en Mbembe (2018); y sobre el Fondo Público, en Salvador (2010, 2020). Y basándose en esta mediación analítica, se demuestra que el envejecimiento en Brasil y en el mundo, reconocido formalmente como conquista y derecho humano, convive con el agravamiento de la desigualdad, del etarismo, del genocidio, de la práctica de la necropolítica, de la amenaza a la democracia participativa que afecta a las personas ancianas y a las demás generaciones. Se experimenta el giro antisocial de la Política Social y del Estado Democrático de Derecho hacia el Estado Penal a servicio del Capital portador de interés en detrimento de la atención a las necesidades humanas. Además, se convive con la crisis estructural del capital que degrada a la clase trabajadora y al medio ambiente; y con la crisis humanitaria sindémica agravada por la covid-19, seguida de la (des)estructuración de la seguridad social, de la contrarreforma laboral, del sistema de pensiones, del ajuste fiscal permanente, del desempleo y del regreso del hambre. Asimismo, se observa un exceso de legislación para disimular la desigualdad y la violencia estructural, contradiciendo las oportunidades abiertas por el bono demográfico en curso, los desafíos de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), la Década del Desarrollo Sostenido (2020-2030), que requiere el IV Pilar de la Seguridad Social con enfoque en el Cuidado de las Personas y el Medio Ambiente, la inserción formal en la Educación como fundamento de este proceso en los niveles básico, fundamental y superior (enseñanza, investigación y extensión), además de la inversión de la agenda del mercado hacia la agenda de los derechos humanos por la emancipación política y humana.

Palabras clave: envejecimiento; nueva derecha; seguridad social; desigualdad social; crisis sindémica; pandemia de COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Panorama da Proteção Social da População Ocupada (entre 16 e 59 anos 2023) – PNAD Continua 5ª Conferência (Inclusive a Área Rural da Região Norte)	206
FIGURA 2 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que avaliaram a saúde geral como regular a muito ruim, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões	317
FIGURA 3 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relataram possuir ao menos uma doença crônica, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões	318
FIGURA 4 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relataram dificuldade em ao menos uma AIVD, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões	319
FIGURA 5 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relataram rendimento mensal domiciliar de menos de 4 salários-mínimos, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões	326
FIGURA 6 – Evolução da média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) por Região entre 2019 e 2021	329
FIGURA 7 – Evolução da média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Ajustado às Desigualdades (IDHMAD) por Região entre 2019 e 2021	329
FIGURA 8 – Distribuição da Insegurança Alimentar (IA) por Grandes Regiões em 2020	311
FIGURA 9 – Distribuição da Insegurança Alimentar (IA) por Grandes Regiões entre 2021 e 2022.....	332
FIGURA 10 – Evidências da Crise Sindêmica - Distribuição Geográfica dos Indicadores Sociais em relação à Taxa de Mortalidade Padronizada por COVID-19 (por 100 mil habitantes), infraestrutura, insegurança alimentar e IDHMAD. Anos 2020-2021.....	343

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Índice de envelhecimento (IE) para o Brasil e o mundo: 1950-2100	98
TABELA 2 – Esperança de vida ao nascer (E_0) e aos 60 anos (E_{60}) Brasil	102
TABELA 3 – Benefícios emitidos (em quantidade) no período 2016-2023	203
TABELA 4 – Proteção previdenciária de ambos os sexos, segundo categoria de proteção (em quantidade) [16-59 anos] 2016-2022	208
TABELA 5 – Proteção previdenciária de ambos os sexos, segundo categoria de proteção (em %) 2016-2022	209
TABELA 6 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona urbana e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade]	210
TABELA 7 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona rural e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade]	210
TABELA 8 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação (total) e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade] 202	211
TABELA 9 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona urbana e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade] (em %) ambos os sexos	211
TABELA 10 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona rural e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade] (em %) ambos os sexos	211
TABELA 11 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais Brasil (2022) [em quantidade] (em %) ambos os sexos	212
TABELA 12 – Despesas do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde	244
TABELA 13 – Evolução das despesas com seguridade social e juros, encargos e amortizações da dívida-nominal e proporção das despesas do orçamento efetivamente pagas e do PIB Nominal [preços correntes] (em R\$ mi)	284
TABELA 14 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2020 (em R\$)	291
TABELA 15 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2021 (em R\$)	295

TABELA 16 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2022 (em R\$)	299
TABELA 17 – Juros, encargos e amortizações da dívida e orçamento de guerra (Emenda Constitucional 106, de 2020) em percentual do PIB para o período de 2020-2022 em milhões	302
TABELA 18 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo estrutura domiciliar	320
TABELA 19 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo Programa/Estratégia/Unidade Saúde da Família	321
TABELA 20 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo cuidados de saúde	322
TABELA 21 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo avaliação de saúde geral	323
TABELA 22 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo doenças crônicas	324
TABELA 23 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo condição socioeconômica	325
TABELA 24 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo aposentadoria	327
TABELA 25 – Acesso, investimento e renda em saneamento básico: análise percentual e total por localidade para 2019	333
TABELA 26 – Acesso, investimento e renda em saneamento básico: análise percentual e total por localidade para 2020	334
TABELA 27 – Acesso, investimento e renda em saneamento básico: análise percentual e total por localidade para 2021 em milhões	334
TABELA 28 – Indicadores demográficos, de saúde e socioeconômicos dos idosos por região: comparativo 2020-2021. População total em milhares (projeção IBGE)	337

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Estrutura, gestão, controle social democrático dos regimes que integram a previdência social no Brasil	194
QUADRO 2 – Despesas com seguridade social e juros, encargos e amortizações da dívida pública: média da proporção do Orçamento e do PIB para o período de 2019 a 2022	286

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – População brasileira absoluta por grupos etários: 1920-2100.....	92
GRÁFICO 2 – População brasileira por grupos etários: 1920-2100	93
GRÁFICO 3 – Transição da Fecundidade no Brasil: 1940-2020.....	95
GRÁFICO 4 – Número de homicídios, por sexo, Brasil: 1979-2019.....	96
GRÁFICO 5 – População e transição demográfica no Brasil: 1800-2100 Taxa Bruta de Natalidade (TBN), Taxa Bruta de Mortalidade (TBM).....	97
GRÁFICO 6 – Índice de Envelhecimento (IE) para 3 categorias de idosos.....	99
GRÁFICO 7 – Óbitos com suspeita ou confirmação de COVID-19, sexo e idade, Brasil: 16/03/2020 a 31/12/2021	101
GRÁFICO 8 – Saúde pública para o envelhecimento saudável: possibilidades para a ação da saúde pública durante o curso da vida	232

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACEPI	Associação Cearense de Idosos
ACP	Ação Civil Pública
AD	Atenção Domiciliar
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
AIDS	<i>Acquired ImmunoDeficiency Syndrome</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AMDH	Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil
AMDHB	Articulação para o Monitoramento de Direitos Humanos no Brasil
AMPID	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Previdência Social
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente vascular cerebral
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPFESP	Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e das Empresas do Serviço Público
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCI	Centros de Convivência para Idosos
CDC	Centro de Controle de Doenças
CDESC	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
CEAME	Central de Medicamentos
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGAD	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIESS	Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social
CISS	Conferência Interamericana de Seguridade Social
CISS	Conferência Interamericana de Seguridade Social
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS-MPAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNDI	Conselho Nacional de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNDPI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNI	Conselho Nacional do Idoso
CNP	Conselho Nacional de Previdência
CNPC	Conselho Nacional de Previdência Complementar
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CNPS-MPS	Conselho Nacional de Previdência Social do Ministério da Previdência Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COBAP	Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
COBAP	Confederação Nacional dos Aposentados e Pensionistas
COFINS	Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social
COGEMAS	Colegiado de Gestores Municipais de Assistência Social
CONAPREV	Conselho Nacional dos Dirigentes de Regimes Próprios de Previdência Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
COSAPI	Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa

COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPIPREV	Comissão Parlamentar de Inquérito da previdência social
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPSACR	Centro Abrigo Cristo Redentor
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Creasi	Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
CRPC	Conselho de Recursos da Previdência Complementar
CRPS	Conselho de Recursos da Previdência Social
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DCNTs	Doenças crônicas não transmissíveis
DCNTs	Doenças crônicas não transmissíveis
DESC	Direitos econômicos, sociais e culturais
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DOU	Diário Oficial da União
DPU	Defensoria Pública da União
EAPC	Entidades Abertas
EBAPI	Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa
EC	Emenda Constitucional
ECOSOC	Conselho Econômico e Social
EFPC	Entidades fechadas de Previdência Complementar
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPES	Economia política eco-social
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FENASPS	Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso

FJP	Fundação João Pinheiro
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FNILP	Frente Nacional de Defesa das Instituições de Longa Permanência
FONSEAS	Fórum Nacional de Secretários/as de Estado da Assistência Social
FRGPS	Fundo do Regime Geral de Previdência Social
FRs	Fatores de riscos
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNPRESP	Fundação de Previdência complementar do Servidor Público Federal
Funpresp-Exe	Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao trabalhador rural
GEE	Gases de efeito estufa
IAG	Associação Internacional de Gerontologia
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHAD	Índice de desenvolvimento humano agregado à desigualdade social
IDHM	Índices regionais de desenvolvimento humano municipal
IDHMAD	Índice de Desenvolvimento Humano ajustado às Desigualdades
IDHP	Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado às Pressões Planetárias
IE	Índice de Envelhecimento
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IGDSUAS	Índice de Gestão Descentralizada do SUAS
ILPs	Instituições de Longa Permanência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPASE	Instituto de Previdência e Aposentadoria dos Servidores do Estado
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ITB	Instituto Trata Brasil
LA	Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida

LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LegisPrev	Regulamento do Plano de Benefícios do Poder Legislativo Federal
LGBTQIAPN+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuados, pansexuais, não-binários e mais
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MBES	Ministério do Bem-estar Social
MDH	Ministério de Direitos Humanos
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome
ME	Ministério da Economia
MF	Ministro da Fazenda
MG	Minas Gerais
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MNDH	Movimento Nacional de Direitos Humanos
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
MPDG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MPF	Ministério Público Federal
MPs	Medidas Provisórias
MPS	Ministério de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NEPPOS-UNB	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Política Social da Universidade de Brasília
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB 2	Norma Operacional Básica de Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do SUAS

NOB-RH/SUAS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organizações Pan-Americana da Saúde
OS	Organização dos Serviços Socioassistenciais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PAA	Programa de Abastecimento Alimentar
PAB	Programa Auxílio Brasil
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PAT	Portal de Atendimento
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PIDCP	Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIS	Programa de Integração Social
PIS-PASEP	Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
Plano SUAS-10	I Plano Decenal de Assistência Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNADc	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PND	I Plano Nacional da chamada Nova República

PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNS	Piso Nacional de Salários
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPA	Plurianual da União
PREVIC	Previdência Complementar
Prorural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa Saúde da Família
PSF-MS	Programa de Saúde da Família
PTMC	Piso de Transição de Média Complexidade
Rede CORV	Coordenação Regional de Organismos da Sociedade Civil da América Latina e do Caribe sobre o Envelhecimento e Velhice
RENADI	Rede Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RJ	Rio de Janeiro
RPC	Regime de Previdência Complementar
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEAC	Secretaria Especial de Ação Comunitária
SEIP	Sistema Especial de Inclusão Previdenciária
SENARC	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SESC	Serviço Nacional do Comércio
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIBE	Sistema Integrado de Benefícios
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
Sivep-Gripe	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SMR	Salário-mínimo de Referência

SNDPI	Secretária Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
SPH	Secretária de Promoção Humana
SRAG	Síndrome respiratória grave
STF	Supremo Tribunal Federal
STN-MF	Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TD	Teoria da Dependência
TD	Transição demográfica
UBS	Unidades Básicas de Saúde
EU	União Europeia
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo das Nações Unidas sobre População
URSS	União Soviética
UTIs	Unidades de terapia intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	30
Contextualização e delimitação do problema da pesquisa; justificativa	30
<i>Questões de partida</i>	32
<i>Objeto de estudo</i>	33
<i>Objetivos</i>	33
<i>Geral</i>	33
<i>Específicos</i>	33
Hipótese de trabalho	34
Metodologia	34
<i>Sobre o método e suas conexões</i>	34
<i>Sobre os procedimentos metodológicos</i>	37
PARTE I: MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL, TRANSIÇÕES EM CURSO E LEGISLAÇÕES	41
CAPÍTULO I: REFERÊNCIAL TEÓRICO COM RESPALDO HISTÓRICO	42
1.1 Referências teórico-conceituais gerais e adjuntas	42
1.2 Referências teórico-conceituais sobre o envelhecimento	57
1.2.1 Escorço histórico	58
1.2.2 Envelhecimento humano nas perspectivas biológica, psicológica e sociológica	62
1.2.3 Teoria Social Crítica	72
1.2.4 Lições do Método Materialista Dialético e a perspectiva da Teoria Social Crítica: contextualização do Envelhecimento na contemporaneidade	75
1.2.5 Crise do Capital, Envelhecimento e Políticas Sociais	78
CAPÍTULO II: TRANSIÇÃO EM CURSO DO ENVELHECIMENTO HUMANO	82
2.1 Brasil: indicadores referentes às pessoas idosas	85
2.2 Dinâmica demográfica e implicações para o Envelhecimento Humano no Brasil e no mundo	86
2.3 Bônus Demográfico: importância das políticas públicas e janelas de oportunidades	99
2.4 Pandemia da COVID-19 e transição demográfica brasileira: entre o genocídio e a necropolítica	100
2.5 Transição epidemiológica brasileira, pandemia da COVID-19 e sindemia	103
CAPÍTULO III: ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E LEGISLAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO	108
3.1 Normativas sobre envelhecimento humano em curso: indicações básicas	117
3.2 Relação centro-periferia e capilaridade do Banco Mundial	120
3.3 Declaração Universal dos Direitos Humanos	122
3.4 Sobre o envelhecimento em curso	123
3.4.1 I Assembleia Mundial do Envelhecimento	123
3.4.2 <i>Envejecimiento Sin-Crisis</i> e contrarreformas da Seguridade Social: Banco Mundial	126
3.4.3 II Assembleia Mundial do Envelhecimento e Envelhecimento Ativo	133

3.4.4	Estratégia Regional de Implementação do Plano Internacional de Madrid.....	135
3.4.5	Reuniões Quinquenais de Monitoramento do Plano Internacional do Envelhecimento: avanços e desafios	138
3.4.6	Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos.....	143
3.5	Marco Legal nacional das diretrizes das Assembleias Mundiais do Envelhecimento: Política Nacional do Idoso e Estatuto das Pessoas Idosas	143
3.6	Conselho Nacional de Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas no Brasil: avanços e retrocessos	148

PARTE II: NOVA DIREITA E (DES)ESTRUTURAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL EM MEIO À CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E À SINDEMIA PRODUZIDA PELA PANDEMIA DA COVID-19 158

CAPÍTULO IV: SEGURIDADE SOCIAL - TRAJETÓRIA, IMPLEMENTAÇÃO E (DES)ESTRUTURAÇÃO EM CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS E AJUSTE FISCAL PERMANENTE..... 159

4.1	Trajетória histórica e o caso brasileiro	162
4.2	Política de Previdência Social	166
4.2.1	Previdência Social na Constituição de 1988.....	174
4.2.2	Contrarreforma previdenciária da Nova Direita – EC103/2019 – caminho sem aposentadoria	186
4.2.3	Previdência para as Forças Armadas, policiais militares e bombeiros estaduais: privilégio da carreira militar – Lei nº 13.934/19	192
4.2.4	Regimes de Previdência Social: do direito social ao seguro	193
4.2.5	Cobertura Previdenciária no Brasil na perspectiva dos Servidores da Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhos em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS)	214
4.2.6	Avaliação da contrarreforma da Previdência e do Trabalho	217
4.2.7	A decantada Reforma Silenciosa: do Estado Social ao Estado Penal	219
4.3	Política de Saúde.....	224
4.3.1	Antecedentes, a Constituição e o Sistema Único de Saúde (SUS)	224
4.3.2	Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI).....	229
4.3.3	Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável e o Curso de Vida.....	231
4.3.4	Perspectiva de promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável	233
4.3.5	Promoção da Saúde sob a ótica do Cuidado Integral	235
4.3.6	Despesas e execução da Saúde com base no cruzamento dos dados do Orçamento da Seguridade Social e do Regime Fiscal Extraordinário	243
4.3.7	Política de Cuidados: nova proposição, avanços e desafios.....	245
4.4	Política de Assistência Social	249
4.4.1	Antecedentes, legislações, Sistema Único de Assistência Social (SUAS): avanços e desafios	249
4.4.2	Programa Bolsa Família (PBF): gênese, desconstrução e perspectiva de reconstrução	262
4.4.3	Possibilidade e alcance da Assistência Social no Brasil.....	268

CAPÍTULO V: FUNDO PÚBLICO A SERVIÇO DO CAPITAL FINANCEIRO..... 273

5.1	Orçamento da Seguridade Social (período de 2019-2022) e Orçamento Extraordinário	280
5.2	Renúncias Tributárias e Desvinculação das Receitas da União (DRU) com seus impactos sobre o Orçamento da Seguridade Social	281

5.3	Evolução das despesas com Seguridade Social e Juros, Encargos e Amortizações da Dívida Pública.....	282
5.4	Impacto das Emendas Parlamentares no Orçamento da Seguridade Social.....	287
5.5	Orçamento Extraordinário vulgo “Orçamento de Guerra” contra a pandemia da COVID-19	288
	CAPÍTULO VI: PANDEMIA, SINDEMIA E DESIGUALDADE SOCIAL - INTERRELAÇÕES NEFASTAS	303
6.1	Pandemia da COVID-19: antecedentes	304
6.2	Desafios da pandemia da COVID-19, produtora de sindemia	310
6.3	Pesquisas, estudos, banco de dados conformam a Crise Humanitária Pandêmica e Sindêmica no Brasil: indicadores referentes à população idosa, demais gerações e índices de desigualdade social	316
6.4	Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (IDHM) e Índice de Desenvolvimento Humano ajustado às Desigualdades (IDHMAD) nas macrorregiões (2019-2021)	328
6.5	Insegurança alimentar (VIGISAN I e II).....	330
6.6	Acesso, investimento e renda em Saneamento Básico	336
6.7	Sindemia, envelhecimento, mortalidade, desigualdades e especificidades regionais.....	336
	À GUIA DE CONCLUSÃO	347
	REFERÊNCIAS.....	357
	ANEXO A – Desonerações instituídas e o impacto das medidas no quadriênio	380
	ANEXO B – Renúncias tributárias em contribuições sociais	381
	ANEXO C – Valores atuais de referência do cofinanciamento federal dos serviços de Proteção Social Especial (PSE) e suas respectivas referências normativas.....	382

INTRODUÇÃO

Contextualização, delimitação do problema da pesquisa: justificativa

Em âmbito mundial implantou-se a maior crise humanitária do século XXI, desencadeada pelo vírus Sars-Cov2, associada à crise sistêmica-estrutural do capital, iniciada ao final dos anos 1970, e à crise sanitária ou humanitária-pandêmica e sindêmica da *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*¹, acirrada em 2020. Desde então, no Brasil, o trágico cenário de crises tem vigorado sob a égide de um ideário neodireitista² produtor de crescente desigualdade social, da desestruturação e do desfinanciamento do Sistema de Seguridade Social previsto na Constituição Federal vigente — cognominada “cidadã” —, além da substituição do paradigma de Proteção Social por outro, de índole antissocial.

Face a tal problemática, intenta-se, neste estudo, tematizar os obstáculos que contraditam os preceitos progressistas sobre as pessoas idosas³ e o envelhecimento⁴ preconizados na Constituição Federal de 1988; na Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.742/1994; no Estatuto da Pessoa Idosa - Lei nº 14.423/2022 e, ainda, nos seguintes eventos e pactos internacionais dos quais o Brasil é signatário, a saber: Primeira e Segunda Assembleias Mundiais do Envelhecimento; Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, da Organização dos Estados Americanos (OEA) — aprovada como instrumento vinculante em 15 de junho de 2015 —; e a 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui a velhice como doença, mas cuja contestação impediu-a de vigorar a partir de 2022, ao tempo em que o período de 2021 a 2030 foi definido como a década do

¹ Doravante usar-se-á o termo crise humanitária pandêmica e sindêmica.

² Referente à chamada *nova direita*, designativa do amálgama dos aspectos mais radicais do neoliberalismo e do neoconservadorismo. Dentre suas principais características, ressaltam-se: o acirramento dos valores tradicionais, a prevalência da moral egocêntrica, do individualismo possessivo e da exaltação à meritocracia. Além disso, a *nova direita* é contra os Sistemas de Proteção Social, o Estado Democrático de Direito e, conseqüentemente, defensora do livre mercado (Pereira, 2020). A explicitação do termo será retomada adiante.

³ São consideradas pessoas idosas aquelas com 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco anos) ou mais, respectivamente, em países em desenvolvimento e desenvolvidos.

⁴ Envelhecimento populacional ocorre pela “[...] transformação demográfica [...] pelo modo de produção econômica, da estrutura e organização de grupos e classes sociais, dos valores e padrões culturais vigentes das ideologias, correntes e dominantes, e das relações entre o Estado e a sociedade civil” (Magalhães, 1989, p.15).

Envelhecimento Saudável⁵ em nível mundial, além de estabelecer-se como meta aliada para a agenda concertada do desenvolvimento sustentável⁶ até 2030.

O cumprimento, até 2030, desta agenda concertada previu que os países deveriam implementar políticas em quatro áreas de ação, com vistas a mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; fortalecer o sistema de seguridade social e entregar serviços de cuidados integrados e atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que dele necessitem (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Tudo isso atrelado aos objetivos do desenvolvimento sustentado⁷, quais sejam: acabar com a pobreza na velhice, garantindo proteção social para todos; permitir um envelhecimento saudável, bem-estar e acesso a serviços de saúde e atenção; promover a aprendizagem permanente; garantir a igualdade de gênero; promover o trabalho digno e decente às pessoas de todas as idades; reduzir as desigualdades e acabar com a discriminação na vida adulta; e construir cidades e comunidades inclusivas e acessíveis (Helpage, 2020).

Todavia, em que pesem tais avanços programáticos, acredita-se que a tematização pretendida poderá contribuir com estudos recentes sobre as ameaças ao processo de envelhecimento da atual geração, bem como das futuras, visto que impera na realidade atual a disjuntiva entre necessidades humanas e necessidades do capital, na qual a satisfação destas últimas tornou-se prioritária.

De acordo com Pereira-Pereira (2013, p. 35), a proteção social, sob a regência do Estado burguês, de corte neodireitista, é regulada por leis e pactos interclassistas que buscam conciliar interesses antagônicos da seguinte forma:

⁵ “Por envelhecimento ativo e saudável entende-se o processo pelo qual se otimizam, em relação aos/as idosos/as, oportunidades de bem-estar físico, mental e social; de participação em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas; e de proteção, segurança e atenção, com o objetivo de: ampliar a esperança e a qualidade de vida saudável de todos os indivíduos na velhice, permitindo-lhes seguir contribuindo com seus familiares, amigos, comunidades e nações. Este conceito, se aplica a indivíduos e grupos” (Organização dos Estados Americanos, 2015, p. 10). Maiores detalhes poderão ser examinados adiante.

⁶ A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os Estados Membros das Nações Unidas em 2015, fornece um plano global compartilhado para acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir que todas as pessoas desfrutem de paz e prosperidade até 2030. Inclui 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que devem ser implementados por todos e em cada um dos países do mundo (Organização das Nações Unidas, 2015).

⁷ “El lema de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es "no dejar a nadie atrás" y llegar antes a las personas más excluidas. Esto implica asegurar que todas las personas, también las mayores, sean integradas en los programas de desarrollo. Los gobiernos deben adoptar políticas favorables a la edad que hagan realidad los derechos de las personas mayores y aborden el envejecimiento para que todas las personas se beneficien por igual de los ODS” (Helpage, 2020).

[...] atender necessidades sociais, como questão de direito ou de justiça, com recursos econômicos escassos, pois, na lógica capitalista, a riqueza deve gerar mais riqueza que será investida em atividades economicamente rentáveis [...] Logo, a despeito de, aparentemente, a proteção social não ser um mecanismo econômico, seu papel na produção e distribuição de bens e serviços públicos, necessários à satisfação das necessidades humanas, sempre esteve e estará, prioritariamente, a serviço das necessidades de lucro do capital, em especial quando as forças que deveriam se opor a essa serventia encontram-se debilitadas.

Nessa perspectiva, procura-se analisar o papel do Estado, da família e da sociedade em uma conjuntura de acirramento do domínio da ideologia da chamada *nova direita* e da substituição do paradigma da proteção social pelo o da auto provisão do bem-estar de cada indivíduo, processo este que requer a alteração de um sistema concebido na ótica da garantia de direitos, para propiciar a extinção de conquistas civilizatórias e a privatização das políticas que concretizavam tais direitos no enfrentamento da pobreza, da desigualdade e da iniquidade sociais no campo do envelhecimento humano e populacional.

Para tanto, delimitou-se como *objeto de estudo* o formulado abaixo, seguido dos *objetivos* da pesquisa e antecedido de três *questões de partida*, norteadoras do processo investigativo e analítico.

Questões de partida

- O que significa ser velho nas sociedades contemporâneas, dominadas pelo ideário neodireitista, no contexto mundial das crises em curso — sistêmica-estrutural do capital associada à crise humanitária pandêmica e sindêmica —, no qual prevalecem os princípios da competição e do individualismo, em detrimento da solidariedade; a prática da necropolítica e do genocídio, além da desestruturação do sistema de seguridade social?
- Por que associar a desproteção do envelhecimento atual e o futuro ao avanço destrutivo da *nova direita* sobre o sistema de seguridade social e à prática da necropolítica em meio à pandemia da COVID-19, potenciada pela sindemia?
- É possível falar em envelhecimento digno e saudável para a classe trabalhadora quando todos os efeitos das crises mencionadas se relacionam através de elos que priorizam o atendimento da necessidade de lucro do capital contra a satisfação das necessidades humanas?

Objeto de estudo

Paradoxos e desafios do envelhecimento humano brasileiro, expressos na insegurança social decorrente dos efeitos conjugados das crises sistêmica-estrutural do capital e sanitária pandêmica-sindêmica, sob o domínio capitalista neoliberal/neoconservador denominado *nova direita*

Objetivos

Geral

Identificar e qualificar analiticamente a relação entre as mudanças de paradigmas e práticas de regulação social capitalista em curso com o processo de desestruturação e desfinanciamento das políticas de proteção ao envelhecimento no Brasil. Além disso, visa-se detectar a correspondência efetiva dessa relação com as limitações das normativas nacionais e internacionais sobre o envelhecimento digno e saudável em contexto de crise estrutural e sistêmica do capital, associada à crise humanitária pandêmica- e sindêmica , sob a égide da *nova direita*.

Específicos

1. Desvelar as especificidades e mudanças de paradigmas norteadores do trato social do processo de envelhecimento no Brasil, bem como a forma pela qual correspondem (ou não) ao sistema de seguridade social previsto nas normativas nacionais e internacionais;
2. Detectar os efeitos e a influência da ideologia neodireitista sobre a letalidade da crise humanitária pandêmica e sindêmica e da desestruturação da seguridade social voltada ao processo de envelhecimento brasileiro;
3. Identificar questões afetas à feminização da velhice e à necessidade de uma *política de cuidados* de natureza pública na perspectiva dos direitos;
4. Aprender as características técnicas e políticas do desfinanciamento da seguridade social no Brasil e suas implicações sociais para o processo de envelhecimento das atuais e futuras gerações;
5. Averiguar em que medida as contrarreformas trabalhista e previdenciária, associadas à reestruturação e ao desfinanciamento da seguridade social em curso, constitui ameaça à implantação das diretrizes do envelhecimento digno e saudável na realidade brasileira;

6. Desvendar contradições e desafios interpostos ao compromisso brasileiro de implementar diretrizes da década do Envelhecimento Saudável, período correspondente 2021-2030, definida pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 14 de dezembro de 2020.

Hipótese de trabalho

Como recurso heurístico estratégico para o processo de conhecimento efetuado por aproximações sucessivas e continuadas às intrincadas determinações do objeto de estudo, a presente pesquisa partiu da seguinte afirmação provisória: *a legislação referente à proteção e à defesa dos direitos da pessoa idosa tem se expandido mundialmente. Todavia, tanto internacionalmente quanto no Brasil, apresenta notório descompasso entre o formal e o real, agravado ainda pelo avanço da nova direita, do retrocesso das mudanças de paradigmas relacionados ao trato da velhice, das contrarreformas sociais, das ameaças à democracia e do acirramento planetário da desigualdade social, agravada pela intercorrência das crises estrutural e sistêmica do capitalismo e crise humanitária pandêmica e sindêmica da “Covid 19”.*

Metodologia

Sobre o método e suas conexões

Esta pesquisa utiliza-se do método histórico-estrutural pelo fato de possibilitar, dialeticamente, a análise interligada das dimensões estruturais e históricas (protagonizadas pelos sujeitos) do objeto de estudo. Assim, tanto as determinações estruturais quanto as ações das classes, frações de classes e grupos sociais em movimento foram de suma importância para a compreensão conjunta da realidade pesquisada. A utilização do referido método indica a opção da pesquisadora por procurar apreender a dinâmica da realidade estudada por um caminho investigativo-analítico que não se diferenciava da constituição ontológica do seu objeto. E mais, que estivesse orientado pela perspectiva materialista histórica dialética, considerada a única capaz de possibilitar a compreensão das contradições, mediações e totalidade do objeto de estudo e de sua inscrição na historicidade do modo de produção capitalista (Lukács, 1989).

Assim, apreender o fenômeno do envelhecimento populacional na perspectiva indicada constituiu um empreendimento que transitou entre a empiria, o conhecimento construído com base na realidade, e a ação dos sujeitos em contextos espaço-temporais delimitados. Ademais, tal fenômeno — seja individualmente, seja nas diversificadas e heterogêneas formas de velhice, condições de vida, e em países centrais e periféricos — não poderia ser captado apenas em suas dimensões somáticas mais evidentes, ou aparentes, as quais são, na maioria das vezes, representadas pelo quadro de doenças, pelo perfil epidemiológico, pela transição demográfica, por mitos, preconceitos e ageísmo. Desse modo, tornou-se necessário ultrapassar as aparências mais imediatas e sensíveis para, por meio da abstração realizada pelo pensamento reiterado, buscar as propriedades essenciais do objeto, com vistas a conhecer suas múltiplas determinações (Netto, 2011) no contexto social, ideológico, político, econômico georreferenciado e histórico.

Tal percurso metodológico relaciona-se com a reflexão de Kosik (1976) de que compreender a ontologia do ser social é compreender a atitude primordial do homem face à realidade, o qual se caracteriza, ao mesmo tempo, como um ser pensante, longe da realidade; um ser (Homem) que age nessa realidade; e um ser histórico que exerce sua atividade prática no trabalho com a natureza e com outros homens, visando à consecução de seus próprios fins e interesses, no conjunto das relações sociais.

Significa dizer que, de acordo com a perspectiva dialética materialista histórica, o processo de abstração utilizado nesta pesquisa, no intuito de pôr o entendimento das relações contidas no seu objeto de interesse, pautou-se pela realização de um movimento do pensamento com o propósito de captar elementos objetivos essenciais e que não poderiam ser alcançados de imediato. Por isso, a pesquisa partiu do abstrato para apreender as determinações concretas que explicam, essencialmente, o objeto para, em seguida, fazer, de forma pensada, o caminho de volta. E quanto maior o número de determinações influentes detectadas sobre o referido objeto, maiores chances teve a pesquisa de explicá-lo em seu conjunto.

Com isso, ficou claro que a aparência (a forma como o fenômeno se expressa) e sua essência (após o conhecimento de múltiplas determinações) não são idênticas, pois ambas contêm particularidades e singularidades que fazem parte do todo. Logo, as determinações expressas, fenomênicas, não conduzem, por si sós, à reprodução do concreto por meio do pensamento. O concreto, como já dizia Marx, é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso, que aparece no pensamento como síntese pensada, como resultado mediado pela ação da abstração, não como um decalque mecanicamente apreendido, ou ponto de partida — ainda que seja o efetivo ponto de partida também da intuição e da representação (Marx,

2011). Eis porque, dizia Marx, quando se deseja compreender um determinado objeto ou fenômeno social, deve-se ir da sua singularidade, por meio da conexão (mediação) de diversas determinações que estão postas no real, para a sua particularidade, visando alcançar a universalidade.

Com base nessas orientações, foi possível entender o envelhecimento pesquisado como um processo dotado de conteúdo social relacionado à forma de produção da sociedade, cujo modo de produção capitalista é marcado por várias especificações como: capitalismo de exploração de base colonial, mercantil, do agronegócio, industrial, de extração neoliberal monetário e financeirizado, com a participação e condução de corporocracias⁸ — ou seja, de uma espécie de “ditadura das corporações” em âmbito global, da qual emana o poder econômico e político na atualidade.

Nesses processos, metamorfoses e trajetórias históricas de reprodução e acumulação do capital, a classe trabalhadora enfrenta dificuldades relacionadas à sua condição de subalternidade ao capital e com a superexploração do trabalho, em contextos de crises também diferenciadas e agudizadas por ideologias e mudanças do papel do Estado, dos sistemas de proteção social, das políticas sociais, das várias formas de superexploração do trabalho (uberização e precarização), dos ajustes fiscais permanentes, dos elevados índices de violência institucional, estatal — a exemplo das características da *nova direita*, resultante do amálgama do neoliberalismo com o neoconservadorismo.

No Brasil, país capitalista dependente periférico, sujeito às ingerências constantes de agendas macroeconômicas impostas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) e, contemporaneamente — sob o domínio do capital globalizado e da corporocracia que dominam o Estado e geram políticas “economicidas” —, a questão do envelhecimento tornou-se dramática; uma questão que se agrava, de forma exponencial, em contextos de crise sindêmica impulsionada pela COVID-19, assumindo a forma de genocídio. E, como não poderia deixar de ser, o modo de vida das pessoas idosas, e das demais gerações, das famílias e da sociedade, sofre as consequências desse domínio.

⁸ “[...] As estruturas de poder da sociedade foram afetadas pelo marketing e pela ascensão de grandes corporações, detentoras de supremacia do poder econômico e de vasto domínio das populações, as quais passaram a ser vassalo das corporações, pois estas financiam campanhas políticas e os governos passam a servir aos seus interesses [...] seja na modificação de leis, isenção e redução de impostos, expansão de mercados, facilitação de contratos, licitações, esquemas de corrupção; [...] bancos financiam campanhas, elegendo políticos em troca de políticas econômicas que os favoreçam, com lucros exorbitantes em detrimento da população em geral [...] Ilusão de democracia, pois elegem representantes para cuidar de seus interesses, e do bem comum e em nada correspondem à realidade” (Octaviani, 2018, p. 9-10).

Na obra *O capital*, de 1857, Marx faz uma síntese crítica de seus estudos sobre a economia política liberal clássica, elegendo quatro eixos fundamentais, a saber: 1) análise da produção em geral; 2) análise da relação entre produção, distribuição, troca e consumo; 3) abordagem do método; e 4) produção (meios de produção e relações de produção e de intercâmbio), formas de Estado e relações jurídicas.

Essa obra contribuiu para a compreensão crítica e dialeticamente contraditória da sociabilidade capitalista, permitindo apreender como as pessoas idosas se situam neste movimento; quais suas perspectivas e como se colocam em questões atinentes aos conflitos e interesses diferenciados no mundo do trabalho e do capital, das famílias, da sociedade; como agem em função de seus autocuidados e lutam para ter acesso ao direito; como se articulam como fração de classe e com qual cidadania (base legal e financiamento) consideram ter acesso e garantias. O método de Marx possibilita ainda compreender os fenômenos sociais a partir das relações sociais e de como se produzem materialmente na sociabilidade capitalista com base em três categorias, quais sejam: 1) totalidade; 2) contradição; e 3) mediação. Isso quer dizer que, em conformidade com este arcabouço teórico-metodológico, o processo de envelhecimento populacional, individual, a velhice e as pessoas idosas, não devem ser pesquisadas e apreendidas isoladamente, como processa-se costumeiramente. Tal tendência é posta em prática influenciada por uma visão “biogerontológica”, no âmbito da saúde, da transição demográfica e da “pseudo insustentabilidade” dos sistemas de previdência social que este estudo contesta.

Sendo assim, considera-se pertinente tratar as controvérsias, os paradoxos e os desafios do envelhecimento à luz do envelhecimento ativo, saudável, como proposta apresentada, respectivamente, em 2002, pela II Assembleia Mundial do Envelhecimento e pelas Organizações Pan-Americana (OPAS) e Mundial da Saúde (OMS) para a década 2021-2030 a qual, não obstante avançada ao tempo que experimenta controvérsias e carece de condições objetivas para se implementar. Sem contar com limitações impostas pela redução dos recursos financeiros e operacionais, pelo quadro de transição epidemiológica, agravadas ainda pelas crises estrutural do capital e humanitária pandêmica e sindêmica em curso.

Sobre os procedimentos metodológicos

As principais fontes de informação compulsadas por esta pesquisa foram indiretas ou secundárias, de caráter documental e bibliográfico. Contudo, recorreremos ainda a fontes primárias, constituídas de interlocutores-chave com os quais estabeleceram-se diálogos

particulares, ou obtidas por meio da escuta de palestras, aulas e outras modalidades de comunicação selecionada.

A análise das normativas internacionais, assim como das leis e políticas que integram a seguridade social brasileira, além do material escrito referente às questões associadas à crise syndêmica em curso no Brasil, bem como de suas implicações sociais, foram de natureza qualitativa. Contudo, dados quantitativos que, para o maior conhecimento do objeto de estudo, auxiliaram na análise dos indicadores referentes aos objetivos definidos e à confirmação da hipótese de trabalho formulada também foram utilizados.

Tais dados foram obtidos no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na Secretaria da Previdência e Trabalho do Ministério da Economia (ME), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos Ministérios da Cidadania e da Saúde, bem como noutros órgãos que contemplam o tema da pesquisa e atuam na gestão da Política Nacional do Idoso (PNI), tais como: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL); Organizações das Nações Unidas (ONU); Conferência Interamericana de Seguridade Social (CISS); Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social (CIESS); OXFAM; Banco Mundial (BM) e Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A opção pela análise qualitativa se deve ao fato de, nesta pesquisa, privilegiar-se a palavra expressa, especialmente a escrita, como um dado objetivo, o que encontra respaldo na seguinte concepção de Minayo (1993, p. 245) de que “[...] o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais e políticos”. Nesse sentido, as informações almejadas pela pesquisa foram obtidas em documentos oficiais, trabalhos acadêmicos, mídias digitais, documentários, relatórios de organismos nacionais e internacionais, além de trabalhos técnicos de cunho científico, apresentados por organismos representantes de frações da classe trabalhadora, e em discursos políticos publicizados por meios confiáveis de comunicação.

A seleção, coleta e catalogação dos documentos foi realizada a partir das palavras-chave ou descritores: envelhecimento populacional; envelhecimento individual, ativo saudável; velhice; transição demográfica e epidemiológica; nova direita; neoliberalismo; neoconservadorismo; ideologia; sistema de proteção social; seguridade social; política social; participação social; orçamento e financiamento de política social; fundo público; contrarreformas, desigualdade social, crise syndêmica, crise estrutural do capital, crise humanitária; crise pandêmica da COVID-19; violência; corporocracia; necropolítica; genocídio; superexploração do trabalho; desdemocratização; desconstitucionalização, dentre outros.

Demais procedimentos metodológicos adotados consistiram em:

- Realização de análise crítica de documentos sobre a crise sindêmica e estrutural do capital, do processo de envelhecimento, das vicissitudes da seguridade social brasileira e da transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, à luz da Convenção Interamericana sobre a Proteção e os Direitos Humanos dos Idosos (OEA), do *Envejecimiento Sin Crises* (Banco Mundial); do Relatório Global sobre o Ageismo (OPAS/OMS, 2021) — além de Relatórios e Pesquisas documentais relativas à pandemia de Covid-19 no Brasil e no mundo .
- Seleção e análise de legislação e documentos referentes às mudanças políticas e administrativas no campo da seguridade social brasileira, efetuadas pelo governo instituído após o processo de *impeachment*, em 2016, e posteriormente, de 2019 a 2022, para aquilatar o efeito dessas mudanças sobre os direitos das pessoas idosas e dos desafios da possibilidade de adoção, no Brasil, do envelhecimento saudável. Dentre esse material ressaltam: a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016 e o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023; o Orçamento de Guerra aprovado para a Pandemia; o Orçamento Secreto, a Reforma Trabalhista; e o Pacto do Envelhecimento, proposto em 2020; a EC nº 103, de 2019, referente à Reforma Previdenciária; e as demais contrarreformas em curso no país (Administrativa e Tributária); as Propostas para os Sistemas de Proteção com foco em Cuidados Prolongados e Paliativos no curso da Vida, da CEPAL, em 2020; análise de Documentos da Coordenação Regional de Organismos da Sociedade Civil da América Latina e do Caribe sobre o Envelhecimento e Velhice (Rede CORV) dos anos 2017, 2021 e 2022.
- Estabelecimento de diálogos com pesquisadores e representantes de organizações governamentais e não governamentais atuantes na área do envelhecimento e na defesa de bases de financiamento para a Seguridade Social;
- Elaboração de Matrizes que identificam a desestruturação e o desfinanciamento da Seguridade Social, bem como as medidas/recomendações dos organismos internacionais e nacionais que ameaçam o processo de envelhecimento e induzem ao genocídio e à prática da necropolítica, que inviabilizam o processo de envelhecimento desta e das demais gerações;
- Levantamento e análise de indicadores socioeconômicos que têm interface com o processo de envelhecimento e crise sindêmica;

- Elaboração de matrizes que sugerem desafios em decorrência das controvérsias do processo de Envelhecimento Ativo e Saudável, face ao acirramento do ideário neoliberal e neoconservador que integra a nova direita e induz à prática da política e necropolítica na condução da crise sindêmica no Brasil.

PARTE I:
MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL, TRANSIÇÕES EM CURSO E LEGISLAÇÕES

CAPÍTULO I: REFERENCIAL TEÓRICO COM RESPALDO HISTÓRICO

1.1 Referências teórico-conceituais gerais e adjuntas

Dentre os eixos categoriais de análise que compõem o marco referencial desta pesquisa, destacam-se, de forma interrelacionada, os indicados explicitados a seguir: *nova direita*; *envelhecimento*; *crise sistêmica e estrutural do capital*; *crise humanitária pandêmica e sindêmica*; *necropolítica*; *genocídio*; *sistema de proteção social e política social*; *desestruturação e desfinanciamento da seguridade social*; *desigualdade social*. O envelhecimento constitui a coluna mestra entre eles.

Tais categorias foram eleitas por deterem em seu conteúdo a substância do objeto, desdobrada em conceitos, cuja definição conferiu maior visibilidade às contradições existentes e ao descompasso entre o marco legal e as políticas sociais realizadas, além do fato de permitirem a crítica, a identificação de estratégias implícitas e a predição de medidas políticas para superá-las.

Discuti-las teoricamente exigiu uma postura analítico-crítica com vistas à apreensão do seu conteúdo substantivo e metodológico, além da visão de mundo prevalente, em um contexto histórico, econômico, político e social dominado pelo ideário da chamada *nova direita*, agudizado pela crise humanitária pandêmica e sindêmica na qual o envelhecimento e a velhice enfrentaram (e ainda enfrentam) o seguinte paradoxo: de um lado, a existência de declarações legais formais de direitos para garantir a vida digna e cidadã das pessoas idosas, na perspectiva do envelhecimento saudável; de outro, o desmonte real desses direitos, as contrarreformas em curso — que desestruturaram a Seguridade Social, levando à prática da necropolítica e do genocídio⁹ das pessoas idosas e demais gerações, graças à primazia da rentabilidade econômica em detrimento da atenção às necessidades humanas.

Exigiu ainda a mencionada discussão, identificar o processo acima descrito como fenômeno mundial, de caráter heterogêneo e multifacetado que ocorre de forma diferenciada

⁹ São formas de genocídio “[...] a violação que articula todas as outras, e refere-se à violação do artigo 6º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP), que “reconhece e protege o direito à vida de todos os seres humanos”: “O direito à vida é um direito que não deve ser interpretado de forma restrita. Diz respeito ao direito dos indivíduos de estarem livres de atos de comissão ou omissão que se destinam a ou potencialmente podem causar sua morte não natural ou prematura, bem como impedi-lo de desfrutar uma vida com dignidade.” Ratificado pelo Estado Brasileiro pelo Decreto nº 592, de 06/07/1992 (Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil, 2021, p. 5).

entre classes sociais, nos países centrais e periféricos, e atravessa vários contextos econômicos, políticos e culturais, acrescidos das peculiaridades referentes à raça, ao gênero e à etnia.

Nesses contextos a ideologia¹⁰ e as mudanças de paradigmas concernentes ao envelhecimento e, em especial, aos sistemas de proteção social, demonstraram estar atreladas às transformações ocorridas na base material da sociedade, nas formas de produção e reprodução do capital e nas suas metamorfoses no âmbito da acumulação e da superexploração do trabalho. E isso corrobora o entendimento de que as contradições e as lutas entre classes sociais para manutenção das bases materiais da vida “[...] determinam a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice” (Beauvoir, 1990, p. 17).

Sobre essa questão, Haddad (2010, p. 24) observa que:

[...] a velhice deve ser analisada no interior do sistema capitalista e da estrutura de classes. Compreendo que a ideologia da velhice é fundamental à reprodução das relações capitalistas na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de ideias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana e organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção. As sociedades capitalistas transformando as pessoas em mercadorias, condenam o trabalhador à degradação durante toda a trajetória de sua vida; paradoxalmente são crescentes as propostas de reparos para a trajetória dos velhos, que vem na realidade, escamotear a problemática da exploração da mão de obra. A ideologia da velhice é, pois, entendida como parte essencial do funcionamento das sociedades capitalistas, cuja contradição principal é a sua divisão em classes sociais.

De outra maneira,

[...] na perspectiva totalizadora, a velhice do trabalhador não é um dado isolado das relações de produção e reprodução social. Processa-se como produto da dinâmica histórica da exploração do capital sobre o trabalho e os resultados desse processo são deletérios no curso de vida da “espécie” que vende a sua força de trabalho (Paiva, 2012, p. 214).

A revisão de literatura aqui realizada permite observar que, no Japão e na China Antiga, as pessoas idosas eram muito respeitadas e dispunham de privilégios. Os velhos chineses exerciam o poder centralizado e autoritário; Confúcio comparou a coletividade a um microcosmo considerado base da família, que devia obediência ao homem mais idoso. Além disso, a pessoa idosa era vista como possuidora de certo poder sobrenatural, devido à sua longa vida, e ocupava lugar de destaque por portar valores como sabedoria e experiência. Assim,

¹⁰ Trata-se do “Sistema de ideias, que tem por objetivo justificar, legitimar e falsificar a realidade [...] entendida como instrumentos de dominação de determinada classe social, em decorrência das determinações históricas de uma época” (Marx; Engels, 1998, p. 42); “[...] Mascaramento da realidade social que permite a legitimação da exploração e da dominação [...] toma-se o falso por verdadeiro e o injusto por justo” (Chauí, 2008, p. 15).

embora na Antiguidade alguns considerassem a velhice como causadora de conflito de gerações, os valores associados à honra, à sabedoria, à experiência e à autoridade constituíam privilégios da velhice e da longevidade. Aristóteles associava a beleza do corpo à felicidade e, por isso, entendia que o corpo deveria permanecer intacto para que a velhice se tornasse feliz — uma bela velhice, dizia ele, é aquela que tem a lentidão da idade, mas sem deficiências. Por conseguinte, essa velhice dependia, ao mesmo tempo, das vantagens corporais que se poderia ter e do acaso. O declínio do corpo acarretava o declínio do indivíduo inteiro, pois não se pode separar os dados fisiológicos dos fatos psicológicos — eles se impõem mutuamente — e essa relação constitui o domínio do psicossomático; a relação com o tempo se dá de forma diferenciada e de acordo com a deterioração do corpo, em especial com a classe social a qual pertence (Beauvoir, 1990).

Nas sociedades divididas em classes, e particularmente na capitalista, estudos sobre o envelhecimento registram que a classe dominante sempre considerou as pessoas idosas com indiferença. Somente a partir da segunda metade do século XIX, com o aumento desse segmento social, surge a noção de velhice, que passou a ser vista como uma etapa da vida reconhecida pela decadência física e pela ausência de papéis sociais. Face às mudanças no modo de produção capitalista, no qual a principal razão de ser é o lucro por meio da exploração da força de trabalho, ocorreu a desvalorização social dos/as velhos/as (Debert, 1999), especialmente daqueles/as pertencentes à classe trabalhadora.

Dados esse fato e a organização de trabalhadores/as idosos/as em movimentos sociais, concomitantemente ao envelhecimento dos segmentos da classe dominante, que tinham acesso ao mercado e podiam ampliar o consumo, a questão do envelhecimento, a partir da década de 1960, passou a permear a agenda nacional e internacional — embora sem refletir a respeito das várias velhices afetas às classes sociais, renda, raça, gênero e etnia de forma diferenciada. Mas, não obstante, as pessoas idosas, agrupadas em movimentos sociais, passaram a reivindicar seus direitos.

A partir da década de 1970, mesmo sob a égide do ideário neoliberal, tais reivindicações continuaram e, somadas ao impacto dos indicadores associados à transição demográfica, principalmente nos países do primeiro mundo, contribuíram para a ocorrência, em 1982, em Viena, da primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento, estruturada pela ONU. Contudo, nesta Assembleia o trato do envelhecimento e da velhice não dialogou e nem propiciou a participação das pessoas idosas. Por isso, o Plano de Viena representou um avanço, mas pretendeu atingir mais os países de capitalismo central e as pessoas idosas que poderiam ampliar o consumo (Costa, 2017, p. 146). Ou, conforme Camarano e Pasinato (2004), esta Assembleia

visou atingir as pessoas idosas financeiramente independentes, além de incentivar um nicho de mercado atrelado à medicalização.

Em 2002, ocorreu, em Madrid, a segunda Assembleia Mundial, um pouco mais voltada para os países em desenvolvimento, em razão do acelerado processo de envelhecimento dessas nações. Na Assembleia as organizações não governamentais (ONGs) participaram como observadores e sem direito a voz¹¹, mas realizaram o Fórum Mundial das ONGs sobre o Envelhecimento, entre os dias 5 e 9 de abril de 2002, também em Madrid, tendo encaminhado à ONU as seguintes recomendações: necessidade de aplicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos a todos os cidadãos; plena inclusão das pessoas idosas na vida econômica e social das suas respectivas sociedades; aproveitamento das capacidades e experiências dessas pessoas e a defesa de seus direitos diante de qualquer discriminação (Mendonça, 2016; Abigailil, 2019).

Nesse contexto, cabe destacar a importância das normativas nacionais como conquista de décadas, a partir de proposições da sociedade civil, de segmentos sociais, de associações, de confederações e sindicatos que lutam pelo avanço da garantia dos direitos das pessoas idosas, inscritos e assegurados na Constituição Federativa do Brasil de 1988, em especial as contidas nos seguintes dispositivos:

Art. 299: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade [...]

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

E sublinhar os avanços contidos nessas normativas, as quais garantem a gestão partilhada, com controle democrático, das políticas sociais que têm interface com o processo de envelhecimento, especialmente a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI); E a Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, que instituiu o

¹¹ Segundo depoimento proferido na Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara Federal dos Deputados do Brasil por representante que integrou a Comitativa brasileira: no dia 7 de abril, às vésperas da II Assembleia da ONU sobre Envelhecimento, a Federação Europeia de Aposentados e Idosos, junto a outras entidades organizou uma passeata em Madrid. Ato durante o qual foi distribuído material com a seguinte recomendação: “[...] agradecemos que falem de nós, porém exigimos o poder de falar e pedimos que nos escutem”. Apresentava ainda várias reivindicações, tais como: a globalização dos direitos humanos e a luta contra a pobreza; a construção de uma sociedade para todas as idades; o respeito aos princípios da independência, da participação, da dignidade, dos cuidados de saúde e do desenvolvimento; o reforço dos sistemas legais e solidários de aposentadoria e saúde; casas seguras e adaptadas à vida das pessoas idosas e dependentes (Comissão de Seguridade Social e Família, Câmara Federal Dos Deputados - Brasil, maio de 2002; Abigailil, 2019, p. 70).

Estatuto do Idoso (denominado, em 25 de julho de 2022, Estatuto da Pessoa Idosa, pela Lei nº 14.423), as quais estão em consonância com os artigos de nº 229 e 230 da Constituição Federal de 1988, e as deliberações das duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento. Além disso, o Brasil dispõe de várias normativas legais no campo do envelhecimento referentes à saúde, aos direitos humanos, à assistência social, ao trabalho, à previdência social, ao transporte, à cultura, à educação e ao lazer, dentre outras.

Contemporaneamente, com o avanço da *nova direita* no mundo e, particularmente, no Brasil — país de capitalismo dependente —, a trajetória de conquistas sociais no campo dos direitos das pessoas idosas sofreu inflexão. Ocorreu o desmonte dos direitos associados à satisfação das necessidades básicas desse segmento social, em prol do atendimento à ganância do capital financeirizado. Dessa forma, assiste-se ao confronto antiético e desigual entre as “necessidades” de lucro do grande capital e as necessidades humanas básicas, enquanto as normativas nacionais e internacionais transitam do paradigma do envelhecimento ativo e saudável para o da velhice como doença, proposta pela OMS, mas rejeitada pelos movimentos sociais.

Conforme Papaléo Netto (2007), o envelhecimento humano ou individual é um “processo”; a velhice uma “fase da vida”; e o/a velho/a o “resultado final” que, conjuntamente, constituem componentes indissociáveis do ciclo complexo da vida humana. Por essa perspectiva, o envelhecimento humano e/ou individual deve ser encarado como um movimento dinâmico e progressivo, caracterizado por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente; por isso o/a idoso/a torna-se propenso/a a maior vulnerabilidade e à incidência de fatores patológicos que terminam por levá-lo/a à morte. Papaléo Netto (2007) refere-se, ainda, às manifestações somáticas da velhice — fase última do ciclo da vida — expressas na redução da capacidade funcional, na calvície e na diminuição de vigor para o trabalho, entre outras limitações que conduzem à perda de papéis sociais, de funções psicológicas, motoras, afetivas e à solidão.

Na agenda nacional e internacional tem ocorrido mudança de paradigma favorável a um processo de envelhecimento diferenciado a partir da estratégia dos Organismos Internacionais — especificamente a OMS. Um dos novos paradigmas é o referente à proposta de Envelhecimento Ativo, veiculada ao final dos anos 1990, quando a maioria dos países, já nos anos 1970, passou a aderir e implementar a agenda capitalista neoliberal neodireitista ou da *nova direita*. Como mencionado, o Envelhecimento Ativo caracteriza-se por definir estratégias que possibilitem o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e

segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas, à medida que estas ficam mais velhas. Sua meta é aumentar a expectativa de uma vida saudável para todos, incluindo os frágeis, os requerentes de cuidados e os fisicamente incapacitados.

O termo “Envelhecimento Ativo” propõe uma estratégia de envelhecimento na qual está implícito o acesso a direitos dentro de uma concepção mais ampla de seguridade social, embora com foco na saúde integral; requer o acesso a um Sistema de Proteção Social com Políticas Sociais (assistência social, trabalho, previdência, saúde, educação) e de direitos humanos, com financiamento adequado no curso da vida. Para tanto, reivindica a participação do governo, da sociedade, de estudiosos e até voluntários na corrente progressista de mudança de paradigma sobre a velhice.

A noção de envelhecimento ativo foi adotada pela OMS em meio a um flagrante paradoxo: à época, ao final da década de 1990, ocorria a demolição de direitos sociais e a desestruturação dos sistemas de seguridade social nos países desenvolvidos, assim como do frágil aparato institucional dos países em desenvolvimento sob a égide do ideário neoliberal. Uma possível explicação para o fato de o Envelhecimento Ativo reconhecer a transição epidemiológica, mas não associada às doenças geradas no mundo do trabalho (Abigail, 2019).

Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional constitui uma realidade de escala global que se caracteriza, simultaneamente, pelo aumento da expectativa de vida e pela queda da fecundidade; isto é, por tendências que, juntas, resultam em uma grande quantidade de pessoas idosas e em significativa redução de crianças e jovens. Tal fenômeno, por sua vez, gera uma transição demográfica que modifica a interpretação da pirâmide populacional (Camarano, 2014).

O envelhecimento populacional, portanto, trata-se de um processo com múltiplas determinações (econômicas, políticas, sociais, de saúde, educação, cultura, trabalho etc.); porém, o maior determinante, é a redução simultânea das taxas de fecundidade e mortalidade. Este fato produz mudanças na composição etária da população devido ao aumento dos segmentos mais idosos em igual proporção à diminuição dos mais jovens. Em decorrência, e ao contrário do comumente veiculado, o envelhecimento populacional é deflagrado e intensificado por uma redução dos nascimentos de filhos por mulher e não porque as pessoas estejam vivendo mais, o que corresponderia ao envelhecimento individual (Kalache, 1987).

A transição demográfica e suas consequências são alardeadas com preocupação por gerarem mudanças no padrão de transferência de recursos públicos e privados, bem como por promoverem a associação mecânica entre envelhecimento e dependência. Isso porque o declínio da fecundidade acarreta, a médio e longo prazos, a redução da população nas idades produtivas

(potenciais contribuintes e cuidadores). Por outro lado, a diminuição da mortalidade nas idades avançadas resulta em aumento no número de anos vividos pelos/as idosos/as (Camarano, 2014). Diante desse quadro, analistas neodireitistas veiculam o discurso equivocado de que o envelhecimento constitui empecilho para manutenção dos sistemas de previdência e proteção social, apregoando, a partir dessa premissa, a necessidade de corte de recursos, ajustes fiscais e desmantelamento dos sistemas de proteção social.

No que diz respeito à proteção social aos/às idosos/as, é preciso considerar que os governos das décadas de 1970 e 1980, em várias nações do mundo, aderiram à ideologia da *nova direita*, que foi potenciada após o esgotamento do modelo econômico keynesiano-fordista. Essa ideologia surgiu como contraponto aos “[...] gastos com garantias de serviços e bens públicos e [...] à emergência de movimentos sociais contraculturais que [combatiam] o racismo, o machismo, o patriarcado, a LGBTfobia, a guerra, a censura, a destruição do meio ambiente e ao “establishment” (Pereira-Pereira 2020, p. 122).

A ideologia da *nova direita* é avessa ao Estado Social de Direito por este ser concorde com o sistema de proteção social comprometido com o atendimento das necessidades humanas como dever de cidadania; posiciona-se contra a democracia e a cidadania social; defende valores tradicionais — como a família patriarcal, a moral egoísta, a meritocracia, o primado do mercado, o trabalho como formador do caráter, a obediência às hierarquias sociais, a militarização da sociedade —, abrigando ainda preconceitos e práticas racistas, machistas, xenófobas e LGBTfóbicas, dentre outras (Pereira, 2020).

Para Pereira, na atual fase neodireitista do modo de produção capitalista

[...] a democracia constitui um acessório [...] hoje não há democracia, nem plena, nem representativa, nem parcial, mas uma corporocracia, isto é: um modelo político no qual as decisões que impactam a coletividade são tomadas por grandes corporações nacionais e internacionais, por bancos, e outras instituições financeiras (2020, p. 120).

De acordo com Pereira-Pereira

[...] “O Sistema de Proteção Social de cunho solidário da era keynesiano-fordista, correspondente aos chamados trinta anos gloriosos do capitalismo (1945 a 1975), passou a enfrentar, a partir dos anos 1970-80, opositores ferrenhos. E estes, identificados com os ditames da nova direita, passaram a considerar a moral solidária incompatível com as noções de liberdade e dignidade pessoal, propugnadas pelos mentores de um Estado do Trabalho (workfare state)” em oposição ao Estado de Bem-estar (Welfare State) do segundo pós-guerra” (2020, p.112).

Disso ocorreu o predomínio de uma nova era da política social, assim como de um “Estado dotado de um novo perfil político, ideológico, e ético [o] “Estado “do trabalho” — que

não se rege pelos princípios e critérios do “bem-estar social” incondicional como direito” (Pereira-Pereira, 2020, p. 112). Esse Estado “do trabalho” passou a validar a retomada, no capitalismo recente, de um sistema de proteção caracterizado como pós-social e pós-moderno e que apresenta uma face diferenciada no bojo da relação entre trabalho e cidadania, de acordo com Dean (2007).

Com o advento do processo de globalização neoliberal, evidenciou-se que a proteção social dos trabalhadores também depende dos resultados da competição internacional em busca de maiores lucros para o capital, o que exige redução dos custos e a intensificação do trabalho e de sua exploração. Nesse cenário o “trabalho”, enquanto atividade assalariada, adquiriu centralidade e passou a ser considerado o mecanismo de provisão de bem-estar manejado pelo próprio indivíduo. E, como tal, este precisa ser competitivo, estimulado ao empreendedorismo, avaliado pela meritocracia, orientado ao consumo e responsável pelo seu próprio bem-estar, não mais como cidadão, mas como consumidor. Dessa forma, o “Estado do trabalho” passou a inverter as prioridades da proteção social e do bem-estar dos indivíduos, os quais passaram a ser comprados no mercado. E, conseqüentemente, o *Welfare State* se distanciou de sua tarefa de garantir direitos de cidadania, cedendo espaço ao *Workfare State*, (Pereira-Pereira, 2020), no qual a política social deixou de ter como razão de existência a atenção às necessidades sociais para se dedicar à minimização de riscos sociais decorrentes da exploração do trabalho pelo capital.

É nessa perspectiva que se pautava a “nova direita”. Pereira (2016, p. 120) referenciada em Afonso (1999), Miller (1999) e Gamble (1994), indica que tal ideologia é o amálgama de duas outras ideologias diferentes, unidas pelos aspectos mais radicais de combate aos direitos e à democracia sociais, a defesa

[...] neoliberal do livre mercado; do indivíduo, da liberdade negativa e da proteção mínima, aliou-se à argumentação neoconservadora da autoridade do Estado (ou governo forte); da disciplina e da ordem; da hierarquia, da subordinação, e do resgate dos valores tradicionais, como a família patriarcal, propriedade privada, patriotismo, bons costumes e moral.

A desinência “nova” que a antecede corresponde à desinência “neo” (nova) acoplada tanto ao liberalismo quanto ao conservadorismo. Portanto, a “nova direita” é “neo” porque é a fusão de

[...] duas racionalidades aparentemente distintas - neoliberalismo e neoconservadorismo - que se caracteriza por um projeto radical, de destruição do consenso político do segundo pós guerra, que sustentou, por trinta anos, o Estado

Social Keynesiano, e a cidadania social [...] para instituir uma economia de mercado livre e competitiva que se tornou hegemônica com o colapso da doutrina keynesiana, posteriormente com a dissolução da União soviética [...] que agora dominam governos de forma imperial e globalizada (Pereira, 2019, p. 1).

Portanto, o amálgama de aspectos direitistas mais radicais do neoliberalismo e do neoconservadorismo (redundando em uma nova direita) constitui a mais recente face do capitalismo e, além de ser a forma de acumulação que opera o ajuste fiscal permanente, implementa políticas de austeridade redutoras de gastos sociais e do papel do Estado como *garante* de direitos sociais; estimula a superexploração do trabalho e a apropriação do fundo público pelos rentistas; mercadoriza as políticas sociais e gera a concentração da riqueza seguida do agravamento da desigualdade social. Esta face começou a ganhar força nos fins de 1970, nos países capitalistas centrais, mas só nos anos 1990 auferiu hegemonia na América Latina, principalmente no Brasil. Esse fato significou a subordinação da economia e dos interesses latino-americanos aos ditames da acumulação do capital estadunidense e europeu, associados às diversas frações do capital local.

Com o acirramento da nova direita¹², os sistemas de proteção social sofreram forte caráter antissocial, pois:

[...] os neodireitistas posicionam-se contrários à proteção social, comprometida com o atendimento de necessidades sociais, porque, ao confundirem necessidades humanas com preferências individuais, alegam que o Estado não tem capacidade de oferecer soluções que respeitem individualidades e preferências pessoais. [...] Já que benefícios, programas e projetos sociais estatais são sempre pensados para a coletividades e não para pessoas isoladamente [...] sendo considerado perdulário e ineficiente, o Estado seria incapaz de mitigar a pobreza e os “comportamentos desviantes” que, supostamente, dela decorreriam (Pereira-Pereira, 2020, p. 134).

Essa interpretação das necessidades sociais pela *nova direita* vem dismantando os direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora, sob o argumento de que:

¹² Segundo Brown (2019, p. 6-7), “[...] o termo nova direita surgiu nos Estados Unidos, na década de 1950, para distinguir anticomunistas radicais, libertários e defensores do livre mercado da antiga tradição neo aristocrática conservadora [...]. Na década de 70, ocorre uma invasão contra o feminismo, a igualdade racial, e a libertação social; o neoconservadorismo com base religiosa, implementa uma agenda política de valores morais tradicionais combinados com mercados livres e Estados fortes [...] surge a liderança de Reagan nos EUA, que implementa políticas de desregulação da economia e atua para a desestruturação do Estado de Bem-Estar Social, que se traduz por um Estado forte de tradicionalismo moral [...] surge ainda outra vertente contra a globalização, a moral cultural, as esquerdas-liberal, a igualdade racial, e a sexual, os intelectuais e as elites políticas [...] repudia e ataca a democracia, a justiça social e a igualdade [...] atribuem a auto responsabilização dos indivíduos pelo seu bem estar e da nação [...] sinaliza para a adoção de práticas profacistas de autoritarismo, xenóforas e misóginas” .

[...] se não há necessidades comuns que sejam vivenciadas coletivamente e que sirvam de parâmetro para a formulação e implementação de políticas públicas, não haverá melhor mecanismo para satisfazê-las do que o mercado. [...]. “É o mercado que se apoia no individualismo possessivo, nas aspirações subjetivas de interesses (wants) e, por isso, está mais apto que o Estado a atender demandas que nem sempre reflete necessidades sociais, mas preferências, desejos, vícios, compulsões, sonhos de consumo (Pereira-Pereira, 2000, p. 39).

A nova direita tem como um de seus papéis fundamentais resgatar a incumbência do Estado de garantir o respeito aos valores tradicionais, além da tarefa primordial de salvaguardar o mercado de intempéries e riscos e de lhe prestar socorro diante de ameaças. No que se refere à população, este mesmo Estado atua ainda na cooptação de movimentos sociais, enfraquecendo suas pautas anticapitalistas, transformando-os em instâncias identitárias, além de incorporar ou propiciar ações incorporadoras de pessoal, de universidades e empresas ao consumo. Contribui ainda para o enfraquecimento dos Conselhos de Defesa de Direitos, com vistas a inviabilizar o processo de controle democrático na fiscalização das políticas sociais e dos gastos governamentais (Pereira, 2020).

Donde evidencia-se que, sob o domínio da nova direita, os Sistemas de Proteção Social, as políticas sociais que integram o Sistema de Seguridade Social, as formas de funcionamento dos Conselhos de defesa de direitos e controle democrático no campo do envelhecimento experimentam retrocessos. E estes podem ser detectados

[...] na reestruturação perversa dos fundamentos éticos da política social, ou seja, [da passagem] do *ethos* solidário à moral egoísta [...] na declaração de guerra do capital contra o trabalho mediante a qual os Sistemas de Proteção Social passam a ser regidos por outro modelo, antissocial, e por uma moral individualista possessiva, ou egocêntrica (Pereira-Pereira, 2020, p. 86-87).

Nesse processo, acrescenta Pereira-Pereira,

[...] o traço comportamental da política social como política pública e direito de cidadania social, está a serviço de demandas e necessidades sociais que se estabelecem em relações antagônicas entre o capital e o trabalho, [...] nas quais o capital sempre possui supremacia estrutural [...] o que exige correlação de forças no processo de cogestão democrática de bens e serviços públicos financiados pelo estado [...]. Para concretização do *ethos* solidário, a política social depende da superação da consciência ingênua das massas para uma consciência crítica (2020, p. 89).

Com base nesse quadro, percebe-se que as legislações e recomendações de âmbito internacional e nacional contemplam princípios, diretrizes e recomendações econômicas, sociais, culturais, de direitos humanos, com o objetivo de influenciar e subsidiar os sistemas de proteção social e as políticas sociais a construírem uma ordem societária e de

(co)dependência no planeta; e, ao mesmo tempo, traduzirem o anseio por uma institucionalidade sensível à luta dos movimentos sociais representativos da classe trabalhadora e da democracia participativa¹³. Contudo, essas normativas — ressalvadas as especificidades dos países centrais e periféricos — constituem o arcabouço legal de um sistema de proteção social que flexibiliza para atender as demandas de acumulação e reprodução do capital. E, como não poderia deixar de ser, estão claramente a serviço de políticas antissociais. É nesse sentido que Pereira-Pereira (2013, p. 637) assim se expressa:

[...] falar de proteção social capitalista não é tarefa simples, a começar pelo fato de ela não ser apenas social, mas também política e econômica. Isso explica por que a proteção social, a despeito de, em princípio, se contrapor à lógica da rentabilidade econômica privada, nunca esteve, na prática, livre de enredamentos nas relações de poder, nas quais exerce regulações favoráveis ao domínio do capital sobre o trabalho. Da mesma forma, a despeito de aparentemente não ser um mecanismo econômico, seu papel na produção e distribuição de bens e serviços públicos, necessários à satisfação das necessidades humanas, sempre esteve, prioritariamente, a serviço da satisfação das necessidades do capital — em especial quando as forças que deveriam se opor a essa serventia encontram-se debilitadas.

Na América Latina vivencia-se um contexto de crises concomitantes, aliadas aos seguintes eventos:

[...] regresso [aprofundado] da histórica desigualdade socioeconômica; eclosão, no Brasil, de insólita, calamitosa e sem enfrentamento estatal, crise humanitária provocada pela junção da crise capitalista global, iniciada nos anos 1970, com a crise sanitária, decorrente da pandemia de covid 19, instalada em 2020 (Pereira-Pereira, 2021, p. 311).

Crises essas que, associadas aos indicadores de violência institucional — representados pela ausência de garantias de direitos humanos e à vida —, produzem, adicionalmente, uma sindemia que se assemelha à barbárie potenciada entre o genocídio e a necropolítica.

A sindemia tratada nesta tese, agudiza a desigualdade social e atravessa a ambiência dos fatores estruturais da pobreza (como falta de acesso à moradia digna, ao saneamento básico, ao trabalho não precarizado, ao transporte digno, à alimentação, à saúde, à previdência social, à segurança pública), caracterizando uma das mais sérias comorbidades associada à pandemia da

¹³ No Brasil, atos normativos foram decretados para desmobilizar a representação da sociedade civil em conselhos, a exemplo dos Decretos nº 9.759 e nº 9.893, de 2019, que ferem a Constituição Federal e a legislação Infraconstitucional. O Decreto nº 9.893, de 2019, aniquila, por via transversa, a atuação do Conselho de Defesa de Direitos e de Políticas Públicas, representativo da democracia participativa, uma vez que fere diretamente a estrutura e atribuições do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), e constitui grave violação ao Estado Democrático de Direito (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência, 2019).

COVID-19. Tal crise, portanto, se agrava pela junção de fatores decorrentes da crise estrutural do capital e da crise humanitária pandêmica e sindêmica, alcançando alto índice de letalidade junto a populações e segmentos populacionais cujas mortes poderiam ser evitadas; e que, em caso de sobrevivência, enfrentarão consequências e sequelas, além da violação de direitos humanos, que afetam, principalmente mulheres, povos indígenas, populações idosas, ribeirinhas, de rua e afrodescendentes.

Ou seja, com a pandemia da COVID-19, a crise capitalista e a humanitária pandêmica e sindêmica combinadas atingem com maior letalidade pessoas com comorbidades, ampliando-se em contextos diferenciados de extrema pobreza e desigualdade social, indicando estreita relação entre, de um lado, as condições sociais, econômicas, de saúde e ambientais e, de outro, a fragilidade dos sistemas de proteção social.

Sobre tal problemática. Pereira-Pereira; Pereira (2021) referenciadas em Gough (2017), chamam atenção para a gravidade da pandemia da COVID-19 e sua relação com a mudança climática, suas motivações e consequências, bem com suas implicações para a política social, ressaltando a importância de se ter incluso nos estudos sociais correntes o tema da ecologia crítica, que integra o campo do eco-capitalismo, o qual requer uma economia política eco-social (EPES). Essa defesa se pauta pela necessidade percebida pelas autoras de

[...] ampliar o escopo de contribuições disciplinares concernentes aos efeitos da pandemia da COVID-19 sobre o bem-estar humano; elevar as dimensões sociais e políticas desta problemática a um status equiparado ao da dimensão econômica ainda dominada pela economia neoclássica e pelo neodireitismo hegemônico desde fins dos anos 1970; inserir no debate o conceito e a lógica das necessidades humanas, trabalhados, principalmente, por teóricos da política social como contraponto à lógica da rentabilidade econômica privada que atualmente preside as saídas do capital de sua crise estrutural e sistêmica (Pereira-Pereira; Pereira, 2021, p. 2).

Destaca-se ainda que, no contexto da pandemia da COVID-19, bem como das crises em curso, é agravada a complexidade da agenda de direitos humanos, em particular na América Latina, com destaque para Colômbia e Brasil, considerados países em disputa no pódio do primeiro lugar mais arriscado para se exercer o papel de defensor/a de Direitos Humanos. Nesses países predomina alto índice de violências contra as lutas feministas ou lideranças comunitárias, que reivindicam direitos referentes à terra, ao meio ambiente saudável, às mulheres e populações LGBTQIAPN+, aos povos indígenas e ribeirinhos. Essa agenda viabiliza, nas palavras de Mbembe (2018), uma necropolítica em curso, para produzir os “mundos de morte”, conforme Diniz e Carino (2019), marcado pela inexistência de vagas em atendimentos a pessoas idosas e demais segmentos populacionais em unidades de terapias

intensivas (UTIs), hospitais, respiradores, vacinas, medicação de uso contínuo e auxílios emergenciais; e de perícia médica para o acesso das pessoas idosas ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), à alimentação, à concessão de aposentadoria, à pensão por morte, invalidez, benefícios de saúde ocupacional, entre outros.

Quanto às desigualdades — tão presentes no processo de envelhecimento —, existem estudos e metodologias contendo indicadores de natureza estrutural e conjuntural, referentes ao modo de produção capitalista em sua fase neodireitista — como renda, saúde, trabalho, educação, moradia, saneamento e outros —, que articulam desenvolvimento humano, violência estrutural e ataques ao meio ambiente. Esses indicadores, articulados e mensurados, podem expressar, para além da desigualdade social, uma sindemia sem precedentes no Brasil e em alguns países do mundo. A maioria das análises desses dados apontam a necessidade de mudanças no âmbito do modo de produção, da gestão pública, do meio societário, familiar, individual, do trabalho e das políticas sociais, ressaltando a questão da preservação e do trato dos recursos do meio ambiente, da questão climática, bem como de maior justiça social, equidade na repartição da renda e da riqueza produzida por um país, além de enfrentamento à pobreza como a face mais aguda da desigualdade.

De acordo com Pereira (2016, p. 70) “[...] a desigualdade social reside no coração da proteção social capitalista”, e o seu contrário, a igualdade, que se reconhece como associado à liberdade positiva, requer políticas públicas, tendo como oposição a liberdade negativa que rejeita essas políticas. Donde se infere que o capitalismo não possui verdadeiro interesse de combater a desigualdade social, pois é dela que o modo de produção se alimenta e através dela se reproduz.

Pereira (2016), referendada em Manning (1999) e em Marshall (1967), explicita que os direitos de cidadania convivem, no capitalismo, de forma paralela às desigualdades, ainda que os direitos políticos possam se contrapor às múltiplas desigualdades na economia, na vida familiar, ou que tenham ocorrido ações no sentido de abrandar as desigualdades sociais, com políticas sociais e outras medidas. A autora refere-se ainda à lógica entre desenvolvimento capitalista, desigualdade e política social, no seio da qual ocorrem conflitos e luta de classes por maiores ganhos referentes à igualdade. As sociedades industriais conheceram progressos sociais concomitantes com relativos tempos de paz e com regulações, pelo Estado burguês, de instabilidades entre economia de mercado e política pública. Contudo, todo esse processo foi permeado por contradições, porque, caso a liberdade econômica torne-se instável, ela poderá deteriorar a estabilidade da economia política e fragilizar a reprodução social. Em contrapartida, o aumento de conquistas sociais, traduzidas em políticas públicas como direitos, poderá

dificultar o crescimento econômico requerido pelo modo de produção pelo livre mercado capitalista.

A “igualdade” que exaltada pelo capitalismo “[...] é um simulacro do conceito genuíno, pois ela consiste em um indicador exclusivamente funcional à persistência da dominação do trabalho pelo capital” (Pereira, 2016, p. 71). Para aprimorar o processo de desigualdade existe, na ordem burguesa, a defesa da democracia formal-legal e não substantiva. Tal democracia tem exercido grande influência mundial na qualidade de “[...] democracia liberal” individualista, focalizadora, e privatista em detrimento do interesse público, e da satisfação otimizada das necessidades sociais” (Pereira, 2016, p. 72). Nessa perspectiva, a igualdade também não é substantiva (Mészáros, 2007) e se expressa por adjetivações: igualdade *formal, jurídica, de status, de oportunidades, perante a lei*.

Essa luta é a sistemática e contínua que está na base da desigualdade social, hoje aprofundada pela injusta distribuição da riqueza concentrada em parcelas minoritárias da população do planeta. Isso sem falar no sistema tributário capitalista que, na maioria dos países, em especial os periféricos, é socialmente regressivo.

É com base nesse quadro que Teixeira (2017, p. 48) assim se expressa ao relacioná-lo ao envelhecimento:

Essas desigualdades sociais são ampliadas no envelhecimento do trabalhador, que tem suas necessidades sociais rebaixadas, para sua sobrevivência e de sua família [...] principalmente quando retirados do mundo produtivo, quando perderam a rentabilidade para o capital, perdendo a qualidade do homem econômico.

Diferente da pobreza absoluta, imperante no Brasil, a desigualdade social é um conceito relativo. Assim, enquanto a primeira refere-se ao grau de privações sociais absolutas de determinado indivíduo ou população, a segunda é medida na comparação do abismo econômico entre os mais ricos e os mais pobres. E esse abismo apresenta no país a seguinte configuração: os 1% mais ricos são donos da metade da riqueza do país, enquanto os 50% mais pobres detêm 1%. A concentração da renda nacional dos 10% mais ricos aumentou, entre o período que compreende 2019-2022, de 58,6% para 59% de acordo com o *The World Inequality Report* de 2022¹⁴. Estima-se que os 50% mais pobres ganham 29 vezes menos do que os 10% mais ricos; e que a metade mais pobre no Brasil possui menos de 1% da riqueza do país. As desigualdades patrimoniais são ainda maiores do que as de renda, configurando-se como entre

¹⁴ *World Inequality Lab* (Laboratório das Desigualdades Mundiais), lançado em 7 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59557761> Acesso em: jan. 2023.

as mais altas do mundo. Em 2021, os 50% mais pobres possuíam apenas 0,4% da riqueza brasileira (ativos financeiros e não financeiros, como propriedades imobiliárias, incluindo o acesso à terra). O 1% mais rico possui quase metade da fortuna patrimonial brasileira.

Destaca-se que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), dispõe de metodologia que define o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), considerando o padrão de vida, o progresso e o bem-estar de um país, e ainda possibilita inferir a desigualdade social, pois agrega indicadores de renda, saúde e educação. No Brasil de 2019, o IDH era de 0,758, caiu para 0,754 no ano de 2020 e em 2021 sofreu queda de três posições no *ranking* mundial, da 84^a¹⁵ para 87^a colocação, em relação ao ano de 2020. Ressalta-se que em 2020 o PNUD apresenta uma nova variante experimental do IDH para incorporar dois outros elementos — emissões de dióxido de carbono e quantidade de recursos naturais utilizados nas cadeias produtivas dos países, proporcionalmente às suas populações. O Brasil fica na 74^a posição no que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado às Pressões Planetárias (IDHP).

Segundo o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar de junho de 2022¹⁶, 125,2 milhões de brasileiros passaram por algum grau de insegurança alimentar em 2021. É um aumento de 7,2%, desde 2020, e de 60%, em comparação com 2018. Em 2022, 33,1 milhões de pessoas não tiveram o que comer; apenas 4 em cada 10 domicílios conseguiram manter o acesso à alimentação — ou seja, permaneceram em situação de segurança alimentar. Os outros 6 lares se dividiram numa escala que vai dos que se preocupam com a possibilidade de não ter alimentos no futuro até os que já passam fome.

A insegurança alimentar atinge as regiões do Brasil de forma desigual. No Norte e no Nordeste, os números atingem, respectivamente, 71,6% e 68% — são índices expressivamente maiores do que a média nacional de 58,7%. A fome fez parte do dia a dia de 25,7% das famílias na região Norte e de 21% no Nordeste. A média nacional é de aproximadamente 15%, e, do Sul, de 10%. A fome atinge ainda de forma desigual famílias chefiadas por mulheres e tem diferenças entre negros, brancos, populações ribeirinhas, indígenas, e pertencentes a zona urbana e rural.

¹⁵ Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-12/brasil-fica-em-84o-lugar-em-ranking-mundial-do-idh>; <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22ptpdf.pdf>

¹⁶ A pesquisa realizada pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan), constituída por pesquisadores, professores, estudantes e profissionais, e contou com execução em campo do Instituto Vox Populi. A Ação da Cidadania, a ActionAid, a Fundação Friedrich Ebert Brasil, o Ibirapitanga, a Oxfam Brasil e o Serviço Social do Comércio (Sesc) São Paulo participam da iniciativa. O estudo completo encontra-se acessível em: <https://www.oxfam.org.br/especiais/olhe-para-a-fome-2022>.

O índice de desemprego está estimado em de 14.5%, atingiu 14.8 milhões de desempregados e 32,9 milhões de pessoas subutilizadas, no primeiro trimestre de 2021 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

Em 2021 e em 2023, divulgou-se o projeto MapBiomas¹⁷, que trata de questões relativas ao desmatamento, à urbanização, às favelas, bem como à utilização dos recursos naturais de forma desordenada. Tal projeto evidenciou que o uso da terra de forma indiscriminada e que o crescimento dessas comunidades aumentou o equivalente ao território de uma área de 1.100 km². Ao todo, 4,66% do crescimento de áreas urbanizadas entre 1985 e 2020 têm características de ocupação informal. Dos biomas presentes no país, a Amazônia lidera essa expansão em número percentuais, com 18,2% o aumento das ocupações realizadas no território sendo informais. O desmatamento em todos os biomas fez 70% da superfície de água do Brasil secar no período entre 1985 e 2022. Há registro de desaparecimento do mais vital dos recursos naturais em mais de dois terços dos municípios brasileiros, a maioria deles na região do Pantanal. Entre os biomas que perderam superfície hídrica, tem-se o Pantanal - Mato Grosso (MT), com redução de 81,7%.

As características diferenciadas de desmatamento, urbanização e favelização para atender, de um lado, a ganância do capital e, do outro, a busca por condições mínimas de sobrevivência na permanente luta de classes, geram indicadores desiguais de má utilização do solo, da água, da acessibilidade à renda, ao trabalho, à escolaridade, ao transporte, à educação, à saúde, à cultura e demais. Observa-se o agravamento desse processo, decorrente da forte concentração da renda, do patrimônio, da estrutura tributária regressiva, da má utilização dos recursos naturais, das mudanças climáticas, da não utilização de conhecimento tecnológico e da ausência de rede de serviços — elementos que colocam em risco a vida das pessoas idosas, desta e das demais gerações, ao tempo que ampliam a desigualdade social, em especial, no contexto da nova direita.

1.2 Referências teórico-conceituais sobre o envelhecimento

Paremos de trapacear; o sentido da vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário, se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começarmos não aceitaremos mais com indiferença, a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo, que nos diz respeito.

¹⁷ MapBiomas. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/ambiente/mapbiomas-alerta-que-70-da-agua-do-brasil-secou-entre-1985-e-2022>.

Somos nós os interessados. Essa infelicidade denuncia o sistema de exploração no qual vivemos (Beauvoir, 2018, p. 11).

1.2.1 Escorço histórico

O Envelhecimento humano é um dentre os maiores e mais complexos desafios contemporâneos constante nas agendas nacional e internacional. Constitui um fenômeno que levou cerca de cem anos para se impor no chamado Primeiro Mundo, e, no mundo em desenvolvimento e periférico, vem ocorrendo de forma acelerada, em contexto de extrema desigualdade. Tal desigualdade, contudo, tornou-se mundializada e, atualmente — agravada pelas crises estrutural-sistêmica do capital e humanitária pandêmica e sindêmica, produzida pela COVID-19 e, mais recentemente, pela variante Ômicron —, configura uma mega problemática mundial em meio aos seguintes agravantes: guerra entre Rússia-Ucrânia/Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN)/Estados Unidos; mudança climática; má utilização dos recursos da natureza, violência estrutural, ageísmo, e desestruturação das políticas públicas como direitos de cidadania.

Da Idade Média ao século XVIII, poucos eram os estudos e questionamentos a respeito das condições das pessoas idosas exploradas, o que contribuiu para sua invisibilidade. As pessoas idosas exploradas eram pouco quantificadas, até porque, nas zonas urbana e rural, os trabalhadores morriam jovens; e os que conseguiam envelhecer dependiam das famílias, de asilos e/ou de conventos. Sob a égide do capitalismo, especialmente o industrial, as pessoas idosas não foram exploradas como força de trabalho assalariada; ainda assim, tornaram-se vítimas informais de exploração. Na juventude e na maturidade “[...] a classe dominante não lhes tinha concedido o que era necessário para reproduzir sua vida: uma vez gastos no trabalho [remunerado], eles os abandonavam, com as mãos vazias” (Beauvoir, 2018, p. 224-225). Nas palavras de Beauvoir,

[...] a classe dominante, sempre foi negligente com a população idosa. Já no século XX com o aumento significativo desse segmento populacional, como não poderia ignorá-los, passou a desvalorizá-los; [contudo], mais que o conflito de gerações, foi a luta de classes que deu à noção de velhice a sua ambivalência (2018, p. 225).

O século XX marca com veemência a importância do estudo do processo de envelhecimento. De um lado, graças à circulação de entendimentos de que esse processo é consequência do aumento significativo do número de velhos, da queda da taxa de fecundidade, do interesse por pesquisas sobre o assunto, do ônus que o envelhecimento representa para a

sociedade — tal como depreenderam organismos internacionais, a exemplo do FMI — entre algumas vertentes econômicas. De outro lado, graças à pressão da sociedade, de frações de representantes da classe trabalhadora, por direitos, por melhor compreensão das questões e necessidades afetas às pessoas idosas e sua condição de classe, gênero, raça e etnia.

Segundo Neto (2006, p. 7),

[...] a ciência do envelhecimento tem um centro do qual emanam suas ramificações - gerontologia social, gerontologia biomédica e geriatria -que em conjunto atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas conseqüências. A gerontologia social aborda os aspectos não orgânicos, como os antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos, e de saúde. A gerontologia biomédica e a geriatria se atêm aos aspectos orgânicos, subdivididas de acordo com as especialidades que a compõem; [...] são essas características que tornam a interdisciplinariedade obrigatória para o estudo de um fenômeno multifacetado em seus aspectos, e multifatorial em sua gênese.

Na perspectiva de Haddad, a qual aprofunda o conhecimento do processo de envelhecimento da classe trabalhadora a partir da teoria social crítica, com ênfase na gerontologia social crítica, considera que a geriatria e a gerontologia em sua gênese “[...] se propõem a exercer o monopólio da velhice, lutando pela saúde do “corpo capitalista”, defendendo a ideologia do corpo sadio, do homem produtivo. Desconsiderando as condições objetivas de existência dos velhos, para elas o que conta é a universalidade da saúde” (2016, p.17).

A autora, referenciada em Oliveira, explicita:

[...] que a saúde é muito mais determinada pelas condições de vida, de trabalho, de dispêndio de energias físicas e mentais, de renda de uma população e especificamente diferenciada segundo as classes e grupos sociais e seu acesso e participação na riqueza nacional; secundariamente, intervém a medicina, em primeiro lugar a preventiva e, em segunda e remota importância, a curativa [...] é o déficit acumulado durante toda uma vida, a partir de deficiências nutricionais, de um trabalho desgastante, que cedo começam a se refletir nas doenças de massa, na velhice precoce, não pode ser jamais reparado, mesmo com todas conquistas médicas e farmacológicas dos últimos cinquenta anos[...] serão incapazes, entretanto de dar ou restituir a saúde, se as condições estruturais de geração da saúde não forem radicalmente transformadas (Oliveira, 1976, p. 42).

Estima-se que no decorrer do processo histórico, em 1903, a gerontologia se destaca como ciência do envelhecimento, enquanto a geriatria, em 1909, volta-se ao estudo clínico e das doenças que acometem as pessoas idosas.

Com efeito, em 1903, Ellie Metchnikoff, à época considerado sucessor de Pasteur, defendeu a ideia de criação da gerontologia como uma nova especialidade dedicada exclusivamente ao envelhecimento por acreditar que um dia a fisiologia normal pudesse ser

alcançada pelos homens (Achenbaum,1995). Similarmente, em 1909, sob o reconhecimento de que a fisiologia do envelhecimento pouco tinha avançado, fortaleceu-se a necessidade de uma nova especialidade na Medicina que trataria das doenças das pessoas idosas — a geriatria, assim denominada por Ignatz Nascher, médico de Viena.

Ainda em 1922, assistiu-se, no campo da Psicologia, o protagonismo de Stanley Hall, o qual comprovou que as pessoas idosas dispõem de muitos recursos potenciais, até então invisibilizados, contradizendo a arraigada noção de que a velhice é o inverso da juventude.

Todos esses autores inauguraram uma visão mais otimista do processo de envelhecimento, ao tratarem de forma natural a decadência e a degeneração do ser humano com o avançar dos anos (Neto, 2006, p. 2-3). Além disso, observa-se que eles, não obstante terem retratado o declínio representado pelo processo de envelhecimento, não deixaram de indicar a heterogeneidade das várias velhices, a partir do pertencimento de classe social da pessoa idosa e das suas diferenças em termos gênero, raça e etnia.

Entretanto, cabe registrar que Nascher e Metchnikoff encontraram grandes obstáculos para divulgar as pesquisas que realizavam pelo fato de suas disciplinas serem consideradas impenetráveis, em uma cultura que não abria espaço para as Ciências Sociais. Em vista disso, até a década de 1930, a gerontologia ficou restrita aos estudos biológicos do envelhecimento e da velhice, quando, então, ganhou importância a avaliação multidimensional e interdisciplinar, respaldada no conceito e na avaliação geriátrica especializada, introduzida por Marjory Warren.

E a partir daí foi possível delinear os limites entre:

[...] senescência e senilidade, ou seja, respectivamente, entre o envelhecimento primário e o secundário, e os processos patológicos que são mais comuns nas idades mais avançadas da vida; e entre o envelhecimento saudável ou bem sucedido, e o envelhecimento comum [...]; estabelecer os motivos pelos quais a morbidade e a taxa de mortalidade são maiores nos idosos, do que nas pessoas jovens, entre outros conhecimentos importantes (Neto; Pontes, 1996, p. 3).

Ou seja, somente no período compreendido entre 1950 e 1959, ou 115 anos depois, processou-se avanço significativo nos estudos sobre o envelhecimento e, apenas entre 1969 e 1979, a pesquisa nessa área ampliou-se em 270%, segundo Papaléo Neto (2006).

Efetivamente, entre os anos 1950 e 1970 realizaram-se pesquisas longitudinais acerca da vida adulta e da velhice que introduziram mudanças de paradigmas, desviando o foco do declínio e da doença para a possibilidade do desenvolvimento em todo o curso de vida. Dessa forma, tornou-se possível conceber atividades essenciais e redes de apoio a uma velhice

saudável, com a função de otimizar as capacidades cognitivas, das pessoas idosas ao longo de sua existência.

Esses avanços, porém, encontraram resistências ou contraposições. Segundo Hayflick (1975), a biogerontologia — ou a gerontologia biomédica — não contou com investimento e planejamento adequados. Seus recursos financeiros eram obtidos por meio de outras disciplinas com as quais mantinham interface e seu progresso, hoje reconhecido, deve-se à identificação com a biologia molecular e celular, com a fisiologia em contexto gerontológico, e com a sua articulação com as Ciências Sociais.

Outros obstáculos dizem respeito aos choques de prioridades capitalistas. As sociedades industrializadas e urbanizadas do Ocidente sempre investiram mais nas áreas materno-infantil e da juventude, pois o investimento na criança tinha retorno de cinquenta a sessenta anos de vida produtiva, ao passo que os recursos direcionados às pessoas idosas não eram considerados investimentos, mas gastos — o que já demonstrava uma atitude etarista e preconceituosa. Tais entendimentos, conforme Neto (2006), atrasaram em décadas o aprofundamento da produção do conhecimento em geriatria, gerontologia biomédica, gerontologia social crítica.

Em 1970 houve o lançamento do “Ensaio sobre a Velhice”, de Simone de Beauvoir, o qual exortava a sociedade a romper o silêncio sobre a “invisibilidade e a conspiração da velhice”, em especial daquela vivida por pessoas idosas pertencentes à classe trabalhadora, pois,

[...] no mundo capitalista, o interesse a longo prazo não conta mais: os privilegiados é quem decidem o destino das massas, não temem partilhá-lo [...] a economia é baseada no lucro; e, a este na prática, a quem toda a civilização está subordinada: o material humano só interessa enquanto produz. Depois é jogado fora (Beauvoir, 2018, p. 11).

Entretanto, como não poderia deixar de ser, nos anos 1980 e 1990 ocorreu a ampliação das necessidades sociais relacionadas ao processo de envelhecimento populacional e à longevidade, requerendo serviços de saúde, direitos previdenciários e assistenciais e formação de recursos humanos, além do apoio para familiares e cuidadores de pessoas idosas com dependência. Sem falar nas demandas por oportunidades educacionais e de trabalho para pessoas idosas e adultas, em contextos diferenciados de ampliação da pobreza e de desigualdade social (Neri, 2001; Neto, 2006).

Isso se explica pelo fato de que, a partir das duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento (1982 e 2002, respectivamente), além de outras recomendações e normativas, os países — dentre os quais o Brasil — passaram a discutir a questão do Envelhecimento como direito de cidadania, sob a ótica de direitos humanos, assegurado nos preceitos democráticos e

em legislações específicas. Porém, na maioria deles, e aqui novamente incluso o Brasil, a estruturação de uma Rede Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas (RENADI) continua com baixo financiamento nas políticas sociais que a integram, além de retrocessos no âmbito da democracia participativa, com baixa representação das pessoas idosas em instâncias de controle democrático.

1.2.2 Envelhecimento humano nas perspectivas biológica, psicológica e sociológica

Na atualidade, os estudos do envelhecimento humano comportam correntes relacionadas à teoria biológica (genética, teoria metabólica, teoria neuroendócrina); teorias psicológicas e teorias sociais de natureza sociológica. Para os fins deste estudo, tais teorias serão abordadas, de forma suscinta, com ênfase e acolhimento na/da “teoria social crítica”, que trata o envelhecimento humano na perspectiva da totalidade social dialética¹⁸; isto é, do envelhecimento humano pelo Ângulo da teoria que fundamenta a gerontologia social crítica, mediada pela lógica e pelo método dialético materialista e histórico, bem como por uma análise que engloba, contraditoriamente, estrutura e história, classe social, raça, gênero e etnia.

- Teorias biológicas

As teorias biológicas usam o termo envelhecimento para fazer referência às mudanças morfofuncionais processadas ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de respostas dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia; isto é, do estado de equilíbrio das diversas funções do corpo, tal como: temperatura, pulso, pressão arterial, taxa de açúcar e outras, mesmo em situações adversas e expostas a alterações. Tais teorias consideram como única característica universal do envelhecimento “[...] as transformações que ocorrem com um organismo com o passar do tempo, independente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a

¹⁸ “A totalidade social dialética é entendida como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual, um fato qualquer, (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Acumular todos os fatos ainda não significa conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em seu conjunto) não constituem, ainda, a totalidade. Os fatos são conhecimento da realidade se são compreendidos como fatos de um todo dialético [...]. Sem a compreensão de que a realidade é totalidade concreta -que se transforma em estrutura significa conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em seu conjunto) não constituem, ainda, a totalidade. Os fatos são conhecimento da realidade se são compreendidos como fatos de um todo dialético [...]. Sem a compreensão de que a realidade é totalidade concreta -que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos- o conhecimento da realidade concreta não passa de mística, ou a coisa incognoscível em si” (Kosik,1969, p. 35-36).

longevidade” (Neto-Jeckl; Cunha, 2006, p. 13). Nesta perspectiva, portanto, o envelhecimento constitui uma “[...] fase definida como um continuum, que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte” (Neto, 2002, p. 91).

Sendo assim, o envelhecimento não se traduz pela soma de patologias agregadas e de danos induzidos por doenças, e por isso mesmo poderá ocorrer em quaisquer faixas etárias; contudo, caracteriza-se por quatro mudanças relacionadas à idade: 1) redução da funcionalidade; 2) progressividade gradual dessa redução; 3) progressividade resultante de um componente ambiental modificado; e 4) universalidade; ou seja: “[...] todos os membros de uma espécie deve apresentar mudanças graduais com o avanço da idade” (Strehler, 1959, p. 14).

Essa concepção é seguida pelos biogerontologistas, que se utilizam do termo *senescência* para descrever as mudanças que ocorrem em um organismo em relação à idade, afetando a vitalidade e funções, e, em razão do tempo, ampliando a taxa de mortalidade. Já a *senilidade* refere-se ao estágio final da senescência, quando o risco de mortalidade se aproxima de cem por cento. Em vista disso, utilizam as mudanças fisiológicas para medir o envelhecimento, sendo o tempo uma variável independente.

De acordo com Neri (2001), o desempenho biológico do organismo guarda estreita relação com a estrutura celular e com o todo do organismo; ou seja, tal desempenho dispõe de um sistema interno de ritmo e duração no qual o sono e a vigília, o ciclo menstrual e os índices metabólicos são indicadores de diminuição da funcionalidade e da probabilidade de sobrevivência.

No entanto, estudos longitudinais indicam que o sistema corpóreo e os órgãos envelhecem em velocidades diferentes, apresentando disfunções em maior ou menor grau. Algumas modificações dos órgãos e do sistema iniciam-se já a partir dos trinta anos de idade, enquanto outros, que irão acumular diferenças morfológicas e fisiológicas, modificam-se em idades mais avançadas (Cruz, 2001).

Segundo Bezerra (2021), referenciada em Farinatti (2002), as teorias biológicas do envelhecimento fundamentam-se

[...] na degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e celulares e podem ser classificadas em duas categorias: as de natureza genético-desenvolvimentista e as de natureza estocástica. Ressalta-se que para as teorias com base na genética, o processo do envelhecimento ocorreria do nascimento até a morte, geneticamente programado, existindo um continuum controlado geneticamente, que influenciaria o envelhecimento. Com base na ideia de necessidades da reprodução e os desafios do contato com o meio ambiente, a preservação da espécie seria o grande objetivo. Dentro das teorias com base genética, há aquelas que explicam a senescência de outra forma. Envelhecer é acumular disfunções no código contido nos genes, fruto de subprodutos das reações químicas orgânicas que acontecem ao longo de uma vida que,

pouco a pouco, causam danos irreversíveis às moléculas celulares (Bezerra, 2021, p. 34).

As teorias estocásticas, por seu turno, postulam que o processo de envelhecimento é gerado pela deterioração associada à idade avançada, devido à acumulação de danos moleculares, gerando perda de função e informações para as células. Essas teorias oferecem mecanismos para entender o declínio fisiológico observado com a idade, pois, segundo elas, de acordo com o nível de degeneração do organismo e seus diversos sistemas orgânicos, pode haver dificuldade de adaptação, ocasionando a morte (Neto-Jeckel; Cunha, 2002, p. 15).

Disso infere-se que, embora as abordagens exclusivamente biológicas contribuam para explicar o processo de envelhecimento com foco nas alterações do organismo, apresentam restrições pois este processo é de natureza multifatorial, dá-se de forma heterogênea entre classes sociais, gênero, etnia, cor, e em consonância com determinações econômicas, políticas e culturais historicamente determinadas; papéis sociais da pessoa idosa ao longo da vida; e acesso (ou não) ao trabalho digno e aos direitos assegurados em leis e garantidos pelo Estado.

- Teorias Psicológicas

A psicologia do envelhecimento objetiva estudar os padrões de mudança comportamental associados ao avanço da idade, distinguindo aqueles típicos da velhice daqueles compartilhados por outras idades.

Durante algum tempo, a Psicologia assumiu que os anos da vida adulta seriam de estabilidade, enquanto os da velhice seriam os de declínio, a serem estudados pela Medicina. A psicologia do desenvolvimento dedicou-se ao estudo da infância e adolescência, bem como a estabelecer normas populacionais de desenvolvimento, esclarecendo os mecanismos de comportamento correspondentes. Posteriormente, face às mudanças do contexto sócio-histórico e cultural, essa vertente teórica passou, sistematicamente, a abrir espaços para estudos do envelhecimento. Seguindo essa tendência, várias teorias foram surgindo referenciadas em paradigmas da mudança ordenada, que geraram as teorias de estágio (etapistas), e os paradigmas contextualistas e dialético, que rejeitam a ideia de estágios ou etapas evolutivas. Contudo, permanecem na Psicologia várias correntes vinculadas a três paradigmas — ciclos de vida, curso de vida e desenvolvimento ao longo de toda a vida — ao lado de tentativas de integração na perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida portadoras de orientação dialética. Dessa forma, o Envelhecimento passou a ser entendido como:

[...] um processo que tem lugar ao longo do ciclo vital e, tal como o desenvolvimento, é determinado pela interação constante e acumulativa de eventos de natureza genético-biológica, psicossocial e sociocultural. Esses eventos são registrados no tempo, que não é assim, fator causal (Neri, 2002, p. 45).

Desse modo, as pessoas idosas são indivíduos assim denominados em virtude das diferenças que exibem, em um dado contexto sociocultural, no que tange à aparência, à força, à funcionalidade, à produtividade e ao desempenho de papéis sociais primários, em relação aos adultos não idosos (Neri, 2009). Dessa maneira, Neri considera que os novos atributos e papéis sociais — intimamente relacionados à idade, ao gênero e à classe social — são tomados como critérios de acesso a benefícios, papéis e posição social na velhice.

- Teorias clássicas

As teorias clássicas do envelhecimento consideram o ciclo de vida como referência central, na qual a velhice constitui uma das etapas que possibilita o desenvolvimento humano. Referem-se ao envelhecimento como um estágio de introspecção espiritual, eivado de mudanças interpessoais, referenciadas nas conquistas da realidade externa, que conduzem a processos de profundidade interna. Carl Jung e Charlotte Bühler destacam-se no estudo dessas teorias.

De acordo com Jung (1971), o processo de envelhecimento ocorre na segunda metade da vida e implica mudança na qual o indivíduo não estará mais direcionado para contextos exteriores, mas para dentro de si; sua maneira de pensar e ver o mundo, sua autoimagem e seu autoconceito, não mais coadunam com o outro — isto é, com a família e a sociedade —, mas com o seu diálogo interior e seu inconsciente.

Estudos do curso da vida humana realizados por Bühler (1935), a partir de quatrocentas biografias de pessoas adultas, identificaram a existência de uma progressão ordenada de fases em que ocorreriam mudanças em atitudes, metas e realizações ao longo do desenvolvimento. Bühler ainda aprofundou o conhecimento sobre o paralelo entre processos biológicos de crescimento, estabilidade e declínio, e processos psicossociais, de expansão, culminância e contração em atividades e realizações, verificando que: as diferenças individuais no processo de desenvolvimento do curso de vida, não são lineares, mas ocorrem com alternâncias de ganhos e perdas evolutivas; e mais, há pessoas que permanecem altamente produtivas na idade avançada, de forma que seu funcionamento intelectual não declina paralelamente ao biológico, na mesma proporcionalidade (Neri, 2002, p. 35).

Para estas teorias, o envelhecimento é um período mais intelectual e introspectivo da vida humana; período este que se depara com forte declínio do organismo, ao tempo em que ainda ocorrem perdas e ganhos no âmbito das relações interpessoais e societárias.

- Teorias de Transição

As teorias nessa perspectiva estabelecem marcos regulatórios de transição nos quais os indicadores de mudança recebem forte influência do indivíduo e do ambiente social, sendo coparticipes no processo de construção da trajetória do desenvolvimento individual e dos grupos de idade que nasceram na mesma época (coortes). Para elas, o processo de desenvolvimento não é organizado por fases de natureza ontogenética, como adotado pelos psicólogos de orientação organicista, que concebem o desenvolvimento como processo cronológico ou decorrente de crises evolutivas. Pelo contrário, acreditam que a sociedade constrói o curso de vida, ou a trajetória de desenvolvimento na qual se definem os comportamentos que devem ser seguidos por cada faixa etária. Esta visão de mundo tem a sua gênese na teoria do desenvolvimento da personalidade ao longo da vida e dos eventos de natureza biológica e sociológica. Ela trata tanto de tarefas evolutivas da vida adulta e da velhice, quanto de processos de transição, de passagem, que acarretam a redefinição na trajetória de vida. Nesta abordagem destacam-se Neugarten, Ericson, Havighurst, Schollberg (Neri, 2002, p. 38).

- Teorias contemporâneas

De orientação dialética, estas teorias tratam do desenvolvimento da vida (*life span*) partindo do princípio de que desenvolvimento e envelhecimento são processos correlatos, multideterminados, constantemente permeados por tensões entre as forças que os determinam. No desenvolvimento do ser humano adulto, o enfoque percebe esse ser como sujeito ativo, em mudança e em interação com um ambiente igualmente dotado de dinamismo dialético. Considera que as características por idade são determinadas por influências biológicas e socioculturais associadas à passagem do tempo, a exemplo da maturação física durante a infância, dos eventos típicos da vida adulta — relacionados à família, à educação, ao trabalho, os quais guardam relação de papéis e competências sociais de acordo com a idade e em estreita conexão com a idade cronológica (Neri, 2002).

Bezerra (2021), referenciada em pesquisas realizadas por Neri (2013); Debert (2004),

remete-se a estudiosos que tratam destas teorias, a exemplo de: 1) P.B. Baltes (1987; 1997), que considera o desenvolvimento como processo, com níveis e dimensões diversificadas, de acordo com a faixa-etária, contexto histórico e fatores idiossincráticos; e ressalta a flexibilidade do comportamento, visto que a pessoa idosa pode se adaptar aos processos de mudanças e de contradições; 2) Margret Baltes (1996), que trata da dependência física, cognitiva, social e emocional e da autonomia ao longo da vida, bem como das influências individuais, ambientais e sociais; 3) Carstensen (1991), que enfoca a seletividade emocional, associada à questão do tempo futuro e à relação de redistribuição dos recursos socioemocionais na velhice, além de considerar que ocorre o isolamento e declínio das relações sociais; 4) Diehl (1999), que enfoca os eventos críticos do curso de vida, com forte influência no processo de envelhecimento; 5) Moody (1993), que desconsidera a importância do curso das idades e se coloca contra às questões afetas aos determinismos biológico, físico, psicológico e social do envelhecimento; 6) Remi Lenoir (1996), que entende o envelhecimento como objeto sociológico e problema social, além de conceber a velhice como categoria social resultante das relações entre classes sociais e gerações, a par de analisar os estereótipos do comportamento (Bezerra, 2021).

- Teorias Sociais

Teorias Sociológicas sobre o Envelhecimento

Estas teorias concebem o envelhecimento como uma fase normal e produtiva do desenvolvimento humano. Têm como princípio orientador a compreensão de que, se as pessoas idosas são respeitadas e ativas, podem ter um envelhecimento saudável e no qual o declínio biológico é inevitável, mas poderá ser moderado e compensado por atividades sociais positivas. Evidenciam que, na idade adulta, o processo de socialização e interação abarca três dimensões: satisfação matrimonial, no trabalho e na vida. Em cada uma dessas dimensões o indivíduo desempenha papéis diferenciados e adota comportamentos que lhe possibilitam manter-se como membro ativo na sociedade. Mediante aprofundamento dos estudos dos fenômenos históricos, econômicos, etnográficos, culturais e sociais, a Sociologia tem contribuído para a construção social da velhice em todo o mundo (Siqueira, 2002).

Nesse campo de conhecimento, as produções teóricas sobre o envelhecimento dividem-se em três gerações: *clássicas*, compreendendo as de primeira geração, elaboradas entre 1949 e 1969, com foco nos papéis sociais e normas do indivíduo, sua unidade de análise, com o objetivo de explicar como ocorre o ajustamento desses elementos com o declínio orgânico

inevitável da pessoa. Trata-se de construções aplicadas de forma universal, independentes de contextos e fatores sociais, tidos como dados da realidade que não deveriam ser questionados. As de segunda geração, elaboradas entre 1970 e 1985, abordam aspectos macrosociais como as transformações das condições sociais e suas influências no processo de envelhecimento e na pessoa idosa como categoria social. E as de terceira geração, que apresentam críticas às anteriores, articulando os níveis micro e macrosocial de análise, estudam os aspectos estruturais do envelhecimento e a distribuição desigual de recursos. Sustentam que as pessoas idosas não vivenciam esse processo de forma passiva, ao tempo em que criam significados a respeito do próprio envelhecimento. Esta abordagem busca interligar as restrições, os significados individuais, os culturais e as forças sociais (Siqueira, 2002).

Na perspectiva de Dannefer (1999), o envelhecimento é um processo ecológico, vivencial e que não acontece isoladamente, sendo, ainda, influenciado pelas condições circundantes.

Teorias sociológicas de primeira geração

Teoria do desengajamento ou afastamento, formulada por Cumming e Henry (1991), a qual estuda questões relativas à funcionalidade, à mutualidade, à inevitabilidade e à universalidade e que traduzem o afastamento típico da velhice. Define que o envelhecimento constitui um processo de desengajamento ou afastamento universal e inevitável, o qual seria funcional ao idoso e à sociedade.

Teoria da atividade, apresentada por Havighurst (1968), que analisa o declínio em atividades físicas e mentais associadas à velhice como fator determinante de doenças psicológicas e do isolamento social da pessoa idosa. Argumenta que as atividades da fase adulta devem ser mantidas na velhice, ou acrescidas de novos papéis, com vista a garantir um envelhecimento bem-sucedido. Esta teoria influencia até hoje grupos e movimentos de idosos que, independentemente do acesso ou não à cidadania, buscam o bem-estar no lazer e nas atividades culturais.

Teoria da modernização, que, alicerçada no estruturalismo funcional, trata da relação entre modernização e papéis sociais, assim como da perda de *status* das pessoas idosas na sociedade industrial. Para ela, nessa sociedade moderna, o domínio científico, a urbanização, a educação intensiva e a tecnologia da saúde exercem forte influência nas condições de vida dessas pessoas, levando-as ao desengajamento social. Críticas a ela dirigidas repousam na ausência de incorporação, em seu âmbito, de indicadores e categorias de gênero, classe social,

e etnicidade, além do fato de ser muito utilizada para subsidiar o planejamento das políticas sociais voltadas às pessoas idosas.

Teoria da subcultura referenciada no funcionalismo estrutural, que privilegia normas e padrões comportamentais construídos a partir das interações sociais. Seu foco é microssocial, o qual, na maioria das vezes, segrega as pessoas idosas e desloca-se da análise de gênero, raça, classe social e etnia. No entanto, visa contribuir para a inclusão social dos idosos e para a integração intergeracional (Siqueira, 2002).

Teorias sociológicas de segunda geração

Teoria da continuidade, voltada para questões afetas às estratégias das quais se utilizam as pessoas idosas para se ajustarem à complexidade do processo de envelhecimento nas sociedades contemporâneas. Dá ênfase às desvantagens presentes em fases anteriores à velhice, ocorridas por falta de acesso a condições satisfatórias de vida, a saber: baixo nível educacional, baixa renda, escassas relações sociais e alta mobilidade geográfica.

Teoria do colapso de competência, concebida por Kuypers e Bengston, a qual ressalta as perdas e crises decorrentes do envelhecimento, a exemplo da: perda da saúde, de entes próximos e de papéis sociais que propiciam a estereotipada rotulação de dependentes, marcadamente conferida às pessoas idosas. Segundo ela, tal fato contribui de forma negativa para o entendimento de que a vulnerabilidade na velhice tem correspondência direta com o colapso de desempenho de competências sociais e psicológicas. Por isso, o tratamento proposto pelos adeptos dessa teoria consiste na terapia de reconstrução social das competências e da interação com o ambiente social, envolvendo as pessoas idosas, seus familiares e cuidadores.

Teoria da troca, concebida a partir de um modelo econômico racional, de base comportamental, para a qual vida social é constituída por indivíduos que privilegiam as trocas sociais construídas em interações baseadas na relação custo-benefício. De acordo com Dowd (1975), os indivíduos priorizam interações recompensadoras e se afastam daquelas que não maximizam lucros em seus relacionamentos. Com base nisso, argumenta que as pessoas idosas tendem a se afastar das interações sociais por avaliarem que seus recursos são inferiores aos dos mais jovens, principalmente quando, em alguns casos, apresentam pior condição de saúde, baixa renda, baixo nível educacional, tornando-se onerosas à nova geração. Esta teoria privilegia a perspectiva econômica ao mesmo tempo em que despreza os vínculos sociais estabelecidos por vias não racionais, tais como afeição, altruísmo e amor. Em alguns casos, ressalta o autor, a continuada dependência econômica e social da pessoa idosa conduz à perda

de *status* e mesmo à completa subserviência. Ou seja, até eventos no curso da vida relacionados à aposentadoria, pensões e benefícios são percebidos como declínio de poder.

Teoria da estratificação por idade, que fornece contribuições à pesquisa em torno do processo de envelhecimento ao introduzir o conceito de *coorte*, a influência das classes sociais, além de outros recursos analíticos da Sociologia, em particular da área da estratificação social e da demografia. Esta vertente teórica destaca as variações entre as pessoas idosas, as quais, dependendo da *coorte* etária, apontam para a necessidade de acentuar a análise dos fatores históricos e sociais que afetam o envelhecimento. Ademais, faz distinção entre as mudanças evolutivas, que sofrem influência dos fatores genético-biológicos no decorrer do envelhecimento normal, e mudanças decorrentes dos fatores socioculturais (fator coorte) (Siqueira, 2002). De acordo com Siqueira, a teoria foi inicialmente proposta por Riley, Johnson e Foner (1972), estando alicerçada no estruturalismo funcional e nas teorias psicológicas do desenvolvimento e tendo como objetivos: identificar o movimento das coortes de idade, através do tempo, e as similaridades e diferenças entre elas; e observar a dissonância entre as mudanças estruturais e individuais, assim como a interdependência entre as coortes de idade e as estruturas sociais. Para tanto, considera cada coorte como única, por possuírem características próprias de tamanho, composição, gênero, distribuição por classe social, bem como por se darem individualmente, em contextos históricos que influenciam as atitudes e os comportamentos de seus integrantes; e mais, considera que a estratificação por idade e por classe social possui base comum, já que ambas dependem de influência, oportunidades, poder social e recompensas.

Nesta perspectiva teórica, outros pesquisadores desenvolveram estudos diferenciados, a exemplo de Riley (1994), que se baseia na defasagem estrutural para demonstrar que as estruturas sociais não conseguem acompanhar as mudanças demográficas. Assim, segundo ele, havendo aumento da expectativa de vida, em especial das pessoas idosas acima de sessenta anos, não haverá estrutura para responder às demandas desse segmento populacional ou para absorver todo o seu potencial acumulado. Já o conceito de “matriz latente”, concebido por Riley, Foner e Riley Junior (1999), ressalta as relações de parentesco de cunho intergeracional, em especial aquelas que envolvem a dinâmica familiar, a qual constitui uma rede de suporte para as pessoas idosas. Posteriormente, tais pesquisadores apresentaram a teoria de estratificação por idade como uma mudança de paradigma, contemplando questões referentes à integração das idades voltadas à convivência intergeracional; à educação continuada de adultos e pessoas idosas; à possibilidade de emprego para as pessoas aposentadas; e à flexibilidade de papéis na família, no trabalho, na educação. Adicionalmente, a teoria abordada enfoca ainda o

uso dessa abordagem no estudo das vantagens e desvantagens dessa integração e de seu impacto na vida das pessoas e na sociedade (Siqueira, 2002).

Teoria político-econômica do Envelhecimento, cujos autores, Walker (1981) e Minkler (1984) consideram que as diversidades de tratamento e *status* das pessoas idosas podem ser aferidas pela análise das políticas públicas; pelas tendências das políticas econômicas e pelos fatores socio-estruturais. Nela são trabalhados os conceitos de constrangimento estrutural, de controle de recursos sociais, de marginalização e de classe social, partindo da compreensão de que a articulação e a interação de forças econômicas e políticas com o *status* das pessoas idosas influencia a maneira e os critérios de alocação dos recursos destinados às políticas públicas. Siqueira (2002) assinala que o enfoque do estruturalismo social permite compreender que a industrialização e a urbanização originam novos problemas sociais, ampliando as demandas da sociedade não só por moradia e saúde, mas também pela manutenção da ordem social de consenso. Nesse contexto, o aumento da população idosa gera um novo grupo de interesse e pressão, exigindo respostas às suas demandas. No âmbito das teorias econômicas neoclássicas, considera-se perfeitamente natural a aposentadoria das pessoas idosas, em decorrência das mudanças industriais, tecnológicas, e da divisão social do trabalho.

Teorias Sociais de Terceira Geração

Perspectiva do Curso de Vida

Esta abordagem traz contribuições da Sociologia e da Psicologia, mediante a utilização simultânea de construtos de escopo micro e macrosocial. Destaca que a interação e a estrutura social exercem total influência no curso de vida e concebe o envelhecimento como um processo que se inicia no nascimento e prossegue até a morte, além de analisar o curso de vida na perspectiva da sua totalidade, incorporando métodos multidisciplinares. Nesse escopo, a idade não se traduz como único critério para analisar o curso de vida, posto que também se deve levar em conta a classe social, a etnia, a profissão e a educação para avaliar a posição de pessoas e grupos na sociedade.

Teorias Feministas do Envelhecimento

Essas teorias têm origem na década de 1970 e privilegiam as questões de gênero e diversidade. Sustentam proposições como: o gênero deveria ser uma das abordagens principais

do processo de envelhecimento e das pessoas idosas, pois constitui o fator organizador durante o curso de vida. Enfatizam a dimensão microssocial, valorizando a estruturação de rede social, os cuidadores (formais e informais), as famílias das pessoas idosas, os significados sociais e as identidades do processo de envelhecimento; contudo, ocupam-se, ainda, da dimensão macrossocial, analisando a estratificação por gênero e pela estrutura de poder das instituições sociais, além dos preconceitos de gênero dentro das Ciências Sociais.

Siqueira (2002), referenciada em Quadagno e Reide (1999), observa que as teorias feministas afirmam que as mulheres podem sofrer desvantagens em seus últimos anos de vida, uma vez que os programas de bem-estar social focalizam no modelo masculino de participação da força de trabalho formal, minimizando o trabalho doméstico e informal das mulheres.

1.2.3 Teoria Social Crítica

Esta vertente teórica, originada na Escola de Frankfurt¹⁹, foi abraçada recentemente pela Gerontologia Social, na perspectiva da Gerontologia Social Crítica. Ela incorpora fundamentos de natureza política e econômica de Marx e do pós-estruturalismo de Foucault, bem como recebe influência de Adorno, Habermas, Husserl, Schultz e outros (Siqueira, 2002). Os pensadores frankfurtianos conceberam a teoria crítica como uma perspectiva ampla e direcionada à totalidade do objeto de estudo, além de integrante dos conhecimentos e estudos das Ciências Sociais, Geografia, Economia, História, Ciência Política, Antropologia e Psicologia. Trata-se de uma teoria que visa conhecer para transformar; é de natureza emancipatória e postula, para tanto, o atendimento das necessidades sociais, além de desvelar que o capitalismo domina e manipula a economia e a cultura. Assim, diferentemente das teorias tradicionais, que visam somente entender e explicar a realidade, a teoria crítica procura entender por que a maioria das sociedades é oprimida e instrumentalizar formas de combate à opressão.

Essa teoria oferece contribuições para aprofundar o entendimento do processo de envelhecimento e avança nas “[...] proposições de duas dimensões, a estrutural e a humanística [...] ao trabalhar conceitos de poder, de ação social e de significados sociais” (Siqueira, 2002, p. 55), que, segundo esta autora, tratam dos seguintes aspectos:

¹⁹ A Escola de Frankfurt data de 1924 e se traduz como um movimento social e político de pensadores de base associado à Universidade de Frankfurt, na Alemanha. Acesso em 2022. Disponível em: https://www.educabras.com/enem/materia/filosofia/aulas/escola_de_frankfurt_da_teorica_critica

[...] a subjetividade e a dimensão interpretativa do envelhecimento; a práxis, entendida como o envolvimento em ações que visem mudanças, tais como propostas de políticas públicas, para a população idosa, a importância da união entre acadêmicos e profissionais, através da práxis, para produção do conhecimento que enfoque o envelhecimento como processo emancipatório; a necessidade de crítica ao conhecimento existente, à cultura, à economia vigente para criação de modelos positivos de envelhecimento que ressaltam a força e a diversidade do processo (Siqueira, 2002, p. 55).

Todavia, a teoria social crítica frankfurtiana não deve ser identificada com a chamada teoria social crítica marxiana, elaborada por Marx e Engels, orientadora deste estudo. Esta teoria, conforme Tonet (2014), parte de análise das concepções dominantes acerca da origem do ser social e de sua natureza, bem como da natureza da processualidade histórica. Sua construção contempla em seus fundamentos uma concepção radicalmente nova de mundo. Por isso, ela toma a forma de uma ontologia do ser social — isto é, diferente da ontologia tradicional, de caráter metafísico, mas sem deixar de ser ontologia, agora marcada pela historicidade. Logo, a sua própria essência tem caráter histórico e social, o qual deu embasamento a radical historicidade e socialidade do ser social.

O processo de transformação da teoria social em teoria social crítica, deve-se, segundo Tonet aos seguintes fatos:

[...] a dependência da sociedade em relação à natureza era tão intensa que a história humana parecia regida por forças completamente alheias ao controle humano. Esta situação transformou-se com a Revolução Industrial ocorrida em 1760 e com a Revolução Francesa em 1830, tendo como “sujeito” fundamental a lógica de acumulação do capital, em decorrência da explosão da capacidade humana de produzir riqueza o que, exigia um amplo e profundo domínio, tanto teórico quanto prático, da natureza [...] a nova forma da sociabilidade, processada no interior do modo de produção feudal, desde o século XII, e quando desenvolvida, teve como ato fundante o trabalho assalariado. Ao contrário do trabalho escravo e do trabalho servil, o trabalho assalariado dispunha de caráter puramente social [...] ser trabalhador assalariado ou ser capitalista não é de modo nenhum uma determinação natural, mas resulta claramente de uma relação social. Deste modo, toda a realidade social que vai sendo construída a partir deste ato fundante tem, em princípio, um caráter puramente social. É, pois a partir da revolução Industrial ocorrida da Revolução Francesa que a realidade social pode ser compreendida como resultado da atividade dos próprios homens e não de forças externas ao mundo humano (2014, p. 4).

A gênese e os fundamentos dessa teoria social radicalmente crítica da ordem burguesa, nos dizeres de Tonet, estão presentes na obra de Marx. Na *Contribuição à crítica da economia política*, apresentada em 1859, Marx assim se expressa:

[...] “as relações jurídicas, bem como as formas de Estado, não podem ser explicadas por si mesmas, nem pela chamada evolução geral do espírito humano; essas relações tem, ao contrário, suas raízes nas condições materiais de existência [...] a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na Economia Política. [...] na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias,

independentes da sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva a superestrutura jurídica e política e a qual correspondem formas determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, é o seu ser social que determina a sua consciência (Marx, 2008, p. 46-47).

Além disso, os fundamentos da teoria social crítica estão explicitados nos *Manuscritos econômico-filosóficos*, na *A ideologia alemã* e n’*O Capital*. Fundamentos a partir dos quais Marx discute o trabalho como categoria fundante do ser social, visto que as relações de produção constituem, sempre, o fundamento de qualquer forma de socialidade e, portanto, o elemento fundamental na constituição da natureza humana.

Para Marx,

[...]o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza [...] atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (1975, p. 202).

E Tonet (2014, p.3) explicita esses fundamentos da seguinte forma:

o ato fundante da sociedade burguesa (capitalista) é o trabalho assalariado. É a partir dele que surgem a mais-valia, o valor de troca, o capital, a mercadoria e todas as outras categorias que perfazem essa sociedade. Esta nova forma de produção da riqueza, que tem como núcleo fundamental a mercadoria e cuja maturidade foi alcançada com a Revolução Industrial, e leva à mistificação da realidade social [...]. A produção de mercadorias, por sua própria natureza, implica uma dualidade: de um lado, ela se apresenta como uma transação realizada entre iguais [...] porque são livres, porque são proprietários (de força de trabalho ou de capital) e porque trocam entre si equivalentes. De outro lado, esse mesmo ato implica uma desigualdade, porque o que é pago ao trabalhador é apenas o valor da sua força de trabalho e não de tudo o que ele produz. Logo, nem a igualdade, nem a liberdade e nem a propriedade são igualmente iguais. Aí reside a exploração do capital sobre o trabalho.

Tem-se, assim, em largos traços, os elementos básicos da teoria social crítica marxiana, cuja originalidade exige conhecimento prioritário para não se incorrer em confusões terminológicas.

Felizmente, é conhecido que “[...] a perspectiva teórico marxista, que tem orientado os estudos da chamada Gerontologia Social Crítica²⁰, vem se colocando na contramão das tendências hegemônicas e conservadoras” (Teixeira, 2021, p. 91).

²⁰ [...] Na Gerontologia Social Crítica destacamos a produção de Simone de Beauvoir (1990), Eneida Haddad (2001/2017), Solange Teixeira (2008) e Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva (2014), as quais estudam o

Ressalta-se que a aproximação e a adoção dessa perspectiva teórica como fio condutor de conhecimento, pesquisa e práxis política, aliada a outros conhecimentos teóricos, têm possibilitado entender o envelhecimento humano e a velhice como um processo de produção social, na perspectiva da totalidade²¹, da historicidade e da ontologia do ser social. Para produzir as bases materiais da vida, bem como as relações contraditórias no sistema de produção e reprodução do capital; as relações sociais, as relações e contradições entre classes sociais antagônicas (capital e trabalho; burguesia e proletariado); o funcionamento e as funções do Estado, da sociedade civil, as lutas de classe; as legislações, enquanto expressão da luta da classe trabalhadora, mediadas por interesses antagônicos de âmbito nacional e internacional; as especificidades do sistema de seguridade social e as políticas sociais como conquista da classe trabalhadora; a centralidade do trabalho como fundante do ser social, bem como a sua transformação no processo de produção e reprodução do capital em mercadoria; além da ampliação do processo de desigualdade social.

Por estar esta tese de acordo com os aspectos acima citados, acrescenta-se a eles os desafios: da consciência de classe, da participação cidadã e digna das pessoas idosas, e das demais gerações, em todo o seu curso de vida, além da sua organização e práxis política e social em grupos e conselhos de defesa de direitos e controle democrático das políticas sociais, sem descuidar do enfoque de classe social, gênero e etnia, tendo como horizonte a perspectiva de organização de frações da classe trabalhadora pela emancipação política, na perspectiva da emancipação humana.

1.2.4 Lições do Método Materialista Dialético e a perspectiva da Teoria Social Crítica que possibilitam contextualizar o processo de Envelhecimento na contemporaneidade

Reitera-se que não é possível conhecer, estudar o envelhecimento e a velhice — muito menos as pessoas idosas — somente a partir de suas expressões somáticas mais perceptíveis, ou seja, sua expressão fenomênica que, na maioria das vezes, é traduzida pelo quadro de doenças, pelo perfil epidemiológico, pelos mitos e preconceitos que se colocam no mundo do

envelhecimento humano e a velhice do ponto de vista da classe trabalhadora. Trazem à discussão o processo por Haddad denominado de “velhice trágica”, enquanto uma produção social, determinada pelas relações sociais de produção e reprodução da vida na sociedade moderna, e refletido nas condições de vida, trabalho e de saúde de uma fração da classe trabalhadora, forjada na desigualdade social, na exploração e opressão” (Soares, 2020, p. 16).

trabalho para camuflar as questões afetas ao modo de produção capitalista. Pelo contrário, é necessário ultrapassar a aparência fenomênica mais imediata e perceptível aos olhos para seguir em busca de sua essência, com vistas a conhecer como se dão as múltiplas determinações do objeto no contexto social, político e econômico em um determinado espaço geopolítico e histórico, adotando uma visão ontológica do ser social.²²

Na perspectiva marxista, o processo de abstração para compreender o contexto da velhice deve ser caracterizado por um movimento baseado no pensamento, a fim de lograr elementos essenciais dos fenômenos e que não podem ser explicados de imediato. Parte-se do abstrato para a busca de determinações concretas que explicam, essencialmente, o objeto estudado em sua universalidade, fazendo o caminho inverso de forma pensada. Quanto maior o número de determinações com influência no processo de velhice, maior a chance de explicar o fenômeno do envelhecimento em sua totalidade. A aparência (a forma como o fenômeno se expressa) e a sua essência (após a tomada do conhecimento das múltiplas determinações) não são iguais, mas trazem particularidades, singularidades que fazem parte do mesmo objeto. Assim, as determinações abstratas levam à reprodução do concreto através do pensamento. E o concreto é concreto porque síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso; aparece no pensamento como processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida — ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, também da intuição e da representação (Marx, 2011). Sobre a questão, Marx ensina que quando se deseja compreender um determinado objeto ou um fenômeno social, deve-se partir da sua singularidade, por meio da conexão (mediação) de diversas determinações postas no real, para a particularidade, visando alcançar a universalidade.

A partir dos princípios supramencionados, coloca-se a necessidade de entender o envelhecimento como processo dotado de conteúdo social e relacionado com a forma de produção da sociedade. Neste, a classe trabalhadora enfrenta dificuldades que têm a ver com a sua condição de subalternidade perante o capital. No Brasil – país dependente periférico e sujeito às determinações constantes de agendas macroeconômicas impostas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) –, o modo de vida das pessoas idosas, das famílias e da sociedade sofrem as consequências desse domínio.

²² A visão ontológica do ser social (atitude primordial do homem, em face da realidade) deve ser a de um ser pensante, longe da realidade; de um ser (homem) que age nesta realidade; de um ser histórico e que exerce sua atividade prática no trabalho com a natureza e com outros homens, visando a consecução dos próprios fins e interesses, no conjunto das relações sociais (Kosik, 1976).

Na obra *O Capital*, de 1857, Marx (1984) realiza uma síntese metodológica de seus estudos com foco na crítica à economia política liberal clássica, elegendo como categorias de estudo quatro eixos fundamentais, a saber: 1) análise da produção em geral; 2) análise da relação entre produção, distribuição, troca e consumo; 3) abordagem do método; e 4) produção (meios de produção e relações de produção e de intercâmbio), formas de Estado e consciência em relação às relações de produção e intercâmbio, relações jurídicas e relações familiares.

Marx contribui para a construção de um processo histórico, crítico e dialético da sociabilidade capitalista, numa perspectiva de totalidade que engloba as categorias de produção, consumo, distribuição e troca (circulação). Assim, é possível apreender, a partir de dados mais objetivos a respeito do processo articulado de produção, consumo, distribuição e troca/circulação, como os indivíduos idosos estão situados neste movimento, quais suas perspectivas e como se colocam em questões afetas aos conflitos e interesses diferenciados no mundo do trabalho e do capital, do acesso ao direito; como se articulam, enquanto expressão de classe (como pessoas idosas), e com qual a cidadania (base legal e financiamento) consideram ter acesso e garantias.

O método em Marx possibilita ainda compreender os fenômenos sociais a partir das relações sociais e de como se produzem materialmente as relações da sociabilidade capitalista neste modo de produção com base em três categorias, quais sejam: 1) totalidade; 2) contradição; e, 3) mediação.

As pessoas idosas e o processo de envelhecimento não devem ser apreendidas ou concebidas isoladamente, como já vimos neste estudo, o qual tem se dado no Brasil e em grande parte dos países periféricos dependentes, bem como nos países capitalistas centrais. Tal fato se dá apenas por meio de uma visão biogerontológica, no contexto da saúde, da transição demográfica e da pseudo insustentabilidade dos sistemas de Previdência Social. Do contrário, o envelhecimento deve ser observado em suas múltiplas determinações, como categoria que expressa as necessidades e demandas da classe trabalhadora. Igualmente, considera-se equivocado tratar o envelhecimento nos marcos do envelhecimento ativo — proposta contraditória em curso e que não indicou ainda seus fins, ou como atingir toda a população idosa, face às limitações impostas pela redução dos recursos financeiros e operacionais e à superexploração do trabalho, ainda mais agravada na velhice.

Por fim, as determinações mencionadas não são excludentes, mas devem estar dialeticamente articuladas, de modo a traduzir a questão da totalidade — o que somente será possível mediante o agregar do maior número de determinações que traduzam a essência do objeto de estudo.

Não há como esgotar, neste estudo, todas as categorias, mas buscamos aquelas de maior influência no processo de envelhecimento e na vida da classe trabalhadora, além da historicidade do capital dependente, das questões afetas a crise estrutural do capital, do acesso às Políticas Sociais, da pandemia da COVID-19, da sindemia, da expropriação do Fundo Público e das contrarreformas em andamento no Brasil (previdenciária, trabalhista e do Estado).

1.2.5 Crise do Capital, processo de envelhecimento e Políticas Sociais

O modo de produção capitalista vem apresentando crises que naturalmente impactam as pessoas idosas e das demais gerações integrantes da classe trabalhadora. Tais crises são, na contemporaneidade, segundo Mészáros (2015), de caráter sistêmico e estrutural, uma vez que atingem a todas as dimensões da vida humana. Marini (apud Traspadini; Stedile, 2005) analisa a crise do capital no bojo das relações de dependência dos países periféricos. O autor desenvolveu uma metodologia que demonstra a dependência através da troca desigual e da super exploração do trabalho, a qual atinge as condições de vida da classe trabalhadora, pois tem interferência nos salários, em decorrência da troca desigual e do modo de circulação do capital.

Sobre a questão, Luce (2013, p. 172) destaca:

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

Segundo o autor, a inserção da América Latina e, conseqüentemente, do Brasil na economia capitalista é dada pelas exigências da passagem da produção da mais-valia absoluta para a mais-valia relativa nos países industriais. Esta é interpretada como forma de exploração do trabalho assalariado, cuja base fundamental é a transformação das condições técnicas de produção, gerando a desvalorização real da força de trabalho.

Marini (apud Traspadini; Stedile, 2005) observa que a integração da América Latina no mercado mundial se articula com a dinâmica do capitalismo internacional, face à expansão comercial. Como colônia produtora de metais preciosos, a América Latina contribuiu com o aumento do fluxo de mercadorias e a expansão dos meios de pagamento que, ao mesmo tempo em que possibilitou o desenvolvimento do capital comercial e bancário na Europa, sustentou o

sistema manufatureiro europeu e propiciou o caminho para a criação da grande indústria. A Revolução Industrial que corresponde, na América Latina, à sua independência política que, conquistada nas primeiras décadas do século XIX, fez surgir, com base na estrutura demográfica e administrativa construída durante a Colônia, um conjunto de nações girando em torno da Inglaterra. Os fluxos de mercadorias e, posteriormente, de capitais têm neste centro seu ponto de entroncamento: ignorando uns aos outros, os novos países se articulam diretamente com a metrópole inglesa e, em função do cumprimento de exigências desta, começam a produzir e exportar bens primários em troca de manufaturas de consumo e dívidas (estas quando a exportação supera as importações).

Foi a partir deste contexto histórico que se configurou a dependência²³ na qual as relações da América Latina com os centros capitalistas europeus se inseriram em uma questão estrutural com bases definidas, como, por exemplo, a divisão internacional do trabalho, que determinou o processo e a forma do desenvolvimento posterior da região.

Assim, a América Latina, enfatizando-se o Brasil, se insere na economia capitalista em cumprimento às exigências de transferência para a produção de mais-valia relativa nos países industriais. Este movimento é considerado uma estratégia de exploração do trabalho assalariado que, com base na transformação das condições técnicas de produção, resulta da desvalorização real da força de trabalho.

A super exploração do trabalho

Associada à impossibilidade latino-americana de impedi-la em nível de mercado mundial, a troca desigual para os países da América Latina provoca uma reação da economia dependente, que busca compensações no plano da produção interna. Surgem como alternativas a exigência e o aumento da intensidade do trabalho e da mais-valia gerada por meio de maior exploração do trabalhador, não do incremento de sua capacidade produtiva. O mesmo ocorre por intermédio da prolongação da jornada de trabalho, isto é, do aumento da mais-valia absoluta na sua forma clássica. Trata-se, portanto, de aumentar o tempo de trabalho necessário — trabalho excedente: aquele onde o operário continua produzindo depois de criar um valor

²³ Marini (apud Traspadini; Stedile, 2005) entende a dependência como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência. A consequência da dependência não pode ser outra que maior dependência, e sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção ali existente.

equivalente ao de seus meios de subsistência. É preciso destacar ainda um terceiro passo, que consiste em reduzir o consumo do operário para além do seu limite normal, com a remuneração do valor abaixo do necessário para a sua reprodução, criando, por esse meio, o fundo necessário de consumo do operário, que de fato se converte, dentro de certos limites, em um fundo de acumulação de capital, implicando um modo específico de aumentar o tempo de trabalho excedente.

Infere-se que estão inseridas nesse contexto também as pessoas idosas, enquanto integrantes da produção e reprodução do capital, mas em condições mais desiguais face à sua singularidade desvantajosa no contexto da super exploração, uma vez que

[...] toda crise constitui uma agressão massiva do capital ao trabalho assalariado. Aumentando o desemprego e o medo do desemprego, a crise tende a fazer com que os trabalhadores aceitem as reduções (ou estagnações) dos salários reais, a aceleração dos ritmos da produção, as perdas de conquistas em matéria de condições de trabalho e de seguridade social, a redução das proteções construídas na fase de prosperidade contra a pobreza e a injustiça mais flagrantes (Mandel, 1990, p. 231).

Na atualidade, a velhice vem sendo tratada como ameaça para a economia, conforme Cristine Lagarde, presidente do Fundo Monetário Internacional (FMI), ou como um risco social diante do elevado número de idosos dependentes com idade acima de 80 anos (Ribeiro, 2012). Além disso, é vista como gasto pela insustentabilidade dos sistemas de Seguridade Social, sistemas esses que têm passado por derrocadas em relação à livre superexploração do trabalho, reintroduzida com a crise estrutural do capital (Marini, 1990), e a constante apropriação do Fundo Público para dar espaço ao cumprimento de amortização dos juros da dívida pública.

Os resultados da crise são tão contundentes quanto os indicadores do empobrecimento generalizado das maiorias, especialmente na periferia do mundo do capital, além do desemprego em expansão em todas as quadras do mundo (Behring, 2010), agravados pela crise humanitária da COVID-19 e da sindemia, ainda em curso e sujeita à ampliação.

Ao buscarmos uma analogia do processo explicitado e das suas consequências para o envelhecimento do trabalhador, torna-se necessário concordar com Teixeira (2008) quanto ao fato de que o trabalhador velho, ao perder o seu valor de uso para o capital, atinge um caráter desumanizante, supérfluo e de peso morto no exército industrial de reserva.

Segundo Teixeira (2008), tais processos estão relacionados à ditadura do trabalho abstrato, produtor de mais-valia e de degradações sociais no capitalismo. É um sistema que instaura relações desumanizadas, coisificadas, entre capital e trabalho, que reduz o trabalhador à coisa, engendrando não apenas a desvalorização das qualidades e necessidades humanas, mas

também uma sociabilidade geradora de pobreza, de populações excedentes e dos inúteis para o capital.

Sem dúvidas, o fenômeno do envelhecimento nos países periféricos e dependentes é uma questão crucial e exige debate à luz de uma perspectiva crítica desmistificadora de suas determinações estruturais. Como afirma Teixeira (2008), o ser humano, em tempos de crise do capital, somente interessa como possuidor de força de trabalho — fonte de mais-valia e de valor — ou consumidor, o que explica a desvalorização social da pessoa idosa.

Em muitos casos, a velhice se expressa por uma dupla contradição: os trabalhadores que, em sua idade ativa produziram o capital excedente — para acumulação capitalista — vivem na velhice com parcas aposentadorias (não reajustadas ao devido valor) ou com benefícios assistenciais; com o retorno ao mercado informal de trabalho, super endividados, sustentam suas famílias, filhos e netos desempregados, sendo ainda responsáveis pelo auto sustento; e, quando a velhice se dá com grau de dependência, a mulher, a filha, a cuidadora ou as instituições de longa permanência (ILPs) são as responsáveis pelos cuidados, com residual cooperação e/ou negligência estatal, exigindo, como na atualidade, a judicialização para garantir o acesso às Políticas Sociais, em especial à da saúde e aos benefícios previdenciários e assistenciais.

A reengenharia macroeconômica do modo de produção capitalista, alimentada pela articulação nacional e internacional no âmbito dos Poderes instituídos, mediante receitas do FMI e do Banco Mundial (BM) — com adesão da classe política, apoio e operação do Estado burguês, em especial no acirramento da nova direita, nos períodos de 2016-2018 e 2019-2022, em estreita relação e mediação com as corporocracias —, amplia o ciclo da apropriação de riquezas e superexploração da classe trabalhadora, além do mau uso do solo e da destruição do meio ambiente.

As Políticas Sociais que integram o conjunto de proteção social à velhice de frações da classe trabalhadora estão, contraditoriamente, garantindo e/ou retirando o acesso a direitos sociais, ao mesmo tempo em que reproduzem ações de caráter focalizado e com uma série de critérios de elegibilidade (condicionalidades), com princípios de ativação para o trabalho precarizado. Tais Políticas são seletivas e excludentes nos critérios de elegibilidade, bem como privatistas e mercadorizadas, face ao acesso ou não ao fundo público, construído com recursos e fontes tributárias que oneram preferencialmente o trabalhador. Além disso, com o agravamento da sindemia e das contrarreformas, processam-se o genocídio e a prática da necropolítica das populações mais vulneráveis, em especial as pessoas idosas e aquelas situadas nos grandes bolsões de pobreza.

CAPÍTULO II: TRANSIÇÕES EM CURSO DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Este capítulo tem como propósito abordar as transições em curso no Brasil e no Mundo, os indicadores afetos às pessoas idosas, com ênfase na dinâmica demográfica e epidemiológica, de estreita consonância com o processo de envelhecimento individual e populacional, além de possibilitar o conhecimento e a análise crítica para subsidiar as políticas públicas, bem como a ação dos conselhos de defesa de direitos, dos fóruns, dos movimentos sociais, das pessoas idosas, da sociedade civil, voltadas aos cidadãos no curso de suas vidas.

No mundo, e em especial no Brasil, coexistem e experimenta-se várias transições e crises em andamento, guardando estreita relação e influenciando o processo de envelhecimento dessa e das demais gerações, as quais se explicitam pela:

1) alteração da relação geopolítica e econômica no mundo, acirramento da ideologia da *nova direita*, com formação de blocos geoeconômicos e de poder, a exemplo do deslocamento das forças dos Estados Unidos da América (EUA) para China-Rússia; retorno da visibilidade do bloco dos BRICS, gerando enfrentamento da hegemonia imperialista dos EUA; fragilização da União Europeia (UE), ao tempo que se reforça a formação sócio-histórica da América Latina — em especial a brasileira, de capitalismo dependente — com acirramento de crises e de altos índices de desigualdade social;

2) transição do capitalismo industrial para a hegemonia do capitalismo financeiro e o de vigilância, alterando as relações de produção anteriormente associadas prioritariamente às matérias-primas e aos equipamentos, para coexistência de telas de computador e da necessidade de dominar habilidades para aprender a agir através de instrumentos e textos eletrônicos; gerando maior divisão do trabalho, aprendizagem e educação; impõe-se, então, uma nova ordem econômica, que requer a experiência humana como matéria-prima gratuita para ser utilizada em práticas comerciais encobertas de extração, previsão e vendas; imprime-se uma lógica econômica exploradora na qual a produção de bens e serviços é subordinada a uma nova estrutura global de modificação de comportamento, método e aprendizagem; gera espoliação de direitos humanos, comprometendo a destituição da soberania dos indivíduos, em especial das pessoas idosas — as quais estão adquirindo domínio e familiarizando-se com os processos digitais.

3) urbanização acelerada e ocupação desordenada, com a crise climática e a utilização de forma inadequada dos recursos hídricos e do solo;

4) desestruturação dos sistemas de seguridade social, contrarreformas trabalhista e da Previdência Social, reforçando a guinada antissocial das políticas sociais, em uma época em

que se requer a ampliação do Estado de Bem-estar Social, face à crise humanitária pandêmica e sindêmica agravada pela COVID-19;

5) transição do trabalho como direito social para sua precarização, privatização e uberização;

6) transição demográfica representada por baixas taxas de mortalidade, seguidas das elevadas em expectativa ou esperança de vida ao nascer, e de sobrevida e/ou expectativa de vida aos 60 anos (alteradas na pandemia da COVID-19), além de baixas taxas de natalidade; altas taxas de sobremortalidade e da redução na expectativa de vida ao nascer, entre 2020-2021, face às consequências da pandemia;

7) transição epidemiológica, associada ao envelhecimento e ao percentual de pessoas idosas e em idade considerada economicamente ativa, com alto índice de doenças crônico-degenerativas, na contramão do declínio e coexistência de doenças infectocontagiosas e de um número significativo sob semidependência e dependência para as atividades da vida diária, com a capacidade funcional comprometida — além das sequelas e intercorrências geradas pela pandemia da COVID-19; e de doenças afetas à saúde ocupacional, relativas às pessoas em idade considerada economicamente ativa (16 a 64 anos); deslocamento para doenças infectocontagiosas no período de 2020-2022; ampliação de doenças psiquiátricas e neurodegenerativas.

8) transição econômico-social: referente às crises sistêmica e estrutural do capital, além da humanitária pandêmica e sindêmica, acirrada pela pandemia da COVID-19 e pela desigualdade social; às mudanças significativas nas relações de mercado de trabalho, à formação de novos e heterogêneos arranjos familiares, à introdução de novos valores societários; a sobrecarga de trabalho precarizado, em especial da mulher, nas atribuições de cuidados familiares e informal, durante e após a pandemia;

9) transição da sociedade pós-industrial para a tecnológica, exigindo: maior grau de escolaridade e ampliação do conhecimento para concorrer/acessar no/o mercado de trabalho precarizado;

10) transição política, pertinente à hegemonia e supremacia do Estado (na contemporaneidade a serviço do mercado financeiro e das grandes corporocracias), caracterizada pelas alterações na forma de organização, gestão e financiamento das políticas de Seguridade Social; desmonte de direitos e contrarreformas, em especial as da Previdência e do trabalho; excesso de medidas que beneficiam o capital ao custo da precarização do trabalho; não preservação do meio ambiente; desmobilização dos movimentos sociais; acirramento da ideologia da *nova direita* (com tendência para a expansão do neoliberalismo e do

neoconservadorismo), ampliando a violência estrutural, em especial por parte do Executivo, no período 2016-2022; polarização de classes sociais antagônicas, pondo em risco a democracia e os direitos sociais já conquistados; a ampliação da violência estrutural e da desestruturação da Seguridade Social, no período de 2016 a 2022, com iniciativas para readequação a partir de 2023;

11) transição do papel do Estado na(s) área(s) econômica e social, fortalecendo o mercado, o grande capital, o agronegócio e as corporocracias; na área social, evidencia-se a desresponsabilização do Estado, que tem transferido suas competências para a sociedade, para as famílias (familismo), e em especial para as mulheres (gênero), no que se refere aos cuidados e trabalho informal, quer no setor privado, quer nas relações intrafamiliares, agravados na pandemia;

12) pandemia que se traduz em sindemia, a qual afeta a população em situação de maior fragilidade quanto ao desenvolvimento humano, tornando ainda mais visíveis as diferenças de acesso a recursos como a rede de proteção social, serviços públicos de saúde, acesso ao emprego, à renda e à moradia adequada;

13) pandemia na perspectiva de sindemia, a qual exige providências e urgentes políticas de enfrentamento, dado o agravamento da saúde a partir da interação entre doenças e condições de saúde, com maior probabilidade de surgimento em situações de desigualdade social decorrentes da pobreza, da estigmatização, do estresse e da violência estrutural;

14) evidência de genocídio e necropolítica no âmbito da gestão pública, permeada por etarismo e negligência, e ageísmo ampliado pela violência estrutural durante e após a crise humanitária pandêmica e sindêmica agravada pela pandemia do COVID-19;

14) efetividade do sistema tributário regressivo, com privilégio ao pagamento da dívida em detrimento da satisfação das necessidades humanas, com a perspectiva de novo arcabouço fiscal a partir de 2023 que não corrige a injustiça tributária;

15) transição das políticas sociais para políticas antissociais;

16) restrição da democracia participativa, face a destituição do Conselho Nacional de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas (CNDI), de caráter legítimo, cerceando a voz e a expressão das necessidades sociais das pessoas idosas, além de impedir o exercício do controle democrático no monitoramento das políticas sociais, o seu financiamento no âmbito da gestão pública no período de 2019-2022; recém instituído, em agosto de 2023, ainda em fase de reorganização.

16) transição para a possibilidade de enfrentar a compreensão do tema do envelhecimento como tragédia inevitável; a OMS inseriu novos paradigmas e, no final da

década de 1990, propôs a estratégia para o Envelhecimento Ativo; e em 2020, definiu “A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030”, da qual o Brasil é signatário, como estratégia para melhorar a vida das pessoas idosas, de suas famílias e comunidades.

2.1 Brasil: indicadores referentes às pessoas idosas

Estima-se que o Brasil tem 37,5 milhões de pessoas idosas, de acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)²⁴, em 2021. Mostrou que quase 1/5 da população brasileira é composta por pessoas com 60 anos ou mais. Este estudo foi realizado com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e traz o perfil dessa população no país. Indica que 18,5% das pessoas idosas trabalham, contribuem com 50% ou mais da renda do domicílio e 85% moram com outras pessoas; 21% moram com estudantes, 75% contribuem com pelo menos metade da renda familiar, 26% estão em domicílios que receberam auxílio emergencial durante a pandemia; estima-se que 32% têm plano de saúde; 70% dependem do Sistema Único de Saúde (SUS); 58% apresentam comorbidades notificadas. Em 2022, a população de 60 anos ou mais projetada para alcançar 16,7%, com 56,7% de mulheres.

Segundo o IBGE, em 2019 havia mais de 5 milhões de pessoas que se dedicavam aos cuidados com parentes idosos, constatando-se 7,31 milhões com limitação funcional para atividades diárias.

Na análise por unidade federativa, os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais são os que mais concentram essa população. Juntos, abrigam quase metade de toda a população idosa no país (45,8%). São 17,3 milhões dessas pessoas nos três estados. O levantamento também indicou perfil de idosos muito parecidos nessas regiões: em média, 18% dessa população nesses estados trabalham, e entre 72% e 76% contribuem com 50% ou mais na renda domiciliar.

Segundo dados do IBGE, em 2019, a expectativa de vida no Brasil atingiu 76,6 anos, mas a média da população dos estados mais pobres chega a ser 8,5 anos a menos do que nas regiões mais ricas. Em Santa Catarina, que ocupa o topo da longevidade, a expectativa de vida era de 79,9 anos, enquanto no Maranhão era de 71,4 anos. Essa queda pode ser ainda maior no interior de uma mesma cidade, em especial nas periferias e nos grandes bolsões de pobreza, a

²⁴ Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/02/4906292-estudo-divulga-perfil-dos-idosos-brasileiros.html>.

exemplo de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), onde há diferença de 12 anos na expectativa de vida entre a população que mora na regional periférica e na regional centro-sul. Em São Paulo, entre a periferia e a zona nobre, essa diferença pode chegar a duas décadas. E tudo isso sem contar elementos como cor e orientação sexual, que também afetam tais estatísticas. Evidencia-se que grande parte da população masculina negra e jovem não envelhece, em decorrência da violência urbana.

De acordo com Camarano (2022), estima-se que a pandemia de COVID-19 baixou 4,4 anos de expectativa de vida no Brasil, além de ter antecipado em uma década a desaceleração do crescimento da população considerada economicamente ativa. A crise sanitária foi um choque que deve acelerar o decréscimo da população, mas que não deve mudar o rumo da tendência demográfica que já vinha em curso no Brasil quanto ao processo de envelhecimento. Reafirma que, em 2019, uma pessoa nascida no Brasil tinha expectativa de viver, em média, até os 76,6 anos. Hoje vive cerca de 72,2 anos, sendo que o primeiro impacto da pandemia é o aumento da mortalidade e, como consequência, tem forte redução da expectativa de vida.

Importante ainda considerar outros indicadores que agravam essa desigualdade, tais como: local de residência, educação, acesso e garantia a/de direitos sociais — tais como previdência, trabalho, saúde e demais.

2.2 Dinâmica demográfica e implicações para o Envelhecimento Humano no Brasil e no mundo

O envelhecimento demográfico constitui um processo previsível e em andamento, com variações de âmbitos regional e entre países, com indicadores bem definidos, pois, ao tempo que é considerado uma das transformações mais significativas da atualidade, se dá em contexto de extrema desigualdade e pobreza, em especial nos países dependentes. Além disso, implica adoção de medidas econômicas e sociais, tal como requer a reestruturação e ampliação dos sistemas de Seguridade Social, ou estado de bem-estar social, consubstanciado na garantia de direitos sociais e humanos, investimentos em políticas sociais, conforme estudos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), realizados em 2022.

No contexto mundial, para o período entre 2015 e 2030, estima-se que a população de 60 anos e mais ampliar-se-á de 900 milhões para 1.000.400 pessoas. Considera-se um incremento de 64% em 15 anos, passando de 12,3 %, em 2015, para 16,4%, em 2030. A Europa se destaca como o continente mais envelhecido do mundo; já na América Latina e Caribe, o envelhecimento se dá de forma mais acelerada, passando de 70 milhões para 119 milhões de

peçoas de 60 e mais, com um incremento de 59%; estima-se que no em 2037 a proporção de peçoas idosas ultrapassará a proporção de peçoas menores de 15 anos.

Registra-se que, em valores absolutos, América Latina e Caribe atualmente contam com 76 milhões de peçoas idosas, soma que chegará a 137 milhões em 2037, e 264 milhões em 2075. Destaca-se ainda que nessa região o processo de envelhecimento ocorre com a estabilização do crescimento da população, com 750 milhões em 2050, apresentando, no final do século XXI, cerca de 690 milhões de peçoas.

Na grande maioria dos países considerados desenvolvidos, o envelhecimento populacional se deu através de um processo gradual, acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo está sendo reduzido há duas ou três décadas (Kinsella; Phillips, 2005). Além disso, os países considerados desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza (Kalache; Keller, 2000) e, ainda, situados em estágios de desenvolvimento caracterizados pela dependência e exploração — quer no âmbito econômico, quer humano, e em extrema desigualdade social.

No interstício entre 20 e mais de 40 anos, a ONU, por ocasião das duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento, e a CEPAL, chamam a atenção dos países para a questão do processo de envelhecimento e do crescimento da população em idade avançada, onde os chamados *baby boomers*²⁵ nos países anglo-saxões, teriam de se preocupar com a coorte que seria encarregada de sustentar as principais transformações demográficas a partir da segunda metade deste século. Aliado a outros fatores, evidencia-se aqueles relacionados às decisões econômicas e sociais a serem adotadas pelos governos, pois considera-se que as transformações na estrutura etária das populações, aliadas ao modo de produção e às formas de ideologia política e desenvolvimento, constituem um dos principais elementos para definir e adotar reformas e/ou contrarreformas para garantir (ou não) o bem-estar dos países e de seus cidadãos.

²⁵ *Baby boomers* são os cidadãos nascidos entre 1945 e 1964. A nomenclatura deve-se ao fato de terem nascido durante o período do *baby boom*, isto é, utiliza-se do termo para explicar a época em que ocorreu a explosão da natalidade, em especial nos países anglo-saxônicos, sobretudo nos EUA, Canadá e Nova Zelândia, logo após a Segunda Guerra Mundial. No Brasil essa geração viveu o auge da ditadura militar no período de (1964-1985). [...] tem características que reforçam a valorização do trabalho, dedicação a família, buscam melhores condições de vida, e bem-estar, porque talvez a guerra tenha tirado tudo de seus pais [...] essa geração entre 65 e 75 anos, primam pela realização pessoal, tem foco no trabalho e na prosperidade, valorização da família, estabilidade financeira, e é avesso a grandes mudanças (Maria, 2020). Disponível em: <https://viacarreira.com/baby-boomers>. Acesso em: jan. 2020.

De acordo com as Nações Unidas (2002), o acelerado processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças trágicas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significa que menos recursos humanos estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas. Entretanto, a ONU não trata da exploração e da superexploração do trabalho pelo capital como fruto do desenvolvimento dependente e desigual desses países, nem mesmo da violência estrutural, a qual sua população, de forma geral, está submetida — em especial as pessoas idosas.

Ressalta-se que a transição demográfica é concebida como um fenômeno recente e ocorre em consonância com o desenvolvimento socioeconômico. O padrão demográfico vem acompanhado por uma transformação da estrutura etária que poderá propiciar uma janela de oportunidade, reconhecida por alguns pesquisadores como bônus demográfico, ao tempo em que, por outros, é tida como ônus demográfico, pois — de acordo com o asseguramento de direitos e implementação de políticas de educação, seguridade social, trabalho digno — poderá favorecer (ou não) o desenvolvimento humano, à (ausência de) melhoria na atenção às necessidades humanas da população, além de gerar uma relação de dependência entre os grupos etários, no caso as faixas etárias consideradas economicamente não produtivas (0-14 e 64 anos e mais) e economicamente produtivas (14-64 anos); e, ainda, sobrecarregar os sistemas de seguridade social de seus países. Argumentação esta adotada intencionalmente com ausência de análise crítica, em especial da área econômica, pelos organismos internacionais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional (FMI), e nos países onde prevalece o avanço da *nova direita*.

A transição na dinâmica demográfica possibilitou a passagem de altas para baixas taxas de mortalidade e natalidade, fenômeno esse conhecido como transição demográfica (TD). Reitera-se que ocorre na maioria expressiva dos países do mundo, traduzindo-se pela mudança de comportamento da massa mais expressiva e impactante da história da humanidade. Este processo ocorreu em consequência do “[...] avanço da modernidade urbanoindustrial e a diminuição da letalidade provocada pela tríade miséria, doenças e guerras (ou conflitos). A queda das taxas de mortalidade e o aumento da esperança de vida é considerada uma das grandes conquistas da humanidade” (Alves, 2022, p. 43), embora, com a COVID-19 e as crises em curso, este quadro venha sofrendo alterações.

Segundo o autor,

Os dados evidenciam que a transição demográfica tem um padrão que se repete, invariavelmente, da mesma forma em todas as nações, sem exceções – primeiro caem as taxas de mortalidade e, depois de um lapso de tempo, caem as taxas de natalidade. Essa característica é constatada mundialmente, independentemente da língua, da religião, da localização geográfica ou de qualquer diferenciação cultural. O que muda são os níveis históricos das taxas, o momento inicial da queda, a velocidade do declínio e os níveis finais após o fenômeno transicional (Alves, 2022, p. 43).

Além das formas de governo e das ideologias que interferem no modo de produção e de estruturação ou desestruturação dos sistemas de seguridade social, da forma de composição e destinação do fundo público, do sistema tributário, e das crises em curso, em especial a humanitária e a gerada pela COVID-19.

Nessa perspectiva de transição e bônus demográficos, há que se analisar e questionar a concepção de envelhecimento e a ideologia da velhice enquanto produção social, conforme estudos de Beauvoir, Haddad, Teixeira e Paiva, no que se refere à exploração da classe trabalhadora durante todo o curso de vida, às condições de exploração do trabalho e às condições de saúde da referida classe, além de como seus membros chegam à velhice, diante de condições materiais durante todo o processo de vida.

Conforme Alves, destaca-se como fator crucial a ocorrência, na primeira fase da mudança da estrutura etária, de um fenômeno que precisa ser considerado — a denominada janela de oportunidade, ou 1º bônus demográfico ou de dividendos, cuja estimativa de duração é de cerca de 50 a 70 anos, com data para abrir e fechar. Nessa fase, a proporção de pessoas potencialmente produtoras de bens e serviços, consideradas aquelas em idade economicamente ativa (15 a 64 anos), aumenta em relação à proporção de pessoas preferencialmente consumidoras de bens e serviços, consideradas as pessoas entre 0 e 14 anos e as de 64 e mais, tidas como dependentes. Aumenta a proporção de pessoas em idade ativa (adultos) em relação às pessoas que se encontram naquelas idades em que o percentual de considerados economicamente não produtivos é bastante expressivo (crianças e pessoas idosas). O investimento no bônus demográfico é considerado um dos fatores essenciais para alcançar o desenvolvimento econômico e social, pois “[...] todo país que tem elevado IDH passou pela transição demográfica, aproveitou a janela de oportunidade e só mantém alto padrão de vida em decorrência das baixas taxas de mortalidade e natalidade” (Alves, 2022, p. 57).

É necessário reafirmar a necessidade da discussão ampla e da análise crítica dessa afirmação: “janela de oportunidade”, face às diferenças de desenvolvimento e formas de dependência, adotadas entre países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento, à natureza do trabalho, ao sistema tributário e às lutas de classe por direitos e participação cidadã. Questiona-se se a referida “janela de oportunidade” se abre para exploração da classe

trabalhadora e para favorecer a produção e reprodução do capital e/ou para propiciar, se possível, a luta daquela classe para ampliar a defesa pela emancipação política na perspectiva da emancipação humana?

De outra maneira, Alves esclarece que com a transição demográfica ocorre o avanço do envelhecimento populacional, gerando o fim do 1º bônus demográfico. Existe ainda a possibilidade de ocorrer um 2º bônus, denominado *bônus da produtividade*, o qual exige dos países o investimento em educação, saúde, políticas decentes de pleno emprego, ciência e tecnologia, mudanças nas formas de produção e consumo, e um 3º bônus, denominado *bônus da longevidade*, que requer investimentos no processo de envelhecimento saudável e ativo, que podem ser alcançados mesmo na prevalência de uma estrutura etária envelhecida.

De acordo com Camarano (2014), a dinâmica populacional e suas consequências são preocupantes, pois exigem mudanças no padrão de transferência de recursos públicos e privados, devendo-se, ainda, à associação entre envelhecimento e dependência. Isso porque o declínio da fecundidade acarreta, no médio e no longo prazo, uma redução da população nas idades produtivas (potenciais contribuintes e cuidadores). Já a diminuição da mortalidade nas idades avançadas resulta no aumento do número de anos vividos pelos/as idosos/as.

Crucial ressaltar que a interpretação do bônus demográfico confirma duas realidades discriminatórias e negligentes no trato capitalista do envelhecimento: a primeira é a reiteração do fato de que pouco se tem investido em educação e trabalho protegido para a população economicamente ativa, em saúde ocupacional e no curso de vida, o que, futuramente, se expressará como um problema para o envelhecimento; a segunda é que, conforme Faleiros (2014, p. 7), o bônus, como algo bom, se apresenta como algo ruim que poderia ser configurado como *ônus demográfico*. E este “ônus demográfico” (a velhice), em oposição ao bônus demográfico (população em idade economicamente ativa-jovem), traduzindo-se numa visão de que o envelhecimento populacional é um peso econômico, obliterada sua contribuição na produção e reprodução da sociedade no passado e no presente (consumo, trabalho, cultura, cuidado dos netos e demais pessoas idosas, sustento, suporte financeiro às famílias, dentre outros fatores).

Nessa perspectiva, reitera-se que a implementação de políticas sociais e investimentos estatais e societários face aos bônus demográficos necessita de análise crítica e proposições na perspectiva da totalidade social, considerando as relações de classe, gênero e etnia estabelecidas no modo de produção capitalista, as crises em curso e as prioridades definidas pelas corporocracias e países, em especial aqueles sob o domínio da nova direita e sem metas

de governo comprometidas com a satisfação das necessidades humanas, mas com os interesses do grande capital, em especial o financeiro.

Dessa forma, enfatiza-se que a transição demográfica

[...] é um fenômeno que está em consonância com o desenvolvimento. Entende-se que a queda da mortalidade tem influência da melhoria do padrão nutricional, das condições de higiene e saneamento básico (especialmente água tratada), do avanço da medicina e do acesso ao sistema de saúde. A queda da natalidade tem como fatores condicionantes o aumento da renda, a elevação do nível educacional, o acesso ao trabalho assalariado com a industrialização e a urbanização, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a maior autonomia feminina e a possibilidade de redução das desigualdades de gênero, o aumento e a diversificação do padrão de consumo, a ampliação do sistema previdenciário, a universalização do acesso aos métodos contraceptivos e a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos (Alves, 2022, p. 45).

Nesta perspectiva, é importante evidenciar as estimativas de taxas referentes a esperança de vida ao nascer; no período de 2015 a 2020 a previsão era de 75,71 anos para América Latina e Caribe; 76 anos para a Centro-América; e 75,59 para a América do Sul (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2017, p. 21-22).

No período de 2015 a 2020, a esperança de vida ou sobrevida aos 60 anos se deu de forma diferenciada por gênero, assim configurando-se, respectivamente, para homens e mulheres: 20.7 e 23.9 anos, na América Latina e Caribe; 20.8, e 23.7 no Caribe; 22.0 e 24.1 anos na Centro-América e 20.2 e 23.9 anos na América do Sul (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2017, p. 22), com alterações durante a crise humanitária e sindêmica agravada pela COVID-19.

Reafirma-se que o conhecimento e a publicização dessas taxas são importantes por representar, simultaneamente, a ampliação de expectativa de vida ao nascer e sobrevida após os 60 anos, pois trata-se de um crescimento propiciado pelos avanços tecnológicos, da saúde e das lutas sociais pelo direito à Seguridade Social que, contraditoriamente, vem sendo restringido. Esta restrição impacta negativamente com os dados divulgados pela Conferência Interamericana de Seguridade Social (CISS, 2018)²⁶, segundo os quais as pessoas idosas vivenciam, em média, de 12 a 13 anos ao final de suas vidas com alguma ou mais enfermidades ou doença crônica degenerativa e/ou incapacitante (Abigalil, 2019). Sendo estas agravadas

²⁶ A CISS é um organismo internacional, de caráter técnico e especializado, que atua pelo desenvolvimento da Seguridade Social nas Américas. Tem sede na Cidade do México, desde 1953, e reúne 37 países. Já o Centro Interamericano de Estudos de Seguridade Social (CIESS) é o órgão da CISS voltado para o ensino, pesquisa e capacitação de recursos humanos.

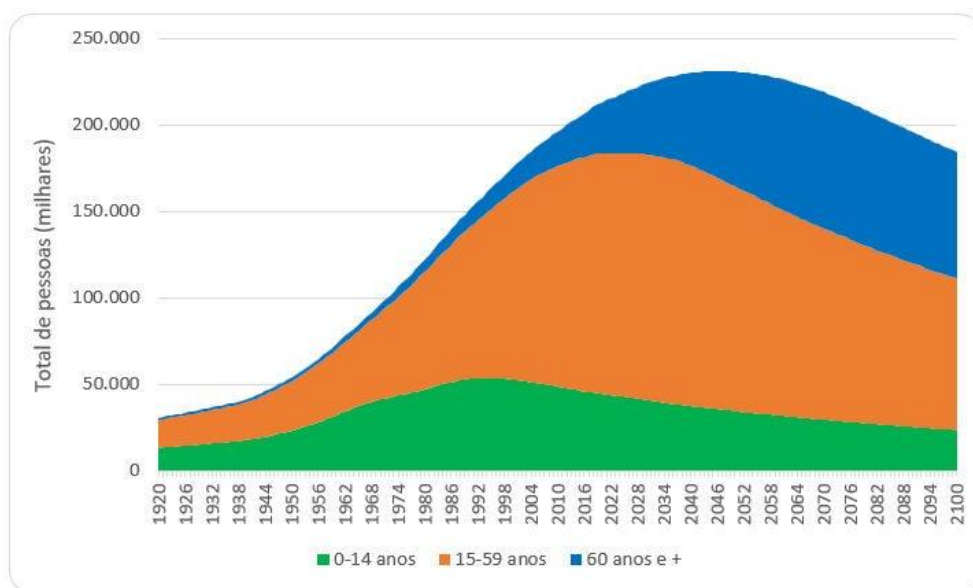
pelas ainda pouco conhecidas consequências da COVID-19, com o descontrole climático e as crises em curso, em especial a humanitária pandêmica e sindêmica.

Em 2023, a população brasileira é constituída por 215 milhões de habitantes (segundo as projeções da ONU), sendo 43 milhões de jovens (representando 20% do total), 141 milhões de pessoas de 15 a 59 anos (representando 65% do total) e 33 milhões de idosos (representando 15% do total) (Alves, 2022); já para o DIEESE, as pessoas idosas são estimadas em 37,5 milhões.

Para Camarano (2023), referendada em Morland, (2019), Diniz e Gebara (2022), estima-se que as principais tendências da estrutura demográfica brasileira se caracterizam pelo envelhecimento da população, da população idosa e da população em idade de trabalhar, e pela redução da população total. No âmbito da família, proliferam-se as famílias de filho único, novos arranjos familiares e uma participação maciça das mulheres nas atividades econômicas remuneradas. Não obstante, a estimativa de macrotendências, a intensidade e o *timing* dos processos são alterados por eventos externos, como a pandemia da COVID-19, por exemplo. Isto requer uma atualização constante das projeções populacionais para a adequação das políticas públicas.

Ressalta-se a dinâmica da transição demográfica brasileira estimada no Gráfico 1, abaixo.

GRÁFICO 1 – População brasileira absoluta por grupos etários: 1920-2100



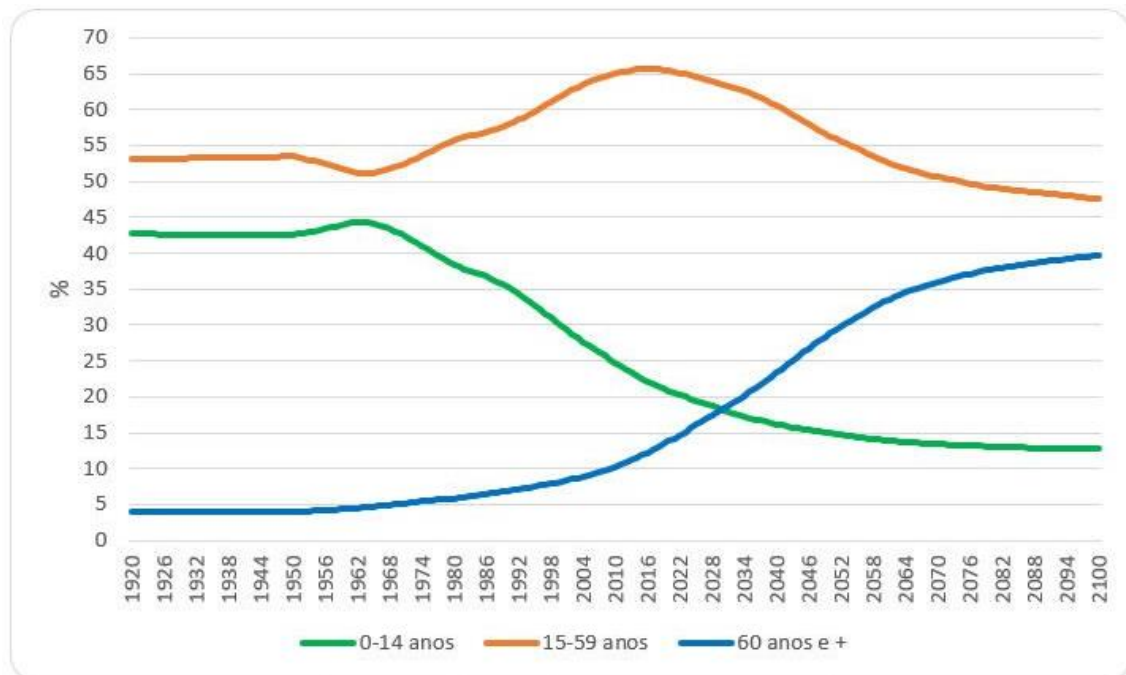
Fonte: IBGE 1922 a 1949 e ONU 1950 a 2022

Pode se verificar, no Gráfico 1, que a população idosa (de 60 anos e mais),

[...] que representava apenas 5% da população total até 1950, estima-se que alcançara um grande crescimento, até atingir 79,2 milhões de pessoas (representando 38% da população total) em 2075; poderá chegar em 2100 com 72,4 milhões de idosos (representando 40% da população total). Projeta-se que os diferentes grupos etários apresentarão diferentes ritmos de crescimento e diferentes picos populacionais. Registra-se que a população de 0-14 anos atingiu o valor absoluto máximo no ano de 1995, a população de 15-59 atingirá o valor máximo em 2033, variando por alguns estudos entre 2037 e 2040 (grifos nosso); e a população idosa atingirá o máximo em 2075. A população de crianças e jovens começou a diminuir em 1996, a população adulta começará a diminuir em 2034 e a população idosa em 2076. A população total deverá começar o decréscimo a partir de 2043. Cabe destacar que, pelas projeções da ONU, entre 2043 e 2075 a população total do Brasil estará diminuindo, mas a população idosa será o único grupo etário com crescimento absoluto (Alves, 2022, p. 45-46).

No Gráfico 2, disposto a seguir, observa-se as estimativas percentuais para os grupos etários de 1920 a 2100. A população jovem vai diminuir durante todo o período; a população em idade economicamente produtiva ampliou o percentual até aproximadamente 2020, mas terá diminuição no restante do século. Estima-se que as pessoas idosas superarão os jovens em 2030, correspondendo a 4 em cada 10 brasileiros no ano de 2100.

GRÁFICO 2 – População brasileira por grupos etários: 1920-2100



Fonte: IBGE 1922 a 1949 e ONU 1950 a 2022

Observa-se, ainda, algumas falas que traduzem o ageísmo e o etarismo nos âmbitos nacional e internacional, de formas diferenciadas de interpretação — quer pela área social, quer pela econômica — quando reportam-se ao envelhecimento populacional e às mudanças na estrutura etária, sem dispor de análise crítica, na perspectiva da totalidade, no que se refere às relações de classe, gênero e etnia estabelecidas no modo de produção capitalista, ao financiamento da seguridade social, da estrutura tributária, da transparência e do significado da aplicação fundo público nos países e no Brasil. A exemplo,

[...] estas mudanças na estrutura etária já dificultam o financiamento e a sustentabilidade do sistema previdenciário brasileiro, mas a profundidade e a velocidade do envelhecimento populacional serão ainda mais desafiadoras nos próximos 77 anos (Alves, 2022, p. 42).

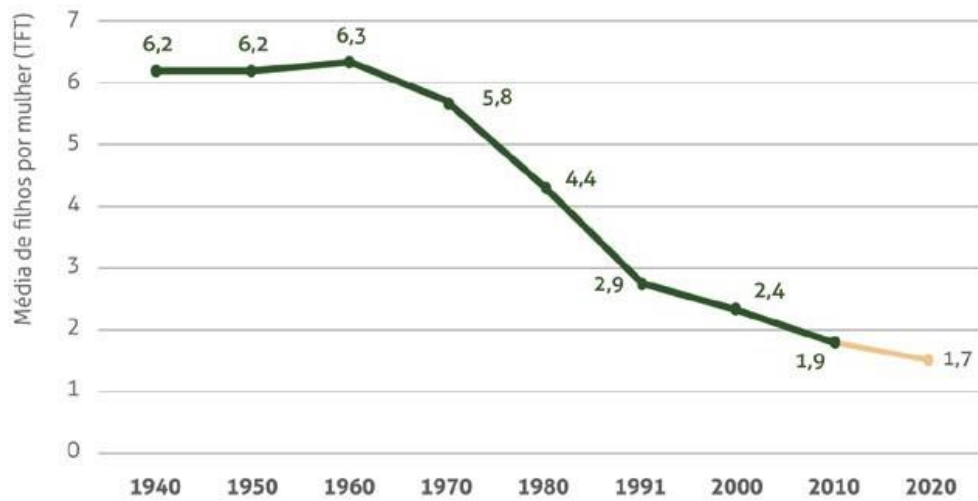
[...] Indubitavelmente, o futuro do século XXI será de um peso proporcional crescente dos idosos, qualquer que seja a categoria a ser utilizada para definição do início da velhice. O impacto econômico do envelhecimento populacional e o fim do primeiro bônus demográfico tende a trazer dificuldades para o crescimento do Produto Interno Bruto e para o aumento da renda per capita nacional, com efeitos desafiadores para a previdência e o sistema proteção social assim como para a saúde (Alves, 2022, p. 64).

[...] Os Idosos vivem muito tempo e isso representa um risco para a economia global, temos que fazer algo com urgência (Lagarde; Banco Mundial, 2018).

[...] a concentração da doença principalmente em idosos poderia ser positiva para melhorar o desempenho econômico do Brasil ao reduzir o rombo nas contas da Previdência [...] a morte de idosos melhora nosso desempenho econômico, pois reduzirá nosso déficit de pensão” (Lindner; Vargas; 2020, não paginado)²⁷.

²⁷ Fala expressa por ocasião de Reunião Ministerial entre integrantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Economia em 2020, a respeito das consequências da Pandemia da COVID-19. Disponível em: https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/morte-de-idosos-por-covid-19-melhora-contas-da-previdencia-teria-dito-chefe-da-susep,348d89b6a665f599a9e48108ca3b2c420x0sz0sy.html?utm_source=clipboard ; https://www.nota10.com.br/Conteudos-detalhes-Nota10_Publicacoes/14586/reportagens_afirmam_que_superintendente_da_susep_disse_que_morte_de_idoso_s_pela_covid-19_e_boa_para_a_economia Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/essencial/superintendente-da-susep-disse-que-mortes-de-idosos-por-covid-fazem-bem-a-economia-relatam-servidores/> Acesso em julho de 2021.

GRÁFICO 3 – Transição da Fecundidade no Brasil: 1940-2020



Fonte: IBGE, Séries históricas, 2022; Projeções Populacionais 2018

O gráfico acima retrata a queda da fecundidade no Brasil entre 1940 e 2020; estima-se que hoje tem-se média estimada em 1,7 filhos por família, alterando toda a estrutura familiar.

Destaca-se também que transição da fecundidade também é considerada uma das transformações sociais mais significativas do processo histórico brasileiro. Essas taxas estão relacionadas às questões econômicas, sociais, culturais e de desenvolvimento, bem como com à entrada da mulher no mercado de trabalho.

Infere-se que tais taxas

[...] eram altas para se contrapor às elevadas taxas de mortalidade e porque as famílias tinham muitos filhos, já que estes traziam mais benefícios do que custos para os pais. Porém, com a “reversão do fluxo intergeracional de riqueza”, os custos dos filhos subiram e os benefícios diminuíram. Os filhos deixaram de ser um “seguro” para os pais, que passaram a contar com o sistema público e privado de proteção social e previdência. Essa transição tem um grande impacto nas famílias e na sociedade, pois muda a relação entre as gerações e modifica a estrutura etária (Alves, 2022, p. 47).

De acordo com Alves,

[...] a queda da mortalidade infantil e na infância é um condicionante para o desenvolvimento econômico, pois alta fecundidade e alta mortalidade infantil são fatores que impossibilitam a adequada inserção da mulher no mercado de trabalho e dificultam o avanço no padrão de vida familiar [...] Mas os avanços no processo de desenvolvimento, no estilo de vida e no comportamento mais voltado à saúde pública não eliminaram a desvantagem dos pobres em comparação aos ricos, no que tange ao chamado risco da morbimortalidade do atraso (doenças infecciosas) e da modernidade (doenças cardiovasculares e neoplasias) (Alves, 2023, p. 49).

Transição da Mortalidade

As taxas de mortalidade no Brasil apresentam diferenças regionais, afetas às faixas etárias e ainda ocasionadas por causas externas. Registra-se na infância uma variação estimada em 140 óbitos de 0 a 1 ano de vida para cada 1 mil nascimentos no quinquênio 1950-1955, em queda para 13 por mil no quinquênio 2015-2020 (baixa de mais de 10 vezes). Antes da pandemia da COVID-19, ocorreu uma redução das doenças infecciosas e parasitárias, bem como o aumento das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias, com expressiva elevação das mortes provocadas por causas externas — homicídios, acidentes de trânsito e de saúde ocupacional.

O Gráfico 4, a seguir, retrata o total de homicídios por sexo no Brasil, onde o número de homens assassinados passou de cerca de 10 mil, em 1979, para mais de 60 mil, em 2017, e o número de mulheres assassinadas passou de pouco mais de 1 mil para quase 5 mil homicídios femininos no mesmo período. Em 2018 e 2019, o número de homicídios no país caiu, entretanto, segue alto para o padrão mundial (Manetta; Alves, 2018). Os homicídios femininos variam entre 8 e 12% dos homicídios masculinos. Entre as vítimas situam-se os jovens, especialmente os homens negros das periferias pobres das grandes cidades, gerando alterações na expectativa de vida da população.

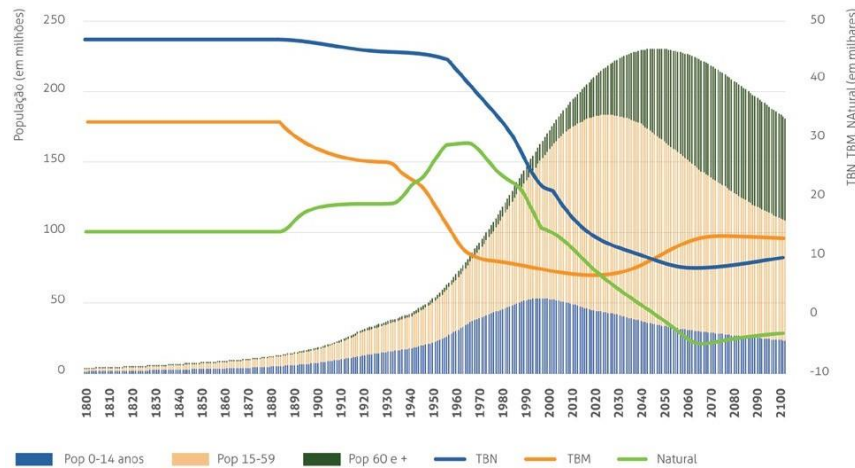
GRÁFICO 4 – Número de homicídios, por sexo, Brasil: 1979-2019



Fonte: IPEA, Atlas da Violência, 2021.

O Gráfico 5 busca retratar a transição demográfica no Brasil a partir da estimativa das taxas brutas de natalidade e mortalidade no período que compreende de 1800 a 2100, além do crescimento vegetativo da população brasileira.

GRÁFICO 5 – População e Transição Demográfica no Brasil: 1800-2100 Taxa Bruta de Natalidade (TBN), Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)



Fonte: IBGE, Séries históricas, 2022; Projeções Populacionais 2018 e Nações Unidas, Perspectivas Mundiais de População 2019.

Nota: os valores dos intervalos antes do ano 2000 foram interpolados.

Segundo os dados acima evidenciados no gráfico 5,

[...] a taxa bruta de natalidade ficou praticamente estável entre 1900 e 1960, variando levemente de 46 por mil para 41 por mil [...] a taxa bruta de mortalidade variou de 28 por mil para 12 por mil, houve aceleração do crescimento vegetativo que passou de 1,8% para 2,9% ao ano [...] as maiores taxas de crescimento demográfico no Brasil aconteceram nas décadas de 1950 e 1960 [...] nos anos 60, a taxa bruta de natalidade começou a cair e acelerou o ritmo de queda nas décadas seguintes; caiu de 39 por mil em 1965 para 21 por mil no ano 2000 e deve ficar em 12 por mil em 2022. Segundo as projeções populacionais do IBGE (revisão 2018) as taxas brutas de mortalidade e natalidade devem alcançar o equilíbrio em 2047, ambas atingindo o patamar de 9,4 por mil. A partir de 2047, haverá reversão das duas taxas e, conseqüentemente, a população brasileira, pela primeira vez na história, entrará em um período de decréscimo populacional no longo prazo [...] o século XXI será marcado por quase uma estabilidade populacional, deixando para trás o crescimento de quase 50 vezes entre 1800 e 2000 (Alvez, 2022, p. 43-44).

No que se refere ao índice do envelhecimento populacional, é crucial tratar da forma como este se configura na estrutura etária dos países, sobre como é mensurado e suas conseqüências para os países, sociedade, iniciativa privada e mercados, no sentido da implementação de medidas e políticas públicas voltadas não só para o desenvolvimento, mas especialmente para a atenção às necessidades humanas no curso de vida, aliadas às relações estabelecidas no modo de produção e às estruturas dos sistemas de seguridade social.

Destaca-se que o modo de mensurar quantitativamente o envelhecimento populacional é o cálculo do Índice de Envelhecimento (IE), o qual resulta da relação entre a população idosa e a população jovem de 0 a 14 anos de idade. Alves (2022, p. 64) explica que um IE menor do

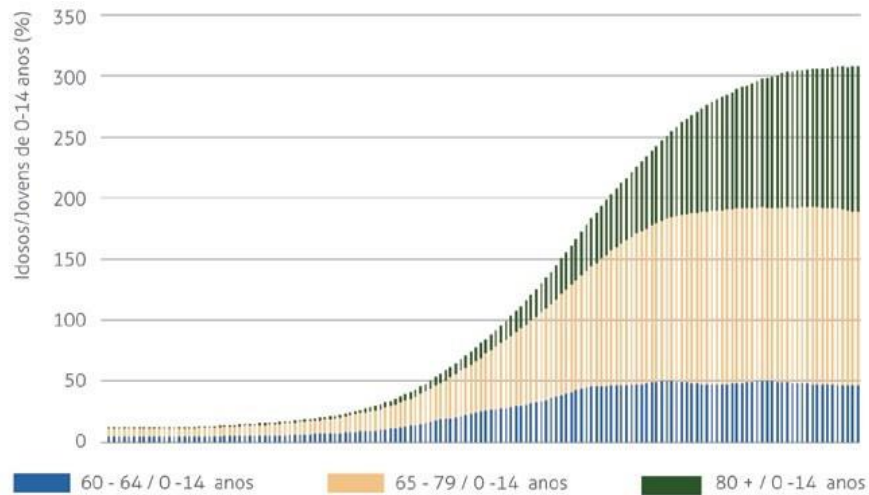
que 100 caracteriza população jovem, enquanto um IE igual ou maior do que 100 caracteriza população idosa. Segundo as projeções em andamento, no ano de 2050 o mundo terá uma estrutura etária envelhecida, quando o IE chegará a 101 idosos para cada 100 jovens. Em 2100, o mundo terá 162 idosos de 60 anos e mais para cada 100 jovens de 0 a 14 anos de idade, ao tempo que o Brasil experimentará um dos processos de envelhecimento mais acelerados do mundo, com 308 idosos de 60 anos e mais para cada 100 jovens, ou seja, o dobro do IE mundial, conforme os dados explicitados na Tabela 1, para três grupos diferenciados de pessoas idosas:

TABELA 1 – Índice de Envelhecimento (IE) para o Brasil e o mundo: 1950-2100

Ano	Mundo			Brasil		
	IE 60 e +	IE 65 e +	IE 80 e +	IE 60 e +	IE 65 e +	IE 80 e +
1950	23,2	14,8	1,6	11,7	7,2	0,7
2000	33,0	22,8	3,9	26,5	17,5	2,7
2020	52,9	36,7	7,3	67,8	46,3	9,4
2050	101,2	75,3	20,7	203,2	157,0	46,4
2100	161,7	129,4	46,4	308,8	262,5	120,3

Fonte: Organização das Nações Unidas, 2019.

Para o Brasil, o Gráfico 6 retrata o IE para as mesmas categorias de pessoas idosas entre 1950 e 2100. Observa-se que em 1950 havia somente 11,7 idosos de 60 anos e mais para cada 100 jovens de 0 a 14 anos na população, com os jovens compondo maioria significativa da população brasileira em meados do século passado. Para 2100, reiteram-se estimativas de que as pessoas idosas serão a grande maioria, com 308 idosos de 60 anos e mais para cada 100 jovens de 0 a 14 anos (Alves, 2022, p. 63).

GRÁFICO 6 – Índice de Envelhecimento (IE) para 3 categorias de idosos

Fonte: Organização das Nações Unidas, Perspectivas Mundiais de População 2019.

Desse modo, os dados indicam que o Brasil será considerado um país de idosos em 2030 e em 2038, considerando as pessoas idosas de 60 e 65 anos e mais, respectivamente. Face à estimativa das pessoas acima de 80 anos, o IE ultrapassará os 100 no ano de 2077, quando o Brasil terá mais idosos de 80 anos do que jovens de 0 a 14 anos.

2.3 Bônus Demográfico: importância das políticas públicas e janelas de oportunidades

Em relação ao bônus demográfico, afirma-se que, no Brasil, o primeiro teve início estimado por volta de 1970, com término previsto por volta de 2040, ou seja, estima-se que o país, o Estado, teria ainda cerca de 15 anos para investir e buscar os resultados dessa janela de oportunidade. O segundo bônus demográfico, denominado bônus da produtividade, exige que o Brasil realize investimentos em educação, saúde e em numa política de Pleno Emprego e Trabalho Decente, em ciência e tecnologia, em infraestrutura e em mudança do modo de produção e consumo. Já o terceiro bônus demográfico, o bônus da longevidade, requer do país o investimento em envelhecimento saudável e ativo, com uma população idosa mais inserida nas questões relativas à sociedade brasileira (Alves, 2023, p. 4).

Tais afirmações requerem análise crítica associada ao que vem a ser envelhecimento saudável e ativo, em especial nos países dependentes como o Brasil, pois infere-se que o “ativo” esteja relacionado ao retorno ao trabalho, bem como à adesão a “estilos de vida”, algo que, na maioria das vezes, é incompatível com o processo de envelhecimento — em especial da classe trabalhadora —, pois trata-se de proposta incentivada o retorno ou a permanência das pessoas

idosas no trabalho, majoritariamente precarizado, até o final de suas vidas. Assim, mantém o maior tempo possível saudáveis para serem úteis ao capital e gerarem menos custos de saúde, em especial para o Estado; negligencia ou omite o entendimento de que as condições de saúde atuais trazem evidências e são consequências da exploração do trabalho, bem como de condições precárias de subsistência no curso de vida. Além de não ter enfatizadas questões que exigem e requerem o asseguramento de direitos e do acesso a políticas sociais que garantam uma vida com dignidade e/ou uma Seguridade Social ampliada, especialmente em todo o curso da vida.

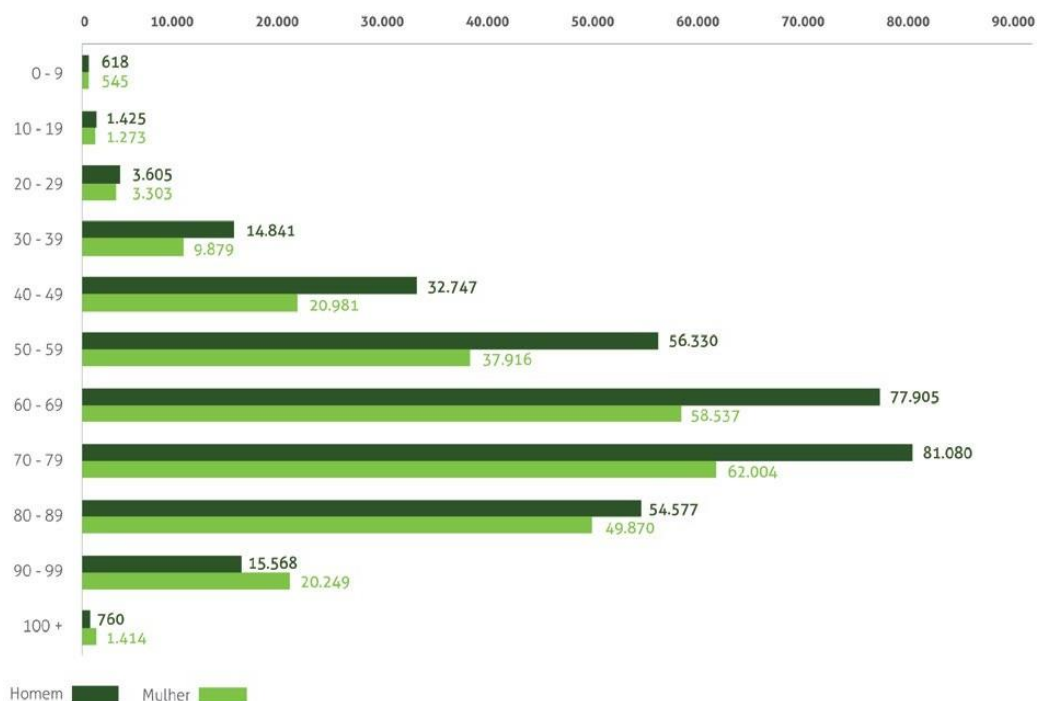
2.4 Pandemia da COVID-19 e transição demográfica brasileira: entre o genocídio e a necropolítica

O impacto da pandemia da COVID-19 alterou a transição demográfica não só no Brasil, mas em todos os países do mundo, não só ampliou a mortalidade como também a diminuição da natalidade global.

Teve início na China, em dezembro de 2019, com a publicização dos primeiros infectados pelo vírus, mas a OMS só reconheceu que a doença havia se transformado em uma pandemia aos 11 de março de 2020. Em dezembro de 2021, registrou-se 288,21 milhões de contaminados e 5,44 milhões de vidas perdidas; sendo que só no Brasil, nesta mesma data, registrou-se 22,3 milhões de casos e 619,1 mil mortes. E, em 2023, estima-se cerca de 700 mil mortes, com críticas de subnotificação.

De acordo com os dados do Portal da Transparência do Registro Civil, evidencia-se que as pessoas idosas, e dentre elas os homens, foram os segmentos mais atingidos. Estima-se que, em 2020 e 2021, 72.5% das mortes ocorreram entre a população com 60 anos ou mais (FIOCRUZ, 2022). Na questão de gênero, os homens representam 56% do total de mortes e as mulheres 44%. No grupo de idade de 0 a 9 anos, foram registrados 618 óbitos de meninos e 545 de meninas. Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, houve 1.425 óbitos masculinos e 1.273 femininos.

GRÁFICO 7 – Óbitos com suspeita ou confirmação de COVID-19, por sexo e idade, Brasil: 16/03/2020 a 31/12/2021



Fonte: Portal da Transparência do Registro Civil 2019-2021.

Camarano (2023) chama a atenção para o período crítico da pandemia, no qual observou-se, ainda, um aumento expressivo da mortalidade materna, o que afetou os nascimentos pelo óbito e/ou pelo adiamento das gestações por parte das mães. Constata-se que gestantes e mulheres no puerpério são consideradas grupos de risco para a COVID-19 por possuírem uma fisiologia alterada, que as deixa mais vulneráveis às infecções e com as funções imunológicas comprometidas.

Pesquisas do Observatório Obstétrico realizadas entre 2020 e 2021 registram crescimento de 227% no número de óbitos de gestantes e puérperas em consequência da COVID-19. Os dados apontam que a principal causa dos óbitos maternos é a falta de acesso ao adequado tratamento contra o vírus, quando as gestantes são infectadas.

Os estudos de Alves (2022), também consubstanciados em dados do portal da transparência do registro civil, informam que o impacto da pandemia não circunscreve apenas os índices de mortalidade, englobando também os de natalidade, pois os números de nascimento decresceram de 2,8, para 2,64, para 2,61 milhões nos anos de 2019, 2020, e 2021, respectivamente, ao tempo que, no mesmo período, o número de mortes aumentou de 1,28, para

1,47, para 1,73 milhões de pessoas, sendo considerado o maior número de óbitos da população brasileira.

Ressalta-se que a pandemia da COVID-19 ocasionou, em quase todo o mundo, sobremortalidade e uma redução na expectativa de vida ao nascer em 2020 e 2021, estimada de 2 a 4,1 anos, com diferenças de gênero, classe social, raça e etnia. Na tabela abaixo, segundo Camarano (2023), tem-se os valores estimados para a expectativa de vida ao nascer, aos 15 e aos 60 anos em 1980, 2019 e 2021, por gênero.

TABELA 2 – Esperança de vida ao nascer (e_0) e aos 60 anos (e_{60}) Brasil

	Diferença				
	1980	2019	2021	2019-1980	2021-2019
HOMENS					
e_0	59,3	72,8	68,2	13,4	-4,5
e_{15}	51,3	59,7	54,6	8,5	-5,1
e_{60}	15,4	21,8	17,6	6,5	-4,2
MULHERES					
e_0	65,7	80,1	75,6	14,4	-4,5
e_{15}	57,1	66,9	61,8	9,7	-5,0
e_{60}	17,8	25,3	21,4	7,5	-3,8

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980; PNAD contínua de 2019; Ministério da Saúde (SIM).

Elaboração da autora.

De acordo com tais dados, observa-se que, entre 1980 e 2019, a expectativa de vida e_0 da população brasileira masculina aumentou 13,4 anos, enquanto a feminina 14,4 anos. Em 2019, esta última apresentou expectativa superior em 7,3 anos em relação à masculina. Nesse ano, a e_{60} atingiu cerca de 21,8 anos para os homens idosos e 25,3 anos para as mulheres. No período analisado, observou-se incrementos de 6,5 e 7,5 anos para os homens idosos e as mulheres idosas, respectivamente. Entre 2019 e 2021, o total de óbitos brasileiros passou de 1.349.801 para 1.826.354, ou seja, 476.553 óbitos a mais, o que já está afetando o tempo vivido pelos brasileiros e o crescimento da população de idosos a curto e médio prazos. A perda estimada para a população em idade economicamente produtiva foi de cerca de 5 anos e para a população idosa de 4,2 e 3,8 anos, para homens e mulheres, respectivamente. Estima-se uma redução na e_0 da população, tanto masculina quanto feminina, de 4,5 anos entre 2019 e 2021. A diferença do índice de expectativa de vida entre homens e mulheres está estimado para 7,4 anos, em consequência do maior aumento da mortalidade masculina (Camarano, 2023, p. 5).

Reitera-se que, mesmo com as sequelas deixadas pela pandemia, ainda pouco conhecidas, estudos e projeções recentes indicam que as pessoas idosas continuarão a crescer

de forma mais acentuada do que o restante da população. Os futuros idosos brasileiros já nasceram, integram o grupo *baby boomers*, estão vivendo mais e se transformando nos *elderly boomers*. Trata-se de uma coorte não somente muito numerosa, mas qualitativamente diferente das anteriores, principalmente as mulheres. A trajetória dos *baby boomers* vivenciou a cultura do consumo e a maior participação da mulher no mercado de trabalho. Gerou-se a expectativa de envelhecerem de forma “ativa” para não se transformarem em um peso para a sociedade e para a família. Essa perspectiva do processo de envelhecimento contrapõe-se ao contrato intergeracional em pauta, o qual define que os pais devem cuidar dos filhos quando crianças e que estes devem cuidar dos pais em sua velhice (Camarano, 2023), além disso, tal argumentação é controversa, pois, durante e após a pandemia, cerca de 50% das pessoas idosas sustentavam as famílias, em especial, aquelas cujos filhos e netos estavam desempregados.

A literatura tem demonstrado que o crescimento exponencial da população idosa de 80 anos e mais tem como consequência um aumento na proporção de pessoas necessitando de cuidados diferenciados no desempenho das atividades básicas da vida diária (AVDS) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), além da reestruturação da Rede Nacional de Promoção e Defesa de Direitos da Pessoa Idosa- RENADI, com a garantia do acesso a serviços de ação continuada e programas de prevenção já existentes no SUS e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas que precisam ser ampliados e reforçados financeiramente. Estes serviços são assegurados na PNI e no Estatuto da Pessoa Idosa, correspondendo à: assistência domiciliar, Centros-Dia, centros de convivência, instituições de longa permanência (ILPs); reforço nas ações de atenção primária na saúde; formação de profissionais e a regulamentação da profissão de cuidadores de pessoas idosas. Esse aumento da população e essa demanda por serviços já vem sendo apresentados em todas as Conferências de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas legítimas, tendo se agravado durante e após a pandemia da COVID-19.

2.5 Transição epidemiológica brasileira, pandemia da COVID-19 e crise sindêmica

A transição epidemiológica se caracteriza pelas alterações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que configuram uma população e ocorrem simultaneamente a outras transformações demográficas, econômicas e sociais em determinado espaço de tempo. A dinâmica de uma relação intrínseca entre transição demográfica e epidemiológica se dá com a queda inicial da mortalidade, concentrada entre as doenças infecciosas, e tende a influenciar as populações mais jovens.

Assim, à medida que aumenta a esperança de vida e cresce o número de pessoas idosas, tornam-se mais frequentes as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Por conseguinte, com a alteração do perfil de saúde da população ocorre o aumento da demanda sobre o sistema de saúde, visto que, ao invés de permanecerem processos agudos (como as pneumonias em crianças) — que, para o referido sistema, se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas intercorrências, o que implica décadas de utilização permanente dos serviços de saúde. São exemplos desta utilização prolongada as sequelas do acidente vascular cerebral (AVC), as complicações de fraturas pós-queda, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes, a dependência determinada pela Doença de Alzheimer (Matra; Silva, 2016), além de outras, geradas por acidentes de trabalho precário e insalubre (Abigalil, 2019).

Nas etapas mais tardias da transição epidemiológica, hoje experimentadas pelos países mais desenvolvidos, uma população de idosos com grande proporção de octogenários apresenta, portanto, um quadro já embrionário no Brasil: declínio progressivo das doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias, mas elevada prevalência de doenças neuropsiquiátricas (como Parkinson e Alzheimer), acidentes e suas consequências (fraturas) e osteoartrose (Matra; Silva, 2016).

As doenças DCNTs são consideradas as principais causas de mortalidade no mundo, além de constituírem ameaça para todos os países, conforme estudos da OMS (2020). Ameaças estas consideradas geradoras de impacto financeiro para os cidadãos, famílias, sociedade e governos, em consequência das mortes prematuras, situações de incapacidade, dependência, tratamento e hospitalizações, sobrecarregando os sistemas de saúde. Acrescenta-se a pandemia causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), causador da doença da COVID-19, que — embora não seja considerada doença crônica não transmissível, mas sim infectocontagiosa e transmissível — persiste, com novas variantes, além de sequelas ainda desconhecidas, em sua maioria, algo que está a exigir tratamentos, cuidados institucionais e familiares além de longas internações hospitalares.

Segundo a OMS, as DCNTs são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos no mundo (41 milhões), dentre os quais, anualmente, 15 milhões são prematuros (pessoas de 30 a 69 anos de idade). A organização chama a atenção para o impacto das DCNTs em países de baixa e média renda, representando aproximadamente 78% da mortalidade total.

Destaca-se que a maioria dessas doenças são de caráter multifatorial, embora as principais causas incluam os fatores de riscos (FRs) modificáveis, ou seja, adoção de estilo de

vida mais saudável, com padrões de risco e de comportamento que podem ser modificados ou evitados — o tabagismo, o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, o sedentarismo ou a inatividade física e a alimentação não saudável. Somam-se ainda os determinantes sociais que impactam no aumento e na gravidade das DCNTs e seus FRs (Marmot, 2019). Determinantes estes que podem ser citados como trabalho precário, baixa renda, pouco acesso à água potável e saneamento básico, insegurança alimentar, fome, falta de acesso aos serviços de saúde e medicamentos adequados, residências insalubres, violência institucional, familiar e societária, situações de extrema pobreza e de desigualdade social

O Ministério da Saúde, em parceria com IBGE, realizou, nos anos de 2013 e 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), considerada um método de investigação e vigilância das doenças crônicas degenerativas que propicia inteirar-se sobre dar visibilidade à expansão dessas doenças, de seus FRs e da proteção, ao tempo que instrumentaliza, quando necessário, o planejamento, o controle, a prevenção, o tratamento e a avaliação das políticas.

As doenças crônicas são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, ocasionando mortes prematuras, perda de qualidade de vida e o surgimento de incapacidades, além de requerer investimentos econômicos para a sociedade, para as famílias e para os sistemas de saúde.

Estima-se que no Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (MS), havia 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade. Dessas, 66,1% autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa (66,2%), enquanto 1% avaliou seu estado de saúde como regular e 5,8%, como ruim ou muito ruim; 52% das pessoas de 18 anos ou mais apresentaram diagnóstico de ao menos uma doença crônica (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019).

A referida pesquisa atingiu a população de 18 anos e mais, estimando percentual para as DCNTs, assim explicitadas: a hipertensão arterial afeta 23,9% dos indivíduos, o que representa 38,1 milhões de pessoas (26,4% mulheres e 21,1% homens). A pressão alta tem maior incidência à medida que a população envelhece, uma vez que 56,6% das pessoas de 65 a 74 anos apresentam esse diagnóstico e 62,1% entre a população de 75 anos ou mais de idade; a depressão atinge 16,3 milhões de pessoas, sendo que entre as mulheres a prevalência da doença é de 14,7%, face a 5,1% entre os homens; entre as pessoas com diagnóstico de depressão, apenas 18,9% faziam psicoterapia e 48% faziam uso de medicamentos para o tratamento da doença; entre o universo pesquisado, 14,6% das pessoas de 18 anos ou mais (23,2 milhões) apresentaram diagnóstico médico de colesterol alto. Sendo as mulheres as que apresentaram maior proporção (17,6%, enquanto entre os homens a porcentagem foi de 11,1%); no caso de

diabetes, estima-se que 7,7% da população — o equivalente a 12,3 milhões de pessoas, sendo 8,4% das mulheres e entre homens, 6,9% —, 5,3% (8,4 milhões) de pessoas tem diagnóstico de alguma doença do coração, sendo que, nas pessoas idosas com 75 anos ou mais, 17,4% apresentam esse diagnóstico; 2% informaram diagnóstico de AVC, representando aproximadamente 3,1 milhões de pessoas; ainda, 2,6% das pessoas (4,1 milhões) receberam diagnóstico médico de câncer; aproximadamente 21,6% das pessoas (34,3 milhões) relataram problema crônico de coluna (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019).

A despeito do Brasil dispor do SUS, considerado um dos mais avançados sistemas de saúde do mundo — com recursos humanos altamente qualificados, embora restrito para sua demanda —, os dados acima revelam a condição de saúde das pessoas com 18 anos e mais antes da pandemia da COVID-19. Esses dados possibilitam inferir que o Brasil ainda é extremamente deficitário em cobertura de serviços de saúde, visto que a maioria da população não dispõe de acesso a direitos ou condições mínimas, quer aos atendimentos em serviços de saúde, quer às informações educativas, de caráter preventivo, medicamentos e orientação para garantir os seus autocuidados.

Transição epidemiológica brasileira, pandemia da COVID-19 e sindemia

A pandemia da COVID-19 alterou a estrutura etária, aumentou a mortalidade, ocasionou uma redução da natalidade na maioria dos países do mundo. Em 11 de março de 2020, a OMS divulgou que esta doença tinha se transformado em uma pandemia. Em 31 de dezembro de 2021, atingiu 288,21 milhões o total de contaminados e 5,44 milhões de vidas perdidas no mundo. O Brasil registrou, na mesma data, 22,3 milhões de casos e 619,1 mil mortes para a COVID-19. Importante enfatizar que a COVID-19 alcançou todos os países do mundo e afetou toda a população mundial, mas, de acordo com os dados, as pessoas idosas são as principais vítimas da pandemia (Alvez, 2022).

Vale destacar, no período entre 2020 e 2021, a estimativa de que 70% das mortes ocorreram entre a população com 60 anos ou mais. No recorte de gênero, os homens representam 56% do total de mortes, as mulheres 44%. Registra-se também que as mortes entre crianças e adolescentes foram significativas: no grupo de idade de 0 a 9 anos, foram 618 óbitos de meninos e 545 de meninas; entre os adolescentes de 10 a 19 anos, houve 1.425 óbitos masculinos e 1.273 femininos (Alvez, 2022). Em maio de 2023, o Brasil registrou 35.511.921 pessoas contaminadas, com 702.116 óbitos confirmados (Ministério da Saúde, 2023).

Afirma-se que a pandemia da COVID-19 acarretou mudança no perfil epidemiológico da população, em especial no padrão de causas de morbidade e mortalidade, no período de 2020 a 2021. Após a população ter vivenciado a substituição progressiva das doenças infecciosas e parasitárias por doenças crônicas e degenerativas como as principais causas de mortalidade e morbidade, tem-se o retorno ao primeiro perfil neste espaço de tempo. Ocorreu o aumento do número de óbitos, dado o acréscimo das doenças infectocontagiosas, estimadas em 484.795 novos óbitos — um acréscimo de quase nove vezes. Enfatiza-se ainda que número de óbitos por parto, puerpério e gravidez aumentou 86,6% entre os referidos anos. Outro aumento ocorrido nesse período foi o de óbitos classificados como “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”. Registram-se cerca de 25.895 óbitos a mais entre os homens — infere-se que esses óbitos decorram da COVID-19, cuja classificação é considerada subestimada, dadas as dificuldades para diagnósticos mais precisos sobre contaminações (Camarano, 2023).

A pandemia da COVID-19 conferiu visibilidade às doenças infectocontagiosas com um papel de destaque. Embora antigos problemas de saúde continuem sem solução e atenção na área de saúde, doenças aparentemente erradicadas ressurgem, atingindo vários grupos etários. Registra-se a dengue, o cólera, a tuberculose em jovens e adultos, em parte devido à associação com a *Acquired ImmunoDeficiency Syndrome* (AIDS). E novos problemas surgem nos últimos anos, como o aumento generalizado da obesidade, a trajetória ascendente de doenças como o câncer de mama, de próstata e de pulmão, o aborto realizado em condições precárias, a expansão da AIDS e a epidemia de mortes violentas entre a população jovem das grandes cidades (Camarano, 2023).

A autora chama a atenção para o processo de feminização da velhice, que se traduz também pela menor mortalidade da população feminina, donde infere-se que o mundo das pessoas muito idosas se caracteriza como um mundo das mulheres, conforme os estudos de Goldani (1999) e Camarano (2023). De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), ainda que a velhice não seja universalmente feminina, ela traz o componente de gênero mais ampliado. Mulheres idosas apresentam maiores possibilidades de se tornarem viúvas, viverem sozinhas e em situação de fragilidade socioeconômica. A despeito de viverem mais do que os homens, passam por anos da vida com maior debilitação física e declínio antes da morte, quando a eles comparadas, tornando-se de maior dependência de cuidado, apesar de historicamente serem cuidadoras familiares. Na atualidade observa-se que o cuidado voltado às pessoas que apresentam dependência, em especial nas famílias, é determinado pelas trocas intergeracionais, com prioridade as características de gênero.

CAPÍTULO III: ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E LEGISLAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO

Este capítulo versa sobre as garantias de direitos às pessoas idosas e demais gerações nelas previstas, bem como sobre controvérsias e os desafios interpostos à sua implementação. Para tanto, recorre-se aos fundamentos do Estado Democrático de Direito, construído a partir dos limites e possibilidades do Estado Liberal e do Estado Social no capitalismo. Versa, ainda, sobre os antecedentes e as especificidades da formação sócio-histórica do Estado Liberal, do Estado Democrático de Direito e do Estado Social em contextos econômicos, políticos e sociais determinados, até a contemporaneidade. Isto se dá com o propósito de conferir transparência aos avanços e retrocessos da cidadania social, materializados em leis e em políticas sociais e econômicas, visto que tais eventos não surgiram do “nada”, mas, ao contrário, de embates de classes sociais que expressam, historicamente, o antagonismo de interesses entre capital x trabalho.

As mutações do Estado — em suas configurações Liberal, Democrática de Direito e Social — associam-se às transformações da economia e da superestrutura política e jurídica, que implicam conquista de direitos (individuais, políticos, sociais e difusos), formalizados em leis e materializados em políticas nos diferentes modos de produção (feudal, capitalista e socialista), não se dando de forma pacífica; isto é, isenta de conflitos de classes antagônicas. O processo histórico das transformações dos modos de produção, em especial o capitalista, se dá, conforme Marx (1975a), por vias transformadoras.

Esse processo também é evidenciado nas especificidades e choques de interesses de classes na conquista dos direitos de cidadania, principalmente os sociais, que devem ser concretizados por políticas públicas, uma vez que “as transmutações globais” dessas políticas, a partir de 1945, se deram em “contextos de crises indutoras de guerras de classe e de desigualdades sociais” (Pereira-Pereira, 2020, p.34). Por isso, elas são dialeticamente contraditórias, no sentido de poderem atender, ao mesmo tempo,

[...] interesses antagônicos entre si: um representante do mundo do trabalho, como locus privilegiado do reino das necessidades, e, portanto, demandante de atenções que as satisfaçam ou as superem; e, outro, representante do mundo do capital, como locus dos imperativos da rentabilidade econômica privada, e, portanto, demandante de atenções que satisfaçam necessidades de lucro, valorização e reprodução incessantes do capital (Pereira-Pereira, 2020, p. 34).

Para melhor entender essa dupla funcionalidade da política social, é fundamental reportar-se ao século XIX, quando surgiram fortes pressões sobre a economia de mercado em decorrência da insustentabilidade prática das teses do liberalismo clássico, principalmente da prédica de Adam Smith de que o livre mercado era autossuficiente para garantir pleno emprego dos recursos e sua eficaz distribuição.

Tais pressões emanaram, pela primeira vez, das classes dominadas mais inferiores — em especial representadas pelas guerras de 1848-1849 na Europa, e pela Comuna de Paris —, que, na perspectiva de Marx (1975b), impuseram exigências revolucionárias. Essa tendência permaneceu até a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), e vinte e um anos depois da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o que corroborava o entendimento de que o capitalismo liberal capitulava diante de contínuas catástrofes (Pereira-Pereira, 2020).

Com efeito, durante quase cinquenta anos, o modo de produção capitalista teve de enfrentar duas guerras mundiais (1914-1918; 1939-1945) e duas revoluções (Russa e Chinesa) com repercussões planetárias, visto que o comunismo abarcou 1/6 do mundo e 1/3 da população global, o fim de grandes impérios coloniais e, em 1929, uma crise expansiva que atingiu primeiramente os Estados Unidos — enquanto a União Soviética permaneceu relativamente imune —, ocorrendo ainda: o desaparecimento das democracias liberais em toda a Europa, com a preservação somente de um pequeno espaço, sob o controle do fascismo²⁸ e de seus regimes autoritários (Hobsbawn, 1992, apud Pereira-Pereira, 2020).

De acordo com Pereira-Pereira (2020), a amplitude das reformas sociais implementadas no mundo capitalista nos primeiros trinta anos do segundo pós-guerra, conhecido como os trinta anos de ouro (1945 a 1975), ou gloriosos, retrata um processo anômalo, que, repetindo Hobsbawn, só poderia ser “explicado pelo medo” (Pereira-Pereira, 2020, p. 38). Ou seja, medo da burguesia em relação aos pobres e à classe trabalhadora, então organizada, além da instabilidade do sistema político e do risco de expansão do comunismo soviético. A burguesia foi obrigada a fazer concessões à classe trabalhadora, ao tempo em que a decantada mão invisível do mercado, defendida pelo Estado Liberal, flexibilizou-se, cedendo à implementação do keynesianismo social,

²⁸ Regime autoritário contrário às liberdades individuais e a favor da extinção da oposição, em nome do bem da Nação. É caracterizado como um Regime de extrema direita, marcado por governo ditatorial e militarizado. Tem como características: excesso de nacionalismo; manipulação da população pela mídia, pelo uso da violência e da religião; imprime o totalitarismo com o controle dos direitos dos cidadãos, seja no contexto político econômico, seja no cultural; incita o corporativismo, com o objetivo de criar um Estado Orgânico. Acredita no uso da força e da violência, para expandir seu território; desprezo pelos direitos humanos, artistas e intelectuais; exerce o controle da mídia e adota a censura.

[...] uma prática corporativa que articulava Estado e mercado numa atividade pública/privada de formulação e gerenciamento de políticas de pleno emprego e de um conjunto de benefícios e serviços na perspectiva dos direitos de cidadania (Pereira-Pereira, 2008, p. 88-89), [e] que incluía, pela primeira vez como direito, o atendimento das necessidades sociais (Pereira-Pereira, 2020, p. 38).

Contudo, a fundamentação teórica e política de base keynesiana atendia, conforme Pereira-Pereira, aos interesses voltados a salvar o capitalismo do “totalitarismo”, em alusão ao comunismo, bem como aos de barbárie e catástrofe sociais. A intervenção macroeconômica pautada nessa perspectiva centrou esforços na demanda agregada, que incluía investimento, consumo e despesas governamentais, com vista a ações estatais de distribuição do rendimento mediante tributação progressiva e controle das finanças públicas. Para tanto, tornou-se necessário um pacto entre governos, empresários, intelectuais e lideranças trabalhistas, os quais estabeleceram um compromisso que redundou no crescimento econômico já mencionado como os trinta anos de ouro para os países de capitalismo central. Crescimento este debitado em grande parte pela associação do keynesianismo com as técnicas fordistas de racionalização da produção industrial, adotadas pelo empresário estadunidense Henry Ford.

O auge desse crescimento, iniciado nos anos 1950, se deu entre os anos 1960 e meados dos 1970. Posteriormente, tem-se o advento da crise estrutural e sistêmica do capital, desde fins dos anos 1970 até o presente, acrescido da crise sindêmica produzida pela pandemia da COVID-19; da guerra entre Ucrânia e Rússia; das mudanças de blocos hegemônicos de poder, seguidos da fragilização do Estado Social, que respondem pela atual mundialização da desigualdade social.

Donde se infere que as teorias e medidas keynesianas não se afastaram totalmente do liberalismo clássico, o qual transmutou-se em um “novo” liberalismo ou *neoliberalismo*, respaldado em teorias construídas ao longo de trinta anos, logo após o término da Segunda Guerra Mundial, nas regiões da Europa e da América do Norte, base forte do capitalismo, com rejeição ao Estado intervencionista e de Bem-estar Social, posto que adepto do fundamentalismo de mercado.

Como teóricos do neoliberalismo, destaca-se o austríaco Friedrich von Hayek, que criou a Sociedade Mont Pèlerin, constituída por um grupo seleto de intelectuais para traçar estratégias de combate ao keynesianismo e às ações de cidadania social no período de 1945-1975. E também Milton Friedman, da Escola de Chicago, que preconizava a teoria neoclássica de preços, a virtude do mercado, como o melhor distribuidor de recursos, apresentando total rejeição à intervenção estatal marcada nas forças livres do mercado.

A partir dos anos 1970, com a crise do modelo econômico keynesiano de pós-guerra, expressa pelas altas taxas de inflação e de recessão conjugadas — produzindo o fenômeno da estagflação, gerador de desemprego e de incapacidade de intervenção social do Estado —, tem-se o fortalecimento do neoliberalismo; isto é, de uma forma capitalista de produção e reprodução caracterizada por “[...] um individualismo radical, possessivo, seja na economia, seja nas relações sociais e nos valores morais antes construídos sob o signo dos direitos de cidadania, da liberdade positiva e da diminuição das desigualdades sociais” (Pereira-Pereira, 2020, p. 41).

Com a mundialização da economia e investimentos em inovação de ponta associados ao progresso tecnológico e científico, o modelo keynesiano-fordista de produção e consumo de massa, de escopo nacional, foi substituído pela monetarização da economia. Isto engendrou a precarização do mundo do trabalho, agravando o problema da demanda e gerando uma economia de oferta; ou seja, uma economia orientada pelas mudanças no fluxo do capital, tornando-se financeirizada e voltada ao lucro rentista, em prejuízo da atenção às necessidades sociais.

Não admira que, como diz Standing, citado por Pereira-Pereira, as políticas sociais desse período tenham se tornado “políticas do inferno”; ou, nas palavras de Pereira-Pereira (2020, p. 41),

[...] neodarwinistas e workfaristas, que compõem o ideário da ativação da responsabilidade dos indivíduos pelo seu próprio bem-estar; da concepção de que cada indivíduo é propriedade de si mesmo; e da renegação de tudo o que, por ser social, universal ou coletivo, possa obstaculizar o livre funcionamento do mercado. No rastro das políticas neodarwinistas, aflora o retorno da reverência à competição meritocrática, que opõe vencedores e perdedores, com o sacrifício da vida destes, reinstituindo-se a prática da política da não-ação intencional que deixa as pessoas morrerem. E no rastro das políticas workfaristas, viceja a ideia-força que sustenta o enfoque no ‘trabalho (assalariado) em primeiro lugar’ ou na formação de ‘capital humano’, em detrimento do enfoque prioritário sobre a vida humana (Dean, 2010), que se guia por uma ética solidária antagônica à ética neoliberal egoísta.

Esse foi um importante indicador do avanço do neoliberalismo, reforçado pela autodissolução da União Soviética e dos regimes comunistas do Leste Europeu, que constituíam a outra parte do bloco iniciado em 1914 — bloco este que, até fins de 1980, contemplou a Guerra Fria (confronto geopolítico e ideológico) entre o capitalismo, liderado pelo Estados Unidos, e o comunismo, liderado pela União Soviética (URSS). Com a dissolução da URSS, os Estados Unidos — um Estado capitalista Liberal — transformaram-se no único país com controle e influência sobre os conflitos mundiais e, enquanto liberal, adepto de políticas sociais residuais, focalizadas na pobreza.

Tudo isso está na base, a partir dos anos 1980, do surgimento da chamada *nova direita*, que, como já mencionado, se constituiu da

[...] fusão do ideário neoliberal com os valores neoconservadores - prestigiados, desde os anos 1980, pelos governos da ex-primeira ministra inglesa Margaret Thatcher e do ex-presidente dos Estados Unidos Ronald Reagan – formando, assim, uma corrente de pensamento, ação e conduta [...] que contempla, de forma imbricada, os postulados liberais mais radicais das escolas de Hayek (austríaca) e Friedman (estadunidense), com as moralidades mais conservadoras do thacherismo inglês [...]: i) de cunho conservador: exacerbação do nacionalismo; recrudescimento do fundamentalismo religioso; revalorização da família tradicional; desprezo pelas diferenças; defesa do militarismo; e ii) de cunho neoliberal: fundamentalismo mercantil em detrimento da soberania do Estado; competitividade; supremacia do mérito individual sobre os direitos sociais; endeusamento do trabalho assalariado como a fonte mais digna de satisfação de necessidades humanas; defesa de políticas privatizadoras e desregulamentadoras contra políticas públicas concretizadoras de direitos; aceitação da desigualdade social como estímulo ao trabalho (Pereira-Pereira, 2020, p. 42).

Ainda de acordo com Pereira-Pereira, a atual fase do regime de acumulação pós-keneynsiano/fordista, ou pós-fordista, workfarista mundializada, passou a exigir um “[...] Estado socialmente relutante ou falsamente social [...] ou um Estado e políticas sociais eminentemente funcionais às necessidades de lucro do capital” (Pereira-Pereira, 2020, p. 43). E mais, passou-se a superestimar a competição livre entre países, com o trabalho assalariado mal remunerado, priorizando-se: o empreendedorismo schumpeteriano²⁹, com a subordinação da política social à economia de inspiração ricardiana³⁰; a competição livre, com a flexibilização da lei e do Estado, que torna-se mínimo para os trabalhadores; a privatização dos bens públicos, com valores abaixo do valor real de mercado; o incentivo à implantação da *quasi*-mercantilização, associada à residualização dos serviços sociais públicos; o estímulo à internacionalização dos projetos e atividades nacionais para liberar fluxos econômicos, reduzir atritos comerciais, generalizar pressões competitivas e intercambiar conhecimentos; a indução ao consumo por meio da redução de taxas diretas de importação/exportação, favorecendo, ao mesmo tempo, o lucro líquido de empresas e instituições financeiras (Jessop, 2013, apud Pereira-Pereira, 2020, p. 43-44).

Nessa fase econômica competitiva, importa ressaltar, privilegiou-se, paradoxalmente: a inovação, o conhecimento, a tecnologia digital e a financeirização, concomitantemente com a

²⁹ Referente a Joseph Schumpeter, teórico da inovação permanente, do empreendedorismo competitivo e da flexibilidade em economias relativamente abertas mediadas por intervenções pelo lado da oferta (e não mais da demanda, própria da teoria keynesiana).

³⁰ Referente a David Ricardo, teórico do comércio internacional para quem a economia, na divisão internacional do trabalho, deve centrar-se na exploração de seus produtos mais abundantes e baratos. Basicamente, tal regime (ricardiano) caracteriza-se pela preocupação em reduzir o preço da força de trabalho; buscar, internacionalmente, fontes mais baratas de matéria-prima e reduzir o custo do capital.

flexibilização das relações de trabalho, acompanhada de constantes contrarreformas e ataques aos direitos sociais e trabalhistas, fazendo com que a política social regredisse em seu papel de assegurar o bem-estar (*welfare*) social. Assim, segundo Jessop (2008, apud Pereira-Pereira, 2020, p. 44), essa política deixou de satisfazer necessidades humanas para “[...] favorecer serviços de bem-estar que beneficiem os negócios”.

Eis porque a política social passou a privilegiar os trabalhadores considerados em idade economicamente produtiva, em detrimento dos trabalhadores considerados em idade economicamente improdutiva, no caso os/as idosos/as, nos quais os investimentos do Estado são considerados negativos, de baixo retorno econômico, ou, para muitos estudiosos, de baixo retorno temporal.

É nesse contexto de violência institucional que impera a democracia liberal, com laivos socialdemocratas, embora atualmente ameaçada. Constitui um regime em que os cidadãos dispõem do direito político de participar diretamente, ou por meio de representantes eleitos, na proposição, no desenvolvimento e na criação de leis, exercendo o poder de governança implícita na soberania popular do sufrágio universal — ou seja, uma soberania expressa pelo voto direto e secreto de todos, conforme previsto em normas constitucionais. Contudo, é fato que a luta de classes permeia todo o processo de governança e de acesso popular à garantia de direitos, bem como de proposição e implementação de leis *vis-à-vis* à materialização de políticas, financiamento e asseguramento da cidadania social, para além da individual.

Para Jacques Rancière (2018), as intituladas democracias contemporâneas de sistemas representativos, quer parlamentaristas, quer presidencialistas, confiscam a soberania do povo e beneficiam apenas as elites. Por isso, “não existe real vida democrática” — há apenas uma “casta de políticos profissionais que se autorreproduz e cuida de seus próprios interesses”. Nesta mesma perspectiva, Solano aponta o paradoxo que permeia a democracia:

[ela] funciona na aparência, mas cada vez mais esvaziada de conteúdo e sentido. A democracia vai sendo substituída pela corporocracia. As grandes decisões não são tomadas, pelo poder popular, e sim pelas grandes concentrações privadas de capital que pensam a democracia como um instrumento para atingir maiores níveis de intervenção política e lucro. A democracia, portanto, passa a ser um acessório do capitalismo, que é o verdadeiro coração do sistema. O âmbito do poder decisório está totalmente afastado da população e fica na órbita das grandes empresas e oligarquias políticas. As formas autoritárias clássicas do século passado foram substituídas por formas despóticas muito mais sutis, pois vestem roupagens democráticas. A sofisticação do controle é muito mais elaborada, mas também mais perversa, porque, por ser muito mais imperceptível, permite uma margem muito menor para a reação. Neste sistema, o capital é o centralizador de tudo. A ele tudo pertence e fora dele nada sobrevive. As condições de existência só se dão dentro do capital. As subjetividades se constroem dentro do capital e só dentro dele. O ecossistema internacional de risco econômico permanente e a reestruturação do trabalho e dos novos padrões produtivos

são alguns dos elementos centrais para entender as dificuldades das estruturas representativas tradicionais. Flexibilidade, hiper produtivismo, home-office, batalhões de trabalhadores em situação de exclusão social, precariedade, vulnerabilidade acelerada, milhões de pessoas descartáveis em situação de desemprego crônico (2019, p. 9).

Por seu turno, Bobbio (2020) chama a atenção ao fato de que, em um regime democrático, são imprescindíveis os instrumentos de ampla divulgação das normas e leis regentes do processo de gestão governamental para que o poder possa, em decorrência das relações entre governante e governado, ser controlado e fiscalizado pela população.

No decorrer do processo histórico da civilização e dos embates entre poderes instituídos e formas de produção, colonização e desenvolvimento dos países, conquistou-se a existência de Estados e governos democráticos, além da coexistência de várias formas de interpretação democrática, de suas contradições, valores e princípios — especialmente os da igualdade e da liberdade.

Entretanto, com o propósito de manter a ordem social, a igualdade teve por base o tratamento igual entre os iguais e desigual entre os desiguais, com o objetivo de promover a justiça entre os indivíduos (Bobbio, 1997). E os direitos constitucionais de liberdade, considerados invioláveis, passaram a ser aqueles que o Estado não poderia suprimir dos indivíduos, posto que constituíam a base do Estado liberal e da doutrina do Estado de direito (Bobbio, 2000).

É esse entendimento que embasa o princípio da igualdade de filiação liberal, restrita à igualdade formal, legal; ou seja, a um conteúdo geral, abstrato e uniforme, aplicado a todos os grupos e classes sociais cujas condições sociais e econômicas são desiguais. Portanto, parafraseando Marx (1975a, 1975b), tratar igualmente os desiguais é preservar as injustiças sociais.

Foi dessa forma que o Estado Liberal passou a se pautar na defesa da sua não intervenção na economia; a proteger a liberdade incondicional do mercado, do capital e da corporocracia; a acatar a teoria da divisão de poderes e a supremacia da Constituição como o maior instrumento jurídico; a impor limites ao poder governamental; e a priorizar os direitos individuais em detrimento dos sociais.

De acordo com Bradbury (2006), a ausência da intervenção do Estado na economia constituiu, desde a monarquia, uma estratégia da burguesia (que detinha o poder econômico) para impedir a ingerência dos monarcas e senhores feudais (que detinham o poder político) nas estruturas produtivas da época, com isso garantindo a liberdade individual para ampliar os negócios mercantis e potencializar os lucros. Lucros esses que, na contemporaneidade, são

valorizados pela ideologia da *nova direita*, em estreita relação com as finalidades das grandes corporações.

Destaca-se, ademais, que o Estado Liberal encampou a Teoria da Separação dos Poderes, concebida por Montesquieu em 1748, e que ainda é referência na contemporaneidade. Em sua origem, a teoria definia competências particulares aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com o objetivo de preservar os privilégios da nobreza, ameaçados tanto pelo rei, que buscava recuperar influência nacional, quanto pela burguesia, que, dominando o poder econômico, almejava o político. Por isso estabeleceu-se a partilha do poder entre a burguesia, a nobreza e a realeza, afastando a possibilidade de a burguesia em crescimento tornar-se a única detentora do poder.

Foi baseado nessa partilha que o capitalismo moderno, pressionado pelas alterações nas formas de relações societárias e governamentais, instituiu o Estado de Direito, regulado pela Constituição, delimitando a separação de espaços entre cada um dos poderes, embora harmônicos dos regimes republicanos. Ou, como explica Bradbury (2006), reportando-se a Sunfeld: o Estado de Direito foi

[...] criado e regulado por uma Constituição (isto é, por norma jurídica superior as demais), onde o exercício do poder político seja dividido entre órgãos independentes e harmônicos, que controlam uns aos outros, de modo que a lei produzida por um deles tenha de ser necessariamente observada pelos demais e que os cidadãos, sendo titulares de direitos, possam opô-los ao próprio Estado (Sunfeld, 2006, p. 55).

Daí decorreram a regulação da atividade política, o surgimento do direito subjetivo público e o cidadão como titular de direito com poder de exigir do Estado o cumprimento dos deveres cívicos de sua alçada, inferindo que: com a implantação do Estado de Direito, não mais haveria vez para o exercício arbitrário do poder dos governantes sobre os governados, posto que os cidadãos seriam titulares de direitos individuais, dentre os quais a liberdade tão intensamente invocada na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 (Bradburg, 2006). Conforme Bobbio, citado por Bradburg,

[...] na doutrina liberal, Estado de direito significa não só subordinação dos poderes públicos de qualquer grau às leis gerais do país, limite que é puramente formal, mas também subordinação das leis ao limite material do reconhecimento de alguns direitos fundamentais considerados constitucionalmente, portanto em linha de princípios invioláveis (Bobbio, 1988, p. 19 apud Bradburg, 2006, p. 3).

Com efeito, a partir de tal institucionalidade, o Estado Liberal instituiu os chamados direitos de primeira geração — civis e políticos —, os quais dizem respeito à própria condição

de indivíduo, de ser humano, de cunho civil e político. Essa geração, conforme Bobbio (1996), abarca os direitos referentes às liberdades clássicas — tais como: liberdade (como livre ação e expressão), propriedade, vida e segurança —, também identificados como direitos subjetivos materiais ou substantivos. Entretanto, Bobbio (1996) chama a atenção para a questão da igualdade no liberalismo; uma igualdade cujas premissas são constantemente minimizadas pelo ideário liberal e, contrariamente, reclamadas pelos adeptos de uma cidadania ampliada, respaldada por uma ordem político-institucional que responda às legítimas demandas e necessidades sociais da população. Ou melhor, que rompa com a centralidade liberal no indivíduo e a concentração de privilégios no mercado e na iniciativa privada lucrativa, ferindo os princípios da redistribuição de recursos na ótica dos direitos sociais, da justiça social e da equidade.

Os pleitos e as lutas pela ampliação da cidadania rumo à institucionalização dos direitos de segunda geração, denominados *direitos sociais*, referenciados na igualdade associada à liberdade, decorreram, em grande parte, do processo histórico desencadeado pela Revolução Industrial e da conseqüente emergência da chamada *questão social*, resultante da expansão do capitalismo, da concentração de renda e do aumento da pobreza e da desigualdade social que se abateu dramaticamente sobre a classe trabalhadora. Não por acaso, a organização e mobilização dessa classe provocou a reestruturações do Estado Liberal, que implementou mudanças internas para conviver com o chamado Estado Social. Sob tais circunstâncias, a burguesia acatou a regulação do Estado na economia, a aplicação dos preceitos da igualdade material e a busca pela justiça social, sem deixar, no entanto, de priorizar as demandas ou necessidades de lucro do capital.

O Brasil, país de capitalismo periférico e dependente, possui uma Constituição denominada Cidadã, promulgada em 1988, que assegura formalmente um Estado Democrático de Direito. Só que esse Estado é constantemente ameaçado pela ideologia da *nova direita*, porta-voz da corporocracia permeada por forças externas de âmbito internacional, a exemplo do FMI, com suas medidas econômicas e diretrizes políticas antissociais. Sendo assim, questiona-se: é possível a existência de uma democracia concomitante ao agravo da imoral, desumana e antiética desigualdade social?

Para Felipe Miguel (Coll, 2022), a democracia no Brasil é de fachada, visto que a igualdade, enquanto requisito crucial, não é alcançada, pois as classes dominantes são submissas à burguesia dos países centrais e se afirmam por meio da distância social em relação aos mais pobres. As frações de classe subalternas enfrentam maiores dificuldades de ter suas demandas atendidas, sendo sempre necessária forte mobilização popular; e o Estado é

dependente da classe capitalista para existir, de modo que responde com rapidez aos interesses desta. Entretanto à medida que ocorre organização e pressão popular, esse Estado também é obrigado a dar respostas aos interesses da classe trabalhadora. Ressalta-se que o capital sempre foi contrário à legislação de proteção aos direitos dos trabalhadores, contudo, com a organização e mobilização tornou-se possível alçar conquistas, além de uma reconfiguração das políticas e do próprio Estado.

Nessa perspectiva e dentro desse cenário de correlação de forças, a conquista de legislação que regulamente as leis e a implementação das políticas sociais de defesa de direitos das pessoas idosas no Brasil fez-se necessária, inclusive para que estas ganhassem visibilidade no orçamento e no fundo públicos. Nesse sentido, vale destacar as legislações de âmbito nacional e internacional que asseguram os direitos das pessoas idosas e demais instrumentos de democracia representativa e participativa, de marcos e resoluções institucionais, além de orientações e diretrizes de organismos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

3.1 Normativas sobre o envelhecimento humano em curso: indicações básicas

As legislações e recomendações, de âmbito internacional e nacional, referentes às pessoas idosas e ao processo de envelhecimento, contém princípios, diretrizes e determinações de ordem política, econômica, social, cultural e de direitos humanos intrínsecas, com o objetivo de: instituir uma ordem societária e de (co)dependência no planeta, que regule as relações de produção e reprodução, ao tempo em que busquem criar uma institucionalidade como fruto da luta dos movimentos sociais representativos desse segmento populacional (Abigailil, 2019).

Essas normativas e marcos — consonantes com as especificidades e diversidades históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais dos países centrais e periféricos — influenciam e conformam o arcabouço legal do Sistema de Proteção Social, em um dado contexto histórico, o qual se flexibiliza para atender demandas de acumulação e reprodução do capital e, quando possível, necessidades da classe trabalhadora. É nessa perspectiva que Pereira-Pereira (2013, p. 637) assim se expressa:

[...] falar de proteção social capitalista não é tarefa simples, a começar pelo fato de ela não ser apenas social, mas também política e econômica; isto é, a proteção social gerida pelo Estado burguês e regida por leis e pactos interclassistas, que procuram conciliar interesses antagônicos, sempre se defrontou com o seguinte impasse: atender necessidades sociais como questão de direito ou de justiça, contando com recursos econômicos escassos porque, de acordo com a lógica capitalista, a riqueza deve gerar mais riqueza e, portanto, ser investida em atividades economicamente rentáveis. Isso explica por que a proteção social, a despeito de, em princípio, se contrapor à lógica da

rentabilidade econômica privada, nunca esteve, na prática, livre de enredamentos nas relações de poder, nas quais exerce regulações favoráveis ao domínio do capital sobre o trabalho. Da mesma forma, a despeito de aparentemente não ser um mecanismo econômico, seu papel na produção e distribuição de bens e serviços públicos, necessários à satisfação das necessidades humanas, sempre esteve, prioritariamente, a serviço da satisfação das necessidades do capital — em especial quando as forças que deveriam se opor a essa serventia encontram-se debilitadas.

Com base nesse conhecimento e em reforço à compreensão de que a Proteção Social não é apenas social e sofre impactos da sociedade civil, por meio de instrumentos da democracia participativa e de pressões dos movimentos sociais, torna-se fundamental publicizar, analisar e dar materialidade histórica às legislações, assembleias, seminários, recomendações, marcos e resoluções que vêm influenciando o processo de envelhecimento em âmbitos nacional e mundial. Isso porque, com a dinâmica demográfica, o acelerado processo de envelhecimento, a alteração do perfil etário das populações, além da transição epidemiológica e crises em curso, surgiram, de forma paralela, recomendações e legislações de âmbito internacional, quer emanadas do Banco Mundial (com viés econômico e de mercado), quer da ONU (como ativação para o trabalho), tais como: da OMS e da OPAS para a Década do Envelhecimento Saudável e Ativo; da ONU, a respeito dos objetivos do Desenvolvimento Sustentável; da CEPAL para ampliar um Estado de Bem Estar Social, e ainda de organizações não governamentais, de movimentos sociais (reivindicando seguridade social com equidade, além de demandas de políticas de cuidado com financiamento adequado), em especial para populações mais vulnerabilizadas, em decorrência das crises em curso e do avanço da pobreza e da desigualdade social.

Estudos de Marini (2000) a respeito da Teoria da Dependência (TD) revelam que os Organismos Internacionais, a exemplo do FMI e do BM, são agentes propagadores de uma hegemonia que busca aprimorar as relações de subordinação da periferia aos países centrais, com vista a transformações reprodutivas ampliadas do sistema capitalista. Tais estudos demonstram a forma como a América Latina submeteu-se ao mercado mundial como produtora de mercadorias de baixo valor agregado. E essa submissão foi decisiva para o funcionamento do sistema do capital, baseado em relações desiguais e de dependência.

A principal consequência desse fato foi o prevalecimento da fragilidade econômica e social das economias latino-americanas, tanto interna (com o aumento dos níveis de exploração via condições precárias de trabalho) quanto externamente (pois, historicamente, as economias em desenvolvimento não conseguem alcançar os níveis de produtividade dos países capitalistas centrais). Ademais, essa reiterada desigualdade incide, primordialmente, na parcela da

população mais pobre, alijando-a da participação da riqueza nacional e condicionando-a a sobreviver em condições precárias e/ou de barbárie social (Abigalil, 2019).

Segundo Trotsky (1929), a dependência entre países centrais e periféricos sempre foi, ironicamente, alvo de preocupação fenomênica dos países do centro hegemônico, para quem, às avessas de uma análise crítica e transformadoras, os países em desenvolvimento poderiam reagir, buscar alternativas ao modelo de exploração a que estavam submetidos. E foi com essa compreensão que os poderes hegemônicos, aliados às diretrizes do FMI e do BM, avaliaram ser vital submeter os países da periferia ao processo de exploração e crescimento econômico dependente, em conformidade com os interesses dos países centrais, para que o modelo de desenvolvimento permanecesse “desigual e combinado”. Na esfera dos organismos internacionais, o BM teve o papel de estruturar parcerias com tais países por meio de contratos de financiamento em áreas consideradas chave para a economia dessas nações, em especial por meio da exploração de matérias-primas, confirmando a tese de que o Banco Mundial conduziu tais economias a um modelo de desenvolvimento tal qual requeria a hegemonia burguesa (Rached, 2010; Magioni, 2014).

Com o propósito de manter o processo de dominação *versus* dependência entre centro e periferia, o BM, aliado ao FMI, teve papel decisivo no financiamento de projetos, assim como nos empréstimos de recursos e endividamento dos países periféricos; isso, além de implementar medidas macroestruturais que agravaram o quadro de pobreza e desigualdade na maioria dos países latino-americanos, ao tempo em que fortaleceu o ideário neoliberal em meio às crises do capital (Abigalil, 2019). Concernente a essas crises, Pereira-Pereira (2010, p. 4) assim se expressa:

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

Para a referida autora, a crise capitalista do final dos anos 1970 foi festejada pela corrente neoliberal, que sempre rejeitou a regulação keynesiana. Esta rejeição alcançou o seu ponto máximo nos anos 1980, quando o neoliberalismo se viu fortalecido com a consagração de suas teses pelas organizações multilaterais (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e FMI) e com o enfraquecimento do campo comunista. A partir de então, foi propagada a ideia de que o pacto keynesiano entre capital e trabalho estava em crise

devido aos excessivos gastos do Estado com proteção social; aos elevados impostos cobrados da classe média e dos ricos pelo poder público; e aos altos salários dos trabalhadores, o que, concomitantemente, transformou o neoliberalismo em ideologia dominante.

Como consequência, surgiu um novo modelo econômico — o monetarista —, que substituiu o keynesianismo e realizou uma revolução na economia e nas relações entre capital-trabalho (Pereira-Pereira, 2010, p. 5), em estreita consonância com as recomendações dos organismos internacionais multilaterais, dentre os quais o BM.

3.2 Relação centro-periferia e capilaridade do Banco Mundial

Criado na década de 1940, na Conferência de Bretton Woods, nos Estados Unidos, o Banco Mundial prometia contribuir com a reconstrução dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial e impulsionar o crescimento econômico dos países periféricos, bem como seu desenvolvimento, liberando-lhes investimentos financeiros para projetos setoriais. O seu fortalecimento e protagonismo ocorreram no rastro da disseminação e consolidação do poder econômico dos EUA, em âmbito global, assim como do estabelecimento de uma nova ordem mundial na qual o centro hegemônico de poder deslocou-se da Inglaterra para os EUA (Coelho, 2012). Entretanto, a Instituição sempre flexibilizou suas estratégias para manter sua hegemonia.

Foi assim que, em 1980, priorizou investimentos no crescimento de países em desenvolvimento, liberando empréstimos para a agricultura e a indústria, o que gerou e/ou ampliou grandes dívidas externas, em especial na América Latina, desde as décadas de 1960 e 1970. Em 1990, o BM propôs-se a orientar e a subsidiar contrarreformas macroestruturais (particularmente da Seguridade Social, visando sua privatização), as quais, ironicamente, pretendiam gerar a estabilidade necessária ao pagamento da dívida pública, além de, após estruturada a economia, redistribuir ganhos de um crescimento que ocorreu em parte; mas, os ganhos não foram redistribuídos a contento e/ou equitativamente.

Na década de 2000, ainda fortemente pautado pelo credo neoliberal³¹, adotou nova estratégia, propondo um pilar de estruturação de políticas, em especial na seguridade social, a saber: flexibilização dos sistemas de repartição previdenciária; obrigatoriedade do sistema de

³¹ A materialização dessas crenças implicou na adoção de políticas governamentais que se fundamentaram na hipótese de que a economia só poderia funcionar em regime de competição perfeita se ficasse livre das políticas de redistribuição de renda (consideradas confiscos); das organizações sindicais, que funcionavam como um contrapoder ao poder empresarial; dos gastos sociais, que oneravam os cofres públicos; dos elevados impostos sobre as classes mais abastadas e do controle do Estado sobre o mercado. Ou seja, o mercado deveria voltar a ser o centro da vida econômica e social (Pereira-Pereira, 2010, p. 6).

capitalização da previdência social; recomendação de medidas impulsionadoras do crescimento, do desenvolvimento e redução das distorções do mercado de trabalho e de capitais; e adoção novos indicadores para redimensionar os índices de pobreza (saúde, educação, segurança e capital humano), além da renda (Magione, 2014).

De acordo com o economista-chefe do Banco Mundial, Indermit Gill, em Relatório do referido Banco (2023), “Uma década perdida pode estar se formando para a economia global”. Ele referia-se às crises sobrepostas dos últimos anos, incluindo a pandemia da COVID-19 e a guerra entre Ucrânia e Rússia, as quais delimitam cerca de três décadas de crescimento econômico sustentado, colocando em pauta a desaceleração da produtividade, essencial para o crescimento da renda e maior remuneração da população.

Para Gill, a produtividade provavelmente crescerá em seu ritmo mais lento desde 2000, o crescimento do investimento em 2022-2024 será metade da taxa observada nos últimos vinte anos e o comércio internacional crescerá em ritmo mais fraco. Por isso, tendo como perspectiva um ajuste fiscal permanente, orienta com veemência a mudança da trajetória de crescimento, qual seja: para atrair investimentos, os governos devem priorizar o controle da inflação, assegurar a estabilidade do setor financeiro e reduzir a dívida, deixando claro que as diretrizes macroeconômicas sempre se pautaram pelo compromisso com o capital em detrimento da atenção às necessidades humanas. Logo, embora vislumbre medidas de incentivo ao trabalho e que possam vir reverter a tendência prospectada, o Banco Mundial não deixa claro que o trabalho será precarizado e com baixa remuneração, uma vez que a maioria da população considerada economicamente em idade ativa e economicamente em idade não ativa, não estará preparada para as exigências do mundo globalizado da era tecnológica e digital.

Além disso, Gill alertou os países para o fato de que, caso as medidas para a reversão da tendência de desaceleração generalizada no crescimento potencial do PIB fracassassem, profundas implicações se dariam na capacidade dos países, especialmente daqueles em desenvolvimento, enfrentarem a mudança climática e a pobreza crescente.

Essas são previsões de um Banco que, em toda a sua história, pautou-se pela implementação de programas de “ajuste” fiscal permanente, cuja consequência foi o desmonte das políticas sociais — como o processo de focalização com condicionalidades nos grupos mais vulneráveis, a precarização do trabalho, além da privatização dos direitos sociais, em especial na previdência social, por exemplo.

E nessa esteira perfilam-se outras referências expressas em atos, eventos, acordos, normas, leis, princípios e diretrizes atinentes às pessoas idosas, em âmbito nacional e

internacional, que devem ser abordadas para aquilatar conquistas e retrocessos, bem como a qualidade da democracia conquistada até então.

3.3 Declaração Universal dos Direitos Humanos

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi instituída pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução 217 A III), em 10 de dezembro 1948. Seu preâmbulo contempla:

[...] o reconhecimento da dignidade inerente a todo ser humano, que os seus direitos são iguais e inalienáveis como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo; assume formalmente que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da humanidade e que a possibilidade de um mundo em que mulheres e homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade está proclamado, como a mais alta aspiração do ser humano comum; afirma ser essencial que os direitos humanos sejam protegidos pelo império da lei, para que o ser humano não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão; ser essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações; que os povos das Nações Unidas reafirmam, na Carta, sua fé nos direitos fundamentais do ser humano, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos do homem e da mulher e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla; que os Países-Membros se comprometeram a promover, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais do ser humano e a observância desses direitos e liberdades; e que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso (Organização das Nações Unidas, 1948).

Em suma, ao anunciar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a ONU propugna: o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade siga os princípios dessa Declaração. E mais, que empreendam esforços, por meio do ensino e da educação, para promover o respeito a esses direitos e a essas liberdades; e que assegure, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Países-membros quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

Além disso, observa-se que a referida Declaração traz em si princípios de direitos humanos, cidadania e vida em sociedade, ao tempo em que, contraditoriamente, reconhece a existência humana permeada por relações geoeconômicas de poder, produção e trabalho, com perfis de classe, gênero, raça e etnia, cujas controvérsias desafiam esses princípios e se defrontam com longos caminhos de avanços e retrocessos para o seu equacionamento.

3.4 Sobre o envelhecimento em curso

Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais constitui um acordo multilateral, aprovado pela ONU em 16 de dezembro de 1966 e vigente desde 3 de janeiro de 1976. Em contraposição ao neoliberalismo, orienta seus membros a se empenharem para garantir e assegurar direitos econômicos, sociais e culturais (DESC) para pessoas físicas, incluindo as idosas, além de um padrão de vida adequado.

O Brasil ratificou o referido Pacto em 24 de janeiro de 1992, com o objetivo de: garantir a obrigatoriedade dos compromissos estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos; e monitorar o cumprimento desses direitos pelos Estados-partes, por meio de relatórios periódicos, sob a supervisão do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (Brasil, 2019).

3.4.1 I Assembleia Mundial do Envelhecimento

A I Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela ONU, em Viena, no ano de 1982, aprovou o I Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, considerado protagonista internacional de política para a pessoa idosa. Esse Plano contém sessenta e seis recomendações, das quais a maioria contempla influência direta da Declaração Universal dos Direitos Humanos e do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. As discussões na Assembleia pautaram-se por temas concernentes à educação, saúde e nutrição, trabalho, bem-estar social, moradia e meio ambiente, seguridade social e proteção ao consumidor.

Os objetivos do I Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento consistiam em:

- a) fomentar a compreensão nacional e internacional das consequências econômicas, sociais e culturais do envelhecimento populacional no processo de desenvolvimento;
- b) promover a compreensão nacional e internacional das questões humanitárias e de desenvolvimento relacionadas ao envelhecimento;
- c) propor e estimular políticas e programas destinados a garantir a segurança social e econômica das pessoas idosas, bem como oportunidades de contribuir com o desenvolvimento e compartilhar seus benefícios;
- d) apresentar alternativas e opções de política compatíveis com valores e metas nacionais e princípios internacionalmente reconhecidos sobre o envelhecimento populacional e as necessidades das pessoas idosas;
- e)

estimular o desenvolvimento de propostas de ensino, capacitação e investigação adequados para lidar como envelhecimento da população mundial e fomentar o intercâmbio internacional de atitudes e conhecimentos nesta esfera.

De acordo com Pessoa (2009), um dos principais resultados da I Assembleia de Viena e do I Plano de Ação foi a possibilidade de inserção do tema do envelhecimento na agenda internacional. Isso despertou interesses e suscitou o compromisso dos Estados nacionais para discutir e garantir legislações e políticas públicas voltadas para a população idosa.

Camurano e Pasinato (2004, p. 255), além de Pessoa (2008, p. 133) e Abigailil (2019) consideram que, até então, as discussões enfocavam mais a questão econômica³² do que a social; e, nesse sentido, parte das recomendações orientavam-se à promoção da independência, da autonomia física e, principalmente, financeira da pessoa idosa, estimulando o estabelecimento de políticas fortemente fundamentadas no mundo do trabalho. Para as referidas autoras, a concepção de pessoa idosa contida no I Plano de Ação era a de

[...] indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado de uma visão de medicalização do processo de envelhecimento (Pessoa, 2007, p. 133).

Dessas análises observa-se que relações econômicas de dependência estabelecidas entre os países centrais e os periféricos, assim como relações de classe — que permeiam o Estado e a Sociedade, além da sua configuração no modo de produção capitalista — sempre deixaram subsumido o seguinte questionamento: qual o valor da velhice e do velho nas relações de mercado e no âmbito societário? E quanto custa para assegurar os direitos sociais das pessoas idosas? (Abigailil, 2019).

Tais questões colocam “[...] as ideologias presentes nesse debate em posição de polarização” (Pessoa, 2009, p. 133): entre os que consideram o envelhecimento da população uma “ameaça ao futuro das economias e da democracia” face ao custo que representam e não

³² O Ministério das Relações Exteriores (2002, p. 6-7) afirma que a maioria dos temas sociais, naquela época, ‘era tratada na ONU em Comissões de natureza econômica (de maneira subordinada) ou política (‘no sentido estrito do termo, concernentes às formas de exercício do poder estatal, sem claras implicações sociais’). [...]. Àquela altura, [faltava ainda] alçar os temas sociais ao mesmo status dos temas políticos e econômicos. Os direitos humanos tampouco recebiam tratamento adequado [...]. A subordinação dos direitos humanos e dos temas sociais à perspectiva economicista seria aclamada pelos regimes de exceção, que empregavam a equivocada fórmula de que primeiro seria necessário fazer crescer o bolo, para depois poder dividi-lo num segundo tempo que não chegava nunca. Num quadro de tensões, todos os direitos e as liberdades seriam relegados a um segundo plano de pouca visibilidade. Os direitos dos idosos não seriam exceção’

investimento, e os que consideram este fenômeno uma oportunidade que “[...] contribui para o desenvolvimento social e econômico” (Camarano; Pasinato, 2004, p. 256-257).

Como forma de enfrentar ou dar visibilidade ao fenômeno do envelhecimento e suas implicações, em 14 de dezembro de 1990, segundo a Resolução 45/106, a ONU estabeleceu 1º de outubro como o Dia Internacional das Pessoas Idosas; em 1991, a Organização editou, por meio da Resolução nº 46, os Princípios das Nações Unidas para subsidiar a defesa dos direitos das Pessoas Idosas. Estes princípios estão subdivididos em cinco seções, a saber:

- **Independência:** incluindo o acesso das pessoas idosas à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário e aos cuidados de saúde adequados; aos direitos básicos acrescentados da oportunidade de trabalho remunerado e acesso à educação e à formação;
- **Participação:** indicando a participação ativa das pessoas idosas na formulação e aplicação de políticas diretamente relacionadas ao seu bem-estar, com vista a partilharem seus conhecimentos e capacidades com as gerações mais novas e a integrarem movimentos ou associações;
- **Cuidados:** assinalando os cuidados da família a serem prestados às pessoas idosas, assim como os dos lares ou instituições, o acesso aos serviços de saúde e o gozo da liberdade e dos direitos humanos como fundamentais.
- **Autorrealização:** recomendando o aproveitamento, pelas pessoas idosas, de oportunidades de pleno desenvolvimento de seu potencial, mediante acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.
- **Dignidade:** preconizando a vida com dignidade e segurança às pessoas idosas, resguardando-as da exploração e dos maus tratos físicos e/ou mentais, ou seja: o trato digno dessas pessoas, independentemente de idade, sexo, raça ou origem étnica, deficiência, situação econômica ou de qualquer outra condição.

Dentre esses e outros princípios, muitos nortearam a legislação reguladora da atenção e defesa dos direitos das pessoas idosas, com vista à segurança e à estruturação dos embrionários sistemas de seguridade social, especialmente na América Latina. Entretanto, tais sistemas nunca se universalizaram e, desde a sua concepção, sob o domínio da ideologia da *nova direita*, os direitos sociais vêm sofrendo incisivos ataques, principalmente no que tange à desestruturação da seguridade social e ao seu desfinanciamento.

Em 17 de novembro de 1988, os Estados integrantes da Organização dos Estados Americanos (OEA), por ocasião do décimo período de Sessões da Assembleia Geral, assinaram o Protocolo de San Salvador, até então o único documento juridicamente vinculante, na América Latina e Caribe, que contemplava direitos básicos das pessoas idosas. Além disso, obrigava os Estados a garantirem, de forma progressiva, a proteção especial aos/às idosos/as, referente à alimentação e à atenção médica especializada; execução de programas trabalhistas específicos, que possibilitassem a realização de atividades produtivas; e promoção da formação de organizações sociais destinadas a melhorar sua qualidade de vida (Mendonça, 2016).

E, ainda em 1998, com o objetivo de sensibilizar os países para que priorizassem o envelhecimento na agenda mundial, a ONU instituiu o ano de 1999 como a data Internacional da Pessoa Idosa, acompanhado da mensagem apoiadora de “uma sociedade para todas as idades”. Essa proclamação, segundo o pronunciamento do então secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, proferido em 1º de outubro de 1998, objetivava sensibilizar governos e sociedade para a criação de compromissos sociais, econômicos, culturais e espirituais, voltados para a paz e o de desenvolvimento no próximo século.

Camarano e Pasinato (2004) avaliam positivamente a contribuição de tais eventos para incluir o tema do envelhecimento na agenda de discussões dos diferentes fóruns internacionais — a exemplo das Conferências sobre população, gênero, meio ambiente — e nas subagências da ONU. Graças a eles, afirmam as autoras, ampliou-se o debate acerca do modo como a velhice deveria ser percebida pela sociedade e pelo Estado, propiciando gradual mudança de visão a respeito da população idosa: esta deixou de ser um subgrupo vulnerável e ameaçador para tornar-se um segmento ativo, partícipe e com potencial para colaborar com o desenvolvimento da sociedade. Segundo Martinez (2006) e Pessoa (2008), essa mudança propiciou redefinição das principais orientações e marcos para a elaboração de políticas concretizadoras de direitos das pessoas idosas, embora ainda presos à realidade dos países capitalistas centrais.

Observa-se, porém, que, não obstante a possibilidade de quebra formal de paradigma, com ela coexistem visões que privilegiam o mercado, em conformidade com os princípios de extração neoliberal difundidos, a partir de 1994, pelo Banco Mundial (Abigail, 2019).

3.4.2 *Envejecimiento Sin-Crisis* e contrarreformas da Seguridade Social: Banco Mundial

Ainda no rastro da crise do capital, e sob o jugo da dependência dos países periféricos aos centrais, o fator que, na década de 1990, deu ‘sustentabilidade’ às reformas macroestruturais da Seguridade Social foram as recomendações do Banco Mundial, em 1994. Calcadas em

estudo prévio, tais recomendações ressaltavam os perigos e possíveis riscos que a transição demográfica, o processo de envelhecimento e a questão da dependência intergeracional poderiam representar para: o crescimento dos países e, conseqüentemente, a formação do seu PIB, bem como para a adoção de ajustes fiscais e distribuição de renda, mediante mecanismos fiscais não regressivos. Uma situação, portanto, que deveria ser considerada pelos países, principalmente por aqueles em desenvolvimento.

O estudo prévio mencionado, com suas amplas recomendações, integrou o Informe denominado *Envejecimiento Sin Crisis: Políticas para La Protección Social de los ancianos y La Promoción del Crecimiento*³³, o qual orientava os países a realizarem, em caráter de urgência, um Planejamento que revisse a Seguridade Social, especialmente a Previdência, e que passassem, a partir de 1994, a aderir à Estrutura dos Três Pilares, mais adiante explicitados, para estas políticas.

Disso se infere que, subliminarmente, havia, por parte do BM, o propósito de transformar a Seguridade Social (pública, universal, associada ao pleno emprego e garantidora de direitos) em seguro social, no qual o Estado teria um teto mínimo de contribuição, enquanto o mercado supriria o grosso da demanda via fundos de pensão e /ou previdência complementar. Além disso, acenava-se com a opção pessoal da poupança, para impulsionar o desenvolvimento, visto que, no momento de suas aposentadorias, os contribuintes poderiam auferir renda maior para garantir uma velhice mais digna (Abigalil, 2019).

Antes, porém, de se falar dos três pilares propostos para a contrarreforma da Seguridade Social, em particular da Previdência, vale ressaltar a preocupação, embora tardia, com os estereótipos do BM e suas características “etarista” e “mercantilista” em relação ao processo de envelhecimento. Estereótipos estes que reforçam a percepção do envelhecimento como risco inviabilizador do crescimento dos países, baseada em argumentos apoiados na transição demográfica, na diminuição do tamanho das famílias como apoio informal aos/às velho/as; na obstrução do crescimento dos países face ao custo do envelhecimento nas áreas de saúde e pensões; e na flexibilidade do mercado de trabalho e informalidade, já que o trabalho formal acarreta muitos impostos aos trabalhadores e empregadores; e, ainda, no conflito

³³ Nesse documento o Banco Mundial propôs-se a responder três questões: “¿Cómo aprovechar los arraigados mecanismos económicos, familiares y públicos –insuficientes y deficientes– para dar protección a la vejez y a la vez utilizar y recurrir a nuevas tendencias? ¿Es posible para los dirigentes políticos de los países adheridos a costumbres, prácticas y leyes entender integralmente la reformulación de lo conocido para mejorar la situación del adulto mayor, en particular, y del desarrollo en general? ¿Qué papel deben desempeñar el sector público y el sector privado en el financiamiento a los ancianos para otorgarles seguridad económica?” (Fajardo, 1996, p. 547-548).

intergeracional, por onerar os jovens com o sustento de pensões para os mais velhos. Outros argumentos destacam, ainda, a entrada da mulher no mercado laboral, de modo a sobrecarregá-la com uma dupla jornada de trabalho, incluindo os cuidados com as pessoas idosas e a fragilização dos sistemas de Seguridade Social pela alta incidência de impostos no trabalho formal.

É o que se pode constatar da leitura de dois trechos do Estudo do Banco Mundial, especialmente orientado para os países da América Latina e demais países capitalistas dependentes, disposta a seguir:

[...] la inseguridad económica en la vejez es un problema mundial, pero sus manifestadores difieren de una región del mundo a otra. En África y partes de Asia los ancianos constituyen una porción pequeña de la población, y desde hace mucho tiempo están atendidos por familias extensas, sociedades de ayuda mutua y otros mecanismos informales. Los sistemas formales en que intervienen e o mercado o el gobierno son rudimentarios. Pero a medida que la familia extensa y los vínculos comunales se debilitan debido a la urbanización, la movilidad, las guerras y la hambruna, los sistemas informales se resienten. La presión sobre esos sistemas se hace sentir sobre todo cuando la proporción de población anciana aumenta rápidamente consecuencia de los avances de la medicina y la disminución de la fecundidad. A fin de adaptarse a estas necesidades que cambian rápidamente, varios países asiáticos y africanos están considerando la posibilidad de efectuar cambios fundamentales en la forma en que proveen seguridad económica en la vejez. El problema es avanzar hacia los sistemas formales de mantenimiento del ingreso sin acelerar la desintegración de los sistemas informales y sin traspasar al gobierno una responsabilidad mayor que la que esté en condiciones de asumir (Banco Mundial, 1994, p. 3).

Sendo assim, o Banco Mundial entende que urge reavaliar o Sistema de Seguridade Social com base na seguinte equação: seguridade econômica aos velhos \times gasto \times consumo \times crescimento \times mercado de trabalho informal e custo do trabalho formal. Confira-se:

[...] la necesidad de reevaluar las políticas es más urgente en los países de América Latina, Europa Oriental y la antigua Unión Soviética, que ya no pueden permitirse los programas formales de seguridad económica en la vejez que establecieron hace mucho tiempo. Las disposiciones poco estrictas relativas a la jubilación anticipada, unidas a las pensiones generosas, han exigido tasas de aporte altas que han conducido a evasión generalizada. Por ejemplo, el gran sector informal que se advierte en muchos países latinoamericanos es consecuencia en parte de los esfuerzos de los trabajadores y empleadores por escapar del impuesto salarial. Las consiguientes distorsiones del mercado laboral - en esta y otras regiones - reducen la productividad y elevan más la tasa de los aportes, además de fomentar la evasión en mayor grado, incluso cuando el ahorro a largo plazo y la acumulación de capital limitados frenan todavía más el crecimiento económico. Por lo tanto, no es sorprendente que estos países no hayan podido pagar los beneficios prometidos. La mayor de ellos los ha reducido mediante el procedimiento de dejar que la inflación menoscabe su valor real (Banco Mundial, 1994, p. 4).

É a partir dessa compreensão, com base em cenários desafiadores e contraditórios, além de sua forte identificação com o “Idadismo e/ou Violência Econômica Estrutural”, que o BM considera o atual Sistema de Proteção Social insuficiente para atender as demandas das pessoas idosas, pois, na maioria das vezes, os reajustes não são indexados de acordo com a inflação, tornando injusto o processo de redistribuição. Entretanto, o mesmo Banco sempre se norteou e optou por um ajuste fiscal permanente, desestruturando direitos sociais concretizados pela Seguridade Social e pelas demais Políticas Sociais. Em adição, pondera que as famílias pobres e mais jovens detêm salários menores para bancar aposentadorias altas de uma minoria de pessoas idosas, que desfrutam de uma vida econômica favorável, terminando por enfatizar que: à medida que os Sistemas de Seguridade Social ampliam seu alcance e/ou ficam mais velhos, obstaculizam o crescimento por intermédio de altos impostos cobrados dos salários, induzindo os trabalhadores a optarem pelo setor laboral informal, sem falar dos gastos aumentados com saúde. Isso, segundo o BM, gera déficit fiscal que estimula a inflação, obrigando os governos a reduzirem os gastos públicos para o financiamento em educação e programas de saúde para os jovens.

Logo, para garantir a Seguridade Social na velhice e, ao mesmo tempo, promover o crescimento econômico dos países, o BM recomenda a adoção de *três pilares*, a saber: 1) um sistema de administração pública, de participação obrigatória, com o objetivo de reduzir a pobreza entre as pessoas idosas; 2) um sistema de participação obrigatória de administração privada; e 3) uma poupança voluntária, assim especificados.

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

Isso explica por que o Banco Mundial orienta os países a instituírem contrarreformas da Seguridade Social, principalmente da Previdência, já que nesta a prevalência do seguro estimula a estruturação dos pilares acima descritos, por meio de contribuição, e a possibilidade da privatização, via fundos de pensão, capitalização e previdência complementar — além de limitar um teto de responsabilidade do Estado. Neste caso, faz sentido que:

- O *Pilar público* seja obrigatório. Porém, não obstante administrado pelo Estado, que deva ser financiado por impostos gerais, considerados ingressos efetivos, dentre os quais as pensões e benefícios de caráter redistributivo, além de benefícios definidos, porém mais baixos;
- O *Pilar de Seguro Privado* seja também obrigatório. Porém, referenciado em contas pessoais — instituindo o regime de capitalização — e planos ocupacionais. De forma complementar, este Pilar já dispõe de adesão de diversos países;
- O *Pilar de poupança pessoal*, constituindo uma contribuição definida e de caráter distributivo. De forma geral, ele ainda é voluntário, mas tendencialmente confrontado com a tendência persistente da necessidade de tornar-se obrigatório.

Em torno desses pilares, o BM indica aos países que a eles aderirem as condicionalidades a serem cumpridas, quais sejam: a) estabelecer rede de seguridade econômica para as pessoas idosas que já não podem se manter; b) criar incentivos e favorecer medidas que promovam o trabalho e a poupança em relação ao desenvolvimento; c) estruturar planejamento estratégico que assegure serviços na velhice — como os de saúde, trabalho e assistência social, familiar e de cuidados a idosos dependentes — dentro de determinado prazo (cinco a seis décadas, desde 1994); e d) evitar e prevenir manipulação dos serviços, programas e benefícios, para fins de vantagens pessoais, pelas autoridades ou por indivíduos.

De forma sistêmica, o Banco Mundial ainda orienta os países a se organizarem para não agravarem ou gerarem maior instabilidade fiscal à Seguridade Social, fazendo exigências em relação aos gastos: a) não conceder, mediante normas e instrumentos públicos, benefícios de valor elevado (como no caso de pensões e aposentadorias), que não poderão ser mantidos ao longo do tempo; implantar modestos benefícios, de forma uniforme, voltados às necessidades prioritárias; b) conceder aposentadorias somente a idades avançadas e estabelecer medidas atuariais (prever riscos, estatísticas, demografia, trabalho, expectativas de vida e sobrevida) justas e menores para quem se aposentar mais cedo; c) definir normas equitativas nos seguros privados e planos ocupacionais, para evitar desvios e compatibilizá-los com outros pilares ocupacionais — além disso, tais seguros e planos só deverão ser iniciados mediante vantagens tributárias, mas sem normas relativas ao financiamento; e d) criar, no âmbito da gestão pública, articulação com organismos financeiros legais e regulatórios estáveis, como os seguros privados, visto que estes já são obrigatórios; além de definir condições e estruturas normativas para evitar o fracasso e/ou descumprimento de suas funções. Dessa forma, o Banco Mundial pontua que:

[...] todos, viejos y jóvenes, dependen del producto actual de la economía para satisfacer sus necesidades en materia de consumo, de modo que todos resultan favorecidos cuando la economía crece y perjudicados cuando no crece. En sus años más productivos la mayoría de las personas adquieren el derecho a parte de ese producto mediante su trabajo y los salarios que perciben. En la vejez, cuando sus ingresos son bajos, las personas adquieren el derecho a parte del producto mediante acciones individuales, como el ahorro de años anteriores, mediante acciones colectivas informales, como las transferencias dentro de las familias, mediante acciones colectivas formales, como los programas públicos de seguridad social. La opción que se escoge para proveer seguridad económica a los ancianos influye en la prosperidad de estos, pues determina la proporción del producto nacional que pueden obtener. De manera más fundamental, afecta a la prosperidad de todas las personas, jóvenes y viejas, pues influye en la magnitud del producto. Por lo tanto, en este estudio se aplican dos criterios a las alternativas que existen en materia de políticas: que conviene desde el punto de vista de la población anciana y que conviene desde el punto de vista del conjunto de la economía. Se analizan los éxitos y los fracasos de distintas políticas. Se evalúan las opciones de los países que están introduciendo sistemas formales de seguridad económica en la vejez. Y se proponen diversos medios para reformar los programas existentes. El propósito es ayudar a seleccionar y formular políticas que faciliten el crecimiento y permitan que este beneficie equitativamente a los ancianos (Banco Mundial, 1994, p. 3).

Assim, vê-se que, simultaneamente, o Banco Mundial, por um lado, orienta todos os países (respeitando-se suas especificidades) a elaborarem seus Planejamentos Estratégicos, econômicos, social e fiscal, com meios sustentáveis, para atenderem às pessoas idosas, e, por outro, privilegia a economia em geral, para alcançar o desenvolvimento/crescimento para além do equilíbrio de suas funções de redistribuição, seguro privado e poupança pessoal no âmbito da Seguridade Social.

Ademais, observa-se que o Sistema de Três Pilares vêm sendo adotado por muitos países, inclusive os da América Latina, trazendo para o centro do capitalismo (de extração neoliberal/neoconservadora) a questão da relação entre o custo da proteção social e o custo do trabalho formal, suscitando, para os efeitos desta tese, o seguinte questionamento: se a Proteção Social neoliberal produz bem-estar, ou mal estar, na contemporaneidade, a quem de fato beneficia, ainda mais quando o segmento ao qual se propõe a atender encontra-se vulnerabilizado?

A resposta a esse questionamento ancora-se em estudos anteriores de Abigail (2019) e na bibliografia de Pereira-Pereira (2013, p. 639) para afirmar que a relação entre proteção social e trabalho encerra um dilema secular nas sociedades divididas em classes; pois, sendo o trabalho a força motriz da acumulação e concentração de riqueza, comporta, particularmente na sociedade capitalista, lutas por direitos sociais e avaliação da pertinência desses direitos no seio do trabalho (precarizado e explorado). Disso infere-se que as recomendações do BM, baseadas nos três pilares citados, coloca, contraditoriamente, como condição ao acesso à Seguridade

Social a flexibilização da qualidade do trabalho (quando salienta o seu custo) ao tempo em que transforma o trabalho precarizado em instrumento de auferimento da Seguridade Social na velhice, reduzindo-a ao seguro social. E, dessa forma, a Seguridade submete-se a ajustes fiscais permanentes, à mercantilização da Previdência Social via previdência complementar e/ou fundos de pensão, cuja poupança produzida não impulsionará efetivamente o desenvolvimento e a redução das desigualdades sociais

Mediante essa análise, reafirma-se o entendimento de que as sociedades capitalistas submetem todas as suas atividades ao reino da mercadoria, do lucro do capital, em detrimento do atendimento das mais elementares necessidades humanas, além de sujeitar a velhice à expropriação de seus direitos.

Sabe-se que muitos países, dentre eles os da América Latina, aderiram às recomendações do BM e imprimem contrarreformas nos sistemas de Previdência Social, tais como: criação de poupança obrigatória, por meio de contribuições definidas e do regime de capitalização; poupanças voluntárias, com estruturação de programas focados na redução da extrema pobreza; concessão de pensões públicas; e alteração dos sistemas públicos de Previdência Social para dar espaço à expansão dos fundos de pensão.

Em meio às controvérsias e em paralelo a essa série de mudanças, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) orienta, desde 1999, os Estados integrantes do Pacto do CDESC a implementar ações de fomento e proteção às pessoas idosas no que diz respeito: à igualdade de direitos entre homens e mulheres; ao direito ao trabalho, à previdência social, à proteção da família; a um nível de vida adequado; à saúde física e mental; à educação e à cultura (Mendonça, 2016).

Para ampliar o conhecimento das Legislações, Normas, Pactos e Eventos que contemplam entendimentos e paradigmas alternativos referentes ao processo de envelhecimento, é crucial explicitar os marcos regulatórios pautados pelos direitos humanos, em sua maioria resultante da mobilização, da articulação e da proposição de movimentos sociais. Tais marcos propugnam pelo envelhecimento ativo e pela ativação para trabalho — quer formal (como complemento de renda), quer informal (familiar e comunitário) — para ampliar os cuidados e a atenção na família ou atuar como voluntários em atividades sociais e políticas.

E como os direitos “do idoso” ou a “proteção à velhice” diz mais respeito aos direitos sociais, os Planos de Ação Internacionais para o Envelhecimento recomendam às autoridades mundiais instrumentos legais que garantam a Seguridade Social ampliada — com financiamento adequado — em todo o curso de vida, inclusive na velhice.

3.4.3 II Assembleia Mundial do Envelhecimento e Envelhecimento Ativo

A II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid no ano de 2002, elaborou uma Carta Política contendo dezenove artigos, dentre os quais o 17º trata das competências dos Estados e da gestão governamental intersetorial e cooperativa entre os Países nos seguintes termos:

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

Nessa Assembleia foram discutidas as necessidades humanas concernentes às pessoas idosas, reconhecendo especificidades e limitações dos países centrais e periféricos, além da elaboração de um documento que originou o II Plano Internacional do Envelhecimento. Tal Plano expressa o compromisso internacional frente a um dos maiores desafios sociais do século XXI, qual seja, o rápido e ampliado envelhecimento populacional em curso, acompanhado de um agudo estado de pobreza e desigualdade social, frente ao qual cento e dezessete recomendações foram oferecidas, englobando três esferas prioritárias — envelhecimento e desenvolvimento; saúde e bem-estar na velhice; e ambiente propício e favorável. Para tanto, o Plano prevê estratégias e práticas facilitadoras do usufruto por quem é de direito, permitindo-lhe um envelhecimento com segurança e sem pobreza; oportunidades de continuar seu processo de desenvolvimento; eliminação da violência e da discriminação; igualdade entre os sexos; importância da família; cuidados de saúde e garantia de Seguridade Social.

Essas e outras recomendações congêneres também foram defendidas em eventos realizados concomitantemente com a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, os quais contaram com representantes de Organizações da Sociedade Civil (OSC) e do meio Acadêmico e Científico, além outros coordenados por Organismos Internacionais, como: o Fórum Mundial das Organizações Não-governamentais; o Fórum Científico Internacional e o Ciclo de Diálogos 2020 sobre o futuro do envelhecimento. Nesse contexto, tanto a OMS quanto a OIT apresentaram documentos: o da primeira intitulava-se *Envelhecimento ativo: um marco político*

da Saúde; o da segunda, Uma sociedade para uma população que envelhece: o desafio do emprego e proteção social.

O Fórum Mundial das ONGs sobre envelhecimento, realizado em Madrid, no período de 5 a 9 de abril de 2002, entregou uma Declaração à ONU, na qual expunha para os governos e a sociedade civil questões do envelhecimento que deveriam ser consideradas e enfrentadas, a saber: as condições de pobreza experimentadas pela população idosa e transmitidas às gerações seguintes; a feminização da velhice, representada pelas condições da mulher na sociedade, seu papel no processo de envelhecimento populacional e as peculiaridades do seu envelhecimento; a importância do sistema de Seguridade Social como mediador de recursos necessários e adequados ao bem-estar da população idosa e de sua família; irrestrito acesso aos serviços de saúde; a participação social e política como fator-chave de inclusão da população idosa e do desenvolvimento da humanidade; as condições de segurança, consumo e ambiente adequados como elementos indispensáveis a um envelhecimento ativo e saudável (implicando a criação de entornos acessíveis às pessoas idosas nos lugares de sua preferência; acesso às novas tecnologias e, principalmente, ao mercado de trabalho); proteção legal ao acesso à informação e à assessoria jurídica às pessoas idosas; condições dignas de envelhecimento dos segmentos populacionais negros, indígenas, com deficiências, entre outros; e, por fim, ambiente saudável, já que parte das enfermidades das pessoas idosas tem origem na deterioração ambiental (Pessoa, 2009; Abigalil, 2019).

Dentre as principais propostas e recomendações do Fórum Mundial, destaca-se a urgência da ONU instituir uma Convenção de Defesa de Direitos Humanos das Pessoas Idosas, como instrumento jurídico vinculante para eliminar as distintas formas de discriminação desse segmento, bem como: estabelecer um acordo internacional de defesa e proteção dos direitos humanos dos/as idosos/as; assegurar a responsabilidade dos governos sobre as políticas destinadas à defesa, proteção e atenção desse segmento em cada Estado nacional; definir o envelhecimento ativo como princípio norteador das políticas de saúde em todos os âmbitos — locais, nacionais e internacionais; assegurar a implementação integral da saúde em situações de carências sociais e econômicas sofridas por pessoas idosas; elaborar planos nacionais que abarquem aspectos econômicos, sociais, culturais e de saúde da pessoa idosa, e adotem mecanismos locais de defesa, acompanhamento e controle destes planos; instituir Agência internacional especializada para acompanhar e controlar os planos de ação dos Estados nacionais (Abigalil, 2019).

O Fórum Científico Internacional, organizado pela ONU em parceria com a Associação Internacional de Gerontologia (IAG), por seu turno, teve a seguinte função: elaborar o

“Programa de Investigação sobre Envelhecimento para o Século XXI”, o qual foi estruturado de acordo com o estabelecido nas três linhas mestras do Plano de Ação Internacional de Madrid e apresentado na II Assembleia Mundial, conforme indicado abaixo:

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

Esse Programa representou um espaço de interlocução e construção da fase embrionária da pesquisa científica e da estratégia de acompanhamento e monitoramento do II Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, envolvendo Agências Internacionais e Países signatários, em parceria com a Sociedade Civil e Instituições Científicas. E, conseqüentemente, o “Ciclo de Diálogos 2020” teve como meta a criação de espaços de interlocução e socialização de novos estudos e concepções de sistemas de proteção social, políticas sociais e econômicas, a partir dos desafios impostos pela dinâmica demográfica e pelo processo de envelhecimento, contando com a participação científica de especialistas, pesquisadores, representantes da sociedade civil e do governo.

3.4.4 Estratégia Regional de Implementação do Plano Internacional de Madrid

Esse evento contou com a coordenação da CEPAL e do governo do Chile, os quais acolheram a I Conferência Regional Intergovernamental na América Latina e Caribe sobre o Envelhecimento, realizada no Chile, entre 19 e 21 de abril de 2003. Mas a sua realização demandou a parceria com outras Organizações além da CEPAL, como o Fundo das Nações Unidas sobre População (UNFPA); da OPAS; da OIT; do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); do BM e de representantes do Programa sobre Envelhecimento das

Nações Unidas. Essa Estratégia definiu metas, objetivos e recomendações para ações e seguridade voltadas às pessoas idosas em cada uma das três *Orientações Prioritárias* acordadas no Plano de Madrid, além de medidas a serem implementadas pelos países.

A primeira *Orientação prioritária* tinha como objetivo garantir a participação ativa das pessoas idosas na sociedade e no desenvolvimento dos seus países, com base no reconhecimento de sua contribuição social, cultural, econômica e política. Em vista disso, visou fomentar a participação dos/as idosos/as nos processos de tomada de decisões em todos os níveis.

No quesito *Emprego e Envelhecimento* da força de trabalho, recomendava aos países a oferta de oportunidades laborais a todas as pessoas idosas que desejassem trabalhar, enquanto no item *Desenvolvimento rural, migração e urbanização*, propunha medidas de melhoria das condições de vida e da infraestrutura das zonas rurais, com vista à diminuição da marginalização e à integração dos migrantes de idade avançada.

Quanto ao *Acesso ao conhecimento, à educação e à capacitação*, recomendava a igualdade de oportunidades durante todos os ciclos de vida — educação permanente, capacitação e reabilitação —, assim como: a orientação profissional e a garantia de acesso a serviços de inserção no trabalho; a plena utilização das possibilidades e dos conhecimentos de pessoas de todas as idades e medidas fortalecedoras da solidariedade intergeracional, e a equidade.

Por fim, no que se refere à *Erradicação da pobreza*, visava a garantia de rendimentos, proteção social e prevenção, por meio do acesso a benefícios de proteção social/seguridade social básica que compreendessem: pensões, seguro invalidez e assistência à saúde, além de renda mínima suficiente especialmente para os grupos em situação social e econômica desvantajosa. Em adição, postulava a implementação de medidas relacionadas à alimentação, à moradia, à assistência social e a outros serviços, durante e após desastres naturais ou de outras contingências, como calamidade pública, além do incentivo à contribuição de pessoas idosas ao restabelecimento e à reconstrução de comunidades e contextos sociais após situações de emergência.

Na segunda *Orientação prioritária - Saúde e bem-estar na velhice*, recomendava-se aos países que propiciassem o acesso universal das pessoas idosas aos serviços de saúde integral, priorizando a promoção de condutas e ambientes saudáveis; a regulação dos serviços de cuidado em assistência domiciliar, instituições de longa permanência (ILPIs) e demais modalidades de atenção; a formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, bem como o aumento do estado de saúde da população idosa.

Além disso, destacam-se os objetivos que contemplam medidas e ações como: promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida, visando reduzir os efeitos cumulativos dos fatores que aumentam o risco de doenças e, por consequência, a possível dependência na velhice; e elaboração de políticas de prevenção das doenças entre as pessoas idosas e o acesso destas pessoas à alimentação e à nutrição adequadas.

Outros objetivos consistiam em: implementar ações favoráveis ao acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde, visando eliminar desigualdades sociais e econômicas por razões de idade, sexo ou outros motivos, incluindo barreiras linguísticas; instituir o atendimento contínuo às necessidades e demandas das pessoas idosas; e propiciar a participação dessas pessoas no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de atenção primária e de atendimento a longo prazo.

No referente ao convívio de pessoas idosas com AIDS, os países deveriam: implementar a avaliação dos efeitos desse convívio tanto sobre os infectados quanto sobre os que cuidam de familiares infectados ou sobreviventes; fornecer informação adequada; capacitar pessoas para a prestação de cuidados, proporcionando-lhes assistência médica e apoio social; reconhecer e fortalecer a contribuição de pessoas idosas no cuidado de crianças com enfermidades crônicas, inclusive a AIDS, ou quando substitutas de seus pais.

No tocante à saúde mental, os países deverão desenvolver serviços de assistência especializados, desde a prevenção até o monitoramento da atenção; e realizar ações que previnam incapacidades e mantenham a máxima capacidade funcional dos/as idosos/as durante toda a vida, além de promover a plena participação dos/as portadores/as de incapacidades.

Na terceira *Orientação prioritária - Criação de ambiente propício e favorável*, os países deverão: promover atenções à comunidade de vivência da pessoa idosa, levando em conta as preferências pessoais e as possibilidades de moradia acessível, além da melhoria ambiental para promover a sua independência, considerando as necessidades das que apresentam graus de dependência ou incapacidade; desenvolver políticas que aprimorem a disponibilidade de transporte acessível e economicamente exequível, além de assistência e serviços contínuos, de diversas fontes, inclusive aos que prestam assistência e/ou apoio às pessoas idosas, principalmente às mulheres idosas; eliminar todas as formas de abandono, abuso e violência; e estimular a criação de serviços de apoio às vítimas dessas agressões.

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

Não por acaso, em 2002, a OMS, reforçando o Plano Internacional do Envelhecimento — com o qual cooperou —, publicou o documento intitulado *Envelhecimento Ativo - Uma Política de Saúde*, definindo estratégias que os países devem adotar, em parceria com a sociedade, com as pessoas idosas e as demais gerações, para a implantação de uma Seguridade Social ampliada. Esse documento foi traduzido pela OPAS em 2005 e vem subsidiando os países para a adoção de uma nova estratégia para o envelhecimento, que represente uma mudança de paradigma, isto é: que ultrapasse o paradigma da saúde e da velhice, centrado na doença, para o da adoção de políticas de saúde integral, de prevenção e mudança nos hábitos de vida, que induzam a uma vida saudável, mediante o acesso a várias políticas setoriais — como previdência, trabalho, lazer, cultura, esporte, participação social, integração intergeracional e comunitária (Abigalil, 2019). Registra-se que há discussões já explicitadas nessa pesquisa em relação as análises relativas a concepção de envelhecimento ativo, em especial do envelhecimento na perspectiva da totalidade social, desenvolvidas por pesquisadores como Haddad, Paiva, Teixeira e outros.

3.4.5 Reuniões Quinquenais de Monitoramento do Plano Internacional Envelhecimento: avanços e desafios

O já referido Plano Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, que vem sendo implementado pelos países, sinaliza profundas mudanças em cada aspecto da vida individual, societária, nacional e internacional, podendo contribuir com transformações em todas as áreas — social, econômica, política, cultural, psicológica e espiritual —, de acordo com as especificidades de cada país (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2022). Mesmo em contexto de crises estruturais, e de tudo o que é público, social e universal, podem fortalecer o propósito de criação de uma Seguridade Social ampliada, à luz dos direitos humanos e do que tem denominado de “uma sociedade para todas as idades”.

Guiado por essa perspectiva, o Conselho Econômico e Social (ECOSOC), referenciado na resolução nº 14, de 21 de julho de 2003, convocou os governos, a ONU e a sociedade civil a envidarem esforços em torno da implementação do Plano de Madrid, com vista à adoção de um critério de garantia e participação direta dos países e da sociedade civil na implementação das três diretrizes estabelecidas. Em decorrência, a Comissão de Desenvolvimento Social, em sua resolução nº 42/1, de 13 de fevereiro de 2003, propôs-se a avaliar o Plano de Madrid a cada cinco anos, solicitando às Comissões regionais das Nações Unidas que, durante seus mandatos,

promovessem o Plano Regional de Aplicação, o exame e a avaliação do Plano de Madrid e a difusão de informação sobre as atividades e políticas relacionadas ao envelhecimento.

Seguindo esse direcionamento, a CEPAL, cumprindo a tarefa que lhe foi conferida de monitorar o Plano Internacional do Envelhecimento, mediante estratégia de implementação aprovada em 2003, no Chile, convocou a I Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento. E esta, por sua vez, realizou-se em consonância com as diretrizes do Plano e as peculiaridades dos países da América Latina e Caribe, ao tempo em que convocou os países a abraçar o envelhecimento ativo; reconhecer a heterogeneidade da velhice determinada por categorias como idade, gênero, nível socioeconômico, etnia, condição migratória, local de residência, zona rural e urbana, dentre outras; adotar o enfoque do ciclo de vida e da visão prospectiva de longo prazo para entender o envelhecimento como um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida; prezar pela solidariedade intergeracional e a incorporação do envelhecimento no desenvolvimento integral e nas políticas públicas. E mais, conclamar os países a se comprometerem com a adoção de metas específicas e, respeitadas as diversidades, a estabelecerem acordos e darem seguimento aos avanços obtidos.

Em 2007 ocorreu em Brasília a Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, com o propósito de defender uma sociedade para todas as idades e a proteção social baseada em direitos. Nesse evento foi aprovada a Carta de Brasília e, na Declaração de Brasília, os países se comprometeram a: não medir esforços para promover e proteger os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas idosas; trabalhar para erradicação de todas as formas de violência; criar e implementar redes de proteção das pessoas idosas para assegurar seus respectivos direitos; e elaborar uma proposta preliminar da Convenção Interamericana de Defesa dos Direitos Humanos dos Idosos.

Em 2012 realizou-se a Terceira Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento, em São José, Costa Rica, na qual foi aprovada a Carta de São José sobre os Direitos das Pessoas Idosas da América Latina e Caribe. Na ocasião, os Estados da Região assumiram o compromisso de reforçar as ações e políticas de proteção dos direitos humanos, em âmbito nacional, e aprimorar os sistemas de proteção social de acordo com as necessidades das pessoas idosas. Reunidos, os representantes da sociedade civil encaminharam a Declaração dos Três Rios, onde constavam suas reivindicações.

Em 2013, teve vez importante Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento, na qual foi aprovado o Consenso de Montevideo sobre População e Desenvolvimento, cujo capítulo C tratava do envelhecimento populacional, da proteção social e dos desafios socioeconômicos. A seguir, em 2015, no marco do quadragésimo quinto período

ordinário das sessões da Assembleia Geral da OEA, foi aprovada a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, por iniciativa brasileira, seguida, no mesmo ano, da Assembleia Geral das Nações Unidas. Nesta, foi aprovada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que conclamava a todos os países “não deixar nada a trás” — inclusas as pessoas idosas (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2022).

Em 2017, a IV Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos das Pessoas Idosas realizou-se na capital do Paraguai, produzindo a Declaração de Assunção, intitulada “Construindo sociedades inclusivas: envelhecimento com dignidade e direitos”, com o objetivo de promover a inclusão e a participação cidadã das pessoas idosas, além de incentivar os governos a implementarem, como estratégia transversal, políticas, planos e programas de desenvolvimento com o tema do envelhecimento.

Cabe assinalar que, nessa IV Conferência, a CEPAL apresentou informações sobre os avanços e limites dos direitos humanos das pessoas idosas na Região e no mundo, destacando que os maiores desafios enfrentados por essas pessoas se referem ao cuidado, seguido — por ordem de prioridade — do acesso às pensões e ao trabalho, da falta de consciência, da saúde, da discriminação e dos maus-tratos. Por isso, exaltou a independência dos países, conclamando-os a prosseguirem na luta pelos direitos humanos das pessoas idosas (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2017).

Dentre outros acordos merecedores de menção, cabe indicar o referente à Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), aprovada em dezembro de 2020, na Assembleia Geral das Nações Unidas, que se pauta pelas seguintes diretrizes: 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento; 2) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; 3) entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; e 4) propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que dele necessitem. E, também, ressaltar as diretrizes do II Plano Internacional do Envelhecimento, do qual o Brasil é signatário, por ser considerado a principal estratégia de apoio às políticas voltadas para “a construção de uma sociedade para todas as idades”, com base nas orientações do Plano Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento (2002), da OMS e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para a Agenda de 2030.

Esse é um movimento mundial em prol de uma agenda consensuada entre os países, na qual as pessoas idosas e o processo de envelhecimento devem ter lugar central e suscitar esforços conjugados entre governos, sociedade civil, organismos internacionais, profissionais,

mundo acadêmico, meios de comunicação e setor privado (Organização Mundial da Saúde, 2020; Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2023).

Além disso, em junho de 2020, em conformidade com a Resolução 2020/8 do Conselho Econômico e Social da ONU, os Países-membros foram instados a participar do quarto exame de avaliação do Plano Internacional de Madrid, para discuti-lo em 2022. Para tanto, a CEPAL elaborou um guia avaliativo; realizou dezenove reuniões de assistência técnica e uma reunião com a sociedade civil, produzindo um Informe que subsidiará a representação regional no 61º período de sessões da Comissão de Desenvolvimento Social do ECOSOC, a realizar-se em 2023. Esse Informe dará ainda, simultaneamente, uma visão dos avanços nas políticas voltadas às pessoas idosas nos últimos cinco anos (2017-2022) e dos acordos pendentes nos países, além de seus desafios.

De acordo com a CEPAL (2022), após vinte anos da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento e a implementação do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, as conquistas obtidas têm sido decisivas na América Latina e Caribe, especialmente quanto à mudança de paradigma referente à pessoa idosa como sujeito de direitos e à sua importância social e política.

O processo de monitoramento que vem sendo realizado pela CEPAL a cada cinco anos após a implementação do Plano Internacional do Envelhecimento (2002), destaca as interrelações entre as pessoas idosas e o desenvolvimento, visando a proteção social, a participação no mercado de trabalho, o acesso à educação ao longo da vida, a redução da desigualdade digital e o fomento da saúde e do bem-estar na velhice. Em relação ao entorno propício e favorável, ressalta a necessidade de se ampliar a promoção da cultura, os avanços na prevenção da discriminação e da violência contra as pessoas idosas, além do enfrentamento de questões afetas à pandemia da COVID-19 e da necessidade de se estruturar os cuidados, os autocuidados, o acesso aos direitos, ao bem-estar e ao estímulo de capacidades e habilidades das pessoas idosas, mediante a promoção de sistemas integrais de corresponsabilidade entre o Estado e a Sociedade. Nos dizeres da (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2022, p. 13),

En el ámbito de las políticas públicas es preciso universalizar el acceso de las personas mayores a la protección social y los servicios de salud de calidad; impulsar la inclusión del tema del envejecimiento en las agendas de gobierno mediante la búsqueda de la adecuación y modernización legislativa, y el fortalecimiento de las instituciones a cargo de la coordinación de las políticas nacionales de atención al envejecimiento. Es necesario, asimismo, reforzar los mecanismos de recolección de información sociodemográfica desagregada por edad, sexo, pertenencia étnico-racial, morbilidad y condición de discapacidad.

Ademais, é

[...] indispensable fortalecer la capacidad técnica de los países con respecto a los retos que conlleva el cambio demográfico para la implementación de la Agenda 2030, reforzar el trabajo colaborativo y el intercambio de experiencias entre las instituciones rectoras que atienden los temas de las personas mayores fortaleciendo su protagonismo en la implementación y el seguimiento nacional de la Agenda 2030, y ampliar la participación de las personas mayores en el examen y desarrollo de propuestas para mejorar su situación y ejercer sus derechos.

En este contexto, es necesario poner especial atención al tema crucial de los cuidados. Además de profundizar los nudos estructurales de la desigualdad de género, la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la injusta organización social del cuidado, incluido el de las personas mayores. Es por ello que la CEPAL llama a acelerar el paso hacia una sociedad del cuidado que priorice la sostenibilidad de la vida y el cuidado del planeta y garantice los derechos de las personas que requieren cuidados en cualquier momento de vida, así como los derechos de las personas que los proveen (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2022, p.13 e 14).

Endossando esse monitoramento, a OIT se comprometeu a “[...] promover el desarrollo sostenible sin dejar a nadie atrás, a partir de acciones en el mundo del trabajo” (2022, p. 8); e continua apoiando algumas contraposições às perdas de direitos e à precarização do mundo do trabalho.

Nesse sentido, propõe-se a aprofundar estudos pós-pandemia e a cooperação técnica com instituições voltadas ao futuro do trabalho, face às transformações tecnológicas, digitais e de desenvolvimento da informação, ao tempo em que, a exemplo do BM, procura, contraditoriamente,

[...] generar un camino de consenso para construir un sistema que transite de uno centrado en la “capitalización individual subsidiada por recursos estatales” hacia un sistema de “seguridad social complementado por la capitalización individual”, lo que permitiría aprovechar las ventajas de ambos componentes en un auténtico sistema mixto en el que participen plenamente en su gobernanza, junto con el Estado, tanto empleadores como trabajadores (Organização Internacional do Trabalho, 2022, p. 12).

Quanto à ONU, esta, no intuito de assegurar as metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, fez um acordo com os países em torno de um conjunto de objetivos e metas universais de longo alcance centrado na garantia dos direitos humanos. Nesse contexto, reconheceu que a erradicação da pobreza, em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, passou a ser o maior desafio global e um requisito indispensável ao desenvolvimento sustentável nas suas três dimensões — econômica, social e ambiental —, de forma equilibrada e integrada, dando, assim, continuidade às conquistas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a saber:

[...] asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles; proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles, prestando especial atención a las necesidades de las personas mayores; aumentar la urbanización inclusiva y sostenible; reducir significativamente el número de muertes causadas por los desastres; reducir el impacto ambiental de las ciudades y proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, mencionando de manera específica la relevancia de las personas mayores (Naciones Unidas, 2015). Además, el trabajo sobre comunidades y ciudades adaptadas a las personas mayores constituye uno de los temas prioritarios del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) (Organização Mundial da Saúde, 2020).

3.4.6 Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos

Esta Convenção, sancionada em 2015³⁴ como instrumento vinculante — da qual o Brasil foi o primeiro signatário, junto com a Argentina, o Chile, a Costa Rica e o Uruguai —, possui sete capítulos e quarenta e um artigos consubstanciados em premissas e critérios pelos quais o processo de envelhecimento e a velhice são apreendidos de forma ampla e interdisciplinar. Logo, versam, de forma articulada, sobre os direitos a serem assegurados às pessoas idosas e definem as competências do Estado, da família e da sociedade. Além disso, reconhecem e ratificam os documentos que lhe antecedem, explicitando as ações e medidas a serem asseguradas e implementadas por cada política social integrante ou interrelacionada com o processo de envelhecimento, à luz dos princípios da interdisciplinariedade, intersectorialidade e interseccionalidade.

3.5 Marco Legal nacional das diretrizes das Assembleias Mundiais do Envelhecimento: Política Nacional do Idoso, Estatuto das Pessoas Idosas

As normativas nacionais, bem como a diretrizes e recomendações afetas à garantia de direitos e políticas sociais para as pessoas idosas, recebem influência dos Organismos Internacionais e dos movimentos sociais por meio de Recomendações, Resoluções, Assessoria Técnica e Pactos dos quais o Brasil participa e/ou é signatário.

³⁴ “Todas as Normas de Direitos Humanos e de defesa dos direitos das pessoas idosas da Organização das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos – OEA, assim como o Plano de Viena, não tiveram tanta influência como o Plano de Madrid e a Declaração de Brasília. Esta última teve grande impacto nas políticas para as pessoas idosas não só na América Latina, mas em âmbito mundial. Foi a partir da Declaração de Brasília que desencadeou todo o processo para se chegar à aprovação da Convenção Interamericana de Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas e ao GT, de composição aberta, sobre os direitos humanos da pessoa idosa nas Nações Unidas” (Mendonça, 2016, p. 125; Abigailil, 2019).

Nesse rol destacam-se a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que instituiu a PNI, e a Lei nº 10.741, substituída pela Lei nº 14.423 de 2022, que instituiu o Estatuto do Idoso, não só por incorporaram esse processo, mas também pela adequação às peculiaridades do Brasil e por virem, paulatinamente, dependendo da correlação de forças, compondo o marco legal brasileiro como instrumentos regulamentadores dos artigos de nº 229 e nº 230 da Constituição de 1988, que tratam dos direitos das pessoas idosas, nos seguintes termos: “Art. 299: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (Brasil, 1988) e “Art. 320: A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida” (Brasil, 1988).

Após a I Assembleia Mundial do Envelhecimento e consubstanciado na legislação supracitada — Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 —, o Brasil instituiu a PNI, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, que contém os seguintes principais dispositivos normativos:

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

A PNI resultou de um processo coletivo de construção, organização, mobilização e articulação da sociedade civil, com coordenação e protagonismo de representantes da Associação Nacional de Gerontologia (ANG); da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP); da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); do Serviço Nacional do Comércio (SESC); com apoio e assessoramento técnico de especialistas e profissionais da área do Envelhecimento e de representantes de Universidades e, em especial, dos Conselhos Estaduais do Idoso do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Ceará, além de um grupo de trabalho (com representantes do governo e da sociedade civil) no âmbito da Secretária de Promoção Humana do então Ministério do Bem-Estar Social.

Concomitante com os trabalhos desse grupo, a ANG, nas pessoas de Maria José Lima de Carvalho Barroso, junto ao SESC e a Marcelo Salgado, liderou a realização de três

Seminários Regionais nos estados de Goiás, Maranhão e no Distrito Federal, além de um nacional. Desses Seminários resultou o documento intitulado “Recomendações sobre Políticas Sociais para o Idoso nos anos 1990”, que, consonante com os documentos produzidos pelo grupo de trabalho ampliado, procurou adequar as recomendações da I Assembleia Mundial do Envelhecimento às peculiaridades e diversidades do processo de envelhecimento no Brasil.

O documento foi amplamente discutido em organizações governamentais e não governamentais, sob a coordenação de Nara Costa Rodrigues, então Presidente do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul e delegada Estadual da ANG, e concluído no âmbito da Secretaria de Promoção Humana do Ministério do Bem-estar Social (MBES), resultando em um Projeto de Lei, posteriormente sancionado ao final do mandato do então Presidente Itamar Franco, o qual recomendou à Ministra, Leonor Barreto Franco e à Secretária de Promoção Humana (SPH) do MBES, Albamaria Abigalil, celeridade no processo de trabalho e encaminhamento para a aprovação.

Todavia, o então Ministro da Fazenda (MF), Fernando Henrique Cardoso (FHC), já sinalizava uma eventual vitória eleitoral para a Presidência da República, a qual extinguiria o Ministério do Bem-estar Social e todas as instituições a ele vinculadas, em especial as da área social, com vista à Reforma do Estado e o acirramento do projeto neoliberal. E isso se realizou no primeiro dia de posse do seu primeiro mandato na presidência. Antes, porém, ainda enquanto MF, FHC vetou o inciso IV dos arts. 8º e 9º da referida Lei, que tratava do financiamento da PNI, seguido do Ministério da Justiça, que também vetou os arts. de 11 a 18 da mesma Lei, os quais tratavam da criação e do funcionamento do Conselho Nacional do Idoso (CNI). As justificativas do veto se encontram na Mensagem Presidencial nº 3, de 01 de janeiro de 1994, encaminhada ao Senado Federal (Abigalil,2019). Mas dele decorreram amplas reuniões na Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, com muitas gestões para a aprovação da PNI, com vistas, entre outras providências, à regulamentação do BPC, considerado pelo Ministério da Fazenda um benefício assistencial muito alto, que exigia a elaboração de cenários e corte de renda baixíssimo como critério de elegibilidade das pessoas idosas e com deficiência para aprovação dessa Lei.

No exercício do ano de 1994 e 1995, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a SPH-MBES empreenderam esforços para a implementação dessa Lei, contando com irrestrito assessoramento técnico da Associação Nacional de Gerontologia, na pessoa de Maria José Lima de Carvalho Barroso — assistente social e advogada do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e presidente da Associação Cearense de Idosos (ACEPI) —, além da CNBB, de representantes de Universidades, da OAB, da SBGG, do movimento das Pessoas Idosas

(COBAP) e das instituições de assistência social e de defesa de direitos das pessoas idosas e demais representantes dos Ministérios Setoriais.

Mesmo depois de 1995, com a ampla Reforma de Estado e a extinção dos órgãos que integravam o MBES, a PNI garantiu, o seu lócus de implementação no âmbito da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência Social e dos Escritórios de Representação estaduais da extinta LBA, sob a administração da então Secretária Lucia Vânia Abrão Costa e de Jurilza M. B. de Mendonça, a primeira coordenadora nacional dessa Política. Essa gestão conferiu visibilidade ao processo de envelhecimento em âmbito nacional e internacional e elaborou o Primeiro Plano de Ação Integrado de Desenvolvimento da PNI, seguindo as determinações da Primeira I Assembleia Mundial do Envelhecimento (Abigalil, 2019).

A PNI tem como finalidade garantir os direitos sociais da pessoa idosa, por meio de condições capazes de promover a sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade, conforme preconiza seu art.1º. Considera o envelhecimento como um fenômeno social e reconhece a pessoa idosa a partir de sessenta anos. Enfatiza o papel da família, da sociedade e do Estado como responsáveis pela participação do idoso na comunidade, bem como na defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida, tornando-se, desse modo, crucial para dar visibilidade ao processo de envelhecimento no Brasil. Em seu primeiro momento, assegurou a coordenação dessa Política ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em seguida definiu finalidade, objetivos, princípios, diretrizes, organização, gestão e ações governamentais e do Conselho Nacional, além das disposições transitórias. Sinalizou, ainda, a necessidade da integração intergovernamental e intersetorial, com vista à efetivação de benefícios e serviços e para a competência de cada política setorial na construção e implementação dessa Política. A sua coordenação foi posteriormente transferida para o Ministério de Direitos Humanos (MDH) e, em 2019, para o Ministério das Mulheres, Família e Direitos Humanos, até o ano de 2023, quando foi alocada no Ministério de Direitos Humanos e Cidadania.

Em 1º de outubro de 2003, foi sancionada a Lei nº 10.741 que, referenciada nas recomendações da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, dispõe sobre o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Trata-se de um documento central e de referência para as políticas públicas voltadas ao atendimento das demandas e necessidades dos/as idosos/as, determinando: a organização de uma Rede Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas, na ótica dos direitos humanos, com serviços e programas de ação continuada, visando garantir a autonomia, a dignidade e a melhoria das condições e da qualidade de vida dessa parcela da população.

O Estatuto do Idoso resultou também de lutas e movimentos sociais, em especial da COBAP, com forte adesão do Poder Legislativo, na pessoa do parlamentar Paulo Paim, hoje Senador da República Federativa do Brasil, presidente da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal, cuja trajetória é marcada pela defesa dos direitos das pessoas idosas e da classe trabalhadora. O projeto do Estatuto foi encaminhado para aprovação no Executivo Federal, acompanhado de parecer da equipe do, à época, Ministério da Assistência Social. Posteriormente, com o empenho da Ministra de Estado da Assistência Social, Benedita da Silva, o Estatuto foi sancionado como Lei pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Cabe desatacar que o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003) foi alterado pela Lei nº 14.223 de julho de 2022, para substituir as expressões “idoso” por “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. É considerado uma das leis mais avançadas do mundo por assegurar, na democracia procedimental, uma seguridade social ampliada; por ter como finalidade garantir às pessoas idosas o direito à vida, à saúde, à educação, à habitação, ao transporte, à alimentação, à convivência familiar e comunitária, à profissionalização, à cultura, ao esporte e ao lazer, à previdência, à assistência social, à assistência judiciária, às medidas específicas de proteção aos idosos em geral e às pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade social. Portanto, dispõe e regula a observância dos direitos individuais, sociais e humanos das pessoas idosas, que devem ser concretizados por políticas públicas intersetoriais e intergovernamentais.

Tanto o Estatuto quanto a PNI guardam consonância com as diretrizes da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, face à necessidade de se criar um Sistema de Seguridade Social para atender as pessoas idosas por meio de uma Rede Nacional de Serviços e Programas de Proteção e Defesa de Direitos às Pessoas Idosas (RENADI), com financiamento adequado nas três esferas de governo, de forma a garantir os princípios de intersetorialidade, intergovernabilidade, interseccionalidade com garantia de controle democrático, para implementação de serviços de ação continuada em: Centros Dia; Centros de Convivência para Idosos (CCI); Casas Lares; Atendimento Domiciliar e ILPs, além de assegurar a denúncia de violência, negligência e maus tratos contra pessoas idosas no âmbito da família e do poder público, buscando responder e garanti-las com resolutividade. Na esfera da gestão, prevê as ações que cada política setorial deve implementar, além da capacitação e a formação de recursos humanos.

Por fim, vale dizer que o Brasil vem avançando no marco legal referente aos direitos das pessoas idosas. Entretanto, a materialização dessas normativas internacionais e nacionais

por meio de Políticas Sociais que integram o Sistema de Seguridade Social brasileiro vem se dando de forma subfinanciada e com a quebra da democracia participativa no período de 2018-2022. Contudo, nesta tese, o detalhamento, as recomendações de âmbito internacional, os avanços e desafios no âmbito da gestão pública e da democracia participativa, via Conselhos de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas, por meio de democrático controle social, serão tratadas nos próximos capítulos.

3.6 Conselho Nacional de Defesa dos Direitos das Pessoas Idosas no Brasil: avanços e retrocessos

Após os vinte e um anos da Ditadura Militar no Brasil, iniciada em 1964, implementou-se o processo de redemocratização do País com forte participação popular em especial da sociedade civil e dos movimentos sociais. Ocorreu a instauração da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), com regimento interno inovador, que previa o acolhimento de reivindicações e de emendas populares, para serem inseridas na Constituição Federal promulgada em 1988.

Nessa perspectiva, segundo o deputado Ulisses Guimarães, então presidente da ANC, a democracia na Constituição “Cidadã” de 1988, não seria mais apenas representativa, mas também participativa. E foi assim que se institucionalizaram formas descentralizadas de participação da sociedade na gestão governamental, dentre as quais os Conselhos de direitos e os Conselhos setoriais de políticas públicas que, junto com as Conferências nas três esferas de governo, funcionariam como mecanismos de controle democrático das políticas de seguridade social.

Eis porque, conforme a Constituição de 1988, as Políticas que integram o Sistema de Seguridade Social dispõem de Conselhos de Controle Democrático e de Defesa de Direitos³⁵, de composição paritária e competência deliberativa. Tais Conselhos atuam mediante proposição

³⁵ Antes da Constituição Federal de 1988 o Sistema de Seguridade Social brasileiro dispunha de Conselhos que se extinguíram com a promulgação da Carta Magna vigente. O Conselho Nacional de Seguridade Social foi instituído pela Lei nº 8.212, em 24 de janeiro de 1991, cujos artigos 6º e 7º definiam suas respectivas composição e competências. E o antigo Conselho Nacional de Saúde foi criado pela Lei nº 378, em 1937, com a função de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde. Sob a regência das Constituição de 1988, um novo Conselho de Saúde foi instituído pelo Decreto nº 99.438, de 1990, para atuar de acordo com as normas do SUS. O Conselho Nacional de Assistência Social foi instituído pela Lei nº 8.442, de 1993, ajustado às determinações da LOAS, embora, desde 1938, já tivesse um antecedente denominado Conselho Nacional de Serviço Social. E o Conselho Nacional de Previdência Social, instituído pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, surgiu ligado ao Ministério da Previdência Social, mas, em 2016, passou a denominar-se Conselho Nacional de Previdência, vinculado ao Ministério da Fazenda. Porém, a partir de 2019, ele foi alocado no Ministério da Economia e, em 2023, retornou ao Ministério da Previdência Social.

de atos normativos; mobilizações sociais; solicitação de audiências públicas; câmaras técnicas para: aprovação de políticas; realização de conferências; controle e gestão de fundos; aprovação de Resoluções que, na maioria das vezes, não são acatadas pelos órgãos estatais e enfrentam dificuldades de implementação, mas que podem influenciar na: legislação, gestão das políticas sociais e proposição das propostas orçamentárias, financiamento de benefícios, serviços e programas que favoreçam o acesso aos direitos sociais.

A maioria dos Conselhos pauta-se pelo princípio da descentralização político-administrativa no contexto da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal, tendo como membros representantes do governo, da sociedade, de instituições dos usuários, da classe trabalhadora, de instituições de pesquisa e de atenção aos usuários dos serviços. E neles, exercita-se a fiscalização e o cumprimento das leis para a não violação dos direitos humanos fundamentais para pessoas idosas; crianças e adolescentes; mulheres; grupos populacionais específicos de acordo com orientação sexual (LGBTQIAPN+); das pessoas segundo a denominação religiosa; grupos raciais que historicamente sofrem desvantagens socioeconômicas e preconceitos como os negros; os moradores de rua; os migrantes, indígenas, dentre outros.

O Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Idosas no Brasil – CNDI 2002-2018

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi previsto na Política Nacional do Idoso (PNI) — Lei nº 8.842/94 e fortalecido no Estatuto do Idoso — Lei nº 10.741/2003, de par com a instituição de Conselhos nos âmbitos Estadual, do Distrito Federal e Municipal. Todos possuiriam caráter deliberativo e composição paritária (igual número, representantes do Governo e da Sociedade Civil), assim como a finalidade de supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional do Idoso (PNI) e do Estatuto da Pessoa Idosa, nas respectivas instâncias federativas e nas políticas estaduais e municipais e do Distrito Federal.

Por gestões dos movimentos sociais que atuam na área do envelhecimento junto aos poderes instituídos no Brasil — e logo após a II Assembleia Mundial do Envelhecimento (2002) e ainda como um dos compromissos assegurado no II Programa Nacional dos Direitos Humanos — o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) foi instituído por meio do Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. A princípio, ele detinha caráter consultivo e não era paritário.

Mas, em junho de 2002, mediante o novo Decreto nº 4.287/2002, obteve paridade; e, em junho de 2004, mediante Decreto nº 5.109/2004 tornou-se deliberativo.

No período de 2004 a 2019 o CNDI auferiu composição ampliada, com vinte e oito membros, dos quais quatorze representantes do Governo e quatorze da Sociedade Civil. Dentre suas principais competências, exercidas e em corresponsabilidade com demais órgãos governamentais e não governamentais, ressaltam: participar da formulação, supervisão, fiscalização e avaliação da Política Nacional do Idoso e do Estatuto da Pessoa idosa; elaborar proposições, objetivando aperfeiçoar a legislação pertinente; estimular e apoiar tecnicamente a criação de Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso; zelar pelos direitos do idoso assegurados nos diplomas legais e pela implementação dos instrumentos legais internacionais e nacionais; apreciar e aprovar o Plano Nacional do Envelhecimento construído em parceria com os Ministérios Setoriais e Sociedade Civil que tem interface com o processo de envelhecimento; gerir o Fundo Nacional do Idoso, mediante elaboração e aprovação do Plano de Trabalho; aprovar plano de custeio, critérios de aplicação e operacionalização dos recursos; emitir resoluções e instrumentos que efetivem a sua forma de gestão no exercício do controle democrático e participativo das políticas sociais de atenção as pessoas idosas nas três esferas de governo.

Conferências de Defesa de Direitos deliberadas pelo CNDI no período de 2002-2018

Destaca-se abaixo as principais Conferências e Atos delas decorrentes como instâncias de participação e controle democrático dos Conselhos nas três esferas de governo.

Em 2005 foi deliberada a realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, nos dias 23 a 26 de maio de 2006, tendo como tema “Construindo a Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI)”. A partir dessa Conferência foi construído o Plano Nacional de implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas, aprovado pelo CNDI, com Ressalvas e Recomendações, mediante Resolução nº 7 de 13 de abril de 2007 publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 31 de maio de 2007. E desse processo resultou o Plano Nacional Integrado de Deliberações da Conferência, com indicadores de monitoramento e avaliação subsidiados pela representação do IPEA no CNDI. Além disso, essa I Conferência definiu estratégias de implementação da RENADI, que teve como referências o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento-2002, proposto

pela Organização das Nações Unidas, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. E, posteriormente, foi aprovado um Pacto de Gestão para uma Sociedade que Envelhece.

A II Conferência Nacional realizou-se em março de 2009, com o tema: “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”; a III Conferência, 2011, com o tema: “Avanços e desafios da Política Nacional da Pessoa Idosa na perspectiva de sua efetivação sob a ótica da universalização dos Direitos Humanos”; e a IV Conferência, em abril de 2016, com o tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa – Por um Brasil de Todas as Idades”. Registre-se, porém, um diferencial da III Conferência: a adoção de maior percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos como delegados/as representantes da sociedade civil.

Essas Conferências contribuíram também para tematização do Envelhecimento em todas as unidades federativas do Brasil, dado ao seu expressivo número de delegados/as, além das mobilizações e fóruns realizados nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Ressalte-se ainda: realização de Seminários para discussão dos Cuidados das Pessoas Idosas; regulamentação do art. 35 do Estatuto do Idoso, que trata das ILPs; ajustamento de termo de conduta em parceria com o CNAS; aprovação do Manual de Cuidadores de Pessoas Idosas; realização de Pesquisa sobre as ILPs, em todo o Brasil, em parceria com o IPEA; realização de Pesquisa sobre os Centros de Convivência (CCI) para pessoas Idosas no Brasil; aprovação e elaboração da Cartilha sobre o Controle Democrático e de Orientação aos Estados e Municípios para a implementação de Conselhos e Fundos; participação efetiva em Comissões, Palestras e Audiências Públicas de Defesa de Direitos no âmbito do Poder Legislativo, além da aprovação do Plano Nacional de Combate à Violência e Maus-tratos contra as Pessoas Idosas no Brasil, com liberação de recursos para implementação dos Centros de Combate à Violência, que tem apresentado grandes resultados no Maranhão; regulamentação do Fundo do Idoso, para captação de recursos; realização de Cursos de Capacitação para Conselheiros em parceria com a ENAP; participação no Comitê Gestor para aprovação e implementação da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. E, por fim, assinale-se, o Protagonismo do CNDI na articulação e elaboração da primeira minuta da Convenção Iberoamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, com a participação e concepção da AMPID.

Entretanto, dentre as deliberações das quatro Conferências Nacionais realizadas, a que apresentou mais urgência foi a Reestruturação, Fortalecimento e Implementação da RENADI, mediados de implantação das modalidades de serviços e de financiamento adequado nas três esferas de governo. Isso, além de os Conselhos de defesa de direitos atuarem como órgão de

controle democrático, das políticas públicas e da estruturação da Política de Cuidados; da regulamentação da profissão de cuidadores; e da urgente regulamentação do artigo 22 do Estatuto da Pessoa Idosa, que trata da inserção do tema do Envelhecimento no campo da Educação Formal, nos níveis básico, fundamental e superior (compreendendo ensino, pesquisa e extensão).

Desestruturação do Conselho Nacional do Idoso (CNDI) no Governo da Nova Direita - 2019-2022

Em 2019, quando Bolsonaro assumiu a presidência da República, o seu porta voz, Lorenzoni, anunciou em uma coletiva: “esqueçam tudo que foi construído de 30 anos para trás”. Contudo, grande parte da população não antevia que seriam adotadas medidas antidemocráticas, dentre as quais a desestruturação da democracia participativa, em especial os Conselhos de Defesa de Direitos instituídos legalmente.

Essa desestruturação está explícita no Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019³⁶, que, em seu art. 1º, extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. E no parágrafo único do art. 1º especifica que: a aplicação do referido Decreto abrangeria os colegiados instituídos por: “I - decreto, incluídos aqueles mencionados em leis nas quais não conste a indicação de suas competências ou dos membros que o compõem; II - ato normativo inferior a decreto; e III - ato de outro colegiado”.

Os estudos de Zucco, Vieira e Filizola (2020, p. 94) explicitam que: “Houve manifesta violação do exercício desses Conselhos nacionais de direitos e de políticas públicas em geral, configurando também grave violação aos princípios democráticos que asseguram a participação e o controle social para o aprimoramento e a efetivação das políticas públicas”. E a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas, 2019)³⁷ acentua que:

[...] a extinção desses colegiados representa um indiscutível retrocesso tanto para vida em sociedade, como também para o próprio poder público, subtraindo um instrumento

³⁶ Disponível em: https://in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350/DiarioOficialdaUniao. Acesso em: nov.2023.

³⁷ Disponível em: <https://ampid.org.br/site2020/ampid-divulga-nota-de-repudio-contra-o-decreto-9-759-de-11-de-abril-de-2019-que-extingue-conselhos-de-direitos>. Acesso em: out. 2022.

popular especializado à efetivação dos direitos aos quais tem pertinência temática (participação social), em desrespeito à Constituição Federal e Tratados Internacionais ratificados pelo Estado Brasileiro, deslocando o Brasil para uma posição diversa daquela que historicamente vinha trilhando, em direção aos valores da democracia e da dignidade da pessoa humana.

Todavia na sequência do Decreto presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019, tem-se o Decreto 9.893 de 27 de junho de 2019³⁸, que impõe a extinção do CNDI, designando ao novo colegiado um presidente vitalício indicado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), isto é: o Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI), órgão ao qual está subordinado, sem articulação com outros órgãos do governo, visto que as três vagas governamentais, além da SNDPI, foram ocupadas por mais duas Secretarias Nacionais desse mesmo Ministério. Com isso, a participação e representação das organizações da sociedade civil ficaram restritas a três participantes.

Frente a esse retrocesso várias instituições e movimentos sociais de defesa de direitos das pessoas idosas apresentaram Moções de Repúdio e impetraram processos judiciais sem lograrem êxito. Este foi o caso da Rede de Conselhos de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo, que assim apontou

[...] a gravidade e prejuízos democráticos e de participação social e democrática das Pessoas Idosas ao Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa causados pelo Decreto 9893/2019, o qual desrespeita a Constituição Cidadã de 1988 e, dentre outras, também desrespeita a Política Nacional do Idoso - Lei 8842/94 e o Estatuto do Idoso - Lei 10.741/2003.

Da mesma forma, AMPID

[...] vem a público manifestar-se contra a realização da 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa³⁹, que está agendada no formato virtual em duas etapas, sendo a primeira as Etapas Regionais: Região Centro Oeste: dias 27, 28 e 29 do mês de julho de 2021; Região Norte: dias 2, 3 e 4 do mês de agosto de 2021; Região Nordeste: dias 9, 10 e 11 do mês de agosto de 2021; Região Sul: dias 18, 19 e 20 do mês de agosto de 2021; e Região Sudeste: dias 23, 24 e 25 do mês de agosto de 2021, e a segunda Etapa Nacional: dias 29 e 30 do mês de setembro de 2021 e 1º de outubro de 2021 (art.2º da RESOLUÇÃO Nº 56, DE 19 DE MAIO DE 2021) [...] o atual Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) padece em sua formação e estruturação do vício insanável da inconstitucionalidade [...] O Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, além de extinguir Conselhos de Direitos, entre os quais, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, cassou, de forma arbitrária, e destituiu o colegiado eleito

³⁸ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9893.htm. Acesso em: out. 2022.

³⁹ Disponível em: <https://ampid.org.br/site2020/nota-publica-de-repudio-a-realizacao-da-quinta-conferencia-nacional-de-direitos-da-pessoa-idosa/acesso> em jan. 2022.

democraticamente para a gestão do Biênio 2018-2020. Em continuidade delitiva, o Decreto nº 9.893/19, reduziu o número de conselheiros, passando de 28 (vinte e oito) para 06 (seis). Na parte governamental todos são ligados a uma única pasta que é o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH (artigo 3º), o que impede a participação de ministérios relevantes na promoção dos direitos da pessoa Idosa. [...] Em relação às instituições representativas da sociedade civil, os conselheiros foram reduzidos ao número de 03 (três), suprimindo-se, ainda, a possibilidade de um deles assumir a presidência do Conselho, já que esta, em total afronta ao princípio da paridade e da igualdade, cabe, agora, exclusivamente ao Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa que, em um conselho com reduzido número de conselheiros, terá direito a voto de qualidade (§ 4º, do artigo 6º do Decreto nº 9.759/2019). [...] Apesar da recente edição do Decreto nº 10.643, de 3 de março de 2021[3] ter aumentado o número de conselheiros para 12 (doze), 6 (seis) representantes do Governo e 6 (seis) representantes da sociedade civil, está mantido o vício da inconstitucionalidade, pois a presidência do CNDI será sempre ocupada pelo Secretário Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, e nunca pela sociedade civil que, no máximo, poderá ocupar a vice-presidência, ocasionando a total falta de autonomia do conselho[...]O atual Governo Federal descumpra a Constituição da República ao não reconhecer o Controle Social das Políticas Públicas e ao impedir a participação social[...]Como explicar aos milhares de conselheiros deste País, estaduais e municipais, aos militantes da causa da pessoa idosa, às associações, às pessoas idosas, que a sociedade civil jamais poderá presidir o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas? Imaginem se esse modelo é replicado nos Estados e Municípios? A sociedade civil também não poderá ocupar as presidências dos Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos! [...] A realização da 5ª Conferência conduzida pelo atual CNDI é ilegítima e trará irreparáveis prejuízos aos direitos das pessoas idosas que hoje sofrem pela inconsistência das políticas públicas em meio à tragédia da pandemia de COVID-19, da exclusão social [...]. Como realizar a 5ª Conferência virtualmente se de antemão conhecemos as dificuldades de acesso à rede mundial de computadores? A pandemia do coronavírus Covid19 revelou a exclusão digital de milhares de pessoas idosas. Essa falta de acesso ou acesso precário impedirá a participação de milhares de pessoas idosas, o que já foi alertado pelo movimento social (Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas, 2021).

E a AMPID posiciona-se ressaltando

o vício insanável da inconstitucionalidade do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 que já está sob o crivo e análise do CONGRESSO NACIONAL e do JUDICIÁRIO brasileiro. [E informando que] O Projeto de Decreto Legislativo nº 454/2019, de autoria do Deputado Federal Chico D'Angelo, susta o Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019, que dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, já tendo recebido parecer pela aprovação pela Relatora, Deputada Lídice da Mata na Comissão dos Direitos das Pessoas Idosas da Câmara dos Deputados (CIDOSO), e aguarda Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) [...] Tramita no Supremo Tribunal Federal (STF) a AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (ADI 6121 MC/DF), já com a concessão de medida liminar suspendendo em parte os efeitos do Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019, resguardando os conselhos criados por lei (Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas, 2021).

Além disso, durante o período desse governo várias instituições, movimentos sociais entraram com pedidos de inconstitucionalidade e não alcançaram resultados satisfatórios, sem contar com o fato de que durante a pandemia da COVID-19 o Conselho não funcionou.

Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas (CNDPI) após o ano de 2022

Durante o planejamento do Governo Lula — eleito para o mandato de 2023-2026 — muitas recomendações foram encaminhadas às equipes de transição pelos Movimentos Sociais de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas, com vista a subsidiar ações que lhe diziam respeito. Dentre elas, ressalta, em primeiro lugar, a revogação do Decreto 9893/2019 e a recondução dos Conselheiros destituídos do CNDI pelo governo anterior. Porém, esta última reivindicação não foi aceita, como também não foram incorporadas, até então, outras recomendações e demandas.

Em 06 de abril, de 2023, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), novo nome, foi instituído pelo Decreto nº 11.483. A sua composição, concernente à sociedade-civil foi ampliada de 14 para 18 representantes, o mesmo acontecendo com os representantes do governo federal. Entretanto, pela primeira vez, a ampliação da representação da sociedade obedeceu a uma estratificação inclusiva de segmentos sociais dos espectros racial, população LGBTQIAPN+, mulheres e povos originários.

Não obstante, em que pese esse avanço democrático, chama a atenção — já no nascedouro e resgate do CNDPI — o fato de, além de os conselheiros não terem sido reconduzidos, o parágrafo único do referido Decreto subordina o Conselho ao órgão gestor, a saber: “O CNDPI é órgão de caráter deliberativo, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, com a finalidade de elaborar as diretrizes para a formulação e a implementação da Política Nacional da Pessoa Idosa, observadas as diretrizes estabelecidas na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e de acompanhar e avaliar a sua execução”. Em vista disso, pergunta-se: como um órgão, guiado pelos princípios da descentralização político-administrativa e da participação popular, poderá exercer o controle democrático do governo a que ele estará administrativamente subordinado?

Observa-se ainda que somente em agosto de 2023 foi nomeado o CNDPI atual, com quase seis meses após a posse do governo, sendo que a mesma medida não foi adotada, por exemplo, para demais Conselhos como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar-CONSEAS. Mediante Portaria nº 658, de 24 de outubro de 2023, do MDHC toma posse o Presidente do CNDPI para o mandato da sociedade civil para o biênio 2023-2025. Várias análises estão sendo levantadas neste órgão colegiado, uma vez que o início de suas atividades está se pautando até mesmo por novo Regimento Interno e novas comissões face aos desafios que enfrentará com atraso de quase um ano na gestão de seus trabalhos.

A outra questão que não está em concordância com as competências da SNDPI e com as deliberações das quatro Conferências Nacionais de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas, é a demanda da reestruturação da RENADI, em parceria com os ministérios setoriais, a organização da sociedade civil, e a participação efetiva dos Conselhos para a elaboração de um Plano Nacional de Envelhecimento pautado nas necessidades e demandas das pessoas idosas e com financiamento adequado.

Chama a atenção também o papel da SNDPI papel de coordenar a Política Nacional e buscar financiamento para um Plano Integrado de acordo ainda com o Estatuto e com a PNI, já que ela dispõe equivocadamente de Coordenações Nacional de ILPIs e outra para o Envelhecimento Ativo. Entende-se, por isso, que essas questões precisarão ser discutidas no CNDPI, até mesmo o recém-lançado Programa intitulado Envelhecer no Território que está sendo operacionalizado somente em dois municípios de cada região do País, como projeto piloto. Quanto a isso, pergunta-se: o CNDPI aprovou esta organização de implementação de políticas? Quais os critérios aprovados para o Plano de Aplicação dos Recursos do Fundo Nacional do Idoso em 2023? A proposta para o PPA 2024-2027 da SNDPI do MDHC para as Políticas de Atenção às Pessoas Idosas no Brasil seguiu as demandas acima explicitadas, bem como a proposta número 9070 vitoriosa para o PPA 2024-2027⁴⁰ — Brasil Planejamento Participativo para integrar o PPA da SNDPI, e do MDHC⁴¹? bem como a demanda apresentada à SNDPI⁴², pela sociedade civil, em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Política

⁴⁰ “Pessoas Idosas no orçamento público. Garantia dos direitos e modalidades de serviços previstos PNI Estatuto Pessoa Idosa Convenção Interamericana. Pessoas Idosas e demais Gerações por uma Sociedade Digna e Cidadã. Implementação da Política Nacional do Idoso Lei 8442-94, Estatuto Pessoa Idosa-Lei 10741/2003 e Convenção Interamericana Pessoas Idosas-2015, assegurando-se recursos humanos e financiamento de Centros de Convivência, Centros Dia, Assistência domiciliar, Combate à Violência, dentre outros - parcerias SUAS, SUS, Universidades, e inserção de cuidadores e outras profissões de nível médio e superior na garantia de cuidados e proteção.” Disponível em: <https://brasilparticipativo.presidencia.gov.br/processes/programas/f/2/proposals/9070>. A Política de Direitos Humanos recebeu 516 propostas e a proposta em tela, de nº 9.070, recebeu 231 votos. Ficou na 15ª (décima quinta) posição. Observa-se que, das propostas voltadas para pessoas idosas, deverá ser a única com o tema “pessoa idosa” que integrará as 20 mais votadas da referida área – Direitos Humanos e Cidadania, no Relatório do PPA Participativo que será encaminhado para o Fórum Interconselhos e para o Ministério dos Direitos Humanos, conforme exposto no item “Entenda o Processo” no Portal <https://brasilparticipativo.presidencia.gov.br>.

⁴¹ Sistema de Planejamento Participativo-GOV.BR constitui inovadora, justa e digna iniciativa no âmbito da gestão pública democrática, no sentido de assegurar a participação da população na proposição de Políticas Sociais em acordo com as suas necessidades humanas, desde a proposição e formulação do PPA e do Orçamento até sua execução orçamentária, assegurando o controle social democrático junto ao poder público, junto aos Ministérios de demais órgãos, a real necessidade humana na ótica dos direitos, face ao cumprimento da legislação já conquistada, e às políticas necessárias a população no País. Disponível em: <https://brasilparticipativo.presidencia.gov.br>. Acesso em: jul. 2023.

⁴² Carta de agradecimento enviada para a sociedade civil, que assinou a proposta nº 9.070, referente ao Brasil: Planejamento Participativo; e Documento entregue à SNDPI solicitando audiência e proposição de

Social da Universidade de Brasília (NEPPOS-UNB), em julho de 2023, uma vez que o CNDPI ainda não estava em funcionamento? E, em agosto de 2023, passou a funcionar e se estruturar embora sem discussão até a 12/12/2023 referente ao PPA 2024-2027.

Entende-se, por fim, que o CNDPI terá um grande desafio que é o de buscar realizar gestões junto aos órgãos que o integram para atuar na viabilização de financiamento para a RENADI ,em consonância com a V Conferência de seguimento do Plano Mundial do Envelhecimento, com a Década do Envelhecimento Saudável e do Desenvolvimento Sustentado, sendo esses três instrumentos que caminham em consonância para enfrentar: os bônus demográficos em curso; as consequências das contrarreformas da previdência social e do trabalho; e enfrentar ainda as consequências da crise humanitária pandêmica e sindêmica em curso no Brasil, além de discutir a possibilidade de aprovação da Convenção, validar a proposição da sociedade civil e do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORAHAN) quanto a necessidade de um Plano Nacional do Envelhecimento e propor a instituição do IV Pilar da Seguridade Social no Brasil que seria o Pilar do Cuidado das Pessoas e do Meio Ambiente. Proposta essa também proferida por Albamaria Abigail, representante do NEPPOS-UnB, em outubro de 2023, por ocasião da comemoração alusiva aos vinte anos do Estatuto da Pessoa Idosa, no Senado Federal. Para tal uma grande mobilização em parceria com os Conselhos Estaduais e Municipais devem ser trabalhadas, associadas ao Pilar da Educação Política e Cidadã, com vistas a empreender mobilização e organização da classe social trabalhadora para buscar garantir a emancipação política das pessoas idosas e demais gerações visando como processo a emancipação humana.

PARTE II:

**NOVA DIREITA E (DES)ESTRUTURAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL EM MEIO À CRISE
ESTRUTURAL DO CAPITAL E À SINDEMLA PRODUZIDA PELA COVID-19**

CAPÍTULO IV: SEGURIDADE SOCIAL - TRAJETÓRIA, IMPLEMENTAÇÃO E (DES)ESTRUTURAÇÃO EM CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS E AJUSTE FISCAL PERMANENTE

“A tarefa fundamental é evitar, usando o limite das nossas forças, a tragédia da destruição da Seguridade Social” (Fagnani, 2019, p. 247).

Neste capítulo discute-se a trajetória histórica, econômica, política e social da Seguridade Social, concebida como um Sistema de Proteção Social e/ou Bem-estar Social que, contraditoriamente, nas últimas décadas da sociabilidade do capital, apresenta-se como um Sistema de Mal-estar Social e/ou Penal e/ou Antissocial, orientado por organismos internacionais, a exemplo do FMI, permeado por interesses, ajustes fiscais permanentes e contrarreformas que, ao mesmo tempo em que garantem, retiram direitos e ampliam a pobreza e a desigualdade social. Para tal, reporta-se, com maior foco, às especificidades da Seguridade Social brasileira, a seus marcos legais e suas contrarreformas, em consonância com o conteúdo abordado nos capítulos anteriores, com ênfase nas políticas sociais e econômicas integrantes da Seguridade Social voltadas às pessoas idosas e ao processo de envelhecimento.

A Seguridade Social, integrante do Sistema de Proteção Social público presente no governo do chanceler Otto Von Bismarck, de orientação conservadora, entre os anos de 1883 e 1889, com políticas de perfil contributivo, sob a forma de seguro social. Posteriormente, assume perfil distributivo, sendo implementada em vários países capitalistas do Ocidente⁴³, a partir da Grã-Bretanha, com o Plano Beveridge de 1942.

Portanto, além do seguro de inspiração bismarckiana, o Sistema de Seguridade britânico incluía serviços sociais afins, sem contrapartidas financeiras — como saúde e assistência social —, a serem providos pelo Estado a todos os cidadãos, e não apenas a quem estava inserido no mercado formal de trabalho e pagava previamente pelo seu usufruto, como ocorria na Alemanha de Bismarck. Com efeito, na Alemanha oitocentista, o sistema de proteção social já

⁴³ Após a iniciativa alemã/bismarckiana, outros países criaram seus sistemas previdenciários, a saber: Dinamarca, seguida da Suécia, em 1891; Argentina, Chile e Uruguai, em 1920; EUA, governados por Franklin Delano Roosevelt, em 1935, no bojo da Política do *New deal*, com o *Social Security Act*; e Nova Zelândia, em 1938. Mas o ápice da evolução social-securitária se deu na Inglaterra, em 1942, com o Plano Beveridge. Além disso, a OIT, fundada em 1919, vem tendo grande influência na estruturação e implementação dos Sistemas de Seguridade Social, inclusive com Recomendações e Acórdãos que tratam de questões relacionadas ao trabalho e à proteção social em todo o mundo, e mesmo na América Latina. Ela estabeleceu, ainda, o seguro social como instrumento de proteção trabalhista e as suas Conferências, constituídas por trabalhadores, empregadores e governo, aprovaram, em junho de 1952, a Convenção n.102, que conceituou a Seguridade Social à luz do modelo beveredgiano (Abigalil, 2019, p. 133).

contemplava o seguro-saúde, o seguro acidente de trabalho, a aposentadoria por invalidez e velhice, mas apenas para trabalhadores assalariados, com contribuição prévia, por uma razão muito clara: conter a influência das ideias socialistas sobre a classe operária que, naquele contexto, já se fazia notar. E foi este o modelo de Seguridade Social, vinculado ao trabalho formal e alcunhado de profissional, que constituiu o embrião da Seguridade Social, que se transformou em direito devido aos cidadãos.

De acordo com Pereira-Pereira (2011), o Plano Beveridge pautava-se pela doutrina keynesiana⁴⁴, também considerada elemento fundante do *Welfare State*. Ainda assim, embora tal Plano contemplasse esquemas variados de pensão, saúde e seguro-desemprego, não impedia que milhares de pessoas continuassem abaixo ou no limite da linha da pobreza e fossem submetidas a testes de elegibilidade para terem acesso à assistência requerida. Essa Seguridade tinha abrangência nacional e unificada, além de diretrizes com prioridade pública e financiamento a cargo do Estado. As políticas sociais proviam benefícios e serviços na perspectiva do direito de cidadania social. Contudo, por sua natureza social-democrata, incorporava valores liberais/conservadores, como quando admitia um mínimo de provisão como padrão básico; contribuição para os seguros que, na época, gerou déficit de recursos; e comprovações de pobreza. Além disso, prezava pela ideologia da manutenção da família unida para reprodução da força do trabalho do homem, com a colaboração gratuita da mulher na realização dos trabalhos domésticos.

Esse modelo de proteção social alcançou repercussão na maioria dos países industrializados europeus após a Segunda Guerra Mundial, graças à “generalização” do assalariamento e a hegemonia da “civilização” do trabalho. À época, durante trinta anos — a partir de 1945, considerados o período de ouro do capitalismo com compromisso social —, foi possível estabelecer relação de correspondência entre desenvolvimento econômico, salários

⁴⁴ “O receituário Keynesiano defendia que um agente deveria realizar mecanismos autorreguladores do mercado como instrumentos capazes de assegurar a oferta e a demanda. Esse agente deveria ser o Estado, o qual teria o dever, e não somente a opção, de intervir na economia, a fim de garantir a demanda agregada (conjunto de gastos, dos consumidores, investidores e do poder público por intermédio de medidas macroeconômicas, que incluiriam o investimento público suplementar). Estas medidas não poderiam ser financiadas por impostos adicionais – pois estrangulariam a demanda privada, mas por meio de gasto deficitário, isto é, contratação de empréstimos e emissão de moeda. E exigiria condições peculiares de pleno emprego, movidas por forças externas” (Pereira, 2011). Keynes era defensor do capitalismo e, portanto, não defendia a nacionalização ou a socialização dos meios de produção, mas a nacionalização e a socialização do consumo, sob a égide de um capitalismo regulado. Defendia o macro gerenciamento da economia para gerar crescimento sob condições de pleno emprego e uma série de políticas sociais incumbidas de redistribuir os frutos do crescimento econômico e compensar aqueles que pagaram o preço desse crescimento (Pierson, 1991).

estáveis e garantia de direitos sociais. Os cidadãos dispunham de salários estáveis mediante o exercício de atividades produtivas que deveriam garantir proteção universal para aqueles fora do mercado de trabalho e poderiam ter acesso às medidas assistenciais seletivas (Boschetti, 2006).

A análise do processo histórico da Seguridade Social tendo como base o modelo Beveridgiano revela estruturas baseadas em concepções e práticas keynesiano-fordistas, voltadas ao processo de acumulação capitalista, com forte regulação do Estado, mas também superação do keynesianismo-fordismo, a partir do final dos anos 1970, e sua substituição pelo ideário neoliberal/conservador, que impõe e implementa: a desregulamentação da economia e dos mercados; a reestruturação produtiva, priorizando a acumulação flexível; a capacitação e ativação do indivíduo para o mercado de trabalho precarizado; a distribuição de renda sob condicionalidades e foco na extrema pobreza, em detrimento de serviços públicos de caráter universal e de qualidade; as mudanças do papel do Estado; o acirramento da polarização entre classes sociais antagônicas na reivindicação de direitos sociais e na estruturação das políticas sociais; e, após 1990, a implementação de medidas de ações denominadas investimento social com foco nos ciclos de vida como alternativa de enfrentamento dos novos riscos sociais produzidos à sociedade pós-industrial, também chamada de sociedade do conhecimento (Abigailil, 2019, p. 134-135).

Essa perspectiva de investimentos social encontrou resistência na área econômica dos países, em comum acordo com o FMI, por estes entenderem que a sustentabilidade da Seguridade Social levava à

[...] passividade e dependência do seguro social, em vez da participação no trabalho e da independência econômica, [...] além de não colaborar com a solução do dilema de como lidar com: o aumento da expectativa de vida; a mudança da pirâmide demográfica; e com a estrutura do mercado de trabalho (Van Stralen, 2017, p. 12).

Contudo, em que pesem análises como essas, Hemerijck (2017) indica que a Seguridade Social, pautada em investimento social, foi ratificada oficialmente pela Comissão Europeia, com o Pacote de Investimento Social para o Crescimento e a Coesão Social (European Commission, 2013), em 20 de fevereiro de 2013. Essa Comissão pontificava que novas políticas de bem-estar eram cruciais ao preparo de indivíduos, famílias e sociedades, em resposta aos novos desafios de uma economia competitiva do conhecimento, assim como ao investimento em capital e habilidades humanas da tenra infância até a velhice. Tais políticas, portanto, teriam

prioridade em relação àquelas que simplesmente visassem ‘reparar’ danos e riscos após momentos de crise econômica ou individual. Mas, infelizmente, isso não aconteceu.

Contemporaneamente, ocorre um deslocamento do Estado Social para o Estado Mínimo, vale dizer: *mínimo para o social, mas máximo o capital*. Mínimo na estruturação e no financiamento dos Sistemas de Seguridade Social, de caráter universal, pautado pelo critério da satisfação das necessidades humanas, em prol do atendimento da insaciável necessidade de lucro do capital. Observa-se a materialização dessa tendência na ampliação e no aprofundamento de déficits sociais incompatíveis com a democracia e com a justiça social, dentre os quais destacam-se: a invulgar desigualdade social associada ao aumento da pobreza absoluta, do desemprego estrutural, dos desmontes dos direitos sociais, da autorresponsabilização dos indivíduos pelo próprio bem-estar, em meio a uma desconcertante lógica do rentismo financeiro, que concentra renda e riqueza, privatiza serviços públicos, fomenta o domínio de corporocracias antissociais e acirra a crise estrutural do capital em curso, já entrelaçada com a crise sindêmica e humanitária gerada pela COVID-19.

4.1 Trajetória histórica e o caso brasileiro

No Brasil, a agenda voltada ao Estado de Bem-estar e à Seguridade Social ganhou força ao final dos anos 1980, no contexto da construção e implementação da Constituição Federal de 1988, em contraposição democrática à Ditadura Civil-militar que dominou o país entre os anos 1964 e 1985.

Entretanto, a referida Constituição, denominada Cidadã, de perfil social-democrata, surgiu na contramão das tendências mundiais, pautadas pela agenda neoliberal dominante, cujo ideário forjado pelo Consenso de Washington, FMI, Banco Mundial (BIRD) e Tesouro Nacional dos Estados Unidos, inicialmente compreendida como um pacote de medidas econômicas, de livre mercado, também voltadas aos países em desenvolvimento ou periféricos⁴⁵. Esse pacote preceituava a extinção das políticas sociais universais; a retração da intervenção social do Estado; e a focalização das políticas sociais na extrema pobreza e à

⁴⁵ No modo de produção capitalista, o desenvolvimento econômico e social dos países se dá de forma desigual. Assim, alguns países, em determinadas épocas — a exemplo de Portugal, Inglaterra, Estados Unidos — assumiram posição global de dominância econômica e social e, por isso, passaram a ser categorizados como países centrais. Em contrapartida, países que se encontravam/encontram em uma situação oposta, ou seja, de subdesenvolvimento, subordinação e dependência (em relação aos países centrais), passaram a ser denominados de periféricos. Dentre os pesquisadores brasileiros que utilizam essa categorização, destacam-se Florestam Fernandes e Rui Mauro Marini, que estudam a Dependência, em especial a dos países latino-americanos.

margem da garantia de direitos. Nesse sentido, o *Welfare State* keynesiano-fordista, de extração social-democrata, favorável à ampliação dos direitos de cidadania, cedia lugar ao mercado pela via de mercadorização das políticas e dos serviços sociais públicos.

Nessa perspectiva, a Constituição da República Federativa do Brasil passou, de imediato, a ser negada e a sofrer violações, pois,

[...] o projeto neoliberal exigia a eliminação do Capítulo sobre a “Ordem Social” O Estado Mínimo, hegemônico na agenda de fomento internacional, era incompatível com os valores do Estado de Bem-Estar recém introduzidos na Carta de 1988, [a saber]: Seguro Social versus Seguridade Social; focalização versus universalização; assistencialismo versus prestação estatal direta dos serviços; desregulação e contratação flexível versus direitos trabalhistas e sindicais (Fagnani, 2019, p. 119).

Para Fagnani, no Brasil, esse comportamento tem raízes profundas e que remontam aos anos 1990. Assim, a Seguridade Social brasileira, o Sistema de Proteção Social, ou Estado de Bem-estar Social, experimenta, desde então, avanços e retrocessos que permeiam dois paradigmas antagônicos: o do Estado Mínimo *versus* o do Estado de Bem-estar Social, materializados em datas bem demarcadas. No período 1990-1992 ocorreu a contrarreforma liberalizante, com previsão de reforma constitucional para 1993; no de 1993-2002 adveio a Reforma do Estado, com a captura do Fundo Público da Seguridade Social e da Educação e a regressão dos direitos previdenciários; em 2003-2006 foi resgatada a Agenda Perdida, escrita por liberais e sob patrocínio de uma ONG financiada pelo Banco Mundial, com um debate entre focalização e universalização; em 2007-2014 verificou-se um crescimento econômico com inclusão social; em 2015-2019 observou-se o acirramento da austeridade fiscal e a derrocada da cidadania pós-golpe, com as contrarreformas da previdência, trabalhista e do novo regime fiscal, com a contraofensiva ultraliberal da *nova direita*, intervenção antipopular e antidemocrática (Fagnani, 2019, p. 121); e, no período de 2019-2022, processou-se o acirramento da contrarreforma do Estado, da Previdência e do Trabalho, com desmobilização dos Conselhos de Controle Democrático, a fragilização da participação social, via democracia participativa, com a permanência do regime fiscal de austeridade e privatização dos direitos sociais.

Não por acaso, Pereira-Pereira (2000, p. 126) afirma que o sistema de bem-estar brasileiro sempre expressou ranços decorrentes da dependência econômica do país e da sua longa, e ainda prevaiente, história colonial. Por isso, face à fragilidade das instituições democráticas, a política social brasileira teve suas fases de expansão justamente nos períodos avessos à cidadania, isto é, durante os regimes autoritários e sob governos de coalizões

conservadoras, permitindo a ingerência imperativa do poder executivo; a seletividade dos gastos sociais e da oferta dos benefícios e serviços públicos; a heterogeneidade e a superposição de ações; a desarticulação institucional; a intermitência da provisão; a restrição e a incerteza financeira.

Em vista disso, tendo como parâmetro a classificação dos regimes de bem-estar apresentados por Esping-Andersen (1991)⁴⁶, a autora classifica como misto o regime de bem-estar brasileiro,

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

Boschetti (2006), por sua vez, avalia que, com a Constituição de 1988, o Brasil procurou estruturar a Seguridade Social com base em um Sistema previdenciário-assistencial, sob a primazia e sustentabilidade do trabalho formal, o que fez emergir o grande paradoxo do Estado Social brasileiro, qual seja: a organização da seguridade social pautada pela lógica do complexo previdenciário-assistencial em uma sociedade não salarial, ou com frágil assalariamento.

Seja como for, é nessa Constituição brasileira, até hoje vigente e questionada pelas forças neoliberais-conservadoras nacionais, que o Sistema de Seguridade Social nacional se constitui pelas políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, além do Seguro-desemprego. Suas concepção e composição possíveis foram frutos de ingente mobilização dos trabalhadores para inserir na Carta Magna seus antigos pleitos por segurança social como direito do cidadão e dever do Estado, num contexto em que a democracia participativa previa o seu controle pela sociedade.

Tal Sistema guarda afinidades com o Sistema inglês, bem como com as pautas da Convenção nº 102 da OIT, de 1952, que contemplavam demandas de sindicalistas e do

⁴⁶ “Esping-Andersen (1991) apresenta uma tipologia que, sem se interessar pela identificação do avanço ou do atraso do padrão de política social prevalecente, privilegia os regimes ou ideologias políticas as quais informam os diferentes Estados de Bem-Estar, como segue: a) Estado de Bem-Estar de regimes liberal, nos quais o mercado assume a primazia; b) Estados de Bem-Estar de regimes conservadores, nos quais são preservados o *status quo*, a hierarquia social e as diferenças de classe. Geralmente tais Estados ‘têm a sua origem em regimes autoritários ou pré-democráticos que usam as políticas sociais como forma de desmobilizar a classe trabalhadora’ (Pierson, 1991, p. 187); c) Estados de Bem-Estar de regimes social-democratas, nos quais prepondera o Estado como principal agente de proteção social e de garantia de direitos” (Pereira-Pereira, 2000, p. 126).

movimento sanitário. Tais afinidades dizem respeito aos avanços em termos de garantia legal de direitos sociais⁴⁷, conforme o art. 194 do texto constitucional, a saber:

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

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

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

Ressalta-se ainda que a

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

Ademais, esse Sistema foi estruturado de forma a ser financiado com receitas próprias, previstas na Constituição e a ele formalmente vinculadas, asseguradas em seu art.195:

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

- I- Do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - b) a receita ou o faturamento;
 - c) o lucro;
- II- Do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;
- III- sobre a receita de concursos de prognósticos;
- IV- Do importador de bens e serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Brasil, 1988).

⁴⁷ São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, nos termos do Art. 6º da Constituição de 1988 e da Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010.

Por fim, a Constituição determina que o Estado deve destinar recursos do orçamento fiscal para atender demandas e necessidades, riscos e vulnerabilidades sociais, afetos à toda a população, conforme os ciclos de vida, por meio das políticas integrantes de seu Sistema de Seguridade Social, a serem tratadas a seguir.

4.2 Política de Previdência Social

A Política de Previdência Social brasileira data do século XIX, com a aprovação de leis que garantiam benefícios sociais voltados à proteção social. Entretanto, a sua cobertura estava condicionada à inserção da população no mercado de trabalho formal, tendo como objetivo regular e monitorar as relações trabalhistas, além de dar cobertura aos eventos de aposentadoria, doença e pensão por morte aos segurados contribuintes e seus dependentes.

Dentre todas as legislações referentes ao trabalho no Brasil, a que instaurou a Previdência Social no país foi a Lei Eloy Chaves, de inspiração bismarckiana, que provocou uma mudança de paradigma no âmbito desta política, com a criação de caixas privadas de previdência.

Inicialmente, a Previdência Social pautou-se pelo princípio da solidariedade e por um regime de repartição, com financiamento de trabalhadores e empregadores, para garantir a atenção aos riscos sociais advindos da perda de renda do trabalho, decorrente de invalidez, velhice, doença e morte. Posteriormente, o Estado passou a contribuir, até incorporar a atual lógica de mercadorização do direito, sob a forma de previdência privada e complementar, via fundos de pensão, instituindo um sistema híbrido de previdência social, com definição de teto para participação do Estado no financiamento mediante as categorias profissionais.

A Lei Eloy Chaves, conforme Decreto nº 4862, de 24 de janeiro de 1923, assegurou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Em 1923 foi criada a primeira CAP, dos ferroviários, e, em 1926, a dos portuários e marítimos. A proteção era devida somente aos segurados, de acordo com fundos específicos. Cada empresa dispunha de sua Caixa, que garantia: aposentadoria por invalidez ou tempo de serviço; pensão aos dependentes do segurado; serviços de saúde e compra de medicamentos a preços reduzidos e auxílio-funeral.

A gestão dos fundos específicos dessas Caixas ficava a cargo de seus respectivos Conselhos Administrativos; o Estado não participava do processo de gestão e nem do financiamento e as CAPs tinham como receita as contribuições de trabalhadores e empregadores. Cada trabalhador disponibilizava 3% de seu salário mensal, enquanto as empresas participavam com 1% de sua receita anual bruta.

A partir de 1930, após o golpe de Estado, denominado Revolução⁴⁸, que conduziu Getúlio Vargas à Presidência da República, muitas transformações ocorreram na gestão e na burocracia estatal. O Estado assumiu papel de interventor na condução do desenvolvimento do país, baseado em experiências da Europa Central, mas também em reflexões de intelectuais nacionalistas, como Oliveira Vianna, Azevedo Amaral e Alberto Torres. Nesse governo, questões ligadas ao exercício do trabalho, às relações trabalhistas e à organização dos trabalhadores passaram a ter maior centralidade e regulação estatal. Foram criados vários Ministérios, com prioridade para o do Trabalho, Indústria e Comércio, que se tornou responsável pela estruturação legal e institucional da relação capital-trabalho. A Previdência Social constituiu um dos principais temas da agenda governamental e a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) — em contraposição ao regime das CAPs — ampliou o alcance da política previdenciária, já com nova estruturação (Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social, 2017).

Os IAPs se estruturaram em torno de categorias profissionais, e não mais por empresas, como eram as CAPs, enquanto o Estado assumiu a gestão, limitou a natureza das categorias profissionais e instituiu o Conselho do Trabalho no âmbito do Ministério do Trabalho, de caráter consultivo. Com isso, no período compreendido entre os anos 1930 a 1950, coexistiram dois modelos de previdência social no Brasil: o das CAPs, de caráter privado, e o dos IAPs⁴⁷, de caráter estatal.

Em 1953, com a unificação das CAPs e a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e das Empresas do Serviço Público (CAPFESP), ocorreu uma reestruturação do Sistema Previdenciário, que migrou para o aparelho do Estado. Em decorrência, os IAPs reestruturaram-se como autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, constituindo o Sistema Previdenciário estatal, que passou a gerir e administrar os recursos da Previdência Social. Os benefícios que passaram a ser assegurados por esses Institutos foram: aposentadoria por velhice e invalidez; pensão aos beneficiários dos associados ativos ou aposentados que viessem a falecerem; e auxílio-funeral. A legislação assegurava ainda a garantia de outros benefícios, como: assistência médica, cirurgia hospitalar, auxílio-maternidade, auxílio-enfermidade e pecúlio, os quais poderiam ou não estar vinculados à contribuição complementar (Oliveira, Teixeira, 1986; Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social, 2017).

⁴⁸ Movimento armado que culminou com um golpe de Estado e derrubou a chamada República Velha.

Nesse Sistema reestruturado de Previdência Social, o Estado passou a realizar uma gestão tripartite, sendo um dos cofinanciadores. Entretanto, a sua participação financeira foi sempre residual, voltada à administração do Sistema e a atendimentos de interesses governamentais, nem sempre cabíveis, e priorizados pelos contribuintes e segurados. Essa forma de gestão tem sido a principal marca do papel do Estado no trato dos recursos financeiros da Previdência Social, o qual procede da seguinte forma: de um lado, contribui residualmente com o seu financiamento e, de outro, utiliza, no exercício de sua gestão, o fundo previdenciário como receita própria para executar políticas e ações que pouco ou nada têm a ver com a política previdenciária. E esse cenário perdura até os dias atuais, tendo como exemplo a desvinculação de receitas da União (DRU), isenção fiscal, incentivos fiscais e outros (Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social, 2017, p. 18).

Em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), Lei nº 3087/1960, que congregou todos os Institutos de Previdência e previu a unificação dos benefícios e serviços. Em 1963 ampliou-se a cobertura previdenciária urbana; aprova-se o Estatuto do Trabalhador Rural, com o objetivo de garantir a inserção do trabalhador do campo na Previdência Social e, tem-se sancionada, no Governo de João Goulart, a Lei nº 4.214, que instituiu o Fundo de Assistência ao trabalhador rural, denominado FUNRURAL. Tal lei garantiu assistência médica e social aos trabalhadores rurais, mas gozou de parca aplicabilidade por falta de recursos financeiros para a sua implementação.

Vários fatores contribuíram para a desaceleração do crescimento econômico no governo de João Goulart. Dentre eles, ressaltam-se os confrontos de interesses entre o capital internacional e as políticas nacionais, e o apoio de frações das classes integrantes da elite brasileira à intervenção das forças armadas no governo do país. Dessa feita, em 1964 foi deflagrado o Golpe Civil-militar que durou vinte e um anos, e, mais uma vez, mergulhou o país em um processo antidemocrático, no qual benefícios e serviços concretizados por políticas sociais tinham o claro objetivo de compensar o truculento cerceamento dos direitos individuais, civis e políticos dos cidadãos.

Em 1966, o governo ditatorial procedeu grande mudança no Sistema Previdenciário com repercussões no mundo do trabalho: unificou os IAPs, excetuando-se o Instituto de Previdência e Aposentadoria dos Servidores do Estado (IPASE); criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); aprovou o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e a extinção da estabilidade no emprego. Em 1967, o INPS passou a gerir o seguro por acidentes do trabalho e, em 1970, outras medidas de cunho trabalhista foram instituídas, tais como: o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

(PASEP), seguidos, em 1971, do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), considerado o embrião de um órgão voltado para o financiamento da previdência rural.

Percebe-se, com base nessa reestruturação, que o Sistema Previdenciário Assistencial brasileiro, mesmo sob a égide da Ditadura, continha uma particularidade de origem que, entre 1964 e 1985, soava paradoxal: mesclar a lógica do seguro, de inspiração bismarckiana, com a lógica não contributiva da assistência social, de inspiração Beveridgeana, e associá-las às relações do trabalho formal para dar sustentabilidade ao Sistema. Mas, tudo isso, em um contexto no qual as liberdades democráticas quedavam-se cerceadas. Todavia, conquistada a democracia, um novo paradoxo se fez presente, principalmente na atualidade. Hoje, a mescla entre o público e o privado, inscrita nas recomendações dos Organismos multilaterais — FMI e BM —, sob o imperativo da mercadorização dos direitos sociais, via previdência privada e ampliação dos fundos de pensão, cerceia direitos de igualdade, aprofundando as desigualdades sociais e a pobreza. Afinal, embora mantidas as formas de financiamento dessa política, a partir de contribuições sociais, a tendência de capitalização, com nova roupagem, dirigida para cercear os direitos dos contribuintes/segurados, aproxima a previdência de um seguro social que pode ser comprado no mercado (Boschetti, 2006). Ou, conforme Castell (2005), a base da segurança e a transferência do seguro vinculado à condição trabalho constituem uma propriedade de transferência, materializada nas políticas previdenciárias, cujas semelhanças são universais: um valor é descontado e esse valor não pode ser negociado no mercado pelo beneficiário; o uso do benefício é subordinado a certas circunstâncias ou situações previstas — doença, aposentadoria; o pagamento da contribuição é inevitável, mas cria um direito inalienável. A propriedade do segurado não é um bem vendável, ela se insere em um sistema de exigências jurídicas, de modo que as prestações são repassadas por uma instituição pública.

Segundo Boschetti (2006), esta dinâmica de propriedade social permitiu que o capitalismo se desenvolvesse no processo de industrialização, pois está ligada ao trabalho formal, ao tempo em que cria condições para, quando necessário, se libertar da hegemonia do trabalho, sem ser excluída do sistema de proteção social.

O que define a segurança de acesso ao benefício, portanto, é o fato de o indivíduo estar inscrito em uma ordem jurídica, de caráter universal, associada ao direito do trabalho; e, por meio do vínculo com o trabalho formal, efetivar-se o assalariamento, gerando a consolidação do seguro social. Nesta perspectiva, o trabalho assalariado formal induz a resistências neoliberais, além de preocupações e conflitos constantes, pois, conforme Castell, a consolidação da sociedade salarial pode possibilitar a universalização da proteção social, mas,

quando ocorre a precarização das relações de trabalho, além da pejetização, instala-se a insegurança social.

No Brasil, essa lógica jurídica e de escopo universal ligada ao trabalho formal não se estruturou na íntegra. Isso porque, na década de 1930, a sociedade brasileira era tipicamente rural, e só a partir da década de 1970 buscou-se implementar uma proteção social ligada ao emprego, bem como a experimentar-se a urbanização, a industrialização e a concentração de trabalhadores assalariados nos setores secundários e terciários da economia, não sendo possível a geração de uma sociedade salarial, além de preponderarem trabalhos informais que não garantiam acesso à proteção previdenciária (Boschetti, 2006).

Eis o motivo de as especificidades da previdência social brasileira, desde 1930, estarem associadas ao processo de industrialização e urbanização, o qual impulsionou o mercado de trabalho com salários mensais e a regulamentação de várias profissões. Com a passagem do regime oligárquico rural para o urbano industrial, no governo Vargas, entre 1935 e 1945, implementam-se novas relações de trabalho, organização do mercado laboral e de acumulação do capital. Fortaleceu-se, nesse período, a função da previdência social na gestão da força de trabalho, concomitantemente com o reforço da acumulação do capital, em decorrência do incentivo governamental ao desenvolvimento industrial.

Além disso, análises evidenciam que o fundo público da previdência social foi amplamente capitalizado e investido no processo de industrialização brasileiro, antes de se implantar o sistema de repartição com distribuição equitativa da receita previdenciárias. Ou, em outras palavras, as contribuições financeiras significativas dos trabalhadores e empregadores foram deliberadamente investidas na construção de estradas de ferro, rodovias, siderurgias centrais e hidrelétricas, indicando que a previdência, ao mesmo tempo em que resultava do processo de assalariamento industrial, possibilitava ao governo auferir e utilizar um capital fixo para incentivar a indústria (Boschetti, 2006; Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social, 2017).

Conforme Teixeira (2014, p. 32),

O início do processo de assalariamento no Brasil permitiu o desenvolvimento do sistema previdenciário, responsável pela proteção parcial dos trabalhadores assalariados do mercado urbano formal, com o pagamento de benefício de aposentadorias e com a prestação de serviços de assistência médica e assistência social, articulando para esse segmento da sociedade as políticas de previdência, saúde e assistência. O processo de financiamento era centrado nas folhas de salários via contribuição de empregados e empregadores. Contudo, até 1960, existiu a participação do Estado, por meio das cotas previdenciárias pagas pelos consumidores de bens e serviços de empresas vinculadas aos institutos de aposentadorias, nem sempre repassadas aos cofres do fundo previdenciário.

Assim, informa o autor,

[...] a construção do mercado de trabalho no Brasil, ao mesmo tempo que permitiu o recolhimento das contribuições previdenciárias, administradas sob o regime de capitalização, até à promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, também serviu de *funding* para o financiamento da indústria nascente. No aspecto político, a previdência contribuiu com a gestão e o controle da força de trabalho, reforçando a posição hegemônica do ‘Estado Novo’ [...]. Os governos recorrem às reservas acumuladas dos fundos públicos para investimento na economia [...]. O volume de recursos públicos arrecadados e o montante das reservas investidas transformaram o fundo público-previdenciário em um dos mais importantes ‘sócios’ da União e das empresas estatais criadas por Getúlio Vargas.

Ressalta-se que no início de 1969 e nas décadas seguintes, de 1970 e 1980, o Sistema Previdenciário, por intermédio do INPS, reconheceu e incorporou outras categorias profissionais, a exemplo dos(as) trabalhadores(as) rurais. Em 1971, por meio de legislação infraconstitucional, regulamentou o Prorural, substituindo o FUNRURAL; e, em 1972, incorporou a categoria de empregados domésticos. A seguir, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que regulamentou o salário-maternidade e a RMV, destinada às pessoas idosas, acima de 70 anos de idade e para pessoas com deficiência; em 1977, criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)³⁹, firmou acordos para assegurar a Previdência Complementar e Privada; em 1987, instituiu o Piso Nacional de Salários (PNS) e o Salário-mínimo de Referência (SMR).

Observa-se, nesse período, que o Brasil iniciou um processo de transição da cidadania salarial para a cidadania social; isto é, dos direitos guiados pela lógica do seguro, garantido pelo trabalho formal via salário, para os direitos guiados pela lógica da assistência, devida pelo Estado, incluindo os trabalhadores rural, doméstico e informal. Isso possibilitou, em 1971, a concessão de aposentadoria aos trabalhadores rurais, independentemente de sua contribuição à previdência social; e, em 1974, a garantia de acesso à saúde (em casos de urgência) sem necessidade de contribuição.

Sobre o acesso à cidadania social no Brasil, atrelada à base salarial, Santos (1987) considerou que esta inaugurou uma cidadania “regulada”,

[...] cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por

expansão dos valores inerentes ao conceito de membro de comunidade (Santos, 1987, p. 68).

Por isso, acentua o autor, no Brasil só seria cidadão quem comprovasse, com a carteira de trabalho assinada, ser trabalhador, posto que este se tornou o principal documento solicitado em abordagens policiais de pessoas consideradas suspeitas nas ruas.

Ao instituir o MPAS em 1974 — incluindo, dessa forma, a Assistência Social na estrutura ministerial —, o governo já sinalizava um Sistema de Seguridade Social híbrido rumo à cidadania social. Portanto, em 1977, surgiu o SINPAS, que, além do INPS, agregou o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência (IAPAS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Central de Medicamentos (CEAME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). Trata-se, sem dúvida, de um aparato que remava contra a corrente do costumeiro discurso dos economistas liberais, que sempre alegaram “crises financeiras” decorrentes do elevado gasto com o setor saúde, em decorrência da aquisição de serviços privados (que, em certo período de tempo, consumiu cerca de 90% dos valores arrecadados), além dos casos de corrupção, aplicação das receitas em outras ações que não de previdência social, isenção fiscal e sonegação, bem como dos lucros duplamente exigidos pelos bancos⁴⁹ ao efetivarem os repasses dos benefícios mediante cobranças de taxas de serviços.

Entretanto, esse aparato foi montado num momento em que se anunciava uma crise econômica recessiva, a partir de 1975, associada a políticas de ajustes fiscais, igualmente recessivas, do início dos anos 1980, acoçadas pelo aumento do desemprego e, conseqüentemente, da diminuição das receitas previdenciárias. Campeava, ainda, a sonegação das empresas (inclusive públicas) e uma expressiva redução das transferências de recursos da

⁴⁹ “Os bancos utilizavam-se de um artifício contábil denominado ‘caixa dupla’ que consistia na existência de duas contas: uma de entrada, onde eram depositados os recursos arrecadados referentes às contribuições de patrões e empregados; outra conta de saída para pagamento dos benefícios. Os autores explicam o funcionamento da “caixa dupla”: “É facultado aos bancos reter os recursos arrecadados na primeira conta durante alguns dias, investindo-os antes de repassá-los à segunda conta, sem pagar correção ou juros por essa aplicação. Entretanto, como os bancos pagam as pensões e aposentadorias, mais os serviços comprados, mesmo quando a segunda conta não tem saldo para cobri-los, sacando no vermelho, registram neste caso os valores pagos como empréstimos à Previdência, sobre os quais são cobrados juros bancários [...]. Lucram assim os bancos duplamente com o mecanismo estabelecido. Por um lado, pela possibilidade de reter por alguns dias os recursos previdenciários em seu poder e investi-los como lhes for conveniente. Por outro lado, pela cobrança de juros sobre uma dívida que é como vimos, com frequência, mero resultado contábil” (Oliveira; Teixeira, 1989, p. 179-180; Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social; 2017, p. 21).

União para um patamar de 3,4% do total da receita previdenciária, sendo que no período 1970-1973 esse percentual era da ordem de 10% (Teixeira, 1989; Abigail, 2019).

Com esse histórico, o sistema financeiro da previdência social brasileiro tornou-se conhecido por seus desequilíbrios, pela utilização dos fundos, pelas omissões do Estado, por sonegações e artifícios contábeis, por parte de empresas, de bancos e de ausência de clara concertação sobre a gestão e os reais objetivos do Sistema (Comissão Parlamentar de Inquérito da Previdência Social, 2017) — sem falar da implementação da previdência privada e da financeirização via fundos de pensão para privilegiar a reprodução do capital.

Na década de 1970, o regime de produção keynesiano-fordista, próprio do Estado Social nos países centrais, entrou em declínio e, em decorrência das novas técnicas de produção, ampliou-se a extração da mais-valia relativa, mesmo com a redução do desemprego e a garantia de direitos sociais. A grande ofensiva do capital, produzindo novos desmontes de direitos adquiridos, responde por esse fato que colaborou com o surgimento de uma nova fase de acumulação capitalista de perfil financeiro, sob a égide do chamado neoliberalismo. Esse novo modo de acumulação, de vocação internacionalista, rompeu com as limitações do keynesianismo, circunscrito às esferas nacionais, e reagiu, veementemente, contra a queda das taxas de lucro causada pelo aumento da inflação associado à recessão econômica — constituindo o fenômeno da *estagflação* — o qual, nos fins dos anos 1970, denunciava o começo da crise estrutural do capital ainda em curso. Nesse processo, o capital rompeu com o pacto social-democrata e, à revelia dos direitos trabalhistas, partiu em busca de um novo padrão de acumulação para sair da crise — o que, de fato, se deu mediante seu redirecionamento para os setores improdutivos, tais como o militar e o financeiro especulativo, sendo neste via fundos de pensão, instituídos no âmbito da previdência social (Salvador, 2010, p. 111). Ou seja, como afirma o autor, referenciado em Chesnais (2005), no âmbito mais rentável.

Cumprir informar que, no Brasil, a fase de conquistas de direitos sociais não coincidiu com o período dos países desenvolvidos, embora tais conquistas nacionais também tenham sido por eles permeadas. Senão, veja-se a seguir.

O I Plano Nacional da chamada Nova República (PND, 1986-1989) sinalizou a dificuldade de conciliar o financiamento da Previdência Social, concernente à despesa e à receita, por questões relacionadas com a diminuição de empregos estáveis e a redução de salários em épocas de recessão, além de eventos demográficos, como o aumento dos trabalhadores considerados economicamente inativos (aposentados e pensionistas) em relação aos contribuintes economicamente ativos. Ressalte-se, ainda, que 90% das fontes de financiamento eram incoerentes e não permeadas por justiça social, provenientes que eram da

contribuição dos trabalhadores urbanos, onerando as pequenas empresas. Aos trabalhadores rurais cabiam apenas seis benefícios, em desvantagem quando comparados os trabalhadores urbanos, que podiam receber até dezoito. Além disso, o I PND indicou procedimentos para a reforma da previdência social. Quanto ao financiamento, apontou a necessidade de ampliar as fontes de receita e adotar as mais progressivas — como impostos calculados sobre os lucros e ganhos de capital das empresas empregadoras —, em prol do rebaixamento das contribuições advindas das folhas de salário; quanto à natureza dos tipos de benefícios, recomendou maior seletividade dos mesmos, priorizando os contribuintes de baixa renda, e reavaliação dos benefícios existentes (Boschetti, 2006).

4.2.1 Previdência Social na Constituição de 1988

A Constituição de 1988 estabeleceu marcos legais e avanços previdenciários significativos. Elevou-os ao *status* de direito social, sinalizando a perspectiva da emancipação política, estendendo-os ao homem e à mulher da zona rural e à toda a sua família; atrelou o valor e o ajuste dos benefícios previdenciários ao salário-mínimo; assegurou a cobertura previdenciária e de assistência social aos trabalhadores formais e informais; assegurou o BPC às pessoas idosas e às portadoras de necessidades especiais; garantiu maior acesso de benefícios às mulheres; e estabeleceu isonomia entre os gêneros quanto ao acesso à pensão por morte.

Entretanto, mesmo com tais avanços, o Sistema não fez frente ao acirramento de conflitos entre capital e trabalho ou conseguiu diminuir injustiças, ditas protetivas, implementadas pela legislação infraconstitucional, na gestão e no financiamento dos diferentes regimes previdenciários: Regime Geral de Previdência Social (RGPS); Regime Próprio de Previdência Social (RPPS); Regime de Previdência Complementar (RPC), via Previdência Privada por meio dos Fundos de Pensão.

Avalia-se que os Sistemas de Regime por Repartição (RGPS e parte do RPPS) vêm sofrendo, junto com a Constituição, constantes violações e retiradas de direitos, mediadas por políticas macroeconômicas e instrumentos contábeis gerenciais defensores da sustentabilidade financeira do Sistema e da ampliação dos Fundos de Pensão. O debate desonesto, segundo Fagnani (2019), sobre os quais se sustentam, respaldam-se na necessidade de contrarreformas face à questão do envelhecimento e da dependência associada à solidariedade intergeracional, distanciando, assim, o direito previdenciário da justiça fiscal preconizada na Carta Magna, ao tempo em que aproximam a previdência do seguro social, mercadorizando-a. E ainda, defendem a transferência dos recursos para o capital portador de juros, enfraquecendo o Regime de

Repartição e o pacto intergeracional com o consequente estímulo ao Regime de Previdência Privada (Abigalil, 2019).

Os arts. 201 e 195 da Constituição Federal de 1988 definem a Previdência Social como um contrato social que deve ser custeado por toda a sociedade, direta e indiretamente, mediante o regime de repartição simples, apoiado na solidariedade intergeracional entre membros da classe trabalhadora, isto é: entre a geração que trabalha e sustenta a geração que está em gozo do benefício previdenciário. Estes dispositivos constitucionais foram alvo de várias “emendas” contrarreformistas, embora na Carta Magna esteja preceituado que a Previdência Social dispõe de marco regulatório legal, no qual a gestão pública deve ser quadripartite — governo, trabalhadores, empregados e aposentados/pensionistas — e que o seu financiamento se daria, em parte, pelo regime de repartição e pela solidariedade inter e intrageracional.

Contudo, hoje, o conteúdo do artigo 201 da referida Constituição⁵⁰, após numerosas Emendas contrarreformistas (tendo sido a última, de 2019, no Governo Bolsonaro, a mais avassaladora), está assim alterado:

[...] a previdência social será organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, na forma da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

I - cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 1º É vedada a adoção de requisitos ou critérios diferenciados para concessão de benefícios, ressalvada, nos termos de lei complementar, a possibilidade de previsão de idade e tempo de contribuição distintos da regra geral para concessão de aposentadoria exclusivamente em favor dos segurados: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

I - com deficiência, previamente submetidos a avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - cujas atividades sejam exercidas com efetiva exposição a agentes químicos, físicos e biológicos prejudiciais à saúde, ou associação desses agentes, vedada a caracterização por categoria profissional ou ocupação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

⁵⁰ Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/1160355/artigo-201-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: ago. 2023.

§ 2º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 3º Todos os salários de contribuição considerados para o cálculo de benefício serão devidamente atualizados, na forma da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 4º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 5º É vedada a filiação ao regime geral de previdência social, na qualidade de segurado facultativo, de pessoa participante de regime próprio de previdência. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 6º A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 62 (sessenta e dois) anos de idade, se mulher, observado tempo mínimo de contribuição; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - 60 (sessenta) anos de idade, se homem, e 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, se mulher, para os trabalhadores rurais e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 8º O requisito de idade a que se refere o inciso I do § 7º será reduzido em 5 (cinco) anos, para o professor que comprove tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio fixado em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 9º Para fins de aposentadoria, será assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição entre o Regime Geral de Previdência Social e os regimes próprios de previdência social, e destes entre si, observada a compensação financeira, de acordo com os critérios estabelecidos em lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 9º-A. O tempo de serviço militar exercido nas atividades de que tratam os arts. 42, 142 e 143 e o tempo de contribuição ao Regime Geral de Previdência Social ou a regime próprio de previdência social terão contagem recíproca para fins de inativação militar ou aposentadoria, e a compensação financeira será devida entre as receitas de contribuição referentes aos militares e as receitas de contribuição aos demais regimes. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 10. Lei complementar poderá disciplinar a cobertura de benefícios não programados, inclusive os decorrentes de acidente do trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo Regime Geral de Previdência Social e pelo setor privado. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 11. Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e conseqüente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei. (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

(§ 12. Lei instituirá sistema especial de inclusão previdenciária, com alíquotas diferenciadas, para atender aos trabalhadores de baixa renda, inclusive os que se encontram em situação de informalidade, e àqueles sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 13. A aposentadoria concedida ao segurado de que trata o § 12 terá valor de 1 (um) salário-mínimo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 14. É vedada a contagem de tempo de contribuição fictício para efeito de concessão dos benefícios previdenciários e de contagem recíproca. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 15. Lei complementar estabelecerá vedações, regras e condições para a acumulação de benefícios previdenciários. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 16. Os empregados dos consórcios públicos, das empresas públicas, das sociedades de economia mista e das suas subsidiárias serão aposentados compulsoriamente, observado o cumprimento do tempo mínimo de contribuição, ao atingir a idade máxima de que trata o inciso II do § 1º do art. 40, na forma estabelecida em lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019) (Brasil 1988).

E o mesmo pode ser dito, em matéria de alteração, do conteúdo atual do art. 202⁵¹ da Constituição, após várias emendas:

[...] O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 1º A lei complementar de que trata este artigo assegurará ao participante de planos de benefícios de entidades de previdência privada o pleno acesso às informações relativas à gestão de seus respectivos planos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 2º As contribuições do empregador, os benefícios e as condições contratuais previstas nos estatutos, regulamentos e planos de benefícios das entidades de previdência privada não integram o contrato de trabalho dos participantes, assim como, à exceção dos benefícios concedidos, não integram a remuneração dos participantes, nos termos da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 3º É vedado o aporte de recursos a entidade de previdência privada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, suas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e outras entidades públicas, salvo na qualidade de patrocinador, situação na qual, em hipótese alguma, sua contribuição normal poderá exceder a do segurado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 4º Lei complementar disciplinará a relação entre a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, inclusive suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas controladas direta ou indiretamente, enquanto patrocinadoras de entidades fechadas de previdência privada, e suas respectivas entidades fechadas de previdência privada. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 4º Lei complementar disciplinará a relação entre a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, inclusive suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas controladas direta ou indiretamente, enquanto patrocinadores de planos de benefícios previdenciários, e as entidades de previdência complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 5º A lei complementar de que trata o parágrafo anterior aplicar-se-á, no que couber, às empresas privadas permissionárias ou concessionárias de prestação de serviços públicos, quando patrocinadoras de entidades fechadas de previdência privada. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 5º A lei complementar de que trata o § 4º aplicar-se-á, no que couber, às empresas privadas permissionárias ou concessionárias de prestação de serviços públicos, quando patrocinadoras de planos de benefícios em entidades de previdência complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 6º A lei complementar a que se refere o § 4º deste artigo estabelecerá os requisitos para a designação dos membros das diretorias das entidades fechadas de previdência privada e disciplinará a inserção dos participantes nos colegiados e instâncias de

⁵¹ Acesso em: 8 de 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/430144/artigo-202-da-constituicao-federal-de-1988>.

decisão em que seus interesses sejam objeto de discussão e deliberação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 6º Lei complementar estabelecerá os requisitos para a designação dos membros das diretorias das entidades fechadas de previdência complementar instituídas pelos patrocinadores de que trata o § 4º e disciplinará a inserção dos participantes nos colegiados e instâncias de decisão em que seus interesses sejam objeto de discussão e deliberação. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019) (Brasil, 1988).

Mesmo assim, ressalta-se o fato de que a Constituição de 1988 sempre pretendeu assegurar o Sistema Previdenciário dos trabalhadores da iniciativa privada, rural e urbana, sustentado em Leis Infraconstitucionais regulamentadoras, a saber: as de nº 8.212/91, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, explicita a Previdência Social e a quem deve ser destinado seus benefícios; e nº 8.213/91, que dispõe sobre o Custeio e dá outras providências. Além destas, outras normas legais regulam o Sistema Previdenciário: a Lei complementar nº 108, de 2001, que dispõe sobre a relação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e outras entidades públicas e suas respectivas entidades fechadas de previdência complementar; e a Lei complementar nº 109 de 2001, que trata do Regime Complementar de Previdência Social.

Estudos revelam que a previdência privada no Brasil data da década de 1970, em plena Ditadura Civil-militar deflagrada em 1964. Inicialmente, ela foi regulamentada pela Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977. Mas, em meio a legislações complementares e contrarreformas implementadas por vários governos, após a Constituição de 1988, houve a expansão monetária voltada para os fundos de pensão, gerando contínuas transformações nas formas e fontes de financiamento, além de nos critérios de elegibilidade para acesso à proteção previdenciária. E isso impactou amplos segmentos da classe trabalhadora, incluídos os trabalhadores rurais, do setor privado e servidores públicos civis.

Em suma, no Brasil, do período compreendido entre os anos 1988 e 2022, verificaram-se profundas alterações na legislação, na cobertura e na regulamentação do Sistema Previdenciário, ao tempo em que também ocorreu acirrado processo de desconstitucionalização, por meio de emendas e de legislação infraconstitucional.

Especificidades mais significativas de Emendas que alteram a Proposta Original do Sistema Previdenciário Brasileiro previsto na Constituição de 1988

Em 1995, o professor Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu a Presidência da República do Brasil, conclamando a todos que esqueçam o que ele escreveu e ensinado a

respeito da Teoria da Dependência, ao tempo em que implementou o projeto neoliberal, em estreita consonância com as diretrizes do Consenso de Washington, seguindo as determinações e a assessoria de organizações multilaterais, a exemplo do Banco Mundial; Organização Mundial do Comércio (OMC); ONU; Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Organização para Cooperação e Desenvolvimento (OCDE).

O primeiro ato de governo de FHC foi a Medida Provisória nº 813, de 01 de janeiro de 1995, que extinguiu o Ministério de Bem-estar Social e determinou que os Órgãos integrantes do mesmo fossem também extintos, mediante gestão de liquidantes nomeados.

No âmbito da Previdência Social, FHC inaugurou a violação contra este setor da Seguridade Social com o primeiro ato de contrarreforma após a promulgação da Constituição: a Emenda Constitucional nº 20/1998, assim expressa no art. 201 da nova Carta Magna:

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma do Regime Geral da Previdência Social – RGPS, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I - Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II - Proteção à maternidade, especialmente à gestante; III- Proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV – Salário Família e Auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda, e; V - Pensão por Morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2.º (benefício que substitui o rendimento do segurado terá como valor mensal mínimo o salário mínimo nacional) (Brasil, 1988, p. 109).

Essa Emenda Constitucional oportunizou a fragilização dos direitos de cidadania social, previstos na Constituição, por permitir a alteração na aposentadoria por tempo de serviço e, em substituição, instituir a por tempo de contribuição, definindo limites para o seu acesso; suspensão do benefício por acidente de trabalho; retirada do trabalho do garimpeiro e do trabalhador rural do regime de economia familiar; estabelecimento de um teto para os benefícios previdenciários. Ademais, submeteu e vinculou o financiamento da Seguridade Social ao equilíbrio financeiro e atuarial, possibilitando que a sua regulamentação fosse feita por leis ordinárias, em especial por aquelas referentes ao cálculo, reajustes, teto e valores; e as contribuições sociais dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, receitas ou faturamento e lucro.

Em 2003, no primeiro mandato do então Presidente Lula, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 41, seguindo diretrizes dos Organismos Internacionais. O objetivo principal dessa medida foi retirar direitos previdenciários da categoria de servidores públicos — particularmente dos pertencentes aos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), sob o velho argumento da insustentabilidade da Previdência Social em face dos benefícios do RPPS,

em relação ao RGPS, com o intuito de diminuir os benefícios para induzir os segurados a recorrerem à previdência complementar, leia-se ao mercado financeiro.

Em 2005, foi a vez da aprovação da Emenda Constitucional nº 47, que produziu mudanças na Emenda Constitucional nº 41 de 2003. Mudanças dentre as quais vale salientar a alteração na aposentadoria especial para as pessoas com deficiência e/ou que exercessem atividade de risco, no âmbito do RPPS; e a estruturação do Sistema Especial de Inclusão Previdenciária (SEIP) no RGPS, para os trabalhadores de baixa renda e os que se dedicavam exclusivamente ao trabalho doméstico sem remuneração. Para tanto, entende-se como crucial a EC 47 de 2003, por institucionalizar o direito na perspectiva da reprodução social, abrindo espaços para conquistas posteriores dessa categoria profissional.

Em 2011, no governo da presidenta Dilma Rousseff, foi aprovada a Lei nº 12.740, que regulamentava a aposentadoria das donas de casa, na condição de seguradas facultativas e de baixa renda, com alíquotas menores — 5% do salário-mínimo — no âmbito do RGPS, ampliando o legítimo direito à cobertura da política pública de Previdência Social.

Ainda no governo da presidenta Dilma, em 2012, verificou-se a regulamentação da previdência complementar, por meio da Lei nº 12.618, para servidores públicos federais efetivos. Essa Lei regulamentava a EC nº 41, de 2003, que sinalizava para a criação de previdência complementar, que só em 2013 foi matéria de Legislativo Federal com a criação da Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe), e do Regulamento do Plano de Benefícios do Poder Legislativo Federal (LegisPrev). Nessas tratativas, os valores dos benefícios do RPPS tiveram como referencial e limites os equivalentes aos do RGPS, motivando a adesão concomitante dos segurados à previdência complementar. A partir de então, os servidores públicos passaram a ser pressionados a aderirem ao RPPS. Todavia, mesmo diante de regras restritivas e da diminuição dos valores dos benefícios, tais medidas não estimularam a adesão aos fundos de pensão. E, em decorrência disto, em 2015 foi sancionada a Lei nº 13.183, alterando a Lei nº 12.618, de 2012, com vista a determinar que a adesão dos servidores à Funpresp fosse automática, retirando a possibilidade de opção do servidor.

Em 2014, a presidenta Dilma Rousseff, eleita para um segundo mandato, foi vítima de um golpe político, parlamentar e midiático, sendo destituída do poder. E, em que pese a tentativa golpista do governo de Michel Temer de aprofundar, especialmente entre os anos de 2015 e 2016, o alinhamento neoliberal para atender demandas empresariais por ajustes fiscais, subsídios, desonerações fiscais, isso não obteve êxito. A saída foi editar a Medida Provisória nº 664 que, regulamentada pela Lei nº 13.135/2015, alterou significativamente o acesso e o critério

de elegibilidade dos benefícios de pensão por morte, auxílio-doença e auxílio-reclusão, na mesma perspectiva de contrarreforma previdenciária.

No caso do acesso da pensão por morte, exigia-se dezoito contribuições mensais, vigência de dois anos de casamento ou união estável para cônjuges e companheiros; a duração do benefício passara a vigorar de quatro meses a vinte anos, com exceção para os cônjuges ou companheiros com idade igual ou superior a 44 (quarenta e quatro) anos na data do óbito do segurado, casos em que a pensão viria a ser vitalícia. E para o acesso ao benefício de auxílio-reclusão, os dependentes do segurado em situação prisional deveriam se enquadrar nas mesmas regras da pensão por morte.

Quanto ao acesso do auxílio-doença, a lei exigia, com raras exceções, carência de doze salários de contribuição; o cálculo se traduzia pela média aritmética simples dos últimos doze salários de contribuição; os Ministérios da Saúde e da Previdência Social deveriam atualizar a relação de enquadramento a cada 3 (três) anos, conforme os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade merecedoras de tratamento particularizado; e a perícia médica do INSS poderia firmar convênios, termos de execução descentralizada, para realizar perícia médica por delegação ou cooperação técnica, sob sua coordenação.

Ainda em 2015, o governo Dilma apresentou a Medida Provisória nº 676, sancionada pela Lei nº 13.183/2015, que assegurava a possibilidade de aposentadoria mediante a junção dos tempos de contribuição e de idade. Essa metodologia de cálculo, utilizada entre 1985 e 1995, visava restringir a concessão de aposentadorias por tempo de contribuição, diminuindo, dessa forma, aposentadorias antes dos 60 (sessenta) anos de idade. Além disso, a referida lei considerava facultativo o uso do fator previdenciário e regulamentava a vinculação automática do servidor público com renda superior ao teto estabelecido no RGPS à previdência complementar.

Tais medidas, compatíveis com o receituário neoliberal, foram adotadas pela presidente Dilma como estratégias políticas de resistência contra o ardiloso⁵² processo de *impeachment* — iniciado em 2 de dezembro de 2015 — que ameaçava o seu mandato, e que, em 31 de agosto de 2016, se mostrou vitorioso. Dessa feita, em maio de 2016, Michel Temer, então vice-presidente da República, tomou posse da Presidência de forma interina, causando ampla fissura na democracia brasileira, que já sinalizava forte influência da “nova direita”.

⁵² Os argumentos foram forjados a partir de contabilidade criativa, alegando que a presidenta realizava “pedaladas fiscais”, isto é, ampliava os gastos infringindo o teto do orçamento fiscal.

Nos dois anos da gestão de Michel Temer, houve um ataque à Seguridade Social em condição impensável desde 1988, principalmente contra a Previdência Social e o Trabalho protegido. Só ficaram excluídos dessa contrarreforma antissocial as Forças Armadas, os policiais, os bombeiros militares e os privilégios do sistema financeiro.

A EC 95/2016, que implementava um Novo Regime Fiscal, atingiu a todos os poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social. Assegurava a duração de 20 (vinte) anos, a partir de 2017, e fixava, para cada ano, um limite individualizado para a despesa primária⁵³ total do Executivo, Legislativo e Judiciário, mesmo que esses poderes dispusessem de garantia constitucional e autonomia administrativa e financeira. A medida congelou as despesas primárias e deixou livres os investimentos financeiros, contribuindo para a limitação das políticas sociais; a MP nº 726/2016, que extinguiu o Ministério de Previdência Social (MPS), transferiu suas competências para os Ministérios da Fazenda e do Desenvolvimento Social e Agrário; a Lei nº 13.457/2017 determinou a avaliação dos benefícios de auxílio doença e benefícios por invalidez; e a MP nº 767/267 criou um bônus para peritos médicos do INSS, ao passo que excluía a intervenção de assistentes sociais nesse trabalho.

Ressalta-se, ainda, a Lei nº 13.467/2017, que instituiu a contrarreforma trabalhista, com o objetivo de flexibilizar as relações de trabalho, ampliar a jornada, assegurar o trabalho intermitente e a terceirização. Esta lei alterou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) — mediante o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 — em cem artigos, cuja divulgação pelo governo era calcada no argumento de que ela impulsionaria a modernização trabalhista, pois visava ampliar o acesso dos trabalhadores ao mercado de trabalho com base em três pressupostos, a saber: 1) flexibilização das normas para aumento da formalização e alargamento da base previdenciária; 2) prevalência da negociação coletiva sobre o direito legislado; e 3) diminuição da insegurança jurídica nas relações de trabalho.

Por conseguinte, se, na perspectiva do então Poder Executivo e das lideranças parlamentares da *nova direita*, as modificações na CLT não feririam os direitos dos trabalhadores, já que sua estrutura modernizaria a relação capital-trabalho, na perspectiva dos trabalhadores, tal lei propiciaria: maior retrocesso no mundo do trabalho, provocando a fuga da carteira assinada (com a diminuição da base das contribuições sociais); enfraquecimento da negociação coletiva e o poder de negociação dos sindicatos; e um aumento considerável da

⁵³ Despesa (obrigatória ou discricionária) também conhecida como não-financeira, correspondente ao conjunto de gastos na oferta de serviços públicos, deduzidas as despesas financeiras. São exemplos os gastos com pessoal, custeio e investimento.

insegurança jurídica nas relações laborais, além da perda de direitos trabalhistas (Abigailil, 2019).

No governo Temer editou-se ainda a PEC nº 287, de 09 de maio de 2017⁵⁴, que trata da contrarreforma da Previdência Social, propondo a alteração dos arts. 37, 40, 42, 149, 167, 195, 201 e 203 da CF de 1988, com o objetivo de desconstitucionalizar o disposto para a Seguridade Social e estabelecer regras de transição. De acordo com pesquisadores, a exemplo de Fagnani (2019), esta PEC rompeu com o pacto civilizatório e com o Estado de Bem-estar Social previstos na Constituição de 1988, transfigurando benefícios e aposentadorias assegurados, ou eliminando o direito à aposentadoria de grande contingente populacional. Embora essa PEC não tenha sido transformada em Lei, sedimentou o caminho para a construção da EC nº 103/2019, que institucionalizou o confisco do direito à aposentadoria de várias categorias da classe trabalhadora. A perspectiva dessa contrarreforma previdenciária era a de alterar o benefício previdenciário rural para assistencial; criar impedimentos ao acesso à aposentadoria, com base na expectativa de vida; ampliar a idade para a aposentadoria; induzir e obrigar a adesão à previdência privada; criar um nicho de mercado atrelado à financeirização e à mercadorização do direito social; desresponsabilizar o Estado da garantia de uma política pública de Previdência Social de caráter contributivo, redistributivo e progressivo.

De acordo com Banco Mundial, as mudanças engendradas pelo governo Temer eram consideradas “necessárias e urgentes” para conter a dívida da Seguridade Social (Organização das Nações Unidas, 2017). Para essa instituição, a reforma da Previdência processada no Brasil naquele período, privilegiando sistemas de pensões para funcionários do Estado e do setor privado, equivalia cerca de um terço do gasto público. Sem reformas e ajuste fiscal, o déficit do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), destinado ao segundo grupo, chegaria a 16% do PIB até 2066 (Organização das Nações Unidas, 2017).

Em 2019, no governo ultradireitista de Bolsonaro, arraigam-se mudanças antidemocráticas, a exemplo das previstas na MP nº 870, de 1º de janeiro de 2019, que definia

⁵⁴ A EC 287/2017, entre outras medidas, define como prioritária a exigência de 65 anos para a aposentadoria, sem distinção de gênero e 25 anos de contribuição; institui apenas um tipo de aposentadoria; altera a forma de cálculo da aposentadoria, que passa a equivaler a 51% da média dos salários de contribuição, acrescidos de 1% para cada ano de contribuição, assegurado o limite de 100% e o teto do RGPS; assegura a premente revisão das aposentadorias especiais; institui a aposentadoria compulsória aos 75 (setenta e cinco) anos para servidores públicos; define a obrigatoriedade de manutenção da qualidade de segurado para computo e reconhecimento do tempo de atividade para trabalhadores rurais; impede a acumulação de benefícios previdenciários no RGPS e RPPS; altera e reduz o valor do benefício de pensão por morte ao equivalente a 50%, acrescido de cotas individuais de 10% por cada dependente até o limite de 100%; define e reduz o critério de elegibilidade para o acesso ao BPC, ampliando a idade mínima de 65 anos para 70 anos.

a estrutura, a composição e a organização dos órgãos integrantes da Presidência da República e dos Ministérios Setoriais, então reduzidos a vinte e dois, sendo extintos seis, que dariam sustentação às políticas sociais e ao trabalho como direito social. A partir daí, desencadeou-se uma nova contrarreforma do aparelho estatal e da Seguridade Social, aprofundando o caminho trilhado pelo governo anterior. Não por acaso, imperaram a ideologia da *nova direita*, de laivos fascistóides; a polarização da sociedade, alimentada pelo ódio; a negação da ciência e da educação; o incentivo ao armamento da população, com ataques à democracia participativa; e extinção de Conselhos de Defesa de Direitos, em especial da Pessoa Idosa.

Já no início desse governo, o Ministério do Trabalho foi extinto, seguindo a sina do Ministério da Previdência Social, no governo de Temer, quando as atribuições previdenciárias foram transferidas para o então criado Ministério da Economia, que incorporou a gestão do INSS, com estrutura reduzida e lógica privatista típicas do sistema de seguro e do regime de capitalização.

Essa guinada para a direita radical, intensamente divulgada pelo primeiro escalão do governo Bolsonaro, adquiriu ares de vitória contra os trabalhadores. O Ministro de Estado da Casa Civil, Onyx Lorenzoni, não se constrangia em afirmar a filiação ultraliberal (leia-se neoliberal/neoconservadora = neodireitista) do governo do qual fazia parte. Em uma de suas primeiras entrevistas à imprensa, para explicar as linhas de atuação dos gestores governamentais, explicitou, em cadeia nacional, que todos os integrantes do novo governo “são contra tudo após 30 anos atrás”. Em que pese a falta de consistência da mensagem do porta voz do governo, induz a interpretar essa fala aliada ao discurso da contrarreforma trabalhista e à introdução da mudança de cor da carteira de trabalho para verde e amarelo, pauta a identificação do governo com a referida contrarreforma, já aprovada e sem possibilidade de revogação, e com o inteiro teor da EC 95, do governo anterior, instituído pelo golpe de Estado de 2016.

No mesmo passo, em 8 de janeiro de 2019, em entrevista coletiva, os Ministros Paulo Guedes, da Economia, e Onyx Lorenzoni, da Casa Civil, explicitaram, sem nenhum sigilo e restrição de informação, que o governo Bolsonaro aprovaria a Reforma da Previdência com a incorporação do Regime de Capitalização. Segundo Guedes, “[...] a capitalização constitui uma espécie de poupança que o próprio trabalhador faz para assegurar a aposentadoria no futuro”; assim, “[...] um sistema de capitalização, como estamos desenhando, é algo bastante mais robusto, é mais difícil, o custo de transição é alto. Mas estamos trabalhando para as futuras gerações”; e admite que a reforma empreendida pelo governo Bolsonaro é “profunda” e servirá para “democratizar” o sistema previdenciário, “acelerar” o ritmo de crescimento e “estimular” o aumento de produtividade” (Gerbelli, 2019).

Face a esse discurso, assusta rememorar que tal modelo já fora implantado no Chile, na gestão do ditador Pinochet; e que lá, grande contingente de pessoas idosas cometeu e vem cometendo suicídio, em especial os que optaram por esse regime de capitalização no passado, quando ainda eram trabalhadores economicamente ativos, e estão recebendo apenas ½ do salário-mínimo vigente naquele país, agora na sua aposentadoria.

Sobre essa tendência, Fagnani (2019), argumenta que:

[...] as medidas aprovadas não mudam em nada a essência da proposta original do governo, que continua muito ruim para uma sociedade constituída por expatriados dos frutos da riqueza que contribuem para gerar. Em última instância, o governo aposta na morte do cidadão trabalhador antes da aposentadoria. Essa é via velada pela qual se pretende fazer o ajuste fiscal. Quem viver, vagará pelas ruas como zumbi sem proteção, somando-se aos milhões de desempregados, desalentados e subempregados. Hoje, 15% dos trabalhadores com mais de 60 anos são “inaposentáveis”. Caso essas regras sejam aprovadas esse contingente crescerá exponencialmente nas próximas décadas [...] O problema do Brasil não é algum inexistente “déficit” da Previdência. O problema é o déficit da democracia, é o déficit do capitalismo: o sistema político não representa a sociedade, e o capitalismo requer consumidor [...] aprofundará a desigualdade que está em toda parte (2019, p. 247).

Por tudo isso, torna-se evidente que a contrarreforma da Previdência Social do governo Bolsonaro, apresentada como “Nova Previdência”, a EC 103, publicada no Diário Oficial da União em 13 de novembro de 2019, é um dos maiores ataques à democracia brasileira, no que se refere à possibilidade de a classe trabalhadora alçar ao menos a emancipação política e uma velhice com dignidade. Além de, no meio jurídico, ser considerada inconstitucional, por acarretar uma série de retiradas de direitos assegurados no sistema previdenciário. Afinal, ela exige novas idades de aposentadoria, novo tempo mínimo de contribuição e regras de transição rígidas para quem já é segurado. Publicizada como “reestruturação histórica” pelo então secretário especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia, Rogério Marinho, ela geraria em 10 (dez) anos, segundo ele, uma economia de cerca de R\$ 800 bilhões aos cofres da União.

Além disso, impõem-se como exigências principais: idade mínima de 65 (sessenta e cinco) anos, para os homens, e 62 (sessenta e dois), para as mulheres, com tempo mínimo de contribuição de 20 (vinte) e 15 (quinze) anos, respectivamente; valor da aposentadoria correspondente a 60% da média do valor de referência das contribuições, ou seja, equivalente à renda do trabalhador economicamente ativo; direito ao valor integral, a partir da data aprovada, condicionado à contribuição do trabalhador por 40 (quarenta) anos e à comprovação da idade mínima, desconsiderando a assimetria da expectativa de vida dos trabalhadores em

diferentes contextos de desigualdade: urbanos, rurais, negros, residentes em grandes centros urbanos e nas periferias.

Importa ressaltar que, no período que antecedeu essa “Nova Previdência”, o valor integral do benefício era definido pela fórmula 86/96, qual seja: para o homem, a soma da idade e do tempo de contribuição deveria ser igual a 96 (noventa e seis), sendo exigidos 35 (trinta e cinco) anos de contribuição; e, para a mulher, o direito à aposentadoria integral era de acordo com a soma da idade e do tempo de contribuição (30 anos no mínimo) e deveria corresponder a 86 (oitenta e seis) pontos. Também foi extinta a regra da aposentadoria por idade, a qual exigia 15 (quinze) anos de contribuição e idade mínima de 60 (sessenta) anos para a mulher e 65 (sessenta e cinco) para o homem, ficando estabelecidas regras de transição para quem estivesse no mercado de trabalho.

4.2.2 Contrarreforma previdenciária da Nova Direita - EC 103/2019 - caminho sem aposentadoria

Para os trabalhadores que integravam o RGPS — quer da iniciativa privada, quer de municípios sem sistema previdenciário próprio, entre outros —, a regra geral de aposentadoria passou a exigir das mulheres pelo menos 62 (sessenta e dois) anos de idade e 15 (quinze) de contribuição; e, dos homens, 65 (sessenta e cinco) anos de idade e 20 (vinte) de contribuição. O tempo de contribuição mínimo permaneceria em 15 (quinze) anos somente para os homens filiados ao RGPS antes da emenda constitucional entrar em vigor.

No caso de servidores públicos federais, que contribuía para o RPPS da União, a nova regra geral exigia 62 (sessenta e dois) anos de idade para mulheres e 65 (sessenta e cinco) para os homens, com pelo menos 25 (vinte e cinco) anos de contribuição — 10 (dez) de serviço público e 5 (cinco) no cargo em que se daria a aposentadoria. Estavam ainda previstas regras diferenciadas para algumas categorias profissionais, a saber: professores: 25 (vinte e cinco) anos de contribuição e 57 (cinquenta e sete) de idade mínima para mulheres, 60 (sessenta) anos idade para homens. Essa regra se aplicava somente aos professores que comprovassem tempo de efetivo exercício nas funções de magistério na educação infantil, no ensino fundamental ou no ensino médio. No caso dos policiais, tanto homens quanto mulheres poderiam se aposentar aos 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, desde que tivessem 30 (trinta) anos de contribuição e 25 (vinte e cinco) anos de efetivo exercício da função; essa regra alcançava os cargos de agente penitenciário, agente socioeducativo, policial legislativo, policial federal, policial rodoviário federal, policial ferroviário federal e policial civil do Distrito Federal. Quanto aos trabalhadores

e trabalhadoras rurais, estes mantinham o tempo de contribuição de 15 (quinze) anos e as idades mínimas de aposentadoria de 55 (cinquenta e cinco) anos, para as mulheres, e 60 (sessenta) para os homens.

O artigo 40⁵⁵ da Constituição Federal prevê alterações contempladas na EC 103/2019 para os Servidores Públicos da seguinte forma:

[...] O regime próprio de previdência social dos servidores titulares de cargos efetivos terá caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente federativo, de servidores ativos, de aposentados e de pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

I – por incapacidade permanente para o trabalho, no cargo em que estiver investido, quando insuscetível de readaptação, hipótese em que será obrigatória a realização de avaliações periódicas para verificação da continuidade das condições que ensejaram a concessão da aposentadoria, na forma de lei do respectivo ente federativo; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II – compulsoriamente, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição, aos 70 (setenta) anos de idade, ou aos 75 (setenta e cinco) anos de idade, na forma de lei complementar; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 88, de 2015) (Vide Lei Complementar nº 152, de 2015)

III - no âmbito da União, aos 62 (sessenta e dois) anos de idade, se mulher, e aos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e, no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na idade mínima estabelecida mediante emenda às respectivas Constituições e Leis Orgânicas, observados o tempo de contribuição e os demais requisitos estabelecidos em lei complementar do respectivo ente federativo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 2º Os proventos de aposentadoria não poderão ser inferiores ao valor mínimo a que se refere o § 2º do art. 201 ou superiores ao limite máximo estabelecido para o Regime Geral de Previdência Social, observado o disposto nos §§ 14 a 16. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 3º As regras para cálculo de proventos de aposentadoria serão disciplinadas em lei do respectivo ente federativo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 4º É vedada a adoção de requisitos ou critérios diferenciados para concessão de benefícios em regime próprio de previdência social, ressalvado o disposto nos §§ 4º-A, 4º-B, 4º-C e 5º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 4º-A. Poderão ser estabelecidos por lei complementar do respectivo ente federativo idade e tempo de contribuição diferenciados para aposentadoria de servidores com deficiência, previamente submetidos a avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 4º-B. Poderão ser estabelecidos por lei complementar do respectivo ente federativo idade e tempo de contribuição diferenciados para aposentadoria de ocupantes do cargo de agente penitenciário, de agente socioeducativo ou de policial dos órgãos de que tratam o inciso IV do caput do art. 51, o inciso XIII do caput do art. 52 e os incisos I a IV do caput do art. 144. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 4º-C. Poderão ser estabelecidos por lei complementar do respectivo ente federativo idade e tempo de contribuição diferenciados para aposentadoria de servidores cujas atividades sejam exercidas com efetiva exposição a agentes químicos, físicos e biológicos prejudiciais à saúde, ou associação desses agentes, vedada a caracterização por categoria profissional ou ocupação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

⁵⁵ Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/431394/artigo-40-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: jun. 2023.

§ 5º Os ocupantes do cargo de professor terão idade mínima reduzida em 5 (cinco) anos em relação às idades decorrentes da aplicação do disposto no inciso III do § 1º, desde que comprovem tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio fixado em lei complementar do respectivo ente federativo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 6º Ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis na forma desta Constituição, é vedada a percepção de mais de uma aposentadoria à conta de regime próprio de previdência social, aplicando-se outras vedações, regras e condições para a acumulação de benefícios previdenciários estabelecidas no Regime Geral de Previdência Social. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 7º Observado o disposto no § 2º do art. 201, quando se tratar da única fonte de renda formal auferida pelo dependente, o benefício de pensão por morte será concedido nos termos de lei do respectivo ente federativo, a qual tratará de forma diferenciada a hipótese de morte dos servidores de que trata o § 4º-B decorrente de agressão sofrida no exercício ou em razão da função. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 8º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios estabelecidos em lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, 19.12.2003)

§ 9º O tempo de contribuição federal, estadual, distrital ou municipal será contado para fins de aposentadoria, observado o disposto nos §§ 9º e 9º-A do art. 201, e o tempo de serviço correspondente será contado para fins de disponibilidade. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 10 - A lei não poderá estabelecer qualquer forma de contagem de tempo de contribuição fictício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/98) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 11 - Aplica-se o limite fixado no art. 37, XI, a soma total dos proventos de inatividade, inclusive quando decorrentes da acumulação de cargos ou empregos públicos, bem como de outras atividades sujeitas a contribuição para o regime geral de previdência social, e ao montante resultante da adição de proventos de inatividade com remuneração de cargo acumulável na forma desta Constituição, cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e de cargo eletivo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/98)

§ 12. Além do disposto neste artigo, serão observados, em regime próprio de previdência social, no que couber, os requisitos e critérios fixados para o Regime Geral de Previdência Social. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 13. Aplica-se ao agente público ocupante, exclusivamente, de cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, de outro cargo temporário, inclusive mandato eletivo, ou de emprego público, o Regime Geral de Previdência Social. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 14. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, por lei de iniciativa do respectivo Poder Executivo, regime de previdência complementar para servidores públicos ocupantes de cargo efetivo, observado o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social para o valor das aposentadorias e das pensões em regime próprio de previdência social, ressalvado o disposto no § 16. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 15. O regime de previdência complementar de que trata o § 14 oferecerá plano de benefícios somente na modalidade contribuição definida, observará o disposto no art. 202 e será efetivado por intermédio de entidade fechada de previdência complementar ou de entidade aberta de previdência complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 16 - Somente mediante sua prévia e expressa opção, o disposto nos §§ 14 e 15 poderá ser aplicado ao servidor que tiver ingressado no serviço público até a data da publicação do ato de instituição do correspondente regime de previdência complementar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/98)

§ 17. Todos os valores de remuneração considerados para o cálculo do benefício previsto no § 3º serão devidamente atualizados, na forma da lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 41, 19.12.2003)

§ 18. Incidirá contribuição sobre os proventos de aposentadorias e pensões concedidas pelo regime de que trata este artigo que superem o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, com percentual igual ao estabelecido para os servidores titulares de cargos efetivos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 41, 19.12.2003) (Vide ADIN 3133) (Vide ADIN 3143) (Vide ADIN 3184)

§ 19. Observados critérios a serem estabelecidos em lei do respectivo ente federativo, o servidor titular de cargo efetivo que tenha completado as exigências para a aposentadoria voluntária e que opte por permanecer em atividade poderá fazer jus a um abono de permanência equivalente, no máximo, ao valor da sua contribuição previdenciária, até completar a idade para aposentadoria compulsória. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 20. É vedada a existência de mais de um regime próprio de previdência social e de mais de um órgão ou entidade gestora desse regime em cada ente federativo, abrangidos todos os poderes, órgãos e entidades autárquicas e fundacionais, que serão responsáveis pelo seu financiamento, observados os critérios, os parâmetros e a natureza jurídica definidos na lei complementar de que trata o § 22. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 22. Vedada a instituição de novos regimes próprios de previdência social, lei complementar federal estabelecerá, para os que já existam, normas gerais de organização, de funcionamento e de responsabilidade em sua gestão, dispondo, entre outros aspectos, sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

I - requisitos para sua extinção e consequente migração para o Regime Geral de Previdência Social; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - modelo de arrecadação, de aplicação e de utilização dos recursos; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

III - fiscalização pela União e controle externo e social; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

IV - definição de equilíbrio financeiro e atuarial; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

V - condições para instituição do fundo com finalidade previdenciária de que trata o art. 249 e para vinculação a ele dos recursos provenientes de contribuições e dos bens, direitos e ativos de qualquer natureza; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VI - mecanismos de equacionamento do déficit atuarial; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VII - estruturação do órgão ou entidade gestora do regime, observados os princípios relacionados com governança, controle interno e transparência; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VIII - condições e hipóteses para responsabilização daqueles que desempenhem atribuições relacionadas, direta ou indiretamente, com a gestão do regime; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

IX - condições para adesão a consórcio público; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

X - parâmetros para apuração da base de cálculo e definição de alíquota de contribuições ordinárias e extraordinárias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019) (Brasil, 1988).

Cálculo dos Benefícios Previdenciários a partir de 2020

O cálculo dos benefícios da Previdência Social, a partir de junho de 2020, está consubstanciado mediante especificidades dos regimes de previdência social e dos benefícios assegurados na Constituição de 1988, com as suas alterações, e ainda nas legislações e

instrumentos jurídicos infraconstitucionais — a exemplo de Decreto nº 10.410, de 30 de junho de 2020, que altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e, em especial, nas leis de nº 8.212, de 24 de julho de 1991 e nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Chama a atenção a possibilidade de uma Lei ser alterada por um Decreto.

- Sobre o cálculo dos benefícios na nova previdência: alguns critérios que inviabilizam o acesso a previdência social com benefícios integrais ou parciais

Os trabalhadores do RGPS poderiam se aposentar com 60% da média de todas as contribuições previdenciárias efetuadas desde julho de 1994. Para cada ano a mais de contribuição, além do mínimo exigido, seriam acrescidos dois pontos percentuais aos 60%. Assim, para ter direito à aposentadoria no valor integral (100% da média de contribuições), as mulheres deveriam contribuir por 35 (trinta e cinco) anos, enquanto os homens por 40 (quarenta) anos.

O valor das aposentadorias não seria inferior a um salário-mínimo, nem poderia ultrapassar o teto do RGPS de R\$ 7.087,22 por mês, a partir de 2023. O percentual do benefício recebido poderia ultrapassar 100% para mulheres que contribuíssem por mais de 35 (trinta e cinco) anos e para homens que contribuíssem por mais de 40 (quarenta) — sempre limitado ao teto do RGPS.

A Nova Previdência apresentava mudanças na forma de calcular a aposentadoria. Se anteriormente o cálculo era feito com base nas 80% maiores contribuições efetuadas nesse mesmo período, agora levaria em consideração todas as contribuições feitas pelo segurado desde julho de 1994. Anteriormente, o cálculo era feito com base nas 80% maiores contribuições efetuadas nesse mesmo período.

Para os servidores públicos federais que ingressassem na carreira a partir de 1º de janeiro de 2004, o cálculo do benefício seria semelhante ao do Regime Geral: definido 20 (vinte) anos de contribuição, 60% da média de todas as contribuições, aumentando dois pontos percentuais a cada ano a mais de contribuição (tanto para homens quanto mulheres). Para os que ingressassem no serviço público até 31 de dezembro de 2003, ficaria mantida a integralidade, e o valor da aposentadoria seria o do último salário, desde que atendidos os requisitos das regras

de transição. Quantos às alíquotas, estas seriam progressivas⁵⁶ e incidiriam sobre cada faixa de remuneração, de forma semelhante ao cálculo do Imposto de Renda (IR).

- Sobre pensão por morte

Em caso de pensão por morte, o pagamento seria de 50% do valor da aposentadoria, acrescido de 10% para cada dependente. Assim, 1 (um) dependente: 60% da aposentadoria do(a) falecido(a); 2 (dois) dependentes: 70%; 3 (três) dependentes: 80%; 4 (quatro) dependentes: 90%; 5 (cinco) ou mais dependentes: 100%. Para os dependentes em situação de invalidez, ou com deficiência grave, o pagamento seria de 100% do valor da aposentadoria no Regime Geral, sem exceder o teto. Contudo, para os servidores públicos da União, caso o valor excedesse o teto, seria pago 50%, acrescido de 10% por dependente; os cônjuges, ou companheiros/as de policiais e agentes penitenciários mortos por agressão sofrida em decorrência do trabalho teriam direito à pensão integral, com valor correspondente à remuneração do cargo.

- Sobre acúmulo de Benefícios

Em casos nos quais a lei assegurasse o acúmulo de benefícios, seriam pagos 100% do benefício de maior valor a que a pessoa teria direito, mais um percentual da soma dos demais. Esse percentual variaria de acordo com o valor do benefício: 100% do valor até um salário-mínimo; 60% do valor que estiver entre um e dois salários-mínimos; 40% do que estiver entre dois e três salários; 20% entre três e quatro salários-mínimos; e 10% do que ultrapassar quatro salários-mínimos.

- Sobre regras de transição

Essas regras seriam passíveis de opção para quem já estivesse no mercado de trabalho, e quando fosse possível realizar os cálculos. No caso do RGPS, haveria cinco regras de

⁵⁶ Até um salário-mínimo: 7,5%; entre um salário-mínimo e R\$ 2 mil: 9%; entre R\$ 2 mil e R\$ 3 mil: 12%; entre R\$ 3 mil e o teto do RGPS: 14%. Para os servidores públicos federais no RPPS da União, até um salário-mínimo: 7,5%; entre um salário-mínimo e R\$ 2 mil: 9%; entre R\$ 2 mil e R\$ 3 mil: 12%; entre R\$ 3 mil e o teto do RGPS: 14%; entre o teto do RGPS e R\$ 10 mil: 14,5%; entre R\$ 10 mil e R\$ 20 mil: 16,5%; entre R\$ 20 mil e o teto constitucional: 19%; acima do teto constitucional: 22%. As novas alíquotas entraram em vigor em março de 2020, isto é, no quarto mês subsequente ao da data da publicação da emenda.

transição: quatro por tempo de contribuição e uma por idade. Para os servidores públicos da União, haveria duas opções de transição.

Registram-se ainda pontos polêmicos e algumas normativas que deveriam integrar a EC 103/2019, estabelecidos para compor a Nova Previdência, mas que foram retiradas e apensadas à PEC 133/19. Pois, para conseguir aprovar a referida Emenda, o Congresso Nacional fracionou alguns pontos (sem consenso) e os transferiu para a referida PEC, conhecida como PEC Paralela. Estes pontos, ainda em discussão e sem consenso, referem-se: à inclusão dos estados e municípios na reforma; à tributação das entidades filantrópicas e ao fim da isenção para as exportações do agronegócio. Essa ainda está tramitando no Congresso Nacional.

4.2.3 Previdência para as Forças Armadas, policiais militares e bombeiros estaduais:

privilégio da carreira militar - Lei nº 13.934/19

No governo Bolsonaro, a reforma da Previdência Social dos militares foi aprovada em paralelo e separada da EC 103/2019. Esta Lei não apenas tratou da “aposentadoria” dos militares, mas também da “reestruturação da carreira militar”. Sob a justificativa de valorizar a progressão da carreira e a meritocracia no âmbito das Forças Armadas, o governo assegurou: auxílio disponibilidade (pago ao militar e ao reservista por estarem disponíveis para o trabalho a qualquer momento), com percentuais progressivos conforme a patente do beneficiado; reajustes no auxílio habilitação (pago ao militar por cada curso concluído com aproveitamento), com índices progressivos conforme o curso; e adicional de representação para os ocupantes de cargo de chefia.

E mais, em relação à contagem de pontos de tempo de serviço para a passagem à inatividade do militar (reserva), esta seguiu os seguintes critérios legais: o tempo mínimo de serviço subirá de 30 (trinta) para 35 (trinta e cinco) anos, sem idade mínima para se aposentar (reserva remunerada); haverá regra de transição para os militares na ativa, os quais terão de cumprir pedágio de 17% em relação ao tempo que faltar para atingir o tempo mínimo de serviço de 30 (trinta) anos.

A nova legislação cria o Adicional de Compensação de Disponibilidade Militar, que variará, de acordo com a patente, entre 5% e 32%. Para os oficiais-generais, o percentual variará de 35% a 41%; e, até 2023, haverá reajustes anuais, nos percentuais do Adicional de Habilitação, a serem incorporados aos soldos.

Acrescente-se a isso a previsão de alíquotas de contribuição: em caso de pensões a alíquota da contribuição de ativos e inativos, para pensões militares, passará dos atuais 7,5%

para 10,5%, e os pensionistas passarão a recolher pelo menos 10,5%, a partir de 2021; a alíquota chegará a 13,5% para alguns casos de filhas pensionistas vitalícias não inválidas. Na legislação anterior, os pensionistas não recolheriam contribuição previdenciária. Como os militares pagam contribuição de 3,5% a título de assistência médica, hospitalar e social, a soma das duas contribuições para ativos, inativos e pensionistas poderá alcançar até 14%. Além disso, os militares terão reajustes anuais até 2023, o que não ocorreu com os demais servidores públicos.

Segundo o Ministério da Economia (ME), à época, tais medidas teriam como resultado que a União deixaria de gastar R\$ 10,45 bilhões em dez anos. Já a reforma da Previdência dos civis economizaria mais de R\$ 800 bilhões no período.

Essa reforma e a reestruturação da carreira dos militares permite a inferência de que, dentre outras ações a elas somadas, o Presidente estaria pavimentando o caminho para os atos antidemocráticos, ocorridos na sede dos Três Poderes da República Brasileira em 08 de janeiro de 2023, com leniência de frações da classe militar, que está sendo comprovada na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) em andamento no Congresso Nacional no presente ano de 2023.

4.2.4 Regimes da Previdência Social: do direito social ao seguro

Viu-se, anteriormente, que o Brasil dispõe de três Regimes que integram o Sistema de Previdência Social — o Regime Geral de Previdência Social (RGPS); o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e o Regime de Previdência Complementar (RPC) — e que o Sistema Previdenciário do país está estritamente relacionado às relações de trabalho estabelecidas no mercado formal e informal

No âmbito da Previdência Social, são considerados trabalhadores protegidos aqueles ocupados e contribuindo para o Sistema; já os beneficiários dos contribuintes e os trabalhadores que se enquadram no conceito de “segurados especiais”, submetem-se a regras diferenciadas de contribuição e elegibilidade para ter acesso aos benefícios.

O quadro abaixo, readaptado para conter as contrarreformas em curso, ilustra a concepção e a estrutura de gestão dos referidos Regimes, em consonância com os Conselhos, instituídos conforme competências de carácter consultivo e/ou de “controle democrático”. Os referidos Conselhos e Comissões são estruturados na perspectiva de propor, apreciar e aprovar medidas de Política, acompanhar e realizar a gestão do Plano de Benefícios, do Plano de Custeio e o controle físico e financeiro de receitas e despesas, além da aplicação da arrecadação de cada

Regime. Por meio deles, pretende-se representar e dar a conhecer a tendência atual de desmonte e fragilização do sistema de repartição e a tendência paulatina ao sistema de capitalização.

QUADRO 1 – Estrutura, Gestão, Controle Social Democrático dos Regimes que integram a Previdência Social no Brasil

Conselho Nacional de Previdência (CNP)	Conselho Nacional de Dirigentes de Regimes Próprios (CONAPREV)		Conselho Nacional de Previdência Complementar (CNPC)
Regime Geral de Previdência Social (RGPS)	Regimes Próprios de Previdência dos Servidores (RPPS)		Previdência privada
Trabalhadores do setor privado e funcionários públicos celetistas	Funcionários públicos estatutários	Militares federais	Previdência complementar
Obrigatório, Nacional, Público, Subsídios Sociais, Benefício Definido – Teto. Admite Fundo de Previdência Complementar	Obrigatório, público, níveis federal, estadual e municipal. Benefício definido. Admite Fundo de Previdência Complementar	Obrigatório, público, nível federal, benefício definido = última remuneração com adicionais e incorporação de funções.	Optativa, administrada por fundos de pensão abertos ou fechados
Administrado pelo INSS	Administrado pelos respectivos governos	Administrado pelo Governo Federal	Fiscalizado pelo ex-Ministério da Fazenda (MF) e, posteriormente, Ministério da Economia (ME) e a partir de 2023 – Ministério da Previdência Social (MPS) fundos (fechados e abertos)
Repartição simples	Repartição simples / capitalização- União, Estados e Municípios		Capitalização

Fonte: ENF (2016); MPS (2016); MF (2018); ME (2019); MPS (2023) (readaptado).

Sobre as especificidades do Regime Geral da Previdência Social

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) — Lei nº 8.213, de 1991, foi criado com o objetivo de assegurar direitos e benefícios aos empregados, trabalhadores domésticos e avulsos, contribuintes individuais e agricultores que produzam em economia familiar e pescadores artesanais (segurados especiais). Os trabalhadores não vinculados a um regime próprio de previdência são, obrigatoriamente, incorporados e vinculados ao RGPS e obrigados à contribuição na forma da Lei nº 8.212/1991. No caso dos segurados empregados, inclusive os domésticos, cabe também ao empregador a obrigação de recolher a sua contribuição. O vínculo entre os segurados e o RGPS é de ordem legal e normativa, portanto obrigatório e automático; e os dependentes do segurado também são beneficiários do RGPS.

O Regime Geral é direcionado aos trabalhadores regidos pela CLT, aos de cargos de livre nomeação, sendo operacionalizado pelo INSS⁵⁷. Possui como um de seus objetivos a garantia da renda do segurado, e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice, pois, ao emitir os benefícios previdenciários, substitui a renda do segurado por ocasião da aposentadoria, da perda de sua capacidade de trabalho, especialmente quando exposto a riscos — doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário — e, ainda, à maternidade e à reclusão.

Em dezembro de 1998, a EC nº 20 introduziu alterações na Previdência Social, organizando-a sob a forma de Regime Geral de caráter contributivo e de filiação obrigatória. Em decorrência disso, determinou o valor máximo de R\$ 1.200,00 para os benefícios do Regime Geral, reajustável para fins de preservação do valor real; e introduziu no texto constitucional um fundo integrado por bens, direitos e ativos de qualquer natureza para, em adição à receita própria arrecadada, garantir recursos necessários ao pagamento dos benefícios do Regime Geral.

A EC nº 20/1988, procedeu, como já visto, alteração no art. 202 da Constituição Federal, que definia a média aritmética dos últimos 36 (trinta e seis) salários mensais de contribuição, indexados à inflação, para o cálculo do benefício da aposentadoria por tempo de serviço; e,

⁵⁷ O Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) foi fundado em 27 de julho de 1990, no Governo Collor, ligado ao Ministério da Previdência Social (MPS). Em consequência de contrarreformas da Previdência Social, foi transferido e alocado em vários Ministérios, a saber: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS); Ministério da Economia — após a extinção do Ministério da Previdência Social (MPS), pelo governo Temer, e a extinção do Ministério da Fazenda (MF) e do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), pelo governo Bolsonaro. Atualmente (2023), retornou ao MPS. Tem como competência operar os benefícios que integram a Política de Previdência Social e o BPC, conforme a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) — da Política de Assistência Social. O INSS está presente em 1.695 (mil seiscentos e noventa e cinco) Municípios brasileiros, com Agências de Previdência Social (APS); estima-se que existem cerca de 1.700 (mil e setecentos) postos de atendimento. Dispõe de 1.504 (mil quinhentas e quatro) Agências Convencionais; 4 (quatro) Prevbarcos; 7 (sete) agências que realizam acordos internacionais; 3 (três) agências com teleatendimento; 86 (oitenta e seis) agências de atendimento de demandas judiciais e dispõe de 90 (noventa) Prevcidades, por intermédio de Convênios com Prefeituras (SECPREV; MF, 2016). No período de 2016-2022, sofreu enorme processo de sucateamento, em que pese o esforço imensurável dos servidores do quadro: o governo Bolsonaro admitiu nesse Instituto e demais órgãos, cerca de 8.230 (oito mil duzentos e trinta) servidores aposentados e militares da reserva para atender o público, os quais desconheciam o trabalho e as normativas do órgão, bem como a legislação da política previdenciária; realizou mudanças na perícia médica; não permitiu a chamada de servidores públicos já concursados, além de, no início de 2020 e 2023, o INSS vem apresentando extensas filas virtuais, face à adesão de atendimento por *call center*, inteligência artificial e transferir para os segurados a inscrição dos requerimentos de benefícios a serem demandados via internet, conforme adoção de meios do gov.digital. No início de 2023, dispõe de 5 (cinco) milhões de requerimentos represados de pessoas que aguardam atendimento e concessão de benefícios e aposentadorias que demandam análise. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/convocacao-militares-inss-falta-gestao>/<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/aposentados-e-militares-ja-podem-ser-contratados-para-previdencia>;https://fenasps.org.br/wp-content/uploads/2022/12/diagnostico.propostas.inss_equipe.transicao.lula-anexos-fenasps_dez2022.pdf Acesso em: ago. 2023.

consequentemente, os critérios de cálculos dos benefícios de aposentadoria foram retirados da Constituição e estabelecidos por lei complementar. Devido a esse remanejamento, o cálculo dos benefícios da aposentadoria passou a ser regido pela Lei nº 9.876, de 29 de novembro de 1999, que definiu novas regras, criando o Fator Previdenciário. Este, por sua vez, determinou que: o benefício de aposentadoria passaria a ser calculado de acordo com o montante de contribuições realizadas pelo segurado, capitalizado a uma taxa com percentual variável, conforme o tempo de contribuição, a idade e a expectativa de gozo do benefício, induzindo um incentivo à permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho (Salvador, 2014).

A Lei Complementar 101/2000 — Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) — criou, conforme art. 68, o Fundo do Regime Geral de Previdência Social (FRGPS), formado pelas contribuições de patrões e empregados calculadas sobre a folha de salários e outros rendimentos do trabalho. Essa Lei também estabeleceu normas de finanças públicas, voltadas para a responsabilidade fiscal, constituindo-se um instrumento de apropriação do fundo público, com finalidade de impor limites às despesas não financeiras do orçamento e priorizar o pagamento dos juros da dívida.

Configurando um instrumento neoliberal, a referida lei foi instituída, em 1998, como política, integrante do ajuste fiscal do governo FHC, para cumprir o acordo firmado por este com o FMI, o qual impôs ao país uma série de medidas macroeconômicas, dentre as quais a geração de superávit primário para garantir o pagamento dos juros da dívida (Salvador, 2010).

Como já referido, o RGPS dispõe do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), de caráter consultivo e composição quadripartite, constituído por representantes do governo, dos trabalhadores economicamente ativos, dos empregadores e dos aposentados. Criado pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, este Conselho, sem caráter deliberativo, tem como competência estabelecer diretrizes gerais, participar, acompanhar, avaliar a política e a gestão previdenciária, exercendo o controle democrático e descentralizado da Política de Previdência, em cumprimento ao artigo 194 da Constituição de 1988 e à EC nº 20/1988.

Em 2003, com base no Decreto nº 4.874, foram criados os Conselhos de Previdência Social (CPSs) e unidades descentralizadas do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), vinculadas às Gerências-Executivas do INSS. Instâncias colegiadas, de caráter consultivo e de assessoramento, que tinham a competência de encaminhar propostas para serem deliberadas no âmbito do CNPS. Já os CPSs possibilitavam ampliar o diálogo entre a Gerência-Executiva do INSS e a sociedade, permitindo o debate sobre as necessidades específicas do público de cada localidade, em consonância com a legislação previdenciária.

- Regime Próprio de Previdência Social (RPPS)

O RPPS está voltado aos servidores civis, ou seja, servidores públicos efetivos previstos no art. 40 da Constituição Federal, sendo regulamentado pela Lei infraconstitucional nº 9.717, de 1998. Essa lei dispõe sobre regras gerais para a sua organização e o seu funcionamento junto aos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências.

O RPPS é aplicado apenas aos servidores do quadro efetivo da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e suas autarquias e fundações. E, em função de sua aplicação, cabe a cada ente federativo instituir e gerenciar o seu próprio “Regime” ou “Regimes” (que são, igualmente, separados, no caso da União e dos Estados, para servidores civis e militares), não havendo, portanto, qualquer vinculação contábil ou financeira entre o Regime ou Regimes de um ente e de outro, ou desses Regimes.

O Regime Próprio volta-se para os servidores efetivos civis e militares, tanto no âmbito federal quanto nos estadual e municipal, podendo ser administrado por um Instituto ou Fundo de Previdência. O monitoramento e supervisão de sua gestão é realizada pela Secretaria de Previdência, vinculada ao Ministério da Previdência Social, cuja estrutura alocou-se em vários Ministérios, tais como: Fazenda (MF), Economia (ME) e, atualmente — em 2023 —, sob o governo Lula, Ministério da Previdência Social (MPS). A exemplo do RGPS, este regime também tem caráter contributivo e solidário. Mantém-se mediante contribuições do respectivo ente público, dos servidores economicamente ativos, inativos, pensionistas e também é submetido aos critérios que assegurem o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema. Deve garantir, no mínimo, a proteção previdenciária relativa à aposentadoria e pensão, não devendo assegurar benefícios além daqueles já previstos pelo RGPS.

A Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012, instituiu a Fundação de Previdência complementar do Servidor Público Federal (FUNPRESP) e, desta forma, condicionou a entrada dos novos servidores públicos às aposentadorias em consonância com o RGPS, definindo o mesmo teto de benefício dos trabalhadores do setor privado. Assim, no caso de o servidor optar por um benefício de aposentadoria acima desse valor, deverá realizar contribuição à FUNPRESP, ou seja, recorrer ao mercado privado.

- Regime Previdenciário dos Militares

O Regime Previdenciário dos Militares foi instituído pela EC nº 18, de 1998, e, dentre várias alterações realizadas por leis infraconstitucionais, em 2019 foi promulgada a Lei 13.954/2020, que além da Reforma, assegura a reestruturação da carreira de militar, com especificidades anteriormente tratadas neste capítulo.

O RPPS dispõe do Conselho Nacional dos Dirigentes de Regimes Próprios de Previdência Social (CONAPREV), instituído em outubro de 2001, como entidade associativa civil e sem fins lucrativos, composta por representantes de órgãos ou entidades responsáveis pela gestão dos RPPS da União, dos Estados e do Distrito Federal, além de representantes dos municípios. É de sua competência funcionar como instrumento de democracia participativa, com espaço de articulação entre essas diferentes instâncias, e contribuir com assessoria e medidas políticas e gerenciais para o equacionamento de questões decorrentes da implementação dos RPPS (Secretaria da Previdência; Ministério da Fazenda, 2016).

- Regime de Previdência Complementar (RPC), também denominado de previdência privada

O Regime de Previdência Complementar (RPC), também denominado de previdência privada, foi instituído e regulamentado pela Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001; pela Lei nº 108, de 2001, e pelas resoluções emanadas do Conselho Nacional de Previdência Complementar, como órgão regulador. Esse Regime assegura ao trabalhador e ao servidor público o acesso a um recurso adicional, de caráter facultativo, que poderá, ainda, garantir cobertura em casos de morte ou invalidez.

O RPC é opcional, formado por Entidades Fechadas de Previdência Complementar, conhecidas como *fundos de pensão*, que, como o próprio nome indica, destinam-se a complementar a previdência para além do teto que se aplica nos demais regimes.

A *Previdência Complementar* subdivide-se em duas categorias: Entidades fechadas de Previdência Complementar (EFPC) e Entidades Abertas (EAPC). As EFPCs, ou fundos de pensão, são entidades sem fins lucrativos e se organizam sob a forma de fundação ou sociedade civil. Estão exclusivamente a serviço dos empregados de uma empresa ou grupo de empresas, dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como dos associados ou membros de pessoas jurídicas, de caráter profissional, classista ou setorial, denominados instituidores. Entidade com fins lucrativos, constituída unicamente sob a forma

de sociedade anônima e com objetivo de instituir e operar planos de benefícios de caráter previdenciário, concedidos em forma de renda continuada ou pagamento único, acessíveis a quaisquer pessoas físicas interessadas.

O RPC conta com a Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC), autarquia responsável pela aprovação, acompanhamento, supervisão e fiscalização das atividades das EFPC. Dispõe do Conselho Nacional de Previdência Complementar (CNPC), órgão colegiado responsável pela regulação das atividades e operações das EFPC, e do Conselho de Recursos da Previdência Complementar (CRPC), órgão colegiado de última instância recursal do segmento para processos administrativos instaurados pela Previc (MF, 2018).

A Lei nº 12.618, de 2012, instaurou o Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos efetivos da União, abrangendo os três poderes da República (Executivo, Legislativo e Judiciário), ressalvadas as numerosas diferenças de vantagens e privilégios asseguradas (desigualdades) no Plano de Benefícios e Salários dos servidores que integram esses poderes, embora a Constituição Federal assegure a isonomia (não respeitada) entre eles. Em cumprimento a esta Lei, foi instituída a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal (FUNPRESP), a qual abarca três fundos de pensão: Funpresp-Exe, para os servidores do Poder Executivo; FUNPRESP-Leg, para o Poder Legislativo; FUNPRESP-Jud para servidores do Judiciário. A Fundação do Executivo foi regulamentada pelo Decreto nº 7.808/2012; a do Judiciário, pela Resolução nº 496/2012, do Supremo Tribunal Federal (STF); e o poder Legislativo não criou um fundo de pensão próprio, mas instituiu um Plano de Benefícios específico no âmbito do FUNPRESP.

Donde conclui-se que a Previdência Complementar, instituída via Fundos de Pensão, desempenha função e se consubstancia como um instrumento macroestruturante no processo de acumulação e reprodução do capital, por meio da financeirização, alterando toda a lógica do sistema previdenciário de repartição.

Estudos demonstram que os Fundos de Pensão pavimentam um caminho incerto e de grande risco de aposentadoria para o servidor público, pois ficarão vinculados a uma conta individual, cujos recursos serão administrados pelo sistema financeiro, o qual pode ser considerado privilegiado, pois, além de gerenciar valores financeiros exorbitantes, oriundo da renda salarial — portanto segura, pois advém dos servidores públicos —, esta política impõe um caminho que é a “pá de cal” no regime de solidariedade entre os servidores e no pacto de gerações que há décadas sustentam a previdência pública no Brasil. Com ele, inaugura-se uma conquista do individualismo neoliberal e a submissão ao mercado financeiro,

transformando o direito social em serviço mercadorizado, sem falar que, com essa política, haverá quatro tipos de servidores com garantias desiguais: os já aposentados, com benefício integral de aposentadoria; os que entraram após 2004, que não terão direito nem à integralidade nem à paridade; os servidores atualmente em atividade, que receberão incentivos para fazer a opção pelo regime de previdência complementar; e os futuros servidores, que terão sua aposentadoria limitada ao teto do regime geral da Previdência Social (Salvador, 2011, p. 122); e que, em sua maioria, poderão ser considerados inapostentáveis e/ou com exigências inatingíveis para a aposentadoria integral, conforme critérios estabelecidos pela EC nº 103/2019, associadas à precarização das relações de trabalho e ao mercado formal frágil.

Há que se registrar, também, a grande diferença de classe, raça e etnia que permeia o *sistema previdenciário dos vários poderes, profissões e o mercado de trabalho brasileiro*, com garantia de constante mudança da legislação, privilégios e concessões, explicitando que os direitos sociais, via trabalho e previdência, colocam em insegurança e risco o processo de aposentadoria e, conseqüentemente, o de envelhecimento seguro e digno, visto que dependentes à onda gananciosa do sistema financeiro, assim exposto:

Com a introdução da aposentadoria complementar de caráter privado, coloca-se na mão do novo fundo de pensão de direito privado a parte mais atraente da massa salarial: o estável recolhimento dos salários dos servidores. Na prática, a lei aprovada vai onerar substancialmente os cofres públicos. Por um lado, é a contribuição previdenciária paga pelo servidor, hoje destinada aos cofres públicos, que passa a ser transferida para o fundo de pensão. Por outro lado, os cofres públicos terão também de repassar a contribuição patronal ao Fundo, além de pagar o chamado benefício especial (Salvador, 2011, p. 122).

As controvérsias da Política de Previdência Social no Brasil: avanços, retrocessos e desafios

A Política de Previdência Social brasileira, a despeito das contrarreformas em curso e das constantes alterações nas legislações — em consonância com a contrarreforma trabalhista, com a qual tem estreita relação e dependência —, é uma das maiores políticas de redistribuição de renda; especialmente a do Regime Geral de Previdência Social (urbano e rural), por dispor de um vasto arcabouço legal, operacional e de grande capilaridade, atingindo todas as instâncias da Federação, além de buscar cobrir o ciclo da vida e riscos sociais de frações da classe trabalhadora e seus beneficiários, embora o valor real da média de cobertura de benefícios para 62,1% destes seja estimado em um salário-mínimo. Ainda assim, esta política atinge a média

de 35,41 milhões de beneficiários diretos, e cerca de 93 milhões de beneficiários indiretos⁵⁸, de acordo com dados do Previdência Social (2023).

A gestão da Política de Previdência Social no Brasil⁵⁹ conta com expressiva estrutura gerencial, sustentada na legislação e em ferramentas administrativas que controlam e monitoram os benefícios emitidos, a cobertura previdenciária, publicizada no Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), e informes com estimativas e alcance social demonstrados em resultados mensais. Contudo, atualmente a metodologia para mensuração do alcance social e da cobertura previdenciária é pautada na Resolução nº 1.241, de 30 de junho de 2004, aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social do Ministério da Previdência Social (CNPS-MPS), pois o novo arcabouço metodológico ainda não foi deliberado pelo CNPS. A metodologia em vigor é calculada para dois grupos etários. O primeiro deles sendo composto de pessoas entre 16 e 59 anos, por natureza da ocupação, consideradas população economicamente ativa, socialmente protegida, com vínculo formal com o mercado de trabalho e a previdência social; ou de pessoas socialmente desprotegidas, sem vínculo com a previdência social, mas inseridas no mercado informal de trabalho. O segundo grupo é composto por pessoas de 60 anos ou mais. Portanto, no primeiro grupo a base de cálculo é demonstrada pela quantidade de pessoas com idade entre 16 e 59 anos que contribuem para Previdência Social, acrescida da quantidade de pessoas com idade entre 16 e 59 anos beneficiárias da Previdência Social. Neste grupo populacional, a Previdência aponta o número de pessoas socialmente protegidas e desprotegidas nessa referida faixa etária — ou seja, aquelas que não têm Previdência Social, estando, em sua maioria, desempregados e/ou no mercado informal de trabalho.

No segundo grupo a base de cálculo expressa a quantidade de pessoas de 60 anos ou mais que contribuem para a Previdência Social, com acréscimo da quantidade de pessoas de 60 anos ou mais que recebem benefício previdenciário/quantidade de pessoas com 60 anos ou mais. Indica ainda o número de socialmente protegidos e desprotegidos nesta faixa etária.

A ferramenta administrativa e gerencial que publiciza o Resultado da Previdência Social, constitui também um instrumento público que expressa, em seu Informe, os Resultados

⁵⁸ Segundo estudos, cada benefício direto atinge cerca de 2,5 beneficiários indiretos.

⁵⁹ Consultar Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) e Documentos referentes aos Resultados da Previdência Social no Brasil (SECPREV, 2023) atualizados no site <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social/> e no Boletim Estatístico da Previdência Social da Secretaria de Regime Geral de Previdência Social- Coordenação Geral de Estudos e Estatísticas. https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/arquivos/beps032023_final.pdf

Mensal e Anual, o número de benefícios emitidos no Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e nos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), além da receita referente à arrecadação de pessoas e empresas e das despesas referentes ao pagamento dos benefícios previdenciários — bem como de valores específicos, referentes às desvinculações de receitas e às isenções fiscais, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em vigor.

A seguir, a Tabela 3 evidencia o número de benefícios emitidos⁶⁰ pela Previdência Social no período de 2016-2023 (posição de agosto); nela é possível constatar os eventos do ciclo de vida afetos, em especial, à classe trabalhadora e seus dependentes, uma vez que a Previdência Social busca garantir direitos e cobrir riscos e vulnerabilidades assegurados pelo sistema previdenciário associado ao mercado de trabalho. Traduz ainda a emissão dos benefícios assistenciais, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC), devido às pessoas idosas e pessoas com deficiência, previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

⁶⁰ Os dados poderão ser acessados no Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) de 2016 a 2023. Nota: (1) A partir da Lei nº 10.710, de 05/08/2003, são contabilizados pelos Sistemas de Benefícios apenas os salários-maternidade concedidos para as trabalhadoras avulsas, as empregadas domésticas, as seguradas especiais e as contribuintes individuais e facultativas. As demais seguradas empregadas passam a ter o benefício concedido pelas empresas e contabilizadas à parte.

TABELA 3 – Benefícios emitidos (em quantidade) no período 2016-2023

(continua)

Grupo de espécies	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL	33.755.917,00	34.497.835,00	35.058.564,00	35.636.157,00	36.014.003,00	36.356.543,00	37.623.801,00	38.418.584,00
BENEFÍCIOS DO RGPS	29.183.383,00	29.804.964,00	30.278.655,00	30.865.783,00	31.239.908,00	31.522.687,00	32.412.927,00	38.874.533,00
Previdenciários	28.341.869,00	28.989.841,00	29.474.311,00	30.074.761,00	30.474.857,00	30.762.418,00	31.635.687,00	32.083.335,00
Aposentadorias	19.062.228,00	19.807.974,00	20.425.962,00	21.050.364,00	21.408.965,00	21.613.852,00	22.210.078,00	22.531.467,00
Idade	10.100.813,00	10.471.338,00	10.800.124,00	11.120.184,00	11.402.943,00	11.648.687,00	12.087.902,00	12.352.615,00
Invalidez	3.235.570,00	3.293.725,00	3.365.865,00	3.419.526,00	3.316.780,00	3.241.223,00	3.261.046,00	3.267.631,00
Tempo de contribuição	5.725.845,00	6.042.911,00	6.259.973,00	6.510.654,00	6.689.424,00	6.723.942,00	6.861.130,00	6.911.221,00
Pensão por Morte	7.562.550,00	7.675.576,00	7.720.433,00	7.812.881,00	7.890.937,00	8.051.497,00	8.193.454,00	8.256.450,00
Auxílios	1.660.767,00	1.424.421,00	1.274.295,00	1.154.788,00	1.122.754,00	1.030.962,00	1.163.764,00	1.213.238,00
Doença	1.542.737,00	1.294.118,00	1.132.033,00	1.010.263,00	988.356,00	875.884,00	998.040,00	1.037.292,00
Acidente	71.154,00	82.781,00	96.851,00	112.770,00	121.034,00	132.068,00	145.849,00	158.268,00
Reclusão	46.876,00	47.522,00	45.411,00	31.755,00	13.364,00	23.010,00	19.875,00	17.678,00
Salário-maternidade	56.201,00	81.766,00	53.536,00	56.652,00	52.137,00	66.052,00	68.342,00	82.137,00
Outros (1)	123,00	104,00	85,00	76,00	64,00	55,00	49,00	43,00
Salário-família	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Abono permanência	92,00	76,00	67,00	62,00	55,00	49,00	43,00	37,00
Vantagem de servidor	31,00	28,00	18,00	14,00	9,00	6,00	6,00	6,00
Acidentários	841.514,00	815.123,00	804.344,00	791.022,00	765.051,00	760.269,00	777.240,00	791.198,00
Aposentadoria por invalidez	206.171,00	210.877,00	215.092,00	215.252,00	208.512,00	205.360,00	206.630,00	207.213,00
Pensão por morte	114.045,00	111.688,00	108.981,00	106.603,00	103.906,00	100.501,00	98.172,00	96.482,00
Auxílio-doença	152.160,00	123.345,00	107.565,00	93.912,00	75.726,00	76.698,00	84.096,00	88.762,00

TABELA 3 – Benefícios emitidos (em quantidade) no período 2016-2023

Grupo de espécies	(conclusão)							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Auxílio-acidente	322.182,00	326.271,00	332.846,00	339.954,00	346.884,00	351.327,00	364.896,00	376.569,00
Auxílio-suplementar	46.956,00	42.942,00	39.860,00	35.301,00	30.023,00	26.838,00	23.446,00	22.208,00
BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS	4.56.162,00	4.683.007,00	4.770.517,00	4.761.389,00	4.765.193,00	4.825.323,00	5.202.673,00	5.536.035,00
Amparos assistenciais (LOAS)	4.411.550,00	4.549.478,00	4.651.924,00	4.656.512,00	4.671.104,00	4.742.587,00	5.128.890,00	5.467.268,00
Idoso	1.974.942,00	2.022.221,00	2.048.842,00	2.059.140,00	2.111.238,00	2.164.291,00	2.348.954,00	2.494.852,00
Portador de deficiência	2.436.608,00	2.527.257,00	2.603.082,00	2.597.372,00	2.559.866,00	2.578.296,00	2.779.936,00	2.972.416,00
Pensão mensal vitalícia	10.661,00	10.182,00	9.551,00	8.949,00	8.273,00	8.273,00	7.036,00	6.671,00
Rendas mensais vitalícias	139.951,00	123.347,00	109.042,00	95.928,00	85.816,00	85.816,00	66.747,00	62.096,00
Idade	21.624,00	16.974,00	13.142,00	10.048,00	7.961,00	7.961,00	4.514,00	3.855,00
Invalidez	118.327,00	106.373,00	95.900,00	85.880,00	77.855,00	69.246,00	62.233,00	58.241,00
BENEFÍCIOS DE	10.372,00	9.864,00	9.392,00	8.985,00	8.902,00	8.533,00	8.201,00	8.016,00
LEGISLAÇÃO								
ESPECÍFICA (BLE) (2)								

Fonte: SINTESE/DATAPREV; MPS.

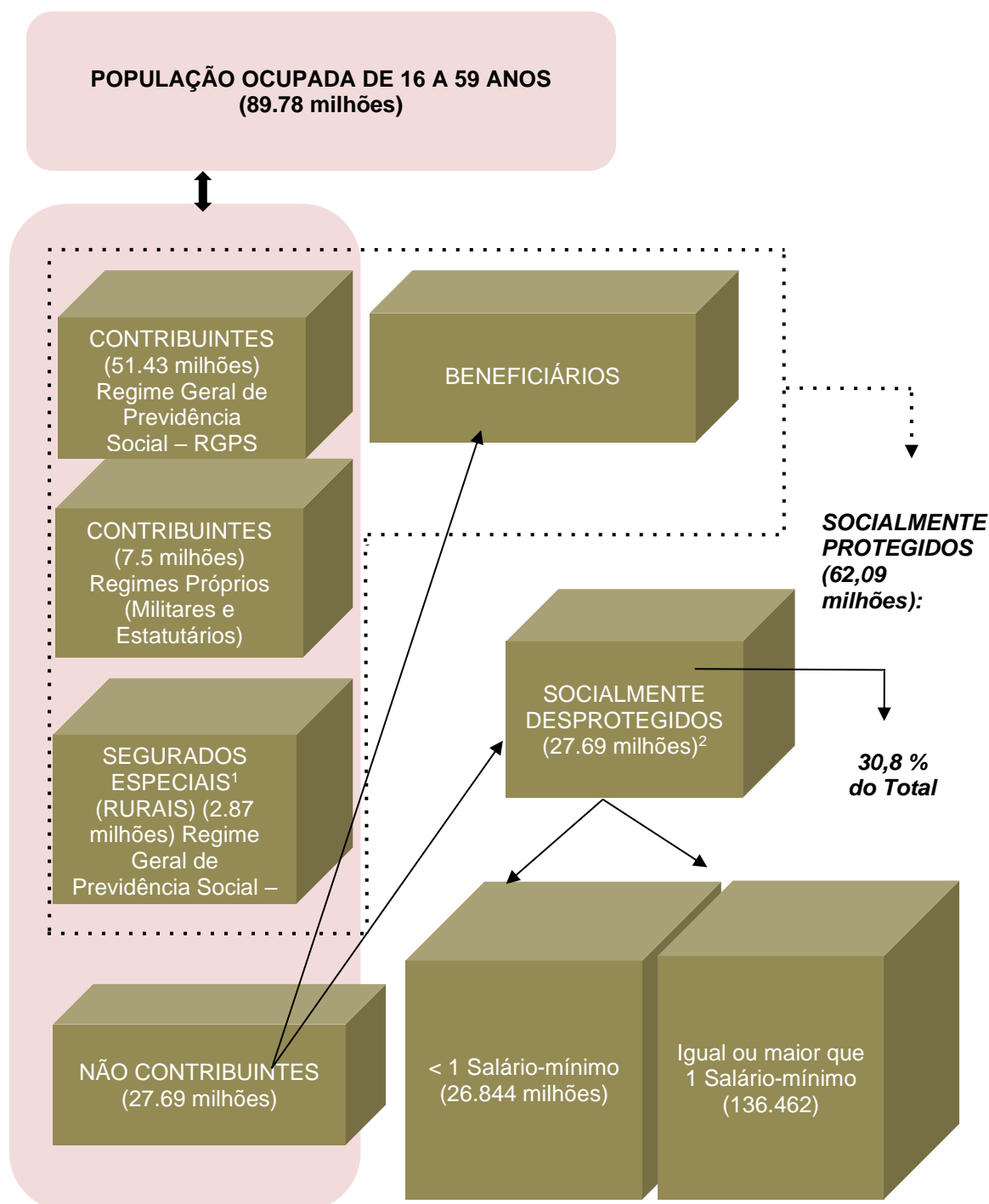
(*) Dados de agosto de 2023. Não estão incluídas as informações referentes à espécie 16 – Auxílio da União, espécie criado conforme Portaria nº 480, de 22 de junho de 2020, por se tratar de um benefício temporário.

Conforme indicado na tabela em questão, uma média aproximada de 35,9 milhões de benefícios foi emitida entre 2016 e 2023, demonstrando um crescimento médio de 1,87%, o que culminou em um valor total de cerca de 38,5 milhões de benefícios até agosto de 2023. Entre estes, a categoria de benefícios previdenciários representa mais de 80% do total alocado ao longo de todos os anos analisados e crescimento médio de 1,79%, no período de 2016 a 2023. Além disso, ao analisar os dados específicos referentes ao mês de agosto de 2023, verifica-se um incremento de 1,41% em relação aos valores observados em dezembro de 2022. Donde infere-se que a Previdência Social se faz presente na maioria dos ciclos de vida da classe trabalhadora, bem como nos estados de riscos e vulnerabilidades previstos ao trabalhador, e em seu processo de aposentadoria, desde que haja vínculo formal de trabalho.

Contudo, cabe registrar, ao mesmo tempo em que implementa benefícios e amplia o seu alcance social, com a adoção da previdência complementar a Previdência Social cerceia o acesso ao direito e diminui o valor dos benefícios a serem concedidos, mediante contrarreformas e legislações infraconstitucionais em curso. Além disso, padece de morosidade na concessão de benefícios por falta de recursos humanos para operar o INSS, acrescida da adoção da inteligência artificial no acesso dos segurados aos requerimentos de reivindicação de benefícios para garantir seus direitos. Mesmo assim, a Política vem apresentando extensa cobertura⁶¹, principalmente no caso do Regime Geral (urbano e rural), além de ser considerada um instrumento de redução da pobreza. Esta afirmação coaduna-se com os indicadores contidos na figura e nas tabelas a seguir.

⁶¹ A metodologia de cobertura previdenciária utilizada anteriormente pela GEPR/SRGPS/SPREV/MF, e em 2023 pelo Ministério da Previdência Social (MPS) (recriado), foi aprovada pela Resolução nº 1241, de 30/06/2004, pelo então Conselho Nacional de Previdência Social. A Secretaria de Previdência utilizou a última cobertura oficial, que é a da PNAD Contínua, 5ª Conferência. A PNAD foi descontinuada em 2015, tendo sido substituída por uma nova pesquisa, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de 2012: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). A PNAD Contínua é uma pesquisa trimestral realizada desde 2012 até a atualidade; contudo, as variáveis de interesse da Previdência só começaram a compor o questionário de coleta de dados a partir do ano de 2016. Não obstante, a estimativa da cobertura previdenciária de competência da CGEPR ainda não foi oficialmente aprovada pelo atual Conselho Nacional de Previdência (CNP) — antigo CNPS. Destaca-se que, a partir de 2019, a estimativa da PNAD Contínua passa a ser divulgada com base na projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação Revisão - 2018; e todas as estimativas da PNAD Contínua 2012-2018 foram recalculadas, com nova projeção da população. Portanto, neste estudo optou-se por registrar a cobertura referente aos dados da PNAD Contínua 2019, recalculada e adequada à PNADc Quinta Conferência. Esta observação respalda todas as tabelas desta Tese que contemplem tal classificação.

FIGURA 1 – Panorama da Proteção Social da População Ocupada (entre 16 e 59 anos 2023) – PNAD Contínua 5ª Conferência (Inclusive a Área Rural da Região Norte)



Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Elaboração: CGEPR/SRGPS/SPREV/MF- atual MPS, adaptada em 2023.

Nota: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita. (2) SM corresponde ao salário-mínimo vigente em cada ano.

De acordo com a figura acima, a população considerada em idade economicamente ativa (16-59 anos) contabiliza 89,78 milhões de pessoas, dentre as quais as pessoas ocupadas e com cobertura previdenciária perfazem em torno de 62.09 milhões (69,2%), sendo consideradas socialmente protegidas. Em vista disso, os 27.69 milhões (30,85) restantes, embora também ocupados, estão socialmente desprotegidos, ou seja, não dispõem de cobertura previdenciária. Destes, 13.7 milhões percebem menos que um salário-mínimo e 13.2 milhões percebem um salário-mínimo, sendo alvos de programas de inclusão previdenciária.

TABELA 4 – Proteção previdenciária de ambos os sexos, segundo categoria de proteção (em quantidade) [16-59 anos] 2016-2022

Categorias de Proteção	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Contribuintes RGPS (a)	49.472.756,00	48.563.415,00	48.839.819,00	49.058.252,00	46.614.152,00	47.099.602,00	51.437.067,00
Contribuintes RPPS (b=b1+b2)	7.251.233,00	7.219.608,00	6.913.511,00	7.189.587,00	7.175.038,00	7.223.921,00	7.050.900,00
Militares (b1)	857.531,00	889.636,00	840.799,00	872.618,00	857.115,00	827.482,00	788.539,00
Estatutários (b2)	6.393.692,00	6.329.972,00	6.072.711,00	6.316.969,00	6.316.969,00	6.396.438,00	6.262.364,00
Segurados especiais (c)	3.662.674,00	3.038.076,00	2.791.701,00	2.777.963,00	2.77.963,00	3.172.507,00	2.874.989,00
Beneficiários não contribuintes (d)	640.238,00	705.612,00	815.210,00	813.238,00	813.238,00	480.028,00	727.714,00
Ocupados socialmente protegidos	61.026.891,00	59.526.711,00	59.360.240,00	59.839.040,00	59.839.040,00	57.976.058,00	62.090.730,00
Desprotegidos com capacidade contributiva (rendimento total ou superior a 1 SM) (e)	11.579.904,00	11.996.448,00	12.602.508,00	13.667.658,00	13.667.658,00	11.807.526,00	13.238.716,00
Desprotegidos sem capacidade contributiva (rendimento inferior a 1 SM) (f)	10.903.021,00	11.808.697,00	12.274.705,00	12.000.077,00	12.000.077,00	12.521.548,00	13.742.203,00
Desprotegidos rendimento ignorado (g)	786.242,00	803.142,00	852.848,00	854.971,00	854.971,00	755.108,00	717.599,00
Ocupados socialmente desprotegidos (e+f+g)	23.272.168,00	23.272.168,00	24.608.288,00	26.522.705,00	26.522.705,00	25.084.182,00	27.698.519
Ocupados de 16 a 59 anos de idade (a+b+c+d+e+f+g)	84.299.059,00	84.299.059,00	84.134.999,00	86.361.745,00	86.361.745,00	83.060.240,00	89.789.248,00

Fonte: PNAD Contínua 5^a visita/ IBGE.

Notas: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

(2) SM corresponde ao salário-mínimo vigente em cada ano.

TABELA 5 – Proteção previdenciária de ambos os sexos, segundo categoria de proteção (em %) 2016-2022

Categorias de Proteção	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Contribuintes RGPS	58,7	57,7	57,4	56,8	57,9	56,7	57,3
Contribuintes RPPS	8,6	8,6	8,1	8,3	8,9	8,7	7,9
Militares	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	0,9
Estatutários	7,6	7,5	7,1	7,3	7,8	7,7	7,0
Segurados especiais	0,3	3,6	3,3	3,2	3,0	3,8	3,2
Beneficiários não contribuintes	0,8	0,8	1,0	0,9	0,7	0,6	0,8
Ocupados socialmente protegidos	72,4	70,8	69,8	69,3	70,9	69,8	69,2
Desprotegidos com capacidade contributiva (rendimento total ou superior a 1 SM)	13,7	14,3	14,8	15,8	13,0	14,2	14,7

Fonte: PNAD Contínua 5^a visita/ IBGE.

Notas: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

(2) SM corresponde ao salário-mínimo vigente em cada ano.

Com base nas duas tabelas apresentadas, verifica-se que, do total de 89.78 milhões ocupados e socialmente protegidos indicados na tabela 4, 55.75 milhões estão na zona urbana e 6.33 milhões na zona rural. E que, dos 27,69 milhões ocupados e socialmente desprotegidos, 24.27 milhões estão na zona urbana e 3.42 milhões na zona rural.

Quanto ao gênero e à etnia, as mulheres ocupadas socialmente protegidas na zona urbana constituem 25.01 milhões, sendo 10.68 milhões brancas e 9.9 milhões negras; e na zona rural 2.09 milhões, sendo 967.517 brancas e 1.20 milhões negras. Já as mulheres socialmente desprotegidas na zona urbana são estimadas em 10.64 milhões, sendo 4.6 milhões brancas e 6.5 milhões negras; na zona rural, as socialmente desprotegidas somam 1.10 milhões, sendo 281.236 delas brancas e 820.352 negras.

Enquanto isso, os homens ocupados socialmente protegidos na zona urbana constituem 34.98 milhões, dos quais 14.62 milhões brancos e 15.81 negros; na zona rural são 4.2 milhões de homens, 1.72 milhões deles brancos e 2.48 milhões negros. Já os homens socialmente desprotegidos na zona urbana são estimados em 13.63 milhões, sendo 4.65 milhões brancos e 8.84 milhões negros; na zona rural, os socialmente desprotegidos somam 2.31 milhões, 1.720 milhões negros e 567.558 brancos.

Cobertura Previdenciária da População Idosa no Brasil

No Brasil, o total de pessoas com 60 anos e mais tem apresentado variação relativa em vários órgãos de pesquisa, uma vez que o censo demográfico ainda não está liberado e as estimativas são baseadas na PNADc. E é nesse contexto que se apresenta a cobertura previdenciária às pessoas idosas, referente ao ano de 2022, conforme tabela a seguir.

TABELA 6 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona urbana e cor/raça - Brasil (2022) (em quantidade)

Categorias	Ambos os sexos			
	Urbana			
	Branca	Negra	Outras	Total
Idosos socialmente protegidos	12.069.601,00	10.347.085,00	311.608,00	22.728.294,00
Idosos socialmente desprotegidos	2.534.067,00	2.536.240,00	67.294,00	5.137.601,00
Total de idosos (60 anos ou mais)	14.603.668,00	12.883.325,00	378.902,00	27.865.800,00

Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Nota: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

TABELA 7 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona rural e cor/raça- Brasil (2022) (em quantidade)

Categorias	Ambos os sexos			
	Rural			
	Branca	Negra	Outras	Total
Idosos socialmente protegidos	1.697.791,00	2.328.350,00	36.862,00	4.063.003,00
Idosos socialmente desprotegidos	170.223,00	288.567,00	3.994,00	462.784,00
Total de idosos (60 anos ou mais)	1.868.014,00	2.616.918,00	40.856,00	4.525.787,00

Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Nota: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

TABELA 8 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação (total) e cor/raça - Brasil (2022) (em quantidade)

Categorias	Ambos os sexos			
	Total			
	Branca	Negra	Outras	Total
Idosos socialmente protegidos	13.767.392,00	12.675.435,00	348.470,00	26.791.298,00
Idosos socialmente desprotegidos	2.704.290,00	2.824.807,00	71.288,00	5.600.385,00
Total de idosos (60 anos ou mais)	16.471.682,00	15.500.243,00	419.758,00	32.391.683,00

Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Nota: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

TABELA 9 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona urbana e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade] (em %) ambos os sexos

Categorias	Ambos os sexos			
	Urbana			
	Branca	Negra	Outras	Total
Idosos socialmente protegidos	82,65%	80,31%	82,24%	81,56%
Idosos socialmente desprotegidos	17,35%	19,69%	17,76%	18,44%
Total de idosos (60 anos ou mais)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Nota: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

TABELA 10 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais por situação do domicílio zona rural e cor/raça - Brasil (2022) [em quantidade] (em %) ambos os sexos

Categorias	Ambos os sexos			
	Rural			
	Branca	Negra	Outras	Total
Idosos socialmente protegidos	90,89%	88,97%	90,22%	89,77%
Idosos socialmente desprotegidos	9,11%	11,03%	9,78%	10,23%
Total de idosos (60 anos ou mais)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Nota: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

TABELA 11 – Cobertura previdenciária da população idosa de 60 anos ou mais Brasil (2022) [em quantidade] (em %) ambos os sexos

Categorias	Ambos os sexos			
	Total			
	Branca	Negra	Outras	Total
Idosos socialmente protegidos	83,58%	81,78%	83,02%	82,71%
Idosos socialmente desprotegidos	16,42%	18,22%	16,98%	17,29%
Total de idosos (60 anos ou mais)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: PNAD Contínua 5ª visita/ IBGE.

Notas: (1) Cobertura previdenciária estimada a partir da população ocupada restrita.

(2) A cobertura previdenciária de idosos/as (60 anos ou mais) compreende pessoas somente aposentadas ou somente pensionistas, além daquelas duplamente beneficiadas (com aposentadoria e pensão). Além destas, são consideradas cobertas pela Previdência Social as pessoas que permanecem trabalhando e contribuindo, sem que estejam recebendo aposentadoria e/ou pensão (contribuintes não beneficiários). São considerados desprotegidos aqueles que não recebem nenhum benefício previdenciário e não contribuem para a Previdência Social. Por se tratar de uma pesquisa com base em autodeclaração, é possível que, por desconhecimento, beneficiários do BPC, que pertencem à política de Assistência Social, tenham informado receber aposentadoria e não benefício socioassistencial.

De acordo com PNAD Contínua (PNADc) 5ª visita (2022), a população idosa com 60 anos ou mais residente no país é de aproximadamente 32.39 milhões. Desse total, também aproximadamente, 14.2 milhões são homens, dos quais 12.2 milhões socialmente protegidos e 2.05 milhões socialmente desprotegidos, e 18.1 milhões são mulheres, 14.5 milhões socialmente protegidas e 3,5 milhões socialmente desprotegidas.

Do total de homens (14.2 milhões), 11.8 milhões residem na zona urbana; 6.1 milhões são brancos, sendo 5.3 milhões socialmente protegidos e 786.602 desprotegidos; 5.58 milhões são negros, sendo 4.5 milhões socialmente protegidos e 989.886 desprotegidos. Do total de homens residentes na zona rural (2.3 milhões), 966.042 são brancos e 1.4 milhões negros.

Do total de mulheres (18.1 milhões), 14.7 milhões são socialmente protegidas e 3.5 milhões desprotegidas, sendo que 15.0 milhões residem na zona urbana, das quais 12.6 milhões são socialmente protegidas e 3.3 milhões são desprotegidas; 6.7 milhões são brancas e 5.7 milhões são negras. 2.1 milhões residem na zona rural, sendo 1.9 milhões socialmente protegidas e 211.510 socialmente desprotegidas; 899.973 são brancas e 1.2 milhões são negras.

Ou seja, do total de pessoas idosas, estimado em 32.3 milhões, 26.7 milhões — o equivalente a 82.7% — estão socialmente protegidas e 5.6 milhões — o equivalente a 17,3% — estão socialmente desprotegidas; 27.8 milhões residem na zona urbana, sendo 22.7 milhões socialmente protegidas e 5.5 milhões desprotegidas; 14.6 milhões são brancas e 12.8 milhões

são negras; 4.5 milhões residem na zona rural, sendo que 4.06 são socialmente protegidas e 462.784 são socialmente desprotegidas; e 1.8 milhões são brancas, e 2.6 milhões são negras.

Observa-se, assim, que 26.7 milhões do total de pessoas idosas são socialmente protegidos, o que vale dizer que a Previdência Social alcança 82.7% das pessoas idosas no país e que 17.3 % não tem cobertura previdenciária.

Esses dados referentes à cobertura previdenciária corroboram a constatação do avanço da desigualdade social no Brasil, considerando a inserção no mercado de trabalho por motivo de cor e gênero; as relações de dependência e tendências do processo de envelhecimento, bem como suas implicações para as gerações futuras (vide dados da população economicamente ativa e das pessoas idosas); e, ainda, as contradições de classe; os movimentos das pessoas idosas como sujeitos históricos e coletivos (a partir do Movimento Coletivo de Melhores Condições de Vida e Luta pela recuperação dos seus salários) e a legislação existente no país. Por isso, pode-se afirmar que as pessoas idosas empreendem grandes lutas pela conquista de direitos, mas as peculiaridades das questões de gênero e raça estão imbricadas à ampliação do processo de desigualdade social no país.

Da análise desses grupos populacionais a grande maioria recebe um salário-mínimo e, majoritariamente, não possuem convênios de saúde (75%), pois dependem do SUS, apresentam baixos índices de escolaridade e muitos retornam ao mercado de trabalho precário, além de serem potencialmente cuidadores de suas famílias. A partir desses dados ainda é possível inferir que — aliados à contribuição previdenciária vinculada ao salário, ao trabalho e à propriedade —, as mulheres e os negros apresentam grande desvantagem. Por outro lado, sabe-se que a previdência mantém grande cobertura junto às pessoas idosas; entretanto, dos 82.1% que acessam à Previdência Social, aproximadamente 62,1% recebem um salário-mínimo.

Vale ainda mencionar a disparidade de acesso e a desigualdade de renda da classe trabalhadora brasileira, expressa no “valor médio” dos benefícios concedidos aos segurados dos diferentes Regimes de Previdência Social, a despeito de a isonomia entre os poderes da República ser garantida na Constituição Federal vigente. De acordo com dados do Boletim Estatístico da Previdência Social de 2017 e do Boletim Estatístico do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG) de 2017, o valor dos Benefícios Médios de Aposentados, Reservas e Reformas estava estimado em R\$ 1.241,00 (mil duzentos e quarenta e um reais) para a maioria dos segurados do RGPS e RPPS; R\$ 7.716,00 (sete mil setecentos e dezesseis reais) para o Executivo; R\$ 19.128,00 (dezenove mil cento e vinte e oito reais) para o Ministério Público da União; R\$ 9.693,00 (nove mil seiscentos e noventa e três reais) para os Militares; R\$ 28.882,00 (vinte e oito mil oitocentos e oitenta e dois reais) para o Legislativo; e

R\$ 22.336,00 (vinte e dois mil trezentos e trinta e seis) para o Judiciário (Ministério da Fazenda, 2017).

Portanto, mais uma vez, os dados previdenciários conduzem à percepção da impossibilidade do envelhecimento ativo e saudável no Brasil. Tal percepção é reforçada pelas questões a seguir levantadas sobre a relação entre previdência e saúde do trabalhador.

4.2.5 Cobertura Previdenciária no Brasil na perspectiva dos Servidores da Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS)

Na avaliação dos servidores da Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS) – a política previdenciária no Brasil demonstra ampla capilaridade, mantém um vasto sistema de proteção social, ao tempo que enfrenta avanços e retrocessos – além da judicialização do direito face a impossibilidade da população ao acesso a benefícios assegurados em leis.

Nos estudos, registros e declaração dos integrantes da FENASPS, estima-se tendência e perspectiva da prática da necropolítica⁶² – uma contrarreforma silenciosa – durante os Governos Temer e Bolsonaro.

Em que pese a Previdência Social brasileira ser considerada um dos maiores sistemas de proteção social distributivo de renda na América Latina, e em especial no Brasil, mediado pelo INSS — a FENASPS avalia que

[...] durante os governos Temer (2016/2018) e Bolsonaro (2019/2022), o INSS vem passando por um grave e intenso processo de desmonte. Além da mais agressiva contrarreforma da previdência social, com a aprovação da EC 103/2019, a qual retirou, reduziu e limitou drasticamente direitos da classe trabalhadora no país e aprofundou as perspectivas de mercantilização da Previdência Social brasileira, também vem ocorrendo um desmonte acelerado através de atos normativos e demais ações gerencialistas. [...] A perda progressiva de servidores(as) por aposentadoria; a insuficiência de concursos públicos para repor os quadros defasados; a ampliação desmedida e inconsequente do uso de tecnologias, plataformas digitais e da chamada “inteligência artificial”; a alteração abrupta nos processos de trabalho do órgão; a instituição de metas abusivas de produtividade, e as modificações nas exigências na forma de acesso aos cidadãos que requerem algum serviço e/ou benefício nas chamadas “plataformas digitais” como único meio de atendimento, cerceando e criando assim barreiras adicionais para o reconhecimento de direitos, têm contribuído em seu conjunto para dificultar o acesso e excluir da população usuária (principalmente da população mais pauperizada, idosos, pessoas com deficiência, pessoas não

⁶² Necropolítica aqui entendida enquanto conceito filosófico que faz referência ao uso do poder social e político para decretar como algumas pessoas podem viver e como outras podem morrer — ou seja, a distribuição desigual da oportunidade de viver e morrer no sistema capitalista.

alfabetizadas e cidadãos excluídos cultural e financeiramente do mundo digital) a este serviço público, ampliando o número de indeferimentos e, conseqüentemente, o aumento de recursos administrativos e a alta do índice de judicialização contra o INSS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022, p. 3).

A Fundação explicita ainda que, conforme

[...] a Ação Civil Pública - ACP, impetrada pelo Ministério Público Federal, datada de 31 de julho de 2019, tendo como tema central a solicitação da urgente recomposição do quadro funcional de servidores(as) do INSS, por meio da realização de concursos públicos, o instituto já apontava a necessidade de reposição de 16.548 vagas de técnicos e analistas do seguro social, este que não foi realizado até o momento, conforme a necessidade apontada. Houve autorização de concurso público apenas no ano de 2022, prevendo-se inicialmente o quantitativo de apenas 1000 (mil) vagas para técnicos do seguro social, quantitativo insuficiente para atender a atual demanda do órgão e que, tomando como exemplo, só seria suficiente para atender às perdas do quadro de servidores públicos no estado de Sergipe (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022, p. 4).

O Ministério Público Federal instaurou o Inquérito Civil nº 1.16.000.000126/2017-15, considerado Ação Civil Pública (ACP)⁶³, face denúncias e judicialização de processos junto ao INSS. Este inquérito reporta-se ainda ao perfil da população que demanda os benefícios e serviços do INSS, ao tempo em que avalia como fracasso a ampliação do uso da tecnologia como única forma dos segurados terem acesso aos benefícios, o que precariza os serviços, cerceando o acesso aos direitos da população usuária. Ressalta que, mediante os dados apresentados pelo INSS, 65,31% dos beneficiários recebem em média o valor de até 01 salário-mínimo e que cerca de 72,71 % dos benefícios são destinados a uma população com 60 anos de idade ou mais, bem como que cerca de 13.000.000 são, no mínimo, septuagenários. Reafirma que, pelo fato de mais da metade dos milhões de beneficiários da Previdência Social ser composta de pessoas pobres e idosas, associadas a uma formação educacional estimada

⁶³ O Ministério Público Federal instaurou o Inquérito Civil nº 1.16.000.000126/2017-15 para apurar irregularidades nos serviços prestados pelo INSS, tais como insuficiência de agentes para atendimento. Para verificar a autenticidade da demanda crescente de serviços, a falta de estrutura física, a demora e a precariedade no atendimento, dentre outros problemas relatados. Desde então, esta e outras Procuradorias em todo o país vêm recebendo milhares de notícias relatando a impossibilidade de cidadãos e cidadãs de exercerem seu direito constitucional à Seguridade Social, em razão de mora generalizada na análise de requerimentos de diversas ordens, em especial de pedidos de benefícios previdenciários e assistenciais (como salário-maternidade, pensão por morte, aposentadoria por tempo de serviço e contribuição, BPC, etc.). Esse cenário caótico também tem sido objeto de denúncia em diversas matérias jornalísticas. A situação se torna ainda mais grave, tendo em conta que a mora na resolução das “tarefas” que competem ao INSS atinge especialmente pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas doentes, mulheres em licença-maternidade, viúvas(os) e incapazes, o que inviabiliza a concessão, a revisão ou a manutenção tempestiva de direitos (Ministério Público Federal, 2019, p. 1). Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/inicial-acp-serv-inss.pdf>. Acesso em: ago. 2023.

deficiente, pouca ou nenhuma chance possuem de acessar a moderna ferramenta virtual, denominada *Meu INSS* e, inclusive, o teleatendimento. Por isso, denuncia que se está, sem dúvida, diante da chamada “infoexclusão”, avaliando que, apesar dos defensores dos avanços da internet não negarem os efeitos excludentes do mundo digital, ignoram o que ocorrem quando a centralidade da rede, em diversos níveis, se converte em marginalidade para aqueles que não têm condições de acessá-la; ou que possuem acesso limitado à internet ou não detêm condições suficientes para dela beneficiar-se. Reforça que a exclusão não se dá ou se mede somente pela ausência de computador ou pelo não acesso à internet, devendo esta ser aferida a partir do tempo disponível, da qualidade do acesso à internet, da atualização do *hardware* e do *software* e da capacidade de leitura e interpretação das informações pelo usuário.

Deste quadro depreende-se que os canais remotos, especialmente o Meu INSS, também barram o acesso de milhões de pessoas a direitos que lhes são garantidos em lei. E contribuem para a proliferação de terceiros, prestadores de serviços — seja pessoa física, seja pessoa jurídica — que cobram dos segurados e assistidos para obter, pelos instrumentos virtuais, a “facilidade” que lhes é negada (Ministério Público Federal, 2019, p. 4-5), ou seja o acesso ao direito que é usurpado.

Ou, como enfatiza o Ministério Público Federal (2019, p. 7),

[...] é possível que, além das 19.638 vacâncias existentes, o INSS venha a perder, a qualquer tempo, mais de 4.721 servidores e, a julgar pela omissão do Ministério da Economia, sem qualquer solução de continuidade. [...]o esvaziamento⁶⁴do corpo de servidores vem provocando o represamento de milhares de processos administrativos que tratam desde requerimentos de benefícios diversos até singelos pedidos de extratos, gerando uma constante e contumaz violação das normas de regência. A não reposição de agentes constitui hoje um obstáculo injustificado para a fruição de direitos fundamentais de população formada basicamente por cidadãos e cidadãs hipossuficientes e socialmente vulneráveis que, por tais condições, dependem dos recursos da Previdência para a satisfação de suas necessidades mínimas. Não há sinais de qualquer política pública de atendimento digno ao segurado, senão de sucateamento dos serviços da Previdência.

De acordo com as informações prestadas pelo INSS, em consonância com consultoria de orçamento do Senado Federal, o jornal a Folha de São Paulo⁶⁵, em matéria intitulada *Com*

⁶⁴ “[...] a única medida realizada pelo governo federal, durante a gestão Bolsonaro, foi a abertura de oito mil vagas para contratação de militares e aposentados(as),o que demonstrou, além do desperdício de dinheiro público a inutilidade na resolução da filade processos represados. Tal medida foi objeto de ACP, considerando as graves irregularidades contidas no edital de chamamento público e do processo seletivo simplificado nº 01/SEPRT/SEDGG/INSS, publicado no Diário Oficial em 30 de abril de 2020” (Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022, p. 5).

⁶⁵ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/03/com-fila-do-inss-governo-pedalou-r-23bilhoes-e-piorou-contas-do-ano.shtml>.

fila do INSS, governo pedalou R\$ 2,3 bilhões e piorou contas do ano - represamento deu alívio artificial para o Orçamento; órgão afirma que não houve irregularidades, publicou que o Governos de Temer e Jair Bolsonaro represaram o equivalente a R\$ 2,3 bilhões, que deveriam ter sido pagos em 2019, mas que foram transferidos para 2020 em decorrência do represamento na fila de espera do INSS. Estima-se que em 2019 deixaram de ser concedidos aos respectivos segurados benefícios aos quais tinham direitos, a saber: 420.271 (quatrocentos e vinte mil duzentos e setenta e um) amparos assistenciais ao portador de deficiência; 400.853 (quatrocentas mil oitocentas e cinquenta e três) aposentadorias por tempo de contribuição; 217.256 (duzentas e dezessete mil duzentas e cinquenta e seis) aposentadorias por idade; 108.416 (cento e oito mil quatrocentos e dezesseis) salários-maternidade; 92.586 (noventa e duas mil quinhentas e oitenta e seis) pensões por morte; 47.890 (quarenta e sete mil oitocentos e noventa) amparos assistenciais ao idoso; 13.004 (treze mil e quatro) auxílios-reclusão; 6.548 (seis mil quinhentas e quarenta e oito) aposentadorias por invalidez; 1.505 (mil quinhentos e cinco) auxílios-acidente; e 1.790 (mil setecentos e noventa) enquadrados em outros (Folha de S.P, 2020).

Destaca-se ainda, em meio a essa desestruturação do INSS e da Seguridade Social, além do cerceamento dos direitos das pessoas idosas e dos segmentos mais vulneráveis, o Termo de Acordo - Recurso Extraordinário 1.171.152/SC, celebrado entre o Ministério Público Federal (MPF), a Defensoria Pública da União (DPU) e o Ministério da Cidadania, de 16 de novembro de 2020, em pleno agravamento da pandemia da COVID-19, que

definiu prazos para análises dos benefícios represados, os quais, obviamente, diante dos problemas estruturais apresentados pela autarquia, não foram passíveis de serem cumpridos. Algumas medidas tomadas pela gestão do instituto, como redução do atendimento presencial e das análises automáticas de benefícios, refletiram no conseqüente indeferimento, bem como na ampliação das demandas de recursos restrição e violação de direitos da população usuária, no aumento de requerimentos de benefícios administrativos no INSS, como também da procura pela atuação das Defensorias Públicas da União e do aumento da judicialização em todo o país [...] foram estabelecidas revisões de benefícios através de medidas provisórias com formato que tem como objetivos centrais de cortes de direitos e ajuste fiscal, medidas que também consideramos como contrarreformas da Previdência Social (Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022, p. 5-6).

4.2.6 Avaliação da contrarreforma da Previdência e do Trabalho

Registra-se que os trabalhadores da Assistência Social, Trabalho, Previdência e Saúde que integram a FENASPS (2022), consubstanciados em estudos, pesquisas realizadas pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social (ANFIP), e em atuação nos

campos de trabalho, avaliam que: a EC 103/2019, aprovada no governo Bolsonaro, é a mais perversa contrarreforma da previdência social instituída até o momento, atingindo simultaneamente o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), com grande redução e fim de direitos dos(as) trabalhadores(as). Referendadas em Silva (2021, p. 45-49), citam-se as “[...] mudanças no financiamento da Seguridade Social; a desconstitucionalização de regras básicas da previdência social e dos regimes próprios; a reorganização dos RPPS e a introdução de medidas privatistas e privatização da gestão dos benefícios não programados”.

Evidencia ainda a idade mínima para aposentadoria, com a ampliação da idade para as mulheres, caminhando para a extinção da aposentadoria por tempo de contribuição; mudanças nos valores das pensões e do benefício por incapacidade permanente; ampliação das alíquotas de contribuições, dentre outras. A junção da contrarreforma trabalhista e da previdência social impõem uma redução extrema do acesso aos direitos dos(as) trabalhadores(as), dada a desconstitucionalização de numerosos atos infraconstitucionais, que estão sendo implementados e impulsionam a privatização da previdência social pública, retirando aqueles direitos. Chamam, igualmente, a atenção para os impactos já produzidos pela EC, ao realizarem comparação entre os anos de 2019 e 2021, pois os dados fornecidos pela ANFIP demonstram diminuição extrema nas concessões dos benefícios, especialmente por incapacidade permanente, com redução de 57,5%, e aposentadoria por tempo de contribuição, com 37,1% (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social, 2022; Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022).

Cabe ainda acrescentar que, ao tempo em que o governo Bolsonaro, por intermédio do então Ministro da Economia, Paulo Guedes, informava publicamente estar implementando uma “Reforma Silenciosa”⁶⁶, coerente com as orientações do Banco Mundial (BM), mesmo durante

⁶⁶ Com a reforma administrativa estacionada no Congresso Nacional, o Governo Federal adotou uma série de medidas que não dependem do aval do Legislativo para conter os gastos com pessoal. O resultado do que a equipe econômica chama de “reforma administrativa silenciosa” ou “invisível” foi que a despesa da União com a folha de pagamento caiu ao menor nível em pelo menos 25 anos “[...] o enxugamento de pessoal tem sido acompanhado pelo avanço da digitalização de serviços públicos por meio do chamado Governo Digital e contribuído para os resultados positivos. Levantamento realizado pelo Banco Mundial mostra o Brasil na sétima posição – entre 198 países – em termos de “maturidade de serviços públicos digitais” [...]. Nós demos choque de digitalização, muita gente se aposentou, e aumentamos a produtividade [no setor público]”, disse Guedes em evento do banco Bradesco. Em outra ocasião, o titular da pasta afirmou que “governos anteriores contrataram 160 mil funcionários e deram aumento de 5% acima da inflação quando tinha o caos instaurado no Brasil” (Ministério da Economia, 2022, p. 1). Disponível em: <https://sindifiscalms.org.br/novidade/reforma-silenciosa-do-governo-derrubou-gastos-com-pessoal-o-que-muda-com-reajuste-de-5/68961>. Acesso em: ago. 2022.

a pandemia, os trabalhadores da Seguridade Social⁶⁷ — em especial a FENASPS — realizavam amplo estudo do desmonte do Estado, em especial no INSS. E esse estudo comprovava a violação de direitos da classe trabalhadora, particularmente das pessoas idosas e portadoras de deficiência, sendo posteriormente apresentado à equipe de transição do novo governo, com indicações de propostas para correção de rumos. Além do referido estudo, a partir do exercício profissional e da análise da gestão, a FENASPS buscava mudanças por meio de articulação com os dirigentes do INSS e servidores.

O estudo pautou-se em referencial teórico e na prática da então política de Previdência Social, no âmbito do INSS, identificando métodos gerenciais reducionistas, no que diz respeito ao quadro de servidores, e de não substituição dos quadros vagos por aposentadorias, nem dos cargos cujos servidores encontravam-se afastados por motivo de saúde ocupacional e pelo impacto da adoção da inteligência artificial na prestação de serviços à população. Logo, os gestores da política obtiveram total informação do que vinha acontecendo, sem que tivessem tomado providências cabíveis. Essa tendência pode ser exemplarmente observada nos atos de violações de direitos abaixo explicitados.

4.2.7 A Decantada Reforma Silenciosa: do Estado Social ao Estado Penal

A decantada “reforma silenciosa” levou o governo a ampliar o *Meu INSS digital*, com o *Call Center nº 135* como única alternativa para requerer os benefícios, alegando falaciosa ampliação de acesso quando o que na verdade realizava era a transferência da dificuldade do acesso para os indivíduos e suas barreiras às tecnologias; adotou a alternativa “omnichannel”⁶⁸, com a utilização de algoritmos e inteligência artificial, conforme a Lei nº 14.129 de 2021⁶⁹, onde os pedidos administrativos eram, na maioria das vezes, indeferidos, gerando ampla

⁶⁷ *Uma bomba-relógio chamada INSS: A urgente e necessária reestruturação da maior autarquia pública da América Latina-Diagnóstico e propostas da FENASPS à Equipe de Transição do Governo Lula*. Dezembro de 2022. Disponível em: https://fenasps.org.br/wp-content/uploads/2022/12/diagnostico.propostas.inss_equipe.transicao.lula-anexos-fenasps_dez2022.pdf. Acesso em: ago. 2023.

⁶⁸ “A solução Omnichannel é um método privado utilizado por empresas como a Uber e a Amazon, dentre outros, com a perspectiva de extinguir o atendimento humano e com foco no atendimento por inteligência artificial “[...] é necessário destacar que a Previdência Social é uma política pública com elevada complexidade e com um público predominantemente com características que não tem acesso a essas tecnologias, sendo assim faz-se necessário força de trabalho humana e atendimento humanizado” (Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022, p. 21).

⁶⁹ Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública e altera a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), a Lei nº 12.682, de 9 de julho de 2012, e a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14129.htm. Acesso em: ago. 2023.

judicialização, pois a maioria dos segurados do INSS não tem acesso às condições e ao letramento digital para acessar à internet; e o sistema não é hábil, tampouco adequado para acolher as necessidades sociais e humanas.

Evidencia-se ainda a contratação de militares e aposentados sem a devida capacitação e o perfil especializado para o atendimento e a análise de requerimentos, bem como sem conhecimento da complexa e constantemente mutável legislação previdenciária; a definição de um bônus para os peritos do INSS realizarem as perícias médicas, que mais funcionou como um instrumento de corte de direitos assegurados em lei do que acesso aos mesmos; a restrição da participação do assistente social nas avaliações para concessão dos benefícios, em especial do BPC-LOAS⁷⁰; a fragilização do Sistema Integrado de Saúde do Trabalhador (SIASS); a aprovação da Lei nº 14.441/2022⁷¹, assegurando a terceirização da avaliação social — que deveria ser realizada pelo INSS para outras instituições, com a supervisão daquele.

Essas medidas, dentre várias outras, provocaram uma fila de atendimento de 30.000 (trinta mil) perícias médicas de servidores e outra fila virtual de cinco milhões de processos administrativos de segurados do INSS que tiveram seus direitos represados, quando não negligenciados, ao arrepio da lei (Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social, 2022).

Ressaltem-se também as mudanças introduzidas no Sistema Integrado de Benefícios (SIBE), que o transformaram em Portal de Atendimento (PAT), voltado ao requerimento e análise do BPC para a pessoa com deficiência: se antes os requerimentos eram realizados no SIBE/LOAS e os agendamentos da avaliação social e perícia médica cabiam aos servidores do INSS, no PAT essa responsabilidade passou a ser do próprio requerente e/ou segurado

⁷⁰ A Lei nº 14.176/21, “criou a aplicação de um “padrão médio” (feita através de logaritmos) que passou a substituir, em algumas situações, a aplicação da avaliação social do BPC, realizada pelos assistentes sociais do INSS. Essa modificação fere a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a qual prevê a análise biopsicossocial da deficiência e mesmo que só possa ser aplicada para o reconhecimento do direito ao benefício” [...] como medida para redução das avaliações sociais represadas, e com a suspensão dos atendimentos presenciais, face o isolamento social como contenção da pandemia do COVID-19, foi instituída a chamada “tele avaliação”, com a lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021, sendo normatizada institucionalmente por meio da Portaria DIRBEN/INSS nº 978, de 4 de fevereiro de 2022 permanecendo mesmo posteriormente ao retorno dos atendimentos presenciais e da reabertura das agências (Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2022, p. 24).

⁷¹ A Lei nº 14.441/2022 altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991; 8.742, de 7 de dezembro de 1993; 11.699, de 13 de junho de 2008; 13.240, de 30 de dezembro de 2015; e 13.846, de 18 de junho de 2019, para dispor sobre o fluxo de análise de benefícios previdenciários e assistenciais sob avaliação do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), da Perícia Médica Federal e do Conselho de Recursos da Previdência Social e ainda para dispor sobre a gestão dos imóveis que constituem o patrimônio imobiliário do Fundo do Regime Geral de Previdência Social. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14441.htm. Acesso em: ago. 2023.

solicitante. Tal medida impactou negativamente na ordem dos atendimentos, pois, enquanto os requerimentos iniciados em 2019/2020/2021 permaneceram aguardando ação/intervenção do INSS (excessivamente morosas), os requerimentos iniciados a partir de maio de 2021 passaram a ter acesso ao próprio agendamento, ocupando as vagas disponíveis para avaliação social e perícia médica. Além disso, considerando que nem todos os requerimentos inscritos pelo SIBE foram transferidos para o PAT, a referida mudança cavou um hiato que enterrou, de forma impune, centenas de milhares de benefícios na contramão dos direitos sociais.

Nesse cenário de iniquidades sociais, destaca-se ainda o processo de revisão referente aos benefícios por incapacidade temporária e permanente, respaldados por constantes mudanças em legislação infraconstitucional⁷², as quais alteram critérios de acesso aos benefícios por incapacidade — tais como auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, perícia médica, “alta programada”, carência e reingresso dos trabalhadores e trabalhadoras na previdência social —, além de definir revisões nos benefícios por incapacidade (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez) e a criação do Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade e da já citada “alta programada” dos casos de auxílio doença concedidos por via administrativa e judicial. Essas alterações constantes na legislação referente à carência tinham o objetivo muito claro de fazer com que o segurado pudesse reingressar no trabalho e garantir o seu direito de permanecer vinculado à Previdência Social — o que também pode ser atribuído às falhas no processo de informação e publicização do INSS, considerando a avalanche de indeferimentos.

Mediante documento da FENASPS, consubstanciado em estudos realizados por Peres (2020, p.113), a partir da base de dados do INSS de 2016 a 2019, mais de 219.000 (duzentos e dezenove mil) trabalhadores e trabalhadoras não tiveram acesso ao direito previdenciário no momento do adoecimento na vigência das Medidas Provisórias (MPs), variando o período de carência entre 6 e 12 meses, conforme as leis nº 13.457/2017 e nº 13.849/2019, além de que, para resgatarem seu direito, precisaram recorrer à judicialização⁷³ face ao indeferimento.

⁷² Cf. MP nº 739/2016; MP nº 767, de 06 de janeiro de 2017, convertida na Lei nº 13.457, de 27 de junho de 2017; MP nº 871/2019, convertida na Lei nº 13.846/2019, em 18 de junho de 2019.

⁷³ O Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou documento que demonstra gastos estimados em R\$ 92 bilhões em pagamentos de benefícios judicializados, correspondente a 15% do pagamento total de benefícios, bem como os processos judiciais do INSS que representam 51% de provimento judicial, entre 2014 e 2017 [...] O custo processual da judicialização foi de R\$ 4,6 bilhões em 2016, 15.899 pessoas (membros e servidores da PGF, INSS e DPU), equivalente a 59% do custo operacional do INSS, de 7,8 bilhões [...] O TCU descreve que os custos financeiros com um requerimento administrativo no INSS é R\$ 894,00, enquanto que o judicial é R\$ 3.734,00” (Peres, 2020, p. 124).

Chama ainda a atenção o fato de o Tribunal de Contas da União (TCU) publicizar o “custo da judicialização” do acesso ao direito pelo segurado, em expressa violência institucional praticada por Órgãos do Estado que deveriam garantir o acesso à cidadania formal e celeridade no atendimento

A esse respeito, o TCU (2022) publicizou documento de monitoramento à operacionalização do INSS para o período 2017-2022, com o objetivo de verificar os fatores de risco na Administração Pública, quer no atendimento e garantia do acesso ao direito devido aos segurados, quer na concessão dos benefícios em relação ao tempo estabelecido em lei, ao custo operacional e à integração entre os órgãos envolvidos.

Esse quadro situacional evidencia que os segurados com direito aos benefícios operados pelo INSS englobam cerca de 52% da população brasileira e que esses benefícios representam elevado valor monetário referente à despesa primária da União. Indica também que a improficuidade da gestão desses benefícios afeta a vida de milhões de pessoas, além de causar desperdícios de recursos.

Ademais, dada a conclusão de que mais de 11% dos 34 milhões de benefícios pagos mensalmente pelo INSS no ano de 2017 foram concedidos judicialmente e que o tempo para concessão dos benefícios administrados pelo Instituto excede o prazo legal, afloram graves indícios de ineficiências na gestão de benefícios previdenciários e assistenciais, cujas despesas anuais são de aproximadamente R\$ 700 (setecentos) bilhões. E mais: que há restrição do direito de segurados da Previdência e de beneficiários da Assistência Social, num total acima de 100 (cem) milhões de pessoas.

No tocante aos processos de judicialização dos benefícios, impetrados pelos segurados contra o INSS, no período de 2018 a 2021, o TCU identificou que, do total anual de R\$ 609 (seiscentos e nove) bilhões em despesas com benefícios previdenciários e assistenciais, R\$ 92 (noventa e dois) bilhões (15,1%) foram efetivamente pagos por decisão judicial. E que o elevado número de concessões judiciais gera desperdício de recursos públicos, dada a duplicação das ações do Estado; isto é, gera um custo que representa quatro vezes mais que o processo administrativo normal, sem falar do custo elevado da perícia médica judicial que, na esfera estadual, equivale a mais que o dobro do custo de uma perícia administrativa; na esfera federal, o custo é 1,6 vezes maior.

Em outros termos: na judicialização dos benefícios concedidos pelo INSS o custo operacional para o período em pauta foi calculado em R\$ 4,7 bilhões, valor correspondente a 24% do custo operacional total dos órgãos envolvidos. As fiscalizações e o processo de monitoramento indicaram como principais causas da judicialização: incentivos processuais à

litigância; demora no processo administrativo; divergência de entendimento entre o Judiciário e INSS; defesa inadequada da União; problemas e lacunas na legislação; erro do INSS na análise administrativa do benefício; e falta de integração entre sistemas de informação do INSS, do Conselho de Recursos da Previdência Social (CRPS) e dos órgãos do Judiciário.

No que se refere ao número elevado de requerimento e represamento das filas no exercício de 2020, ano mais crítico da pandemia, constatou-se que o tempo médio de análise de requerimentos de benefícios, para acessá-los, é extremamente superior aos prazos determinados e assegurados pela legislação:

[...] mais de 100 dias para benefícios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) sem relação com incapacidade; aproximadamente 45 dias para benefícios do RGPS relacionados à incapacidade; mais de 200 dias para benefícios assistenciais do Benefício de Prestação Continuada (BPC), [...] a legislação estabelece prazo máximo de 45 dias[...] os indicadores adotados pela autarquia não possibilitam monitorar adequadamente o cumprimento do prazo estabelecido na legislação (Tribunal de Contas da União, 2022, p. 2).

O TCU tem alertado para a questão da informatização dos requerimentos de benefícios do INSS a partir de 2017, a qual, a um só tempo, ampliou a velocidade de entrada de requerimentos e excedeu a capacidade de processamento da autarquia. Em vista disso, o Tribunal tem indicado mecanismos de resolutividade ao constatar elevação de benefícios a serem analisados. Para o TCU, o INSS torna-se um problema crônico, caso não sejam cumpridos os Acórdãos⁷⁴ estabelecidos, uma vez que a gestão dos benefícios exige uma rede de órgãos que devem trabalhar em parceria, tais como: INSS, Secretaria da Previdência, CRPS, Procuradoria-Geral Federal, Ministério Público, Defensoria Pública e o Poder Judiciário. sistema” (Tribunal de Contas da União, 2022, p. 3). E alerta para o “elevado impacto, social e financeiro, que pode advir de ineficiências do sistema.

Dentre os vários Acórdãos do TCU, cita-se o de nº 2.894/2018-Plenário⁷⁵, o qual concluiu que o número de judicializações dos benefícios previdenciários e assistenciais e incentivos à contestação em juízo decorre de divergências de interpretação e entendimento das normas entre INSS e Poder Judiciário, bem como de discordâncias entre avaliações de peritos do INSS e peritos judiciais. Já o estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) identificou como possíveis causas da judicialização de benefícios sociais: a falta de acesso do

⁷⁴ “O Acórdão é firmado e aprovado quando o TCU encontra improbidade ou irregularidade, determina correção das falhas ou providências para melhorar o desempenho da gestão. Acórdãos 2.894/2018, 2.960/2019, 2.768/2020 e 1.609/2021” (Tribunal de Contas da União, 2022, p. 3).

⁷⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2019/gastos-diretos/nota-imprensa-judicializacao>. Acesso em: ago. 2023.

cidadão às informações relacionadas à concessão de benefícios, situações relacionadas à advocacia previdenciária, a estrutura deficitária das carreiras dos servidores do INSS, a cultura organizacional da autarquia; problemas relacionados à atuação em defesa da União; problemas de implementação do INSS Digital, como algo recente e decorrente dessa implantação, e diferenças entre critérios administrativos e judiciais para a concessão de benefícios.

Esta destruição de direitos tem também contado com alternativas de resolutividade propostas pelos próprios servidores públicos, os quais reconhecem e explicitam um grande paradoxo: a negligência e a mercadorização de uma política pública assegurada na cidadania formal, o fato dela vir sendo violada por agentes do próprio Estado, em que pese o esforço imensurável do quadro de servidores em busca de solução propositiva e técnica em direção às necessidades da população usuária.

4.3 Política de Saúde

4.3.1 Antecedentes históricos, a Constituição e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A abordagem à promoção da saúde foi primeiramente expressa na agenda internacional, na Carta de Ottawa, por meio da I Conferência Global de Promoção da Saúde instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Ottawa, no Canadá, em 1986. Entretanto, no mesmo ano, o Brasil, em contexto de redemocratização, com forte mobilização e participação da classe trabalhadora, realizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual os participantes defenderam a promoção de saúde como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Os delegados da 8ª CNS atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais.

Dessa forma, a concepção da política pública de saúde como um direito social e um dos pilares da Seguridade Social no Brasil resultou de amplo movimento sanitário, que culminou em sua defesa pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Conferência esta que passou a ser considerada um Marco Civilizatório para a população brasileira por possibilitar, no ainda recente e frágil processo de redemocratização do país, o exercício de um elemento da democracia participativa, qual seja: a vocalização de demandas

populares por meio de quatro mil participantes e mil delegados representantes da sociedade civil de todas as unidades da federação, dos grupos profissionais e dos partidos políticos, que foram consolidadas em Relatório Final. E esse Relatório, com o peso de sua representatividade — que incluía pessoas idosas ligadas à Confederação Nacional dos Aposentados e Pensionistas (COBAP) — subsidiou a Comissão Nacional de Seguridade Social formada no processo Constituinte e, posteriormente, a própria Constituição.

Com efeito, do artigo 196 ao 200 da Constituição Cidadã de 1988, ainda vigente, o acesso à saúde constitui um “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), estando também prevista a sua forma de implementação e financiamento no âmbito da federação.

Além disso, os referidos dispositivos preveem a participação da iniciativa privada, (artigo 199), incluindo o mercado, embora a saúde seja considerada um direito universal, a ser financiado e regulado pelo Estado. Nesta perspectiva, a despeito de a Constituição garantir um direito não-contributivo colocado à disposição de todos sob a responsabilidade do Estado, apresenta controvérsias quando, formalmente, constitui-se um sistema híbrido com políticas de natureza pública e privada, a saber:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (Brasil, 1988, art. 199).

Cabe ao poder público regulamentar a sua operacionalização, assim expressa no art. 197: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil, 1988).

E, conforme o art. 198,

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Para implementar a Política de Saúde foram instituídos a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080/1990, com o objetivo de regulamentar os artigos constitucionais que tratam da saúde no Brasil, e o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos mais avançados do mundo.

O SUS permitiu a incorporação de dois modelos de atenção à saúde que, por décadas, atendiam à população: o modelo de saúde coletiva, que data do período de 1889 a 1930 da chamada Primeira República, integrado por uma rede de serviços ambulatoriais municipais e estaduais, com a participação de Institutos de pesquisa, laboratórios públicos produtores de soros, vacinas e medicamentos; e o modelo do período de 1930, apoiador do sistema previdenciário e estruturado em uma rede hospitalar predominantemente privada, que também apoia e presta serviços tanto ao SUS quanto às operadoras de planos e seguros ligados a segurados inseridos no mercado de trabalho formal. Os dois modelos possuem grande capilaridade e pautam-se por diferenças, seja no acesso às diversificadas modalidades de

equipamentos, instrumentos de serviços prestados, seja na base do seu financiamento e na diversidade de atores políticos que o apoiam (Fernandes, 2010).

Com esse Sistema inaugurou-se um novo paradigma no âmbito da saúde brasileira, orientado pelos princípios da integralidade, da intersetorialidade, da interdisciplinaridade e da interseccionalidade, que previam uma gestão em rede da promoção, proteção e recuperação da saúde, além de serviços integrados.

No referido paradigma, é da responsabilidade do Estado a garantia desse direito, sem dispensar contribuição da família, da sociedade e do mercado na provisão dos cuidados, que deixam de ater-se à doença e passam a priorizar as condições de bem-estar e de seguridade social ampliada, desde que se cumpra o acesso a outros direitos sociais, explicitados no artigo 3º da Lei nº 8.080 de 1990 (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e bens e serviços essenciais). Direitos estes de difícil garantia em países em desenvolvimento com alto grau de desigualdade social, com ajuste fiscal permanente e contrarreformas que retiram direitos e agravam a situação de pobreza (Abigalil, 2019).

Nessa perspectiva, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assim explicitado:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil 1988, art.196º).

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

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

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

Para aprimorar o conhecimento do SUS, é fundamental a interpretação conceitual do conteúdo de seu artigo 5º, no qual estão explicitados os objetivos do Sistema, e do artigo 6º, que contém as ações e medidas de políticas a serem implementadas, como: vigilância

sanitária⁷⁶; vigilância epidemiológica⁷⁷; saúde do trabalhador⁷⁸; e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A partir desse procedimento constata-se uma linha de atuação voltada à saúde do trabalhador, de caráter preventivo e gerencial, junto aos riscos sociais, com vista a assegurar formalmente ações de reabilitação de agravos à saúde gerados quer por acidentes de trabalho, quer por doenças ocupacionais. Observa-se ainda a ênfase na participação dos trabalhadores, de usuários de frações da classe trabalhadora idosa, de sindicatos, de entidades sociais, de institutos e empresas nas atividades de pesquisa, atenção e monitoramento e controle das ações.

Além disso, o SUS disponibiliza um amplo processo de construção coletiva para a participação da comunidade, além dos usuários, na elaboração da política de saúde, na gestão e no controle democrático das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, por meio de instrumentos indicados nas Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, com o objetivo de regulamentar e definir estratégias específicas do Sistema.

Associado à regulamentação do SUS, tal processo confere ao SUS caráter inovador de implementação em rede de atenção voltada para a saúde em todos os ciclos de vida, pautado pelos princípios da descentralização, da universalidade, da integralidade da atenção, da equidade e do controle democrático territorialmente incidentes para propiciar capilaridade da

⁷⁶ Trata-se, a “vigilância sanitária, de “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde” (Brasil, Lei 8.080,1990,art.6º, §1º).

⁷⁷ Trata-se, a vigilância, epidemiológica, de “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil, Lei 8.080,1990, art.6, § 2º).

⁷⁸ Por *saúde do trabalhador* entende-se “[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores” (Brasil, Lei 8.080, 1990, art.6º,§ 3º).

atenção, conhecimento das necessidades populacionais locais e atendimentos mais próximos das comunidades.

Com base nesses princípios e no critério da territorialidade, ressalta-se a importância da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961/2000, com abrangência em todo o território nacional e competência de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Em 1994, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF) introduziu mudança paradigmática ao substituir a atenção à saúde — então centrada no modelo hospitalocêntrico — pela estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção básica à saúde como eixo estruturante, centrado na ação junto às famílias e à comunidade. E, dessa feita, a Estratégia Saúde da Família (ESF) implementou nova dinâmica dos serviços no território, no núcleo familiar, além de instituir relação humanizada de vínculo com a comunidade, direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, respeitando as necessidades humanas e a infraestrutura local.

4.3.2 Política Nacional de Saúde do Idoso (PNI)

Em 1994 foi aprovada a Política Nacional do Idoso (PNI) — prevista na Lei nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, o qual prevê uma Rede de Serviços integrados e intersetoriais às Pessoas Idosas para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reforçando a demanda de garantia ao direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Ministério da Saúde, 1999). Nessa perspectiva, o SUS passou a responder às crescentes demandas do acelerado processo de envelhecimento da população, regulamentando, por meio de legislação infraconstitucional, o direito social contemplado na PNI, ao aprovar a Portaria Ministerial nº 1.395/1999, que institui a Política Nacional de Saúde do Idoso, responsável por incumbir os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados a saúde do processo de envelhecimento à readequação de planos, projetos e atividades em consonância com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

Posteriormente, em 2002, ocorreu a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, em conformidade com a Portaria nº 702/2002/SAS/MS, tendo por base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte do processo de operacionalização dessas redes, foram criadas as Normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

No Brasil, as políticas de saúde voltada às pessoas idosas e demais gerações no ciclo de vida estão em consonância com as diretrizes da OMS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), das duas Assembleias Mundiais do Envelhecimento e do Plano Mundial do Envelhecimento. Além disso, priorizam o respeito à ciência, à educação e a participação dos pesquisadores, cientistas, representantes de movimentos sociais e conselhos de defesa de direitos e usuários dos serviços. No Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é gerenciada pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI)⁷⁹/DAPES/SAS/MS.

Em 2006 houve uma readequação da Política Nacional de Saúde das Pessoas Idosas (PNS), que trata da heterogeneidade do processo de envelhecimento, para traçar os indicadores e evidências das várias possibilidades de envelhecer e apresentar questões associadas às doenças crônicas não transmissíveis, degenerativas, geradoras do declínio no processo de envelhecimento. Houve ainda o intento de demarcação de indicadores, condicionantes e determinantes de saúde para se alcançar um processo de envelhecimento saudável e ativo, além possíveis determinantes de riscos e vulnerabilidades de um envelhecimento dependente, com a perda de capacidade funcional — isto é, com perda das habilidades físicas e mentais necessárias à realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, exigente de cuidados formais, informais e familiares.

Essa política de saúde inova com efetividade ao prever a adesão e a implementação da Caderneta de Saúde de monitoramento da pessoa idosa e da avaliação da capacidade funcional dessas pessoas, além de sua implementação em âmbito nacional através do PSF e da implementação da Saúde Integral da Pessoa. Para tanto, sua meta é promover, manter e recuperar a autonomia e a independência da pessoa idosa, mediante adoção de medidas coletivas, em consonância com o SUS, entendendo como *autonomia* “[...] a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”; e como *independência* “[...] a habilidade de executar

⁷⁹ “A COSAPI/MS adota como intervenção de trabalho a perspectiva da relação intergovernamental visando a formalização de Ações Programáticas consensuadas com o Colegiado de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa e em parceria com o Fórum composto por gestores dos estados e DF, dos municípios capitais acima de 500 mil habitantes, com reuniões presenciais semestrais até 2019, e possíveis agendas articuladas de trabalho. Destacam-se como encaminhamentos: discussão e validação do modelo de atenção integral à Saúde da Pessoa Idosa; participação na revisão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; atualização e reformulação do Caderno de Atenção Básica nº 19 e construção de estratégias de capacitação de gestores para utilização e aplicação desses instrumentos de gestão; contribuições para o levantamento Censitário nas ILPIs (Instituição de Longa Permanência de Pessoas Idosas); contribuição no processo de mapeamento de experiências exitosas de gestão no campo. Participação e aprovação da Carta do VIII Colegiado de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de propor a inclusão de indicadores de monitoramento visando garantir qualificação e aperfeiçoamento da Atenção Básica, ordenadora da atenção integral à saúde da pessoa idosa”.

funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (Ministério da Saúde; COSAPI, 2017).

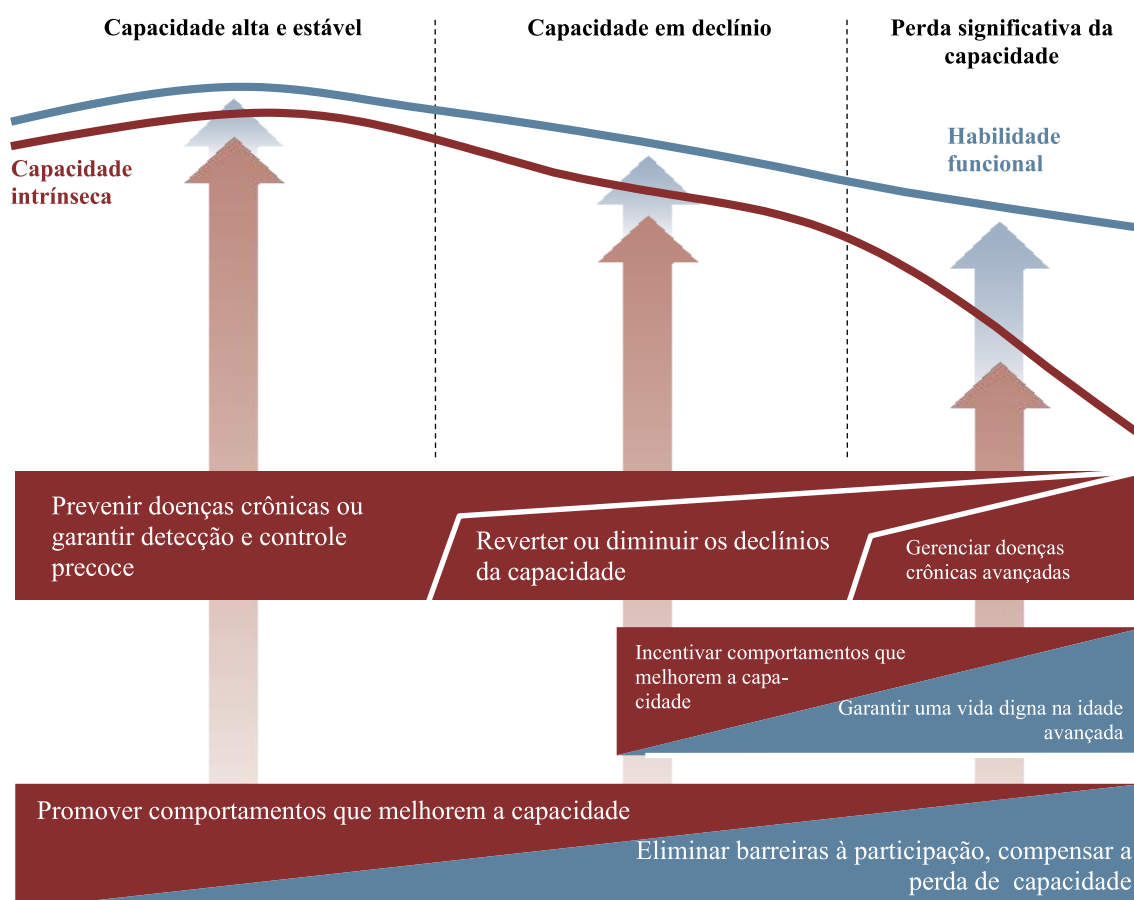
Aprovada em 2006, tal política se pauta, até hoje, em quatro diretrizes básicas: 1) promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável, em consonância com a OPAS, OMS, e Plano Mundial do Envelhecimento; 2) prioridade à atenção integral e ações intersetoriais; 3) garantia de recursos para atenção à saúde; e 4) participação e fortalecimento do controle democrático. Com essa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) abraça uma

[...] concepção ampliada de saúde e envelhecimento, ou o envelhecimento saudável, que toma a capacidade funcional como medida de bem-estar físico, mental e social, [como] a meta a ser alcançada não apenas pelo setor saúde isoladamente, mas pelo conjunto das políticas públicas. As ações e as intervenções de saúde e das demais políticas públicas devem ser planejadas, organizadas e implementadas de modo que possibilitem às pessoas alongarem o máximo possível a sua independência e autonomia, podendo cuidar de si mesmas e realizar atividades consideradas importantes para sua sobrevivência, em trajetórias positivas de envelhecimento, considerando os múltiplos aspectos que as afetam (Ministério da Saúde, 2018, p. 20).

4.3.3 Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável e o Curso de Vida

O gráfico abaixo pretende traduzir as características do processo de envelhecimento e as possibilidades de intervenção pública no contexto da saúde, visando um percurso saudável, respeitadas as capacidades intrínseca e funcional de cada pessoa, bem como os potenciais recursos a serem acessados durante os ciclos de vida. Cada etapa de intervenção (promoção, prevenção e/ou reabilitação) deve ser estruturada e planejada com a participação e o assentimento da pessoa idosa, de seus familiares, profissionais, cuidadores (quando houver) e a rede de serviços de cada localidade (Ministério da Saúde, 2018).

GRÁFICO 8 – Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável: possibilidades para a ação da saúde pública durante o curso da vida



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015).

Conforme o Gráfico, a OMS, a OPAS e o MS propugnam a capacidade funcional alta e estável da pessoa idosa durante o processo de envelhecimento, ao tempo em que estimulam, orientam e se propõem o desenvolvimento de

[...] ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tais como: promoção de hábitos de alimentação saudáveis; incentivo à realização de atividades físicas; controle do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, medicamento e outras drogas; promoção de atividades coletivas de socialização; prevenção de doenças transmissíveis (como as infecções sexualmente transmissíveis – IST e as doenças pneumocócicas); prevenção e controle de doenças não transmissíveis (como diabetes e hipertensão). Além disso, práticas integrativas e complementares, como a yoga, meditação e acupuntura, entre outras, que oferecem diferentes recursos terapêuticos da medicina tradicional e complementar/alternativa, ajudam no bem-estar físico, emocional e social das pessoas idosas, pois estimulam o autoconhecimento, a autonomia e a relação saudável com a sua fase de vida. Essas ações visam preservar a funcionalidade, buscando evitar a ocorrência de agravos ou o estabelecimento de condições crônicas que possam provocar declínio ou comprometer a autonomia e independência das pessoas (Ministério da Saúde, 2018, p. 22).

No caso de pessoas idosas que já apresentam declínio funcional, é fundamental:

[...] ofertar e garantir cuidados que revertam, diminuam ou retardem ao máximo possível a continuidade desse curso. Para tanto, além de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e de doenças, incentivando comportamentos que melhorem as capacidades intrínseca e funcional, são necessárias ações de tratamento, reabilitação e controle estrito de condições crônicas estabelecidas. Além disso, situações agudas que demandem serviços de urgência e emergência ou internação hospitalar, devem ser acompanhadas muito proximamente, em especial no regresso ao lar, pós-alta, para prevenir o agravamento do declínio funcional e do quadro geral de saúde (Ministério da Saúde, 2018, p. 22).

Contudo, em se tratando de pessoas idosas que apresentem perdas comprometedoras da capacidade funcional, tornando-se dependentes para as atividades básicas da vida diária (ABVD),

[...] cabe gerenciar as condições crônicas já agravadas, bem como garantir a vida digna, ofertando cuidados de longa duração, inclusive acompanhamento domiciliar, reabilitação, cuidados paliativos, suporte a familiares e a outros cuidadores. Para os casos em que há declínio ou perda de capacidades, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas articuladas que busquem eliminar as barreiras à participação das pessoas idosas e compensar a perda de capacidade, proporcionando as adaptações e supervisões necessárias, seja por meio de tecnologias assistivas ou apoio de terceiros (Ministério da Saúde, 2018, p. 22).

4.3.4 Perspectiva de promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável

Sabe-se que a perspectiva de promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável, assim como a sua discussão e proposição em âmbito mundial e nacional, datam, respectivamente, de 2002 e de 2005, sinalizando determinantes e condicionalidades de acesso à saúde ao longo da vida e contradizendo a noção de envelhecimento como fase da vida caracterizada por doenças, declínios e sofrimentos. Igualmente, sabe-se que esse modo de conceber a velhice funciona como um contraponto ao paradigma anterior. Entretanto, avalia-se que a mudança paradigmática exige a intersetorialidade de várias políticas econômicas e sociais, além de mudanças culturais. Exigências que somente serão atendidas em um contexto de maior equidade e de sociabilidade permissível ao acesso à seguridade social ampliada, aos direitos sociais em todos os ciclos de vida, ao trabalho condigno, à educação e aos serviços públicos de qualidade.

Pesquisas realizadas junto às populações idosas revelam que esse segmento populacional apresenta maior limitação, constrangimento e dificuldade de socialização e desempenho de atividades da vida diária devido muito mais à redução de convívio social do a

doenças. Por isso, a possibilidade do envelhecimento ativo exige não somente acesso e garantias de atenção prestadas pela política de saúde, mas, concomitantemente, a corresponsabilidade do Estado, das famílias e das próprias pessoas idosas.

A OMS (2005), ao defender o envelhecimento ativo, o condiciona ao desenvolvimento de políticas e programas inerentes ao envelhecimento individual e populacional, como apoio indispensável.

As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, é necessário que os ambientes de apoio façam com que “as opções saudáveis sejam as mais fáceis” (Organização Mundial da Saúde, 2005, p. 17-18).

Entretanto, o que prepondera na atualidade é a redução de custos no sistema de Seguridade Social e a permanência das pessoas idosas no mercado de trabalho insalubre e precarizado, além da imposição de novo perfil laboral voltado ao letramento digital, que requer das pessoas idosas traquejo no manuseio de tecnologias inovadoras em mutação.

No âmbito do SUS, a concepção e elaboração preliminar da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) data de 2005, com a instituição do Comitê Gestor da Política, regida pela Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005. Dentre suas competências figuravam: a consolidação da proposta da referida Política, a definição de estratégia de implantação nas diferentes Secretarias do MS e a articulação e integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS. O Comitê que a integraria seria composto por entidades e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e, em conformidade com a Portaria MS nº 1.409, de 13 de junho de 2007, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Essa política foi oficialmente instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, ao tempo que ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; além de ter sido integrada à agenda estratégica dos gestores do SUS e aos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as potencialidades das políticas públicas já existentes.

A PNPS⁸⁰ vem sendo atualizada para responder às demandas nacional e internacional decorrentes dos novos desafios e compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde, dentre eles o processo de envelhecimento.

É fato que, no processo de envelhecimento, 25% da capacidade intrínseca — ou seja, dos recursos físicos e mentais das pessoas idosas — explicam-se pelos fatores genéticos e 75% devem-se, em grande parte, aos efeitos acumulados do acesso aos direitos, dos hábitos e aos fatores ambientais aos quais esteve exposto o indivíduo; isto é, há forte impacto dos determinantes sociais na capacidade funcional da pessoa na velhice (Organização Mundial da Saúde, 2015; Ministério da Saúde, 2018). É fato ainda que a maioria das doenças crônicas manifestas na velhice são ocasionadas por fatores de risco e hábitos de vida adotados durante anos — como o tabagismo, alcoolismo, má alimentação, sedentarismo (UNASUS, 2006) —, agravados pelos determinantes de desigualdade social, decorrentes do contexto econômico, político e social, além das diferenças de classe social, gênero, raça e etnia.

No tocante à atenção integral e às ações intersetoriais, a política de promoção da saúde visa garantir à pessoa idosa a integralidade de acesso à atenção; ou seja: saúde física, saúde mental, ambiente seguro, trabalho, cultura, lazer, dentre outros. Estas ações devem ser desenvolvidas de forma integrada, por múltiplos parceiros e órgãos governamentais (Ministério da Saúde, 2018).

4.3.5 Promoção da Saúde sob a ótica do Cuidado Integral

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), deve-se buscar a estruturação do cuidado integrado e intersetorial às pessoas idosas, gerando a não duplicidade de ações, evitando distorções e maximização da rede de atenção. O cuidado integral exige uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar. Estas diretrizes, segundo a Política de Saúde, devem ser incorporadas à Atenção Básica e promover a melhoria da qualidade e o aumento da resolutividade da atenção. A garantia de recursos para atenção à saúde define a necessidade de

⁸⁰ Está sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (MS) desde 2013, por meio do Comitê Gestor formado por representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Prima pela democracia participativa com representantes dos gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de Instituições de Ensino Superior, além da participação de representantes de instituições não incorporadas à área da Saúde comprometidos com ações de promoção da saúde das cinco regiões brasileiras. Nas várias instâncias de SUS, a PNPS vem sendo ajustada mediante participação dos Grupos de Trabalho da Vigilância em Saúde, da Atenção à Saúde e de Gestão, bem como da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

garantir às pessoas idosas os recursos necessários para sua qualidade de vida, tais como: medicamentos, ambientes adaptados, profissionais de saúde capacitados, acesso aos serviços e programas de saúde em tempo hábil e compatível às necessidades dessas pessoas.

A participação e o fortalecimento do controle social (ou democrático) visa garantir a inclusão de temas relacionados à atenção à saúde das pessoas idosas em instâncias democráticas e participativas — como os Conselhos e Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde —, além da participação das pessoas idosas na formulação das ações deliberadas nessas Conferências, bem como nas Comissões de interesse desse público em todas as instâncias de poder.

Em 2003 o MS aprovou a Política de Humanização do SUS, com o objetivo de valorizar a rede de saúde no Brasil e os usuários como agentes de transformação e participação no processo de saúde-doença. Para tanto, procurou implementar um sistema de saúde mais próximo das necessidades da população, ou seja, no território, guiado pela lógica da solidariedade. Esta política tem como meta a construção de novos modelos de saúde, com o objetivo de ampliar a prevenção e superar o modelo hospitalocêntrico, focado na figura do médico, em prol de um sistema que contemple a pluralidade de saberes, tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Em 2006 o MS instituiu o Pacto pela Vida, definindo seis prioridades de atenção, a saber: saúde das pessoas idosas; controle do câncer de colo do útero; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias — com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde; e fortalecimento da Atenção Básica. Além disso, aprovou a Portaria nº 648, de 28/03/2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este último com a função de assistência às pessoas idosas e demais, inclusive no domicílio, mas com limitações para o encaminhamento das mesmas à realização de exames de alta complexidade no âmbito do SUS.

A Atenção Básica caracteriza-se:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior

frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p. 12).

Para a implantação da Política Nacional de Atenção Básica, o MS adotou as Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁸¹ e o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸² como medida interventiva prioritária. Quanto aos procedimentos metodológicos que caracterizam o processo de trabalho das equipes de atenção básica, estes consistem em:

[...] definição do território de atuação das UBS; programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; assistência básica integral e contínua à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (Ministério da Saúde; PNAB, 2006, p. 21- 22).

Planejamento do Cuidado para Atenção Integral da Saúde das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde

A organização do cuidado das pessoas idosas no Brasil está planejada para ser articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. A orientação e formação dos profissionais do SUS pauta-se pela criação e instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS),

⁸¹ Para Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tenha responsabilidade sanitária, visando garantir os princípios da Atenção Básica. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tenha responsabilidade sanitária, visando garantir os princípios da Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006, p. 21).

⁸² Para que a Estratégia Saúde da Família seja implementada é necessário a existência de uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas por semana para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico da família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2006, p. 26).

asseguradas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro 2010, na qual as redes são definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010).

A implantação da RAS prevê a pactuação entre as três esferas de governo, com definição de objetivos e metas de curto, médio e longo prazos, bem como investimento no desenvolvimento da capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho da atenção à saúde a ser ofertada. Nessa perspectiva, deve-se implementar ainda um sistema logístico que permita a articulação entre os diferentes pontos de atenção, garantindo o transporte sanitário; o fluxo dos usuários entre os diferentes pontos, tanto nas situações de urgências quanto no acompanhamento longitudinal; investimento na formação profissional e educação permanente.

Esse trabalho em rede pauta-se pelo respeito aos direitos humanos — garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas idosas; o combate ao estigma, à violência e ao preconceito, bem como a garantia da equidade de gênero e raça — e propõe-se a nortear toda a ação voltada à pessoa idosa e a priorizar a construção e oferta de um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, visando à organização da atenção e a ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS.

A construção formal do referido Modelo, nos marcos dessa orientação, contém as diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já desenvolvidos nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação.

Em consonância com as normativas do SUS, tem-se o documento *Orientações técnicas para implementação da linha do cuidado, para atenção integral à saúde da pessoa idosa*, aprovado em 2018, com metodologia de trabalho implementada pela COSAPI-MS, na qual os elementos estruturantes centraram-se na promoção e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e em suas necessidades, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção focada na doença. Assim, a singularidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer passaram a ser consideradas a partir dos determinantes sociais e econômicos da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, e nas diferenças de gênero e raça, com vista à equidade e resolutividade do cuidado a ser dispensado (Ministério da Saúde, 2018).

O referido documento prioriza ainda o planejamento de etapas de organização do cuidado, a garantia do acesso, o acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos

serviços de saúde do SUS, para possibilitar não só o acolhimento por meio de escuta, mas fazer com que essa estratégia se traduza em responsabilização e resolutividade indutoras de mobilização e integração de redes internas, externas e multidisciplinares (Ministério da Saúde, 2017).

Para além do investimento na articulação setorial, a articulação intersetorial constituir-se-á em diretriz para responder às demandas da população idosa, especialmente no que tange à política de Assistência Social. Essa articulação visa à construção de trabalhos conjuntos, consensos, definição de responsabilidades compartilhadas para construção dos serviços e programas — com prioridade à atenção domiciliar, centro-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento à violência e qualificação do cuidado oferecido em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) (Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, 2017) — e demais modalidades de atenção garantidas em legislação específicas. Entretanto, essa é uma meta a ser conquistada.

A partir de análises disponíveis, como as de Hoffman (2017; 2018), referentes às publicações da COSAPI (Ministério da Saúde, 2018), resoluções e legislações aprovadas no âmbito do SUS, acrescidas das normativas internacionais, e das necessidades das pessoas idosas, constata-se que os serviços de cuidados na perspectiva de atenção à saúde integral devem centrar-se na manutenção; e, quando necessário, na reabilitação da capacidade funcional, com vista a: obter conhecimentos multidisciplinares (no âmbito da gerontologia e da geriatria); aprimorar o conhecimento da heterogeneidade dos processos de envelhecimento; verificar os fatores socioeconômicos, o acesso ou não aos serviços públicos de qualidade, estilos e hábitos de vida saudáveis ou não; observar a qualidade de vida relacionada ao trabalho e à capacidade funcional; oportunizar o acesso às ações de manutenção da autonomia e independência; considerar os novos arranjos familiares, constituídos por famílias menores, monoparentais, ou não, e agregados; identificar necessidade de intervenção intersetorial de cuidados, com a participação de cuidadores familiares ou não; detectar sinais de violência ou negligência institucional e familiar; identificar a rede social e de apoio familiar e comunitário no território; estudar a possibilidade de atenção domiciliar e a existência ou não da oferta de serviços em Centros-Dia e residência temporária; realizar intervenções multidimensionais e intersetoriais; analisar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como principais causas de morbimortalidade, incapacidade e riscos de maior vulnerabilidade; e redimensionar as formas de temporalidade de acesso aos exames de alta complexidade e seus resultados, face às urgências e emergências e, quando necessário, recorrer a processos de judicialização para preservar a atenção as pessoas idosas (Abigalil, 2019).

Reconhece-se que o SUS dispõe-se a implementar a proposta de cuidado mediante o acesso a instrumentos técnicos e operacionais⁸³, além de ofertar cursos de formação para a construção da linha do cuidado, tais como: instrumento para avaliação multidimensional (caderneta de saúde da pessoa idosa, ficha espelho e manual de orientação da caderneta); cursos de educação permanente por intermédio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. Disponibiliza, ainda, cartilhas e instrumentos técnicos e informativos sobre a reabilitação das pessoas idosas; a prevenção de quedas de violência; a saúde auditiva; o tabagismo, dentre outros (Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, 2018). Todavia, tais ações não atingem a maioria dos municípios brasileiros. O PSF está presente em cerca de 40% dos municípios brasileiros, necessitando de ampliação, equipes de trabalho, organização da rede e financiamento compatível com a demanda.

A base científica e documental do SUS reconhece a importância e propõe a avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa, a qual deveria abarcar as dimensões social, clínica, mental e funcional, além de identificar necessidades, visando à otimização da alocação de recursos e estratégias de cuidado. Propõe-se, também, a ampliação do conhecimento do processo de envelhecimento permitindo a identificação e a classificação de riscos, além da possibilidade de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (Ministério da Saúde, 2018), visto que, na prática, esta ação não encontra respaldo na estrutura atual.

Entende ainda como crucial refletir sobre os equipamentos de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde do Idoso no SUS, publicizados pela COSAPI/SUS/MS (2017), visto que, embora se proponham a manter sua funcionalidade, nem todos funcionam a contento. Citam-se, a seguir, os equipamentos mais importantes:

- a) Unidades Básicas de Saúde (UBS), consideradas a “porta de entrada” do SUS. Algumas funcionam em estruturas adaptadas, sem planejamento prévio e fora dos parâmetros e critérios técnicos definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) Norma nº 9.050/2004. As UBS podem ou não ter equipe de Saúde da Família (e em ambas as situações estão registradas no CNES) e sua estrutura e recursos necessários são definidos pela Política Nacional de Atenção Básica;

⁸³ Para maior aprofundamento da Linha do Cuidado, acessar o documento intitulado Orientações Técnicas para Implementação da Linha do Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde, SUS, 2018).

- b) Atenção às urgências. Tem sido orientada pela Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, e se divide nos componentes: pré-hospitalar (que pode ser fixo ou móvel) e hospitalar;
- c) Unidade de atendimento ambulatorial especializado. Possibilita a recuperação da saúde por procedimentos específicos de cada especialidade, tais como: perda auditiva e catarata, frequentemente encontrada no paciente idoso. O acompanhamento na atenção básica deve ser mantido independentemente do acompanhamento por especialistas. É comum que o paciente idoso seja acompanhado por diversos médicos especialistas, sem homogeneização dos tratamentos e sem comunicação entre eles, o que, frequentemente, leva à iatrogenia e à polifarmácia. O profissional da Atenção Básica tem em mãos o poder de gerenciar e harmonizar o tratamento;
- d) Unidades de reabilitação. Vinculam-se a hospitais universitários, hospitais especializados e centros de referência, sendo que a reabilitação pode ser física ou cognitiva, contando com diversos profissionais da saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros;
- e) Atenção Domiciliar (AD) - Programa Melhor em Casa implementados pela Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD). Constitui nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado; o cuidador é pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida diária (Brasil, 2013);
- f) Atenção hospitalar exercida “[...] mediante ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, realizados em ambiente hospitalar previamente inseridos nessa denominação”. Todos os hospitais do SUS, independentemente do tamanho ou da complexidade, são registrados no CNES. O ingresso no atendimento hospitalar geralmente se dá pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é uma característica comum nessas unidades;
- g) Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Creasi). Atendem pessoas idosas que necessitam de atenção especializada nas áreas de geriatria e/ou gerontologia. Oferecem à comunidade serviço especializado na saúde do idoso frágil, assim como na interlocução com outras instituições, por meio de avaliação multidimensional, realizada por equipe interdisciplinar; seu objetivo é a manutenção ou recuperação da saúde física,

mental e funcional da pessoa idosa, além da adequação de seus déficits às novas realidades, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar.

O SUS vem editando várias Portarias que asseguram ações voltadas para a qualificação do cuidado de atenção às pessoas idosas no Brasil. As mais em evidência são:

- a) Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Institui os procedimentos referentes aos Cuidados Prolongados às pessoas idosas, que se caracterizam por cuidados intermediários entre cuidados hospitalares (agudos e crônicos agudizados) e atenção básica e/ou domiciliar. Os critérios de elegibilidade ao seu acesso são: recorrência e recuperação da AVC, dependência permanente ou funcional, dentre outros;
- b) Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança ao Paciente, com o objetivo de: identificá-lo corretamente; melhorar a comunicação entre a equipe de saúde; garantir a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, com procedimentos e pacientes corretos; higienizar locais para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão;
- c) Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Institui as academias de saúde com o objetivo de: contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física, de lazer e modos de vida saudáveis e, ainda, a promoção de atividades de segurança alimentar, nutricional e de educação alimentar.

Para o período de 2011 a 2022, o MS aprovou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, elegendo como ações prioritárias: capacitar equipes de profissionais da Atenção Básica em saúde para o acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; criação de programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade; assegurar e distribuir gratuitamente medicamentos essenciais para hipertensão, diabetes e asma,

além de subsídio de 90% para fraldas geriátricas; realizar a imunização de gripe e pneumonia; traçar o perfil epidemiológico da violência e realizar notificações compulsórias.

Registra-se, no entanto, que embora 75% das pessoas idosas no Brasil dependam exclusivamente do SUS para terem acesso aos cuidados de acordo com as suas necessidades de saúde, a Emenda Constitucional nº 95/2016, vigente até o início de 2023, desestruturou as políticas sociais, e em especial a de saúde, com a fragilização dos serviços prestados à população e a desestruturação dos serviços existentes.

4.3.6 Despesas e execução da Saúde com base no cruzamento dos dados do Orçamento da Seguridade Social e do Regime Fiscal Extraordinário

A tabela 12 evidencia as despesas e execução da Saúde, com base no cruzamento dos dados do Orçamento da Seguridade Social e do Regime Fiscal Extraordinário com as transformações ocorridas especialmente durante a pandemia de COVID-19. E nela pode-se observar que, durante todos os anos, de 2005 a 2022, inclusive na pandemia de COVID-19, o maior volume de recursos foi aplicado na linha hospitalocêntrica, com pequeno avanço na Vigilância Epidemiológica, na Atenção Básica e na Vigilância Sanitária.

TABELA 12 – Despesas do Ministério da Saúde com Ações e Serviços de Saúde

Áreas de atuação governamental	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2022/2021 (%)
Administração Geral	3.408	6.654	9.567	8.699	8.356	7.857	7.780	-1,0
Assistência aos Povos Indígenas	4	327	1.343	1.470	1.450	1.511	1.654	9,5
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	18.155	31.622	48.331	60.097	54.815	56.571	64.549	14,1
Atenção Básica	5.934	10.349	19.256	27.558	26.925	32.456	35.270	8,7
Saneamento Básico Rural	84	182	126	205	260	304	668	119,9
Saneamento Básico Urbano	656	861	458	689	313	240	637	166,0
Suporte Profilático e Terapêutico	2.970	6.063	12.999	13.944	15.150	15.413	16.990	10,2
Vigilância Epidemiológica	1.851	2.995	5.475	8.507	7.668	8.184	12.050	47,2
Vigilância Sanitária	186	282	320	330	303	310	330	6,5
Outras programações	1.268	1.858	2.992	3.595	4.912	4.494	4.954	10,2
Soma	34.517	61.193	100.868	125.094	120.153	127.339	144.883	13,8
Investimentos nas diversas áreas	2.085	3.117	3.435	4.199	3.281	4.321	4.053	-6,2
Regime Extraordinário Fiscal COVID-19					44.812	54.576	16.822	-69,2
Soma					164.964	181.915	161.705	-11,1

Fonte: Siga Brasil - SF.

Organização: ANFIP e Fundação ANFIP.

Nota: os valores relativos aos investimentos estão incluídos na totalização e nas diversas programações de que fazem parte.

Em relação aos dados da tabela 12, cabe informar que em 2021 ainda não havia sido aprovado o Regime Fiscal Extraordinário e, mesmo assim, estão registrados R\$ 54,6 bilhões de gastos do exercício, o equivalente à terça parte do total; além disso, tais gastos estão classificados como “de natureza extraordinária”, o que permitiu que não fossem referenciados como garantia para outros exercícios vindouros. Convém ainda lembrar que o acirramento da pandemia em 2021 requereu muito mais do SUS do que em 2020. Já em 2022, as despesas extraordinárias, no valor de R\$ 16,8 bilhões, vincularam-se, integralmente, a créditos especiais, desde 2021, os quais foram reabertos e estão vinculados à aquisição de vacinas. Destaca-se também o incremento das emendas parlamentares, que passaram a integrar os valores mínimos que precisam ser aplicados anualmente. Em 2019 elas orçaram R\$ 6,7 bilhões, mas em 2022 atingiram o equivalente a R\$ 14,9 bilhões, enquanto entre 2021 e 2022 as emendas concedidas pelo Orçamento Secreto foram da ordem de R\$ 6,7 bilhões. Essas emendas não estão submetidas ao controle do MS e nem do SUS (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 89), o que vem a contrariar programação estabelecida em consonância com as políticas pactuadas no âmbito das comissões intergestoras e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

4.3.7 Política de Cuidados: nova proposição, avanços e desafios

É legalmente reconhecido que o cuidado se tornou um direito de todo o cidadão, em todos os ciclos de vida, especialmente quando há perda de autonomia e independência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Sendo, portanto, mais que uma necessidade o cuidado constitui um direito inerente à vida humana, além de um bem público essencial para o funcionamento da sociedade, das famílias, das empresas e das economias.

Contudo, nem sempre foi assim. A estrutura de cuidados no Brasil está consolidada na divisão sexual de trabalho, que atribui às famílias — e preponderantemente às mulheres — a maior responsabilidade ou a exclusividade do exercício dos cuidados no âmbito doméstico. A carga de atividades cotidianas de gestão, sustentação e reprodução da vida — como a preparação de alimentos, a manutenção da limpeza e organização dos domicílios, o apoio às mais diversas atividades do cotidiano às pessoas com diversos graus de autonomia ou dependência — tem sido, historicamente, realizada pelas mulheres no interior de seus próprios domicílios (Ministério do Desenvolvimento Social, 2023, p. 2). Mas, não apenas isso; no Brasil, a divisão do trabalho de cuidados não ocorre apenas pelas desigualdades de gênero e classe. Está também caracterizada pelas desigualdades raciais, pois a maioria da estrutura desses

cuidados é de responsabilidade de mulheres negras, quer como trabalho doméstico quer como trabalho remunerado.

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) do IBGE, as mulheres, em 2019, executavam, em média, 21,7 horas semanais de trabalho doméstico e de cuidados não remunerados, enquanto os homens dedicavam 11 horas. Para as mulheres brancas, essa carga era de 21 horas semanais, mas para as mulheres negras era de 22,3 horas; uma diferença que, embora possa parecer pequena, ao final de um ano significava quase 68 horas a mais de trabalho de cuidados não remunerados para as mulheres negras em relação às mesmas tarefas para as brancas, o que equivale a uma semana e meia adicional de trabalho por ano, considerando a jornada legal de 44 horas semanais. A distribuição e a pobreza de tempo configuram uma característica de exploração que se impõe ao cotidiano de vida das mulheres. A PNADc (2021) informa que 30% das mulheres em idade ativa não dispunham de condições e de tempo para exercer emprego remunerado devido aos afazeres domésticos já mencionados. Em contrapartida, entre os homens essa proporção era de 2%. E, como não poderia deixar de ser, essa situação penaliza mais as mulheres negras: 32% delas não têm condições de acessar o mercado de trabalho, enquanto, em relação às brancas, essa porcentagem é de 26,7% (Ministério do Desenvolvimento Social, 2023, p. 3).

Essa questão tornou-se mais evidente com a pandemia do novo coronavírus, posto que, no Brasil, há décadas se discute a necessidade de institucionalizar a Política Nacional de Cuidados como uma responsabilidade do Estado que deve integrar a Seguridade Social; uma política, cabe ressaltar, cujas principais características seriam a de possuir caráter intersetorial e intergovernamental, com ampla parceria com as ONGs, a sociedade civil e os Conselhos de Defesa de Direitos, com vista a ampliar a estrutura do SUS, por meio da ampliação da Atenção Básica e do Programa ESF. E mais: com a assistência domiciliar, equipes interdisciplinares, além dos agentes comunitários de saúde, dos serviços de Proteção Básica e Especial que integram o SUAS — nas modalidades Centro-Dia, centros de convivência, assistência domiciliar e, finalmente, a adoção de financiamento adequado e de regulamentação da profissão de cuidador, cujo projeto⁸⁴ foi vetado.

⁸⁴ De autoria do ex-deputado Felipe Bornier, o PL 1.385/2007, aprovado pela Câmara e pelo Senado, definia como cuidador o profissional que acompanha e dá assistência a crianças, idosos e pessoas com deficiência ou doença grave. Essas ações poderiam ser temporárias ou permanentes. O texto fazia referência à independência de quem recebe os cuidados, que deve ser um dos deveres do cuidador [...] exigia ensino fundamental completo, curso de qualificação na área, idade mínima de 18 anos, atestados de bons antecedentes, além de aptidão física e mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Msg/VET/VET-289.htm. Acesso em: ago. 2023.

Importa destacar que o Decreto nº 11.460, de abril de 2023, instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar nova proposta da Política Nacional de Cuidados e o Plano Nacional de Cuidado, embora há anos alguns PLs sobre a mesma matéria já tramitassem no âmbito dos poderes Legislativo e Executivo. Esse Grupo de Trabalho — formado por 17 Ministérios Setoriais, sob a coordenação dos representantes do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e do Ministério das Mulheres — teve seis meses para apresentar o trabalho final, além de poder contar com profissionais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), IBGE, e da Fiocruz-MS.

Em 30 de outubro de 2023, o governo brasileiro — por intermédio da Coordenação do MDS, do Ministério das Mulheres e de mais 15 Ministérios Intersetoriais — oficializou o Documento Proposto, o submeteu à consulta pública e disponibilizou formulário eletrônico para ouvir a sociedade sobre qual Política Nacional de Cuidados seria necessária para garantir: o direito ao cuidado e o apoio às famílias brasileiras no cuidado, com prazo de envio de contribuições até o dia 15 de dezembro daquele ano. Essa iniciativa, nas palavras de Laís Abramo, Secretária Nacional da Política de Cuidados e Família do MDS, significou a esperança de se “[...] fortalecer o diálogo com diversos segmentos da sociedade para que a Política Nacional de Cuidados responda efetivamente às demandas e necessidades da população brasileira em toda a sua diversidade” (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023), chamando a atenção para os seguintes pontos: importância do trabalho de cuidados na vida das pessoas e das famílias, assim como da reprodução da sociedade e do funcionamento das economias, com maior visibilidade durante a pandemia de COVID-19. Além disso, contempla as transformações mais estruturais no contexto demográfico e do mercado de trabalho, já enfatizado nesta tese, e corroboração à crescente consciência de que a provisão de cuidados constitui desafio público urgente e que demanda atenção de sociedades e governos. Destaca ainda o acelerado processo de envelhecimento da população, referendado por pesquisas e censos demográficos; a feminização desse envelhecimento; a diminuição do número de pessoas por família; a ampliação da participação feminina no mercado de trabalho; e a crescente instabilidade, informalidade e desproteção do trabalho, que tem acirrado a crise requerente de organização social dos cuidados, em sua maioria estruturada no trabalho não remunerado das mulheres em suas famílias e na sociedade como um todo.

E em meio a essas iniciativas, a ONU definiu o dia 29 de outubro de 2023⁸⁵ como o Dia Internacional do Cuidado e Apoio, estabelecendo, pela primeira vez, o comprometimento global com políticas e sistemas de cuidado integrais, essenciais à garantia do direito ao cuidado a todas as pessoas, assim como um trabalho a ser desenvolvido de forma mais equitativa e responsável, por homens e mulheres, no âmbito das famílias e entre as famílias, as comunidades, o Estado, o mercado e as empresas, como condição para a redução da pobreza, das desigualdades e para o desenvolvimento sustentável.

O exercício do Cuidado na perspectiva do Grupo Interministerial

De acordo com os estudos realizados pelo supracitado Grupo Interministerial, a organização social do cuidado está, tradicionalmente, estruturada em um modelo familiar estabelecido pela divisão sexual do trabalho, injusta e desigual e no trabalho não remunerado das mulheres. Cada família define a sua forma de cuidar, em geral sobrecarregando o tempo e o bem-estar de uma mulher provedora, com limitada corresponsabilidade social e intergênero. Essa iníqua alternativa gera pobreza de tempo, desigual acesso a serviços de qualidade e barreiras para o acesso à educação e ao trabalho, além de reproduzir a pobreza e a desigualdade social. E, quando se trata de cuidado remunerado, essas características se reproduzem como trabalho: feminizado, racializado, pouco valorizado, altamente precário e desprotegido (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023).

Para enfrentar essa realidade, entende-se que o cuidado integral deve se dar ao longo do ciclo de vida. As responsabilidades de cuidado não devem estar sujeitas a tão desproporcional participação das mulheres. Envidar esforços para mudar essa realidade é crucial para a conquista da igualdade de gênero no mundo do trabalho, na vida pública e na sociedade. As políticas integrais de cuidado devem compor os sistemas de proteção social universais que ainda estão na base de Estados de Bem-Estar Social (Ministério do Desenvolvimento e Assistência

⁸⁵ “Esse dia representa a culminação de anos de esforços das organizações feministas, das Nações Unidas e da academia em colocar a importância do trabalho de cuidado no centro do debate público e político. Sua proclamação reforça a Aliança Global de Cuidados e ocorre quase um ano depois da realização da Conferência Regional da Mulher da América Latina e do Caribe de 2022, onde foi acordado o Compromisso de Buenos Aires, documento mais importante a nível regional que posiciona em definitivo o cuidado na Agenda Regional de Gênero”, Ana Carolina Querino, representante adjunta da ONU Mulheres no Brasil (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023, p. 1). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/governo-federal-lanca-consulta-publica-sobre-politica-nacional-de-cuidados>. Acesso em: 31 out. 2023.

Social, Família e Combate à Fome, 2023), tão combatidos e desestruturados na pauta e nas políticas dos governos da chamada *nova direita*.

4.4 Política de Assistência Social

4.4.1 Antecedentes, legislações, Sistema Único de Assistência Social (SUAS): avanços e desafios

A gênese da assistência social no Brasil, considerada política social pública e direito de cidadania social desde 1988, data dos anos 1940, quando sua prática se pautava pela “filantropia” e dispunha de: amplo orçamento, financiamento, capilaridade — com serviços em todo território nacional —, sob a égide da *Legião Brasileira de Assistência Social (LBA)*⁸⁶. A LBA foi uma instituição estatal fundada em 1942 e extinta em 1995, para dar vez às transformações assistenciais previstas na Carta Magna de 1988. Desde então, a política de assistência social dispõe de amplo marco legal regido pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) — Lei 8.742 de 1993, que regulamenta os arts. 203 e 204 da Constituição; pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 1999 e em 2004, e pelo Sistema Único de

⁸⁶ Fundada em 28 de agosto de 1942, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS). Em maio de 1990 vinculou-se ao Ministério da Ação Social e, até 1995, ao Ministério da Habitação e Bem-Estar Social, quando foi transferida para o MPAS. A data exata de sua extinção é 1 de janeiro de 1995. Dentre seus parceiros e programas, destacaram-se: a Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC) e o Programa Nacional de Voluntariado, este com estrutura, recursos humanos e orçamento próprios, operado com a participação e o assessoramento de equipe técnica diferenciada. Essas instituições contavam com a participação da sociedade civil e, em especial, das Primeiras-damas e das esposas de Embaixadores no Brasil. A partir de 1995 a Assistência Social passou a ser operada pela Secretaria de Assistência Social, ligada ao Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), enquanto se ordenava a extinção da LBA, então presente em 26 Estados e no DF, com aproximadamente 7.500 (sete mil e quinhentos) servidores — entre assistentes sociais, pedagogos, médicos, advogados, administradores, enfermeiros, dentistas, psicólogos e assistentes técnicos. A LBA desenvolveu uma Rede de Assistência Social, de execução direta e indireta, presente em todos os municípios brasileiros, com mais de 9.000 (nove mil) convênios de transferência de recursos para as áreas de Apoio ao Cidadão e suas Famílias (atingindo todos os ciclos de vida) e Apoio às Ações Comunitárias, concorrendo com ações desenvolvidas pelo Programa Comunidade Solidária, no mandato do Presidente FHC. De 1993 a 1994, a LBA desenvolveu, em parceria com a ENAP, um Programa Nacional de Capacitação de Multiplicadores para implementação da LOAS, no âmbito dos estados e municípios, com a participação efetiva de 15 técnicos de cada Estado. Em 1995, o seu orçamento era da ordem de R\$ 453.200.000,00 (quatrocentos e cinquenta e três milhões e duzentos mil reais). A extinção da LBA, então responsável pela Política de Assistência Social no Brasil, durou aproximadamente cinco anos, em decorrência de sua abrangência nacional, orçamento, patrimônio e, ainda, da oferta de capacitação dos estados para absorver a descentralização político-administrativa preconizada pela LOAS e a criação de Conselhos, Fundos e Planos de Assistência Social. A Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS-MPAS) aprovou a primeira Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a primeira Norma Operacional Básica (NOB) de Assistência Social. Em 2002 a Assistência Social foi transferida para o Ministério de Assistência Social e, em 2003 até 2018 para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; no período de 2019-2022 estava no Ministério da Cidadania (Abigailil, 2019, p. 140). A partir de 2023 a Assistência Social está alocada no Ministério de Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome (MDS).

Assistência Social (SUAS), conforme a lei nº 12.435/2011, que altera a LOAS reorganizando a estruturação das ações de assistência no Sistema.

Entretanto, em que pese a importância desse aparato legal, a Política pública de Assistência Social esteve e está sujeita, permanentemente, a injunções político-partidárias, em especial na contemporaneidade, sob o predomínio do ideário neodireitista, que prioriza o lucro privado em detrimento do atendimento as necessidades sociais.

Pereira- Pereira explicita que:

[...] a política pública de assistência social é um processo complexo, que possui ao mesmo tempo, caráter racional, ético e cívico [...]. Racional porque deve resultar de um conjunto articulado de decisões coletivas que, por sua vez, devem se basear em indicadores científicos [...] estar sujeitas a permanente avaliação [...]. Ético, porque o combate as iniquidades sociais, mais do que um ato de eficácia administrativa, constitui uma responsabilidade moral que nenhum governo sério deve abdicar. Contra o egoísmo imoral de se tirar proveito da fome, da miséria, da ignorância, da falta de perspectivas de milhares de pessoas, deve prevalecer o sentimento do que é moralmente condenável não se fazer de tudo para sanar essas calamidades sociais [...] Cívico, porque a política de assistência social deve ter uma vinculação inequívoca com os direitos de cidadania social visando concretizá-los no que couber [...] concretizar direitos significa prestar a população, como dever do Estado, um conjunto de benefícios e serviços que lhe é devido, em resposta às suas necessidades sociais [...] o direito a ser concretizado pela política de assistência social afigura-se ao mesmo tempo como um dever de prestação por parte do Estado e um direito de crédito, por parte da população, àquilo que lhe é essencial para garantir a sua qualidade de vida e o pleno exercício de sua cidadania (Pereira-Pereira, 2000, p. 186-187).

A política de Assistência Social prevista no art. 203 da Constituição de 1988, será

[...] prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei;

VI - a redução da vulnerabilidade socioeconômica de famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 114, de 2021) (Brasil, 1988).

A operacionalização dessa política está contemplada no art. 204 da mesma Constituição, com recursos próprios da Seguridade Social, mas sujeita às ingerências e questões afetas à dívida pública, assim expressas:

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

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

I - despesas com pessoal e encargos sociais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

II - serviço da dívida; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiados (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (Brasil, 1988).

No âmbito da Administração Pública, a Assistência Social é implementada por uma complexa e ampla rede socioassistencial que percorre vários Ministérios Setoriais, em conformidade com o Art. 1º da LOAS: “A Assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

Destaca-se que, em seu Art. 2º, referente aos objetivos da Assistência Social, foi acrescentada a seguinte redação, determinada pela Lei nº 12.435, de 2011 (Lei do SUAS):

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e

e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

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

Cabe informar ainda que a Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021, alterou a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, introduzindo: o critério de renda familiar para o acesso ao Benefício

de Prestação Continuada (BPC); a estipulação de parâmetros adicionais de caracterização da situação de miserabilidade e de vulnerabilidade social; disposições sobre o auxílio-inclusão de que trata a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa Idosa com Deficiência); e autorização, em caráter excepcional, de realização de avaliação social mediada por videoconferência.

Quanto aos princípios orientadores da Política de Assistência Social, suas diretrizes organizativas e procedimentais, os únicos acréscimos ao texto constitucional foram efetuados pela Lei Regulamentadora de 1993, conforme segue:

Princípios:

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

Diretrizes:

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

Entretanto, em que pese o avanço conceitual e a criação de instrumentos para a efetivação da LOAS e a estruturação do SUAS — abrangendo a todos os Estados da Federação, o DF e a totalidade dos Municípios, além da (e principalmente) mudança de paradigma teórico, metodológico, político e cívico da assistência social —, a política de assistência social continua comportando incoerências; pois, ao expressar garantir direitos sociais a quem dela necessitar, como dever do Estado e direito do cidadão (em todos os ciclos de vida e contingências sociais), transfere tal competência, no contexto atual, às famílias e em especial às mulheres, além de: assegurar o gerenciamento dos riscos sociais expressos no (art. 2) e garantir mínimos sociais para satisfação das necessidades básicas (art. 1) da população. Visando, contraditoriamente, à universalização dos direitos sociais (que, no caso da assistência social, não se aplica) e do princípio da supremacia da satisfação das necessidades sociais sobre o atendimento à rentabilidade econômica privada, princípio este negado pelo ideário neoliberal- neoconservador ou “nova direita” dominante, que busca pela desestruturação do Sistema de proteção social e pelo ajuste estrutural e permanente dos gastos sociais, com forte apelo ao familismo.

Em adição, a incorporação formal da categoria *risco* no universo da proteção social, incluindo a assistência, vem transformando esta política em mecanismo administrativo com a função de mitigar, e não de atender resolutamente, as necessidades sociais básicas da população. Por trás desse retrocesso da proteção assistencial habita uma tendência velada de supressão de conceitos básicos, que contrarrestam a exploração capitalista: como *justiça social*, *direitos* e *necessidades* os quais, diferentes do termo *risco*, carregam em si o imperativo de oferecer respostas a demandas reais (Pereira, 2016).

Do exposto, observa-se que, comparando-se à conceituação e com os princípios da Assistência Social como política não contributiva⁸⁷, seu processo de implementação enfrenta paradoxos e contrassensos, pois mantém estreita consonância com o ideário neoliberal-neoconservador, uma vez que um de seus principais objetivos é gerenciar riscos sociais, garantir mínimos sociais e promover a ativação para o trabalho (considerado o desmonte do trabalho protegido, sua colaboração à rentabilidade econômica e a sua focalização na pobreza extrema). Portanto, na prática, desde a sua aprovação, a Política de Assistência Social vem enfrentando grandes obstáculos, sendo gerida pela ideologia da Nova Direita, a qual também se opõe, com forte resistência, aos movimentos sociais e de classe.

Em outras palavras, conforme Pereira (2016, p. 159-160), referenciada em Conway e Norton (2002),

[...] para os neodireitistas, ao Estado cabe a obrigação de fornecer proteção mínima contra esses riscos, desde que os recursos financeiros e administrativos disponíveis o permitam. E é aí que o conceito de direito social, repudiado pela Nova Direita, aparece distorcido e limitado, no discurso dos *think tanks* mundiais. Aos pobres, destituídos, vulneráveis, deve ser garantido o “direito legal de trabalhar”, o direito de “participar de regimes de serviços públicos”, de ser empregado ou cadastrado em agências de trabalho. Para os neodireitistas, os pobres, mediante esforço individual consolidado no trabalho assalariado hostil à emancipação humana, poderão precaver-se contra os riscos variados.

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

⁸⁷ “Política não contributiva é aquela que não estabelece condições por contrapartidas no seu processamento. Ela pode ser distributiva (distribuidora de benefícios e serviços, a partir de um fundo público constituído para esse fim) ou redistributivas (redistribuidora de bens e serviços mediante a retirada de recursos de quem os tem para dá-los a quem não os tem), tendo como referência o status de cidadania de beneficiário, e não fórmulas contratuais estabelecidas formalmente” (Pereira-Pereira, 2000, p. 25).

Fica claro, dessa forma, o motivo de, na Assistência Social de cunho neodireitista, as prioridades e escolhas não serem implementadas universalmente, mas focalizadas na extrema pobreza, com pisos de cofinanciamento baixos para os serviços socioassistenciais, apesar da existência de vasto arcabouço institucional que regulamenta a intervenção da política; arcabouço posto em ação por meio de instrumentos de gestão⁸⁸ e financiamento, aprovados e deliberados nas Comissões Gestoras, nas Conferências Nacionais de Assistência Social e no Conselho Nacional de Assistência Social (Abigailil, 2019). Destaca-se, ainda, o enfoque político dado ao Programa Bolsa Família (PBF), desconstruído no período do Governo Bolsonaro e em fase de reconstrução no atual governo Lula, em detrimento da Organização dos Serviços Socioassistenciais (OSs).

Na base legal da Política de Assistência Social, as formas de proteção inscritas no SUAS e na PNAS de 2004 contemplam também serviços, benefícios e programas que incluem as pessoas idosas, garantidos na Política Nacional do Idoso e no Estatuto da Pessoa Idosa.

As proteções asseguradas pela Política de Assistência Social são: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).

Nessa Política, o artigo 6º explicita que a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado SUAS, com os seguintes objetivos (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011):

- I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
- II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
- III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
- IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

⁸⁸ Vide: Resolução CNAS/MPAS nº 207, de 16 de dezembro de 1998, que aprova a PNAS e a Norma Operacional Básica de Assistência Social (NOB 2); Resolução CNAS/MDS nº 145, de 15 de outubro de 2004, que aprova a PNAS; Resolução CNAS/MDS nº 130, de 15 de julho de 2005, que aprova a Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS); Resolução CNAS/MDS nº 269, de 13 de dezembro de 2006, que aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS); Resolução CNAS/MDS nº 109 de 11 de novembro de, que define a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade; aprovação do I Plano Decenal de Assistência Social (Plano SUAS-10) para o período de 2005 a 2015); aprovação do II Plano Decenal de Assistência Social para o período de 2016 a 2026. Resolução CNAS/MDS nº 99, de 4 de março de 2023, a qual caracteriza os usuários, seus direitos, suas organizações e sua participação na Política Pública de Assistência Social e no SUAS.

V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º As ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011) (Brasil, 2011).

§ 2º O Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º Cabe à instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social normatizar e padronizar o emprego e a divulgação da identidade visual do SUAS. (Incluído pela Lei nº 13.714, de 2018)

§ 5º A identidade visual do Suas deverá prevalecer na identificação de unidades públicas estatais, entidades e organizações de assistência social, serviços, programas, projetos e benefícios vinculados ao Suas. (Incluído pela Lei nº 13.714, de 2018)

Art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção: (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

Art. 6º-B. As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas, respeitadas as especificidades de cada ação. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º A vinculação ao Suas é o reconhecimento pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de que a entidade de assistência social integra a rede socioassistencial. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º Para o reconhecimento referido no § 1º, a entidade deverá cumprir os seguintes requisitos: (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

I - constituir-se em conformidade com o disposto no art. 3º; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

II - inscrever-se em Conselho Municipal ou do Distrito Federal, na forma do art. 9º; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

III - integrar o sistema de cadastro de entidades de que trata o inciso XI do art. 19. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3º As entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas celebrarão convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público para a execução, garantido financiamento integral, pelo Estado, de serviços, programas, projetos e ações de assistência social, nos limites da capacidade instalada, aos beneficiários abrangidos por esta Lei, observando-se as disponibilidades orçamentárias. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º O cumprimento do disposto no § 3º será informado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome pelo órgão gestor local da assistência social. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011). (Brasil, 2011).

Destaca-se, ademais, que o CNAS, vinculado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), aprovou a Resolução nº 109/2009, que define, em seu artigo 1º, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais⁸⁹, organizados por níveis de complexidade do SUAS, a saber: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta complexidade, de acordo com as disposições a seguir:

Disposição I – Serviços de Proteção Social Básica, compreendendo: “[...] a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos” (Ministério do Desenvolvimento Social, 2014).

Disposição II– Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade, compreendendo:

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

Disposição III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, compreendendo:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:
 - abrigo institucional;
 - Casa-Lar;
 - Casa de Passagem;
 - Residência Inclusiva.
- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

⁸⁹ Os Serviços de Atenção às Pessoas Idosas, tipificados, em sua maioria, na Resolução nº 109/2009/CNAS/MDS, foram adequados e subsidiados pela Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de 05 de 2001 (ainda em vigor), que define as Normas de Funcionamento e os Padrões Mínimos de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Essa Portaria foi aprovada pelo CNAS e elaborada com a participação de representantes de OGs, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Ministérios setoriais e pesquisadores das Universidades que definiram novas modalidades de atenção às pessoas idosas no Brasil. Modalidades estas que poderão ser adequadas à realidade de cada município nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, tais como: atendimento integral em Instituições de Longa Permanência (ILPs) em três modalidades); Centro-Dia; Centro de Convivência; Casa Lar; Família Natural; Família Acolhedora; República e Residência Temporária.

Além de serviços de recuperação motora por AVC, dependência funcional permanente ou provisória, entre outros.

O acesso a tais serviços e programas é regido por critérios de elegibilidade focados na pobreza, nas vulnerabilidades e nos riscos sociais. Por isso, contemplam, em parte, pessoas idosas, na concessão do BPC, em ILPs, haja vista que a maioria dos demais serviços de ação continuada está em fase de implementação por falta de financiamento adequado.

A política de cofinanciamento do SUAS, em parceria com os demais entes federativos — isto é, Estados, DF e Municípios —, passa, a exemplo do SUS, por um amplo processo de discussão e de construção de metodologias e instrumentos para a pactuação e liberação dos recursos, em conformidade com preceituações da PNAS, assim expressas:

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

Todavia, constata-se que, ao chamar para si a Proteção Social Básica, a PNAS busca intervir em dois campos de atuação — riscos e vulnerabilidades —, mas sem enfatizar a condição de acesso ao direito social; e mais: ressalta-se que estes campos são de difícil delimitação conceitual e complexidade teórico-prática.

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

O BPC constitui renda básica mensal não-contributiva no valor de um salário-mínimo — prevista na Constituição Federal e regulamentado pela LOAS — voltada às pessoas idosas (a partir de 65 anos de idade) e às pessoas com deficiência cuja renda familiar seja igual ou inferior a um salário-mínimo.

Sob essa forma de atenção, as pessoas idosas terão ainda garantido o serviço de ação continuada, por intermédio dos seguintes Serviços de PSB: a) PAIF; b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

A PSE

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

Os serviços de PSE de Alta Complexidade são caracterizados pela garantia da proteção integral — moradia, alimentação, higienização — e de trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontrem sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

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

Além disso, a maioria dos municípios de pequeno porte não possui o equipamento de referência para atender a população que necessita desse tipo de atendimento e nem equipe técnica de referência, o que dificulta ou impossibilita o atendimento especializado, sobrecarregando a equipe de referência da PSB, já restrita em relação à demanda.

Na verdade, o universo da Política de Assistência Social no Brasil é realizado por vários Sistemas de Informação que subsidiam a Unidade de Vigilância do Departamento de Gestão do SUAS e dos demais órgãos que integram o MDS, a exemplo da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC) responsável pela implementação dos programas de transferência de renda com condicionalidades, como o PBF.

Nesse complexo, destaca-se como importante instrumento de sistema de Informações o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), criado em 2001, com o objetivo de identificar e mapear a situação socioeconômica das famílias de baixa renda de todos os municípios brasileiros. No âmbito do Governo, essa ferramenta cooperou para o conhecimento das principais necessidades das famílias e, por consequência, para subsidiar a formulação e a implantação de serviços e políticas sociais pertinentes. A utilização do CadÚnico pelas esferas do Governo proporcionou maior abrangência dos programas sociais por ajudar a identificar potenciais beneficiários e a evitar sobreposição de programas em uma mesma família (Conselho Nacional de Assistência Social, 2013). O mesmo pode ser dito do Índice de Gestão Descentralizada (IGD).

O IGD é um indicador sintético que associa a fórmula de repasse com a execução e o monitoramento das condicionalidades. Sua utilização favoreceu, em muito, a aferição de qualidade da gestão do PBF e do CadÚnico, baseada em critérios como a validade e a atualização dos cadastros, bem como o acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação. Assim, a partir dos resultados IGD-M, alcançando bom desempenho, os municípios e/ou o DF receberiam recursos financeiros para investir em atividades voltadas à gestão compartilhada do PBF, conforme Portaria MDS/GM nº 148, de 27 de abril de 2006 (alterada pelas Portarias MDS/GM nº 754, de 20 de outubro de 2010 e nº 319, de 29 de novembro de 2011).

No rastro da experiência do IGD do PBF, foi instituído — pelo artigo 12 da Lei nº 12.435/2011, que altera a LOAS — o Índice de Gestão Descentralizada do SUAS (IGDSUAS)⁹⁰ como apoio financeiro da União aos estados, DF e municípios ao aprimoramento da gestão descentralizada do SUAS. Contudo, os índices têm em comum a aferição da qualidade da gestão em suas respectivas especificidades: O IGD-PBF afere a qualidade da gestão do PBF e do CadÚnico, enquanto o IGDSUAS afere os resultados da gestão descentralizada do SUAS.

Com isso, constata-se que a política de Assistência Social no Brasil, tal qual a da Saúde, propiciou significativa transformação no âmbito da gestão e da democracia participativa, da área, por meio dos Conselhos, Conferências, Fóruns — a exemplo do Fórum Nacional de Secretários/as de Estado da Assistência Social (FONSEAS) e do Colegiado de Gestores

⁹⁰ A regulamentação do IGDSUAS deu-se por do meio do Decreto nº 7.636/2011, e pela Portaria nº 337/2011, que dispõe sobre o repasse do IGDSUAS, que, assim como o IGD-PBF, é um indicador sintético. Sua fórmula considera as variáveis sobre a gestão em relação às metas de desenvolvimento pactuadas entre os entes, e a execução financeira dos recursos do cofinanciamento federal repassados fundo a fundo (Conselho Nacional de Assistência Social; Ministério do Desenvolvimento Social, 2013).

Municipais de Assistência Social (COGEMAS), além das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), instâncias de negociação e tomada de decisão, com formação de atores, interpretações e disseminação de informações. Isso, além de colocar na Agenda pública, comprometendo todos os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) a questão da pobreza e da desigualdade social.

A partir do golpe de Estado de 2016, seguido da ascensão de Temer à frente do governo executivo provisório; e, mais especificamente, do governo Bolsonaro, entre 2019 e 2022, foram instituídas medidas completamente avessas aos arranjos democráticos da Seguridade Social brasileira previstos na Constituição Federal de 1988.

Assim, se nos governos Lula (2003-2011) e Dilma (2011-2016) a PNAS e o SUAS foram alvo de institucionalização e aprimoramento da gestão — assentada em compromisso com o Pacto Federativo —, nos dois governos seguintes não. Entre 2003 e 2015 implementaram-se medidas de assistência social com corresponsabilidade no financiamento e respeito às deliberações dos Conselhos e das Comissões Intergestoras, além de garantia do sistema de informações e da democracia participativa, via Fóruns, Conselhos e Conferências, dotados de indicadores de avaliação e monitoramento. Em contraposição,

No Governo Temer várias medidas foram adotadas em nome do aprimoramento do gasto público. Um exemplo significativo foi a EC 95/2016, que retira recursos das políticas sociais, e a revisão de benefícios chamado “pente fino”, quer no CADÚnico, quer no Bolsa família. O SUAS passou por um processo de fragilização que pode ser atribuído também “[...] a imprevisibilidade dos repasses e a redução dos recursos destinados à assistência” (Abrucio; Milanello; Rodrigues; Melo, 2022, p. 12).

Para autores acima, referenciados em Peters, Grin, Abrucio (2021) e Dardelli (2018), o governo Bolsonaro aprofundou o enfraquecimento dessa política, não somente reduzindo o orçamento, mas principalmente produzindo transformações estruturais na lógica do SUAS, transformações estas que atingiram todo o sistema institucional do federalismo e o peso das lideranças políticas. E isso teve como referência o desempenho das lideranças (ou *political agency*) dos líderes do executivo em relação aos governos subnacionais, no caso o representante maior da União face aos demais dos Estados, Municípios e DF, gerando enorme impacto negativo. Isso porque, ao invés de ampliar a coordenação federativa e as dinâmicas de colaboração, potencializou conflitos no âmbito do federalismo brasileiro, o qual alterou as relações intergovernamentais entre a União e os governos subnacionais no período de 2019-2022. Gerou a diminuição do papel da União, potencializou o papel dos estados e ampliou o

papel do Legislativo, direcionando para o rompimento do Pacto Federativo e da fragilização da Política de Assistência Social.

No início do Governo Bolsonaro verificou-se, de forma mais incisiva, o desmonte do SUAS com a edição da Portaria nº 2.362/ 2019, a qual previa o cofinanciamento federal desse Sistema em consonância com a de Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (LOA), cujo critério de repasse de recursos aos municípios é condicionado à disponibilidade financeira, não garantindo, portanto, o repasse aos Municípios e Estados não alocados no exercício anterior. Dessa forma, desferiu-se um severo ataque contra o atendimento, desmontando a previsibilidade orçamentária e colocando em risco a já frágil Rede de Serviços e Programas, além de: ferir negociações, consensos e pactos com os Municípios nas Comissões Intergestoras, criando desconfiança e falta de atendimento à população. Como se não bastasse, ocorreu a extinção do MDS, criando-se, ato contínuo, os Ministérios da Cidadania e o da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, subdividindo-se as ações de Assistência Social.

Cabe destacar ainda que, paralelamente ao SUAS, foram criados outros programas a serem executados pela esfera federal, quebrando o Pacto Federativo — a exemplo do Auxílio Brasil, mediante Medida Provisória nº 1.061/2021, alterou toda a concepção do Bolsa Família — o maior Programa de Transferência de Renda no Brasil — e criou os dois auxílios: Criança Cidadã, inclusão produtiva urbana e inclusão produtiva rural.

Ademais, houve a aprovação da Lei nº 13.982/2020, que alterou os critérios de elegibilidade do BPC e instituiu o Auxílio Emergencial, sem considerar o CadÚnico e o Bolsa Família, além de excluir os municípios no processo de triagem e gestão ao centralizar o controle sobre o processo de concessão dos benefícios na esfera federal, via cadastramento e concessão pelo sistema bancário (leia-se Caixa Econômica Federal).

Diante desse quadro, a partir de 2023 o SUAS vem procurando reconstruir-se sob a égide do governo Lula, que em poucos meses de gestão recriou o Ministério do Desenvolvimento Social, acenando com a possibilidade de reestruturar o SUAS, e o PBF, ao tempo que dá sinais de instituir um IV Pilar para a Seguridade Social no campo dos Cuidados, em consonância com as premissas atuais da Conferência Interamericana de Seguridade Social (CISS).

4.4.2 Programa Bolsa Família (PBF): gênese, desconstrução e perspectiva de reconstrução

O Programa Bolsa Família⁹¹ data dos anos 1990, com o objetivo de unificar diversas ações estatais de transferência de renda condicionada, mas principalmente de combater a fome e estruturar uma Rede articulada de serviços à população de baixa renda. Basicamente, trata-se de uma transferência monetária mensal, condicionada a contrapartidas, preferencialmente endereçada às mães de famílias de baixa renda, cujas crianças deverão frequentar escola e acessar os serviços locais de saúde para vacinação e acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento.

Desde a década de 2000, os programas de transferência condicionada de renda brasileiros visavam dar respostas a um contexto caracterizado pela intensificação da exploração do trabalho, do aumento do número de trabalhadores empobrecidos e da discussão de diversificados programas nacionais relacionados à Assistência Social. O objetivo do PBF de minorar a pobreza, a partir de ações sociais focalizadas, além de atender determinações de organismos internacionais, alterou, na perspectiva de De Sordi (2019, p. 105-125) o horizonte de possibilidades para a universalização dos direitos sociais e para atender às expectativas de reformas macroeconômicas orientadas por uma agenda neoliberal.

A origem desse programa pauta-se por um dos princípios da estratégia Fome Zero, que inicialmente fez parte de um programa social para a gestão das políticas sociais. A concepção inicial do programa foi derrotada, devido a seu caráter estrutural, transformador, adequado às pautas históricas dos movimentos sociais — e figurava como “estratégia” de governo para a área social, abrigando um leque de programas sociais que ofereceriam suporte estrutural para a redução das desigualdades sociais, com políticas sociais mais amplas que envolviam, por exemplo, a Reforma Agrária⁹² (De Sordi, 2019, p. 30-51). mas foi substituído pelo PBF.

⁹¹ O PBF foi instituído em 2003, pela Medida Provisória (MP) nº 132, transformada na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Foi extinto pela MP nº 1.061, de 9 de agosto de 2021 — que instituiu o Auxílio Brasil e modificou o Programa de Abastecimento de Alimento (PAA), transformada na Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021, alterada pelo Decreto nº 10.870, de 25 de novembro de 2021, e pela MP nº 1.106, de 17 de março de 2022, que estendeu a bancarização por meio do crédito consignado. Destaca-se ainda o Auxílio Emergencial, criado pela Lei nº 13.982/2020. O PBF foi recriado pela Lei nº 14.601 de 06/2023.

⁹² A agenda da Reforma Agrária foi pulverizada em programas setoriais, a exemplo do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) — extinto em 2021, junto ao PBF — e em políticas relacionadas à soberania alimentar geridas pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (De Sordi, 2019, p. 88-110). De Sordi, pautada em dados da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), explicita que o Programa de Abastecimento Alimentar (PAA) possibilitou a compra direta de alimentos dos agricultores familiares pelo Governo, que realizava a doação dos produtos adquiridos às instituições que atendem populações vulneráveis, para uso na merenda escolar ou para repor os estoques governamentais. Em 2012, mais

Nesse contexto, destaca-se como fator crucial o trabalho desenvolvido pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), que, no período de 2003 e 2019, desempenhou papel relevante no âmbito das políticas de segurança alimentar e nutricional, incluindo o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com implementação de ações de integração unificada.

Em 2017 o PBF⁹³ era assim definido:

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

Durante a sua existência, o PBF transferiu benefícios mensais a famílias extremamente pobres (independentemente da sua composição) e pobres (com crianças entre seus membros), que deveriam cumprir condicionalidades em saúde e educação como contrapartida. Em 2021 o benefício médio mensal por família estava em torno de R\$ 190,00 (cento e noventa reais).

Todavia, o governo Bolsonaro, em seu intuito de renegar essa Rede de Proteção Social e conferir uma marca sua, passou a desclassificar os critérios de elegibilidade para o acesso ao Programa e a utilizar a pandemia da COVID-19 para justificar seu interesse em atender

de 185.000 agricultores de todo Brasil participaram do Programa, cada um recebendo em média R\$ 4 mil por seus produtos. Desde 2003 os recursos federais para o Programa aumentaram em quase dez vezes.

⁹³ “O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios previstos no Programa Bolsa Família. Os tipos e as quantidades de benefícios que cada família recebe dependem da composição (número de pessoas, idades, presença de gestantes etc.) e da renda da família beneficiária. Benefício Básico, no valor de R\$ 89,00 - Pago apenas a famílias extremamente pobres (renda mensal por pessoa de até R\$ 89,00). Benefícios Variáveis (até cinco por família): Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos - Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade em sua composição; Benefício Variável Vinculado à Gestante: Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham grávidas em sua composição. São repassadas nove parcelas mensais; Benefício Variável Vinculado à Nutriz: Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição, para reforçar a alimentação do bebê, mesmo nos casos em que o bebê não more com a mãe. São seis parcelas mensais. Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, no valor de R\$ 48,00 (até dois por família): Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham adolescentes entre 16 e 17 anos em sua composição. É exigida frequência escolar dos adolescentes. Benefício para Superação da Extrema Pobreza, em valor calculado individualmente para cada família: Pago às famílias que continuem com renda mensal por pessoa inferior a R\$ 89,00, mesmo após receberem os outros tipos de benefícios do Programa. O valor do benefício é calculado caso a caso, de acordo com a renda e a quantidade de pessoas da família, para garantir que a família ultrapasse o piso de R\$ 89,00 de renda por pessoa” (Ministério do Desenvolvimento Social, 2018).

emergências, além de vislumbrar sua candidatura para um novo mandato. Consequentemente, instituiu, através da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, o Auxílio Emergencial, por meio do qual colocou em discussão os valores a serem transferidos à população, desconsiderando a cobertura pela rede de serviços socioassistenciais do PBF, a sua institucionalização por meio do CadÚnico, do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e do SUAS, sob o argumento de que esta lógica de gestão não daria resposta à pandemia.

Eis o motivo da bancarização do Auxílio Emergencial, sem análise e articulação com o SUAS e com o CadÚnico. O cadastramento para a população ter acesso e receber o Auxílio Emergencial deu-se sob a forma de um aplicativo de celular nacionalmente publicizado pela Caixa Econômica Federal, que teve como competência a gestão dos recursos e as transferências dos valores afetos aos programas sociais do governo federal (mediante dados de renda e emprego), excluindo as demais instancias e esferas de poder, no caso estados e municípios.

Com a pandemia foi criado, em abril de 2020, o Auxílio Emergencial, que previa o pagamento de três parcelas mensais de R\$ 600,00 (seiscentos) ou R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) para trabalhadores informais de baixa renda com 18 anos ou mais. Posteriormente, o número de parcelas subiu para cinco, com os mesmos critérios e valores. Entretanto, com o esgotamento das parcelas, em setembro de 2020, o Governo Federal instituiu o Auxílio Emergencial residual, dotado de benefícios mais modestos (R\$ 300,00 ou R\$ 600,00) até dezembro daquele ano. E, devido à persistência da pandemia, o Governo criou, em março de 2021, após dois meses de paralização, o Auxílio Emergencial 2021. Nesses auxílios emergenciais os critérios de focalização na pobreza extrema não mudaram significativamente em relação ao Auxílio Emergencial residual, mas houve nova redução nos benefícios, que ficaram entre R\$ 150,00 (cento e cinquenta) e R\$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais). E, mais uma vez, foi prorrogado o período de distribuição do benefício, de quatro para sete parcelas, com manutenção de critérios e valores. O Auxílio Emergencial terminou em definitivo em novembro de 2021, mês em que entrou em operação o Programa Auxílio Brasil (PAB), que substituiu o PBF (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2022).

Observa-se que a não utilização prioritária do CadÚnico e do SUAS para o cadastramento e o acesso ao Auxílio Emergencial constituiu uma fase de experimentações para alterar a forma de gestão dos programas sociais, gerando a fragilização da rede de proteção social, o que foi confirmado em 2021, com o fim do PBF e o lançamento do PAB (De Sordi, 2023).

A Lei nº 14.284/2021, que trata do PAB⁹⁴, preceitua, em seu Art.1º que ela

[...] institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, em substituição ao Programa Bolsa Família, de que trata a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e ao Programa de Aquisição de Alimentos, de que trata o art. 19 da Lei nº 10.696, de 2 de julho de 2003, respectivamente, e define metas para taxas de pobreza no Brasil (Brasil, 2021).

E que: “Parágrafo único. O Programa Auxílio Brasil constitui uma etapa do processo gradual e progressivo de implementação da universalização da renda básica de cidadania a que se referem o caput e o § 1º do art. 1º da Lei nº 10.835, de 8 de janeiro de 2004” (Brasil, 2021).

Com efeito, o PAB segue alguns critérios similares aos do PBF no que diz respeito à focalização (famílias extremamente pobres e pobres), às condicionalidades e a outros aspectos, com modificações no desenho e nos valores dos benefícios, além de atualização das linhas utilizadas para definir a pobreza e a extrema pobreza. Em dezembro de 2021, o Governo Federal expandiu temporariamente o PAB com a criação do AE Benefício Extraordinário, que garantia um valor mensal mínimo de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por família até dezembro de 2022.

Essa Lei requeria uma análise rigorosa, pois, embora focada na pobreza, não assegurava a renda mínima, ou renda básica de cidadania, como direito social, explicitando a tendência de culpabilização do pobre por suas precárias condições de vida — além de indicar iniciativas para a superação dessa condição pela via de seu esforço individual, tal como o contido no caput do art. 5º:

Art. 5º Além dos benefícios financeiros previstos no art. 4º desta Lei, compõem o Programa Auxílio Brasil os seguintes incentivos ao esforço individual e à emancipação:

- I - o Auxílio Esporte Escolar;
- II - a Bolsa de Iniciação Científica Júnior;
- III - o Auxílio Criança Cidadã;
- IV - o Auxílio Inclusão Produtiva Rural;
- V - o Auxílio Inclusão Produtiva Urbana.

Parágrafo único. Aplicam-se aos incentivos de que trata o caput deste artigo, no que couber, as disposições dos §§ 10 a 15 do art. 4º desta Lei.

Para coroar o pendor privatista mercantilizado dos auxílios assistenciais do governo no período compreendido entre 1º de janeiro 2019 e 31 de dezembro de 2022, vale ressaltar o

⁹⁴ Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e dispositivos das Leis nºs 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências.

seguinte fato: a aprovação da Medida Provisória nº 1106/2022⁹⁵, que libera empréstimos e financiamentos mediante crédito consignado para beneficiários do BPC e de programas federais de transferência de renda, com o desconto de até (40%) do valor do benefício mensal efetuado no ato da liberação, com juros exorbitantes, configurando a bancarização do direito social extensivo até mesmo à população mais vulnerável, além de incentivar o endividamento das famílias. Também a aprovação da Lei nº 13.846/2019, que instituiu o Programa Especial para Análise de Benefícios com Índícios de Irregularidade e o Programa de Revisão de Benefícios por Incapacidade, com claro objetivo de cercear direitos e requerer a restituição dos valores aos cofres públicos.

Diante desse cenário, constata-se que mesmo com os cenários de pobreza e extrema pobreza, o Estado consegue impor, de forma imoral, mecanismos para incentivar a exploração da classe trabalhadora mediante concessão de crédito consignado a partir dos benefícios aos quais a legislação lhes garante acesso, e mesmo desse irrisório valor o sistema bancário encontra respaldo legal deliberado pelo próprio Estado para auferir lucro.

A transmutação do PBF para dar vez ao Auxílio Emergencial e ao Auxílio Brasil demonstra como a concepção de Política de Assistência Social e de transferência de renda para a população de baixa renda ficou sujeita às deformações e aos retrocessos sob o jugo da Nova Direita local, colocada a serviço do capital fictício, parasitário e internacional.

Felizmente, em 2023, com a mudança de governo e dos rumos políticos reacionários, foi promulgada a Lei nº 14.601/23, que recriou o Programa Bolsa Família, a partir da Medida Provisória nº 1.164/23.

De acordo com essa nova lei, a família atendida pelo Benefício de Renda e Cidadania passará a receber R\$ 142,00 (cento e quarenta e dois reais) mensais por cada integrante. E caso a soma desse benefício na família permaneça inferior a R\$ 600,00 (seiscentos reais), ela obterá uma quantia complementar para alcançar este teto. Além disso, famílias com filhos menores de sete anos de idade terão direito a R\$ 150 (cento e cinquenta reais) para cada criança. O Programa garante ainda R\$ 50 (cinquenta reais) para cada familiar que tenha entre 7 e 18 anos incompletos ou que seja gestante ou lactante. Essas complementações são chamadas de Benefício Primeira Infância e Benefício Variável Familiar.

⁹⁵ Medida Provisória nº 1.106 de 2022, Art.2º estende a linha de crédito para os beneficiários de programas federais de transferência de renda, que poderão autorizar a União a proceder aos descontos em seu benefício, de forma irrevogável e irretroatável, em favor de instituições financeiras autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil, para fins de amortização de valores referentes ao pagamento mensal de empréstimos e financiamentos, até o limite de 40% (quarenta por cento) do valor do benefício. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/152261>.

Pelo fato de o Programa continuar focalizado na pobreza, o acesso a esse benefício guia-se pelo seguinte critério de elegibilidade: as famílias contempladas deverão possuir renda *per capita* igual ou inferior a R\$ 218 (duzentos e dezoito reais) mensais e estar inscritas no CadÚnico. E, em caso de aumento da renda familiar, ao ponto de excluí-la do critério de acesso, a família ainda receberá metade do valor, desde que a renda *per capita* da casa não seja maior que meio salário-mínimo, hoje equivalente a R\$ 660 (seiscentos e sessenta reais). Para o cálculo dessa renda média não foram considerados os benefícios de caráter eventual, temporário ou sazonal recebidos dos governos federal, estadual ou municipal. Também não entram no cálculo as indenizações por danos morais ou materiais e valores de outros programas de transferência de renda de natureza assistencial. Entretanto, o BPC é computado como renda familiar.

Sobre o crédito consignado, este permanecerá para quem recebe o BPC, o qual continua a poder autorizar o desconto de empréstimos diretamente na folha de pagamento do INSS, com máximo de 35% de desconto. A lei também assegura o complemento monetário aos beneficiários do programa Auxílio Gás, que equivale à metade do valor médio do botijão de gás. O auxílio normal é de igual valor. O complemento será depositado a cada dois meses, constituindo, ao todo, um valor equivalente à média de um botijão de 13 quilos.

E, por continuar mantendo perfil contributivo, o Bolsa Família recriado passa a exigir das famílias beneficiárias as seguintes condicionalidades ao seu acesso e manutenção: realização de pré-natal de beneficiárias; cumprimento do calendário nacional de vacinação, acompanhamento do estado nutricional de crianças com até sete anos incompletos; frequência escolar mínima de 65% de crianças de 4 a 6 anos incompletos; e frequência escolar mínima de 75% para beneficiários com idade de 6 a 18 anos incompletos que não tenham concluído a educação básica. Ademais, a rede de serviços do SUAS dispõe-se a atender ou acompanhar as famílias beneficiárias com pendências no cumprimento das condicionalidades a fim de orientá-las a superar, quando possível, as suas dificuldades.

A atual versão do PBF substituiu o PAB, que, após extinto teve três parcelas específicas de seus benefícios continuadas para quem já as recebia até que se completasse o total de 12 parcelas mensais. Esse foi o caso do Auxílio Esporte Escolar e da Bolsa de Iniciação Científica Júnior, para estudantes que se destacam, respectivamente, em competições oficiais de jogos escolares ou em competições acadêmicas e científicas de abrangência nacional, associadas a temas da educação básica. Igualmente, permanece a ser pago o Auxílio Inclusão Produtiva Rural, no valor de R\$ 200 mensais por família, a agricultores familiares que doem alimentos em equivalência a 10% desse valor.

O PBF está sujeito a controle social, a ser realizado pelos Conselhos de Assistência Social, no âmbito local, em conjunto com a Rede Federal de Fiscalização do Programa e do CadÚnico. Essa rede é coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; o pagamento dos benefícios é dirigido ao/à responsável familiar constante no CadÚnico, preferencialmente à mulher. Tal pagamento está sob a responsabilidade da Caixa Econômica Federal, que, para tanto, pode subcontratar, com anuência do Ministério competente, bancos públicos ou privados.

4.4.3 Possibilidade e alcance da Assistência Social no Brasil

O modelo de gestão preconizado pelo SUAS prevê o financiamento compartilhado entre a União, os Estados, o DF e os Municípios, sendo viabilizado por meio de transferências regulares e automáticas entre os fundos de Assistência Social, observando-se a obrigatoriedade da destinação e alocação de recursos próprios pelos respectivos entes.

Os recursos do SUAS são destinados aos serviços, programas e projetos de Assistência Social, devidamente tipificados e realizado por meio de blocos de financiamento, conforme disposto na NOB-SUAS; isto é, o SUAS não financia as unidades ou entidades sociais em separado.

De acordo com o art. 56, da NOB-SUAS, o cofinanciamento federal de serviços, programas e projetos de Assistência Social, bem como de sua gestão, no âmbito do SUAS, é realizado através dos já citados blocos de financiamento. Conforme o parágrafo único, consideram-se blocos de financiamento o conjunto de recursos destinados aos serviços, programas e projetos, devidamente tipificados e agrupados, e à sua gestão, na forma definida em ato do Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

No art. 57, os blocos de financiamento se destinam a cofinanciar: I - as Proteções Sociais Básica e Especial, em seu conjunto de serviços socioassistenciais tipificados nacionalmente; II - a gestão do SUAS; III - a gestão do PBF e do CadÚnico; e IV - outros, conforme regulamentação específica. No §1º do referido artigo, os recursos referentes a cada bloco de financiamento somente devem ser aplicados nas ações e serviços a eles relacionados — incluindo as despesas de custeio e investimento em equipamentos públicos —, observados os planos de assistência social e a normatização vigente. No §2º há previsão de que os repasses fundo a fundo serão efetuados para cada bloco de financiamento, considerando a especificidade de seus componentes, com exceção dos recursos destinados a acordos específicos de cooperação interfederativa e a programas específicos que contenham regulação própria. No §3º

os blocos de financiamento poderão ser desdobrados para facilitar a identificação dos serviços socioassistenciais para os quais, originalmente, se destinavam.

No que se refere à PSB e à PSE do SUAS, os pisos para os serviços por cada modalidade de Proteção Básica e Especial são: Piso Básico Fixo, para o cofinanciamento do PAIF/CRAS; Piso Básico Variável III para o cofinanciamento do Serviço de Proteção Social Básica e Ações executadas por Equipe Volante/CRAS; Piso Básico Variável, para o cofinanciamento do SCFV; Piso Básico Variável IV, para o cofinanciamento do Serviço de Proteção Social Básica e Ações executadas através das Lanchas da Assistência Social.

Segundo dados do MDS, obtidos graças à lei de acesso à informação, os valores liberados no período de 2019-2022 para a PSE e os valores em separado para o BPC-LOAS — para cada exercício referente à PSB — assumiram a seguinte ordem:

Em 2019 foram repassados R\$ 1,8 bilhões, representando o total (100%) dos repasses, incluindo valores pendentes de anos anteriores. Em 2020, foram repassados R\$ 894 milhões, representando 53,7% do valor calculado conforme os critérios de repasse (vale ressaltar que foram repassados mais de R\$ 1 bilhão, referente a recursos emergenciais da PSB para combate à COVID-19). Em 2021 foram repassados R\$ 670 milhões, representando 45,4% do valor calculado conforme os critérios de repasse. No ano seguinte, 2022, foi repassado o total de R\$ 581 milhões, representando 39,5% do valor calculado conforme os critérios de repasse. No âmbito da PSB, atualmente opera e dispõe de 8.603 (oito mil seiscentos e três) CRAS cadastrados no CadSUAS, em 5.550 (cinco mil quinhentos e cinquenta) municípios; possui ainda os Centros de Convivência, cofinanciados por meio do Piso Básico Variável, com repasse para o município conforme os atendimentos realizados no trimestre anterior, demonstrados pelo preenchimento do sistema SISC. Há, outrossim, 4.971 (quatro mil novecentos e setenta e um) municípios com cofinanciamento para a oferta do SCFV, estando presentes nestes municípios 8.462 (oito mil quatrocentos e sessenta e dois) Centros de Convivência.

Quanto ao atendimento do PAIF/CRAS, cofinanciado pelo Piso Básico Fixo, cabe esclarecer que o serviço tem como previsão para os serviços de atendimento mensal de famílias: 500 famílias atendidas por ano, para os CRAS que referenciam 2.500 (duas mil e quinhentas) famílias; 750 (setecentos e cinquenta) famílias atendidas por ano, para os CRAS que referenciam 3.500 (três mil e quinhentas) famílias; e 1.000 (mil) famílias atendidas por ano, para os CRAS que referenciam 5.000 (cinco mil) famílias.

Ressalta-se que no SCFV são atendidos cerca de 1,7 milhão de pessoas por trimestre, recebendo o valor de cofinanciamento de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por pessoa atendida por mês. Para esse atendimento mensal é estipulado um piso referente ao número de famílias e

respectivos valores, a saber: Piso Básico Fixo para CRAS com 2.500 (duas mil e quinhentas) famílias, referenciadas no valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais); Piso Básico Fixo para CRAS com 3.500 (três mil e quinhentas) famílias, referenciadas no valor de R\$ 8.400,00 (oito mil e quatrocentos reais); Piso Básico Fixo para CRAS com 5.000 (cinco mil) famílias, referenciadas no valor de R\$ 12.000,00 (doze mil reais); Piso Básico Variável III para Equipe Volante, no valor de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) por equipe/CRAS.

No que se refere às outras ações, realizadas pela Política de Assistência Social nos exercícios de 2018 até 2022 e previstas para 2023, tem-se: Programa Primeira Infância - Programa Criança Feliz — que atingem 3.014 (três mil e quatorze) municípios e atendem cerca de 650 (seiscentos e cinquenta) mil crianças e gestantes com um repasse de R\$ 49 milhões por mês.

De acordo com os dados do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), vinculado ao MDS, foram previstas dotações orçamentárias e repassadas respectivamente, conforme os exercícios de cada ano e valores abaixo discriminados:

- a) Ano 2019 - Dotação Orçamentária: R\$ 493 milhões / Repassado: R\$ 282 milhões.
- b) Ano 2020 - Dotação Orçamentária: R\$ 394 milhões / Repassado: R\$ 328 milhões.
- c) Ano 2021 - Dotação Orçamentária: R\$ 375 milhões / Repassado: R\$ 288 milhões.
- d) Ano 2022 - Dotação Orçamentária: R\$ 414 milhões / Repassado: R\$ 364 milhões.
- d) Ano 2023 - Dotação Orçamentária atual: R\$ 316 milhões / Previsto: estimado R\$ 456 milhões.

No Programa Acessuas Trabalho foram repassados cerca de R\$ 5 (cinco) milhões em 2018 para que 80 (oitenta) novos municípios realizassem a oferta do programa nos anos subsequentes. As ações continuam sendo realizadas pelos municípios que realizarão pactuação entre os anos de 2017 e 2018 (totalizando 1.021 (mil e vinte e um) municípios).

No que concerne à PSE do SUAS, os pagamentos dos serviços de proteção social realizam-se por meio do Bloco de Financiamento da Proteção Social Especial, que abrange os pisos previstos na Portaria MDS nº 440, de 23 de agosto de 2005⁹⁶, quais sejam: Piso de transição de Média Complexidade; Piso fixo de Média Complexidade; Piso de Alta Complexidade I; Piso de Alta Complexidade.

⁹⁶ Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-440-de-23-de-agosto-de2005>. O Anexo C demonstra os valores atuais de referência do cofinanciamento federal dos serviços de PSE e as respectivas referências de atos normativos.

Em relação aos Serviços de Acolhimento para crianças, adolescentes e jovens até vinte e um anos, para idosos e para mulheres em situação de violência (outros públicos), o parágrafo 1º do art. 3º da Portaria MDS nº 460, de 18 de dezembro de 2007, dispõe que: os valores então praticados para o Piso de Alta Complexidade I, decorrentes de série histórica, não seriam alterados, caso superiores aos novos valores estipulados na Portaria. Assim, a folha de pagamento também reflete valores da série histórica de cofinanciamento da Assistência Social.

No tocante aos Serviços de PSE para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, o art. 2º da Portaria MDS nº 440, de 23 de agosto de 2005, dispõe que: o Piso de Transição de Média Complexidade constitui-se do cofinanciamento federal — praticado até o momento no país — dos serviços socioassistenciais de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência; do atendimento de reabilitação na comunidade, Centro-Dia e do atendimento domiciliar às pessoas idosas e com deficiência. Contudo, no âmbito da PSE, quanto aos Centros-Dia, não há cofinanciamento federal específico para Centros-Dia para pessoas idosas.

O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiências, Idosas e suas Famílias, cofinanciado por meio do Piso de Transição de Média Complexidade (PTMC), relativo à série histórica de financiamento da Assistência Social, abrange pessoas idosas e pessoas com deficiência de todas as idades, com algum grau de dependência, e suas famílias. Pode ser ofertado nos Centros-Dia, em unidades referenciadas, no domicílio do usuário ou nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e seu cofinanciamento federal, por meio do PTMC, contempla 1.550 (mil quinhentos e cinquenta) municípios e 6 (seis) estados. Entretanto, não há cofinanciamento federal específico para ILPs para Pessoas Idosas. O Piso de Alta Complexidade I, no componente “Outros Públicos”, abrange o cofinanciamento de serviços de acolhimento para crianças, adolescentes e jovens até 21 (vinte e um) anos, pessoas idosas e mulheres em situação de violência, não sendo possível distinguir os valores específicos para cada tipo de público. De acordo com as informações do MDS, o total de vagas de acolhimento cofinanciadas alcançam 735 (setecentos e trinta e cinco) municípios, com 30.060 (trinta mil e sessenta) vagas, 10 (dez) Estados com 1.000 (mil) vagas e o Estado do Rio de Janeiro (RJ), especificamente no Centro Abrigo Cristo Redentor (CPSACR), com 100 (cem) vagas.

No âmbito do FNAS⁹⁷, os dados orçamentários destinados à Assistência Social referentes aos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022 estão explicitados acima.

⁹⁷ Todos os atos normativos referidos, assim como outros relativos ao SUAS, estão disponíveis para acesso público, por meio do sistema de gestão de Atos Normativos do SUAS, contendo a legislação pertinente à PNAS.

Por fim, vale dizer que a Política de Assistência Social possui ampla capilaridade, com o impacto na redução da pobreza e da desigualdade social sendo de difícil avaliação, embora alguns especialistas considerem uma redução da pobreza, mesmo com foco nas famílias e nos territórios mais vulneráveis com exigências de condicionalidades. Estima-se, contudo, que a maioria dos benefícios, serviços e programas no escopo da Assistência Social estão focalizados nos programas de transferência de renda — a exemplo do PBF —, que sempre estão sujeitos a ingerências políticas e prevalecem, em detrimento da organização e oferta de serviços continuados.

Destaca-se, ainda, as condições de acúmulo de trabalho das equipes dos CRAS e CREAS face a uma não ampliação da Rede de Serviços de Ação Continuada Intersetorial e Interdisciplinar para responder às necessidades humanas, ao aumento acelerado da pobreza e da extrema pobreza no país, em especial no período de 2016-2022.

CAPÍTULO V: FUNDO PÚBLICO A SERVIÇO DO CAPITAL FINANCEIRO

Este capítulo trata da finalidade, da composição e da aplicação do Fundo Público no Brasil, com foco em: i) composição e execução prevaletentes dos recursos destinados a financiar políticas sociais que integram o sistema de seguridade social brasileiro, voltadas ao processo de envelhecimento da atual e das demais gerações, no período de 2019-2022; ii) destaque dado aos recursos que integram o Sistema Extraordinário — conforme a EC 106, de 2020, criada para enfrentar a crise humanitária pandêmica e sindêmica causada pela COVID-19 —, os quais também fazem parte do Orçamento da Seguridade Social.

O Orçamento da Seguridade Social (OSS) é constituído por fontes contributivas (INSS Urbano e Seguro-Desemprego) e por impostos gerais não contributivos (INSS Rural, Assistência Social e SUS, conforme art. 195), com destaque para os recursos dos orçamentos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal; as contribuições sobre a folha de salários (previdência urbana); a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS-PASEP): 60% da arrecadação (fonte do seguro-desemprego) — conforme art. 239 —; e a Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Os achados desta tese revelam que a composição orçamentária constitucionalmente prevista pretendia garantir equidade fiscal, o que, na prática, além de não ocorrer de forma justa e isenta de confrontos, torna muito complexa a sua análise crítica. Neste estudo comprova-se que tal complexidade se associa ao elevado número de legislações infraconstitucionais, bem como com: alterações nos sistemas de bancos de dados governamentais; mudanças, extinção e transferências de competências e de recursos humanos entre órgãos públicos; disputa e conflitos de interesses no âmbito do Legislativo e do Executivo; e contrarreformas em curso — a exemplo da Previdência Social, do Trabalho e do Estado —, que interferem na arrecadação e retiram direitos de frações da classe trabalhadora. Além das transformações dos sistemas de gestão produzidas pela inclusão da tecnologia digital nos procedimentos de cadastramento e requerimento de direitos dos segurados e beneficiários, muitos dos quais socialmente vulnerabilizados e sem familiaridade com o mundo digital.

Contemporaneamente, o Brasil dispõe de um vasto sistema de banco de dados e de controle informatizados para subsidiar o acesso às informações e aos indicadores que retratam: a estruturação do Fundo Público; a composição das receitas, despesas, desonerações e renúncias tributárias; a aplicação dessas receitas nos gastos com Políticas Sociais, tanto no âmbito da gestão pública quanto no da sociedade civil. Entretanto, esse aparato — além de extremamente

difícil de ser decodificado — coexiste com metodologias diferenciadas no âmbito da gestão pública (governamental), dos grupos de pesquisadores, das instituições atuantes nessa área, a começar pela interpretação da Carta Magna e das legislações infraconstitucionais que regulamentam a composição e aplicação do fundo público.

Estudos realizados por Gentil (2007) informam que os entendimentos e formas de conceber a composição do fundo público seguiram uma metodologia controversa, adotada desde os anos 1990, tendo se materializado com a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), cujo art. 68 altera a concepção do Sistema de Seguridade Social, previsto na Constituição Federal de 1988 e responsável pela criação do Fundo do Regime Geral de Previdência Social. Assim,

[...] da forma como foi criado, o Fundo do Regime Geral de Previdência Social traz um duplo equívoco ou um duplo desarranjo nos preceitos constitucionais. Primeiro, porque ao criar um fundo exclusivo para a previdência, a LRF desconstitui o conceito de seguridade, tal como formulado na Constituição. Esse foi o passo necessário para o segundo equívoco: considerar os recursos da COFINS, CSLL e CPMF como externos ao orçamento da previdência e, portanto, passíveis de serem rotulados como transferências da União. Pelo artigo 195 da Constituição Federal essas receitas pertencem, expressamente, ao financiamento da seguridade social, logo, não são recursos transferidos, mas recursos próprios. Mais do que isso, abriu-se espaço para a afirmação de que tais recursos, transferidos da União, são valores destinados a cobrir um suposto déficit no orçamento da previdência com verbas subtraídas do orçamento fiscal. Essa interpretação distorce a verdadeira natureza da questão e dá margem a uma análise defeituosa que coloca a previdência social como alvo de reformas urgentes por ameaçar o equilíbrio fiscal do governo geral (Gentil, 2007, p. 12-13).

Portanto, com essas medidas criadas pela legislação infraconstitucional foram se desconstruindo as diretrizes da gestão administrativa e financeira para a seguridade social, asseguradas em 1988, gerando controvérsias na composição e aplicação do Fundo Público, embora as receitas da Seguridade Social permaneçam vinculadas a esse Sistema, conforme artigo 195 da Constituição. E mais: devem ser aplicadas em saúde, assistência social e previdência, mesmo que sejam arrecadadas e destinadas e/ou alocadas pela Receita Federal. Sendo assim, a maior questão e os conflitos de interesses e de entendimentos ocorrem quando as receitas retomam a cobertura do gasto social da Previdência, que passa a ser considerado “déficit público”, conforme metodologia adotada pelo governo. De outra maneira, argumenta-se que toda vez que a receita do RGPS apresenta diferença na arrecadação — e a Receita Federal precisa cobrir e ou compensar esse desequilíbrio —, com os recursos previstos em Lei para a Seguridade Social, esta contabilidade é considerada “déficit” (Gentil, 2007). Contudo, para além do campo da interpretação, existem outras divergências, em especial a referente à inclusão

do Regime de Previdência Social de Servidores e Militares e suas implicações no orçamento da Previdência Social, e, conseqüentemente, da Seguridade Social.

Sabe-se que a Constituição de 1988 instituiu medidas de planejamento estratégico e execução da aplicação de recursos, instituindo legalmente etapas do ciclo orçamentário, visando organizar e disciplinar as finanças públicas, em âmbito nacional, em conformidade com as especificidades dos Estados e Municípios. Nessa perspectiva, foi instituído e determinado que as fases de elaboração e proposição do orçamento são compostas pelo Plano Plurianual (PPA); a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (Salvador, 2010, p. 175).

A análise do financiamento das políticas sociais⁹⁸ do sistema tributário demonstra e confirma que o Brasil expressa tendência regressiva em relação à incidência da tributação e da participação dos contribuintes, uma vez que a carga tributária onera mais os pobres do que os ricos. Isso porque prevalece a incidência dos tributos sobre o consumo (de bens e serviços), realizada de forma indireta, e não sobre a renda e a propriedade das classes abastadas. Logo, tal tributação — que passa a ser embutida no preço das mercadorias —, é tanto regressiva como injusta, por onerar diferenciadamente pobres e tirar de quem não tem para dar a quem tem (Salvador, 2010, 2012b; Oliveira, 2006; Fagnani, 2018).

Desde 1990, o Brasil aderiu ao Consenso de Washington, submetido a uma forte carga tributária similar a dos países que aderiram a esse Consenso, o qual tem como princípio retirar o Estado da Economia. Princípio esse que foi, de certa forma, cumprido no Brasil, dado o fato de que, além de o Estado não inserir os pobres na economia, funcionou como instrumento de valorização do capital financeiro, garantindo a esse destinação de parcela substancial da riqueza produzida (Salvador, 2010).

A partir de 1995, o Brasil submeteu-se a grandes modificações na legislação tributária, avaliada como uma contrarreforma, uma vez que garantiu privilégios ao capital, onerando os trabalhadores e os consumidores. As legislações mais afetadas por essas mudanças foram: a COFINS e a Contribuição para o Programa de Integração Nacional (PIS), pois

⁹⁸ “Uma análise ampliada na perspectiva da totalidade da compreensão do financiamento das políticas sociais pode englobar três dimensões: a) a tributária, que permite verificar o caráter progressivo ou regressivo das fontes de financiamento da política social, ponto fundamental para averiguar se os tributos (impostos, taxas e contribuições) indicam de fato uma redistribuição de renda e uma maior justiça fiscal; b) a financeira, cuja análise da gestão financeira dos recursos permite o estudo das decisões no campo político-administrativo da política, da descentralização e das relações federativas no financiamento dos gastos sociais, assim como o controle democrático do orçamento; e c) a do financiamento indireto da política social, que por meio da análise das renúncias tributárias, pode identificar a transferência indireta e extra-orçamentária de recursos para o setor privado da economia” (Teixeira; Salvador, 2014, p. 22).

[...] as fontes tributárias que financiam as políticas sociais que integram a seguridade social brasileira (previdência, assistência social e saúde) são em grande parte regressivas. Os tributos indiretos, foram responsáveis em média, por mais de 60% do financiamento das políticas da seguridade social e as contribuições sociais incidentes diretamente sobre a renda dos trabalhadores responderam por 14,54% do montante do financiamento tributário da seguridade social no período de 2001 a 2011; no mesmo período, a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), a única fonte incidente sobre a renda do capital (lucro) que financia a seguridade social, teve uma participação média de apenas 7,97% (Salvador; Teixeira, 2011, p. 22).

Da mesma forma, pesquisas realizadas por Fagnani (2018) expressam que:

[...] o caráter regressivo da tributação brasileira também é demonstrado pela reduzida participação relativa do imposto sobre a renda na arrecadação total (18,3), em relação à média dos países da OCDE (34,1%); e pela menor participação relativa da tributação do patrimônio: 5,5% (média da OCDE) e 4,4% no Brasil. A participação dos impostos que incidem sobre o consumo também é bem maior no Brasil (49,7%) do que na OCDE (32,4%, em média). No que diz respeito ao Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), além da baixa ou nula tributação das rendas do capital, a alíquota máxima praticada (27,5%) no Brasil é bem inferior da média da OCDE (43,5%) e sua arrecadação total é de 3,5 vezes menor (2,4% do PIB no Brasil) e 8,5% na OCDE (Oliveira, 2018, p. 18).

Donde infere-se que o texto constitucional de 1988 sinalizava uma tributação progressiva no contexto de um Estado Social e/ou de Bem-Estar Social que possibilitaria a distribuição de renda e a redução da desigualdade social, mediante receitas e gastos sociais referenciados no princípio da equidade. Contudo, o processo de regulamentação, implementação e financiamento das políticas sociais que integram a Seguridade Social não obedeceu esse sinalização, devido à/ao: violações constitucionais; excesso de medidas infraconstitucionais, seguido de medidas macroeconômicas adotadas em estreita consonância com as determinações do Consenso de Washington e ao compromisso institucionalizado, assumido pelos poderes públicos, com o capital financeiro, portador de juros, acarretando o (des)financiamento da Seguridade Social (Abigalil, 2019).

O sistema de tributação progressiva é adotado por vários países para financiar o Estado Social e está consubstanciado no modelo clássico tripartite, com a contribuição dos empregadores, dos empregados e do governo, por meio de tributos gerais pagos pela sociedade. Em 2012, em 15 países da OCDE, a participação média da “contribuição do governo” no financiamento da proteção social foi de 45% do total, seguida pela contribuição dos empregadores 34,6% e dos trabalhadores 18% (Fagnani, 2018).

No Brasil essa metodologia está prevista no art. 195 da Constituição Federal de 1988, mas vem sendo descumprida. Cita-se como exemplo o ocorrido em 2015, no total das Receitas

do Orçamento da Seguridade Social (694 bilhões) com a participação relativa de 49% da “contribuição do governo” e de 51% dos empregados e empregadores, revelando o paradoxo da democracia tributária brasileira de que “[...] o Orçamento da Seguridade Social nunca foi respeitado pelo poder executivo”; e, “ao arrepio da Constituição da República”, sempre que a “contribuição do governo” se faz necessária, ela é classificada como déficit” (Fagnani, 2018, p. 20).

Na concepção de outros pesquisadores, como Castro (2018), a tributação regressiva possibilita que os gastos sociais percam seu efeito, uma vez que essa metodologia de tributação adota e imprime mecanismos que alteram, anulam ou reduzem os efeitos redistributivos. Esse pesquisador afirma ainda que, no Brasil, metade dos gastos sociais é pago pelos próprios beneficiados, pois 56% do valor dos gastos sociais volta para o tesouro, em decorrência dos tributos pagos pelos cidadãos e ainda pelo percentual estipulado para as contribuições sociais.

Para exemplificar questões referentes à Seguridade Social e relacionadas ao processo de envelhecimento, objeto deste estudo, serão delimitadas aquelas pertinentes à dinâmica financeira (planejamento, composição das receitas, gastos/investimentos sociais), no período de 2020-2023, considerando ser este um período atípico, devido à pandemia da COVID-19, com alterações no orçamento que compõe as políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde; e à prevalência no poder, desde 2019, da ideologia da Nova Direita, avessa aos direitos sociais e sua garantia pelo Estado, além de disseminadora do descrédito da Educação e da Ciência, da polarização política, do ódio, da misoginia, da violência estrutural e racial na sociedade brasileira. Sem falar de outros ataques governamentais contra o orçamento, denominando-o “orçamento de guerra” ou “orçamento secreto” para justificar sua insensibilidade às demandas provenientes da crise sanitária e humanitária, a ser tratada no próximo capítulo.

Foi em meio a essa conjuntura que se discutiu o PPA 2020-2023 da União, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 165 da Constituição Federal, instituído pela Lei 13.971, em 27 de dezembro de 2019, que, segundo comunicação oficial, optou pela simplificação das metas, dos objetivos e dos programas. Dessa forma, diferentemente do PPA 2016-2019, não foram explicitados vários objetivos e metas para cada um dos programas finalísticos. Ao contrário, cada programa traz apenas uma unidade responsável de investimento, um objetivo e uma meta; e o Plano contempla 66 (sessenta e seis) programas finalísticos, que são distribuídos dentre seus seis eixos e associados a diretrizes e temas, explicitados em anexos

I, II, e III citados no corpo da referida lei, além de salientar programas condicionados à EC 95⁹⁹ (ajuste e novo regime fiscal) para a operacionalização.

Para elaboração desse PPA o governo não ouviu a sociedade civil, visto que um de seus primeiros atos foi destituir os Conselhos de Defesa de Direitos e negligenciar a democracia participativa no âmbito da gestão pública. Nisso, contrariou a estratégia de 2016-2019, que priorizou o processo mediante à realização do Planejamento Plurianual Participativo, para a qual o governo, à época, reuniu os Conselhos de Defesa de Direitos, por intermédio do Fórum Interconselhos - Diálogo Brasil, realizado na Presidência da República, sob a Coordenação do Ministério do Planejamento.

Na verdade, o PPA 2020-2023 contraria, em sua essência, tudo o que está na sua aparência conforme a sua instituição pela Lei nº 13.971/2019 e, posteriormente, sua execução. Dessa forma, tem como diretrizes:

[...] o aprimoramento da governança, da modernização do Estado e da gestão pública federal, com eficiência administrativa, transparência da ação estatal, digitalização de serviços governamentais e promoção da produtividade da estrutura administrativa do Estado; a busca contínua pelo aprimoramento da qualidade do gasto público, por meio da adoção de indicadores e metas que possibilitem a mensuração da eficácia das políticas públicas; a articulação e a coordenação com os entes federativos, com vistas à redução das desigualdades regionais, combinados: a) processos de relacionamento formal, por meio da celebração de contratos ou convênios, que envolvam a transferência de recursos e responsabilidades; b) mecanismos de monitoramento e avaliação; a eficiência da ação do setor público, com a valorização da ciência e tecnologia e redução da ingerência do Estado na economia; a garantia do equilíbrio das contas públicas, com vistas a reinserir o Brasil entre os países com grau de investimento; a intensificação do combate à corrupção, à violência e ao crime organizado; a promoção e defesa dos direitos humanos, com foco no amparo à família; o combate à fome, à miséria e às desigualdades sociais; a dedicação prioritária à qualidade da educação básica, especialmente a educação infantil, e à preparação para o mercado de trabalho; - a ampliação da cobertura e da resolutividade da atenção primária à saúde, com prioridade na prevenção, e o fortalecimento da integração entre os serviços de saúde; a ênfase na geração de oportunidades e de estímulos à inserção no mercado de trabalho, com especial atenção ao primeiro emprego (Brasil, Lei nº 13.971/2019).

⁹⁹ Desde 2017 os Orçamentos do Governo Federal ficaram submetidos ao regramento disposto na EC nº 95, que estabeleceu o teto para os gastos públicos. O teto não tem como referência a capacidade econômica do país, que pode melhorar, tampouco as disponibilidades fiscais do Estado, que podem ser construídas. “[...] a EC nº 95 congela em valores as despesas públicas, ignorando as demandas e as necessidades, criando um ambiente propício para justificar a inação estatal. Ao final de 2021, esse teto demonstrou-se inviável para o próprio exercício e para o de 2022, causando pequenas modificações que não lhe alteraram a essência, exceto a supressão do texto constitucional com a possibilidade de alteração das regras que está prevista para o final da primeira década de vigência da EC nº 95, em 2026” (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2023). [...] Art. 7º O valor global dos programas não constitui limite à programação ou à execução das despesas expressas nas leis orçamentárias anuais ou nos créditos adicionais, respeitados os limites individualizados para despesas primárias impostos pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (Novo Regime Fiscal, Lei nº 13.971, 2019). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13971.htm. Acesso em: jul. 2023.

De acordo com o artigo 5º, integram o referido PPA os anexos: I¹⁰⁰, que trata dos Programas Finalísticos; II, dos Programas de Gestão; III, dos Investimentos Plurianuais Prioritários; e IV, dos Investimentos Plurianuais das Empresas Estatais Não Dependentes.

Entretanto, a análise desses anexos revela que, embora o Brasil tenha aderido à Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), do Desenvolvimento Sustentado, o país retornou ao Mapa da Fome; ampliou a devastação do meio ambiente, além de não estar enfrentando, com planejamento, investimento em políticas sociais a passagem para bônus demográfico importantíssimo em curso no Brasil.

De acordo com Alves (2022), o Brasil precisa se preparar para enfrentar o bônus da (produtividade e longevidade), ou seja, investir no processo de envelhecimento, que requer políticas de saúde na atenção básica, com prevenção, integradas às demais políticas, e preparar, com a educação, a população em idade economicamente ativa para acessar trabalho decente e não precarizado. Por outro lado, nos achados desta tese, não se vislumbra planejamento estratégico ou políticas, programas, metas e previsão orçamentária compatíveis com grandes desafios — a exemplo do acelerado processo de envelhecimento; da necessidade investimento em prevenção e promoção da saúde, em educação, em trabalho decente e na preservação e cuidados do cidadão e do meio ambiente. Vislumbra-se, sim, ao contrário, que alguns programas e políticas imprescindíveis estão condicionadas à EC 95/2016, a qual limita os investimentos primários, deixando-os livres para os compromissos com encargos, juros e amortização da dívida pública, nunca auditada. Além de aplicar recursos da Seguridade Social em ações que não são de competência desse sistema.

Já no enunciado da Lei nº 13.971/2023, que instituiu o Plano Plurianual da União para o período de 2020-2023, o governo deixou explícito o etarismo. Definiu como prioridade a criança e os jovens no primeiro emprego, sem apresentar justificativa plausível, embora, em sua consciência, ninguém seja contrário ao investimento na primeira infância; entretanto, as transições em curso requerem investimentos altíssimos em educação, trabalho decente, prevenção da saúde, rede de serviços, cuidados estratégicos com a urbanização, favelização, saneamento e meio ambiente para o país responder, a longo e médio prazos, às exigências para o alcance dos bônus da produtividade e da longevidade, conforme se tem argumentado nesta tese.

¹⁰⁰ Anexos I, II, III, IV. Disponíveis em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/Anexos/Anl13971.pdf. Acesso em: jul. 2023.

5.1 Orçamento da Seguridade Social (período de 2019-2022) e Orçamento Extraordinário

O orçamento do governo para 2019-2022 e 2020-2023 sofreu influência de períodos bastante complexos, devido à crise do capital, à emergência climática e à maior crise humanitária pandêmica e sindêmica ocorrida no mundo e no Brasil, aliadas ao acirramento da gestão da Nova Direita. Dessa feita, os orçamentos foram impactados por uma série de alterações na Constituição e nas legislações infraconstitucionais, quer no âmbito da seguridade social, quer em regime extraordinário¹⁰¹, para fazer frente a esse contexto, além da eleição presidencial de 2022. Eleição em função da qual vários programas e benefícios foram excessivamente alterados, em especial no ano de 2022, assim como critérios de elegibilidade, condicionalidades ou suspensão de condicionalidades para o acesso aos benefícios e exigências impostas, dentre as quais: a ampliação de benefícios e valores de alguns deles, três meses antes da eleição, deliberada pelo candidato da extrema direita que concorreria a reeleição.

Além dessas, outras questões impactaram o orçamento em consequência de escolhas políticas e do domínio da área econômica, pois,

[...] desde 2016, o país esteve submetido a uma hegemonia de pensamentos e determinações políticas que delegou à economia por si só resolver o conjunto dos seus problemas, impediu o Estado de construir e de agir por um projeto de desenvolvimento, melhorar a qualidade do emprego. A descapitalização dos bancos públicos, a priorização dos segmentos exportadores de commodities, o fim das exigências de conteúdo nacional para exploração do pré-sal e descontrole do câmbio, a reforma trabalhista são apenas algumas das medidas adotadas nessa direção. E em 2021 e 2022, resultado direto da autonomia concedida ao Banco Central, a política monetária elevou os juros de 2%, em março de 2021, para 9,25%, em dezembro de 2021, e para 13,75%, em dezembro de 2022. São valores que passaram a representar um recorde de juros reais (quando descontada a previsão de inflação para os próximos doze meses). Essa alta na taxa de juros impactou profundamente os orçamentos do setor público. Em 2022 somente a conta de juros nominais totalizou R\$ 586 bilhões, bem acima dos mesmos valores de 2021, R\$ 448 bilhões e muito acima do que foram esses encargos na média entre 2018 e 2020, R\$ 253 bilhões. A incorporação de mais de meio trilhão de encargos à dívida pública pressiona todos os orçamentos e fica a exigir cortes e cortes de direitos e dos mais diversos programas orçamentários para

¹⁰¹ Em função do Regime Fiscal Extraordinário (EC nº 106, de 2020), nos dois primeiros anos da pandemia, a Análise da Seguridade Social adotou um modelo misto de apresentação de dados de receitas e de despesas, separando receitas e despesas desse regime. Para 2021 e 2022, não havia base legal para o Regime Fiscal Extraordinário. O governo optou por registrar em separado inúmeras despesas como relativas à pandemia, naturalmente para que esse acréscimo seja entendido como extraordinário e não como “normal” do exercício servindo de base para os orçamentos seguintes. Parte dele foi estabelecida por medidas provisórias e, portanto, está fora das regras do teto de gasto. Outra parte, está na exceção criada pela EC 113. Em relação à Seguridade Social, essas aplicações extraordinárias foram de R\$ 385,2 bilhões em 2020, de R\$ 131,8 bilhões em 2021 e apenas R\$ 24,3 bilhões em 2022 (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 29).

garantia de seu pagamento (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 24).

5.2 Renúncias Tributárias e Desvinculação das Receitas da União (DRU) com seus impactos sobre o Orçamento da Seguridade Social

Geralmente, as renúncias tributárias constituem estratégia de governo para desonerar impostos de determinado segmento social, de produção e/ou empresarial, mediante um conjunto de medidas econômicas e sociais que promovem a contração de receitas tributárias, tais como: redução de alíquotas e bases de cálculos de tributos; créditos presumidos e o resultado dos diferimentos tributários no exercício. Esse conjunto de medidas tem se ampliado significativamente, gerando acelerado desfinanciamento do setor público. Habitualmente, esses mecanismos são utilizados em contextos de crise, ou em ações anticíclicas para superação das crises; no Brasil, contudo, eles têm sido adotados como medida constante. Entretanto, as renúncias nem sempre alcançam os resultados esperados.

No período de 2019-2022, com previsões posteriores, foram aprovadas várias medidas de renúncias tributárias contemplando: as unidades prestadoras de serviços de saúde, o parque industrial da saúde e diversos segmentos econômicos diretamente afetados pelas medidas de distanciamento social. Em 2021 ocorreram acréscimos de desonerações diversas, especialmente sobre produtos importados e alimentos. Enfatiza-se, porém, que a renúncia, com preponderante efeito na Seguridade Social, foi a prorrogação da desoneração da folha de pagamentos das empresas. Em 2022, duas grandes desonerações foram aprovadas, tendo efeitos imediatos: a primeira relacionada ao setor de eventos, bastante prejudicado nos exercícios anteriores da pandemia; a segunda, referente ao custo de, aproximadamente, R\$ 30 bilhões envolvendo a cobrança de COFINS e PIS sobre combustíveis. Ao todo, segundo a Receita Federal do Brasil (RFB), foram instituídas renúncias que totalizaram mais de R\$ 60 bilhões, das quais pelo menos a metade recaiu sobre as receitas da Seguridade Social (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 40). O Anexo A desta tese apresenta dados de desonerações instituídas e o respectivo impacto pelo exercício corrente, com acréscimo ampliado em 2022 e demais exercícios, a maioria deles sendo suspensa pelo governo que assumiu em 2023.

A RFB tem publicizado, para verificação das renúncias fiscais, o Demonstrativo de Gastos Tributários Estimados por Bases Efetivas, visando monitorar tais renúncias, calculadas em função dos fatos econômicos verificados (e não apenas estimativas para a aprovação das medidas). De acordo com os Demonstrativos, destacam-se como principais beneficiados com

renúncias em contribuições sociais: o Sistema Simples Nacional, entidades filantrópicas, Zona Franca de Manaus e o Setor Agropecuário (exportação e contribuição previdenciária), os quais representam 60% do total. As renúncias em contribuições sociais representam 23% do valor arrecadado; mas, em relação à COFINS, alcançam quase a metade (45%) da arrecadação realizada, conforme Anexo B (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 40).

Em suma, no âmbito da contribuição previdenciária, as renúncias mais significativas incidem no Sistema Simples, nas entidades filantrópicas e no setor agroexportador. Estima-se que as empresas optam pelo Simples e são responsáveis pelo emprego de 16,7 milhões de pessoas, de acordo com dados da RAIS¹⁰² de 2021 (da qual o governo ainda não havia excluído os 5.8 milhões desligados nesse período). E as micro e pequenas empresas têm menor capacidade econômica, por possuírem limites máximos de faturamento para enquadramento no sistema. As entidades filantrópicas, por sua vez, respondem por importante parcela do atendimento ambulatorial do SUS; e a desoneração do setor agroexportador, que desconsidera ser este segmento altamente lucrativo, por isso teria de ampliar sua participação no financiamento da previdência rural. Em relação à COFINS, as maiores renúncias envolvem as empresas do Simples, a cesta básica e a desoneração sobre combustíveis — instituída em 2022 e revogada no início de 2023. Quanto a esta última medida, ela sozinha foi responsável pela renúncia de R\$ 24,5 bilhões, relacionada à COFINS, tendo determinado, no ano de 2020, renúncias que representaram 45% da arrecadação dessa contribuição social. Ademais, essas mesmas renúncias foram responsáveis pela elevação substantiva desses gastos tributários junto à Contribuição do PIS. E, em relação à arrecadação, alcançaram a casa de 25% entre 2019 e 2021 e, em 2022, somaram 33%.

5.3 Evolução das despesas com Seguridade Social e Juros, Encargos e Amortizações da Dívida Pública

Com base nos dados fornecidos pela STN, mediante solicitação respaldada na Lei nº 12.527/2011 de acesso às informações públicas, foi possível apreender a seguinte execução orçamentária da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social, Assistência Social e Trabalho/Seguro-Desemprego), além das despesas com Juros, Encargos e Amortizações da

¹⁰² A gestão do Trabalho do Setor Governamental dispõe de importante instrumento de Relação Anual de Informações-RAIS, ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Dívida Pública para os anos de 2019 a 2022. As tabelas a seguir oferecem panorama detalhado das despesas ao longo desses anos, contendo valores nominais (R\$) e proporções em relação ao Orçamento e ao Produto Interno Bruto (PIB), destacando as mudanças ocorridas nesse período.

Para o cálculo dos Juros e Amortizações da dívida, foram utilizados os dados de pagamento da despesa com “Juros e Encargos da Dívida” e “Amortizações/Refinanciamento da Dívida”, trabalhados em conformidade com as diretrizes metodológicas da Associação Auditoria Cidadã da Dívida, a partir do parecer no Relatório Específico de Auditoria Cidadã da Dívida nº 1/2013; uma iniciativa que, vale salientar, contribuiu para as investigações no Ministério Público Federal, referentes ao desdobramento da CPI da Dívida Pública realizada na Câmara dos Deputados (Auditoria Cidadã da Dívida, 2013).

TABELA 13 – Evolução das despesas com Seguridade Social e Juros, Encargos e Amortizações da Dívida-Nominal e proporção das despesas do Orçamento efetivamente pagas e do PIB Nominal [preços correntes] (em R\$ mi)

	Ano											
	2019		2020			2021			2022			
	Nominal	%Orça- mento	% PIB	Nominal	%Orça- mento	% PIB	Nominal	%Orça- mento	% PIB	Nominal	%Orça- mento	% PIB
Assistência social (total pago)	95.548	3,38%	1,29%	412.667	11,31%	5,42%	163.461	4,10%	1,84%	201.765	4,83%	2,03%
Previdência	724.372	25,66%	9,80%	761.240	20,87%	10,00%	803.489	20,15%	9,03%	890.047	21,30%	8,98%
Saúde	125.466	4,44%	1,70%	161.395	4,42%	2,12%	174.175	4,37%	1,96%	153.531	3,67%	1,55%
Seguro-Desemprego	37.989	1,35%	0,51%	39.991	1,10%	0,23%	35.736	0,90%	0,40%	40.680	0,97%	0,41%
Seguridade Social (Assistência Social + Previdência Social + Saúde + Seguro-Desemprego)	983.374	34,83%	13,31%	1.375.293	37,70%	18,07%	1.176.861	29,52%	13,23%	1.286.022	30,77%	12,97%
Juros, Encargos e Amortizações da dívida	1.037.582	36,75%	14,04%	1.381.568	37,87%	18,16%	1.962.123	49,22%	22,05%	1.882.604	45,05%	18,99%

Fonte: elaborada pela autora com dados da Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda (STN-MF), a partir do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Obs.: valores da despesa total fixada nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social para os anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente: R\$ 3.382.224,02 bi; R\$ 3.686.942,06 bi; R\$ 4.325.425,49 bi; e R\$ 4.826.536,18 bi. Os valores das despesas do orçamento da União efetivamente pagas para os anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente: R\$ 2.823.310,27 bi; R\$ 3.684.350,84 bi; R\$ 3.986.593,64 bi; e R\$ 4.178.791, 01 bi. Valores do PIB nominal a preços correntes para os anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente: R\$ 7.389.131,00 bi; R\$ 7.609.597,00 bi; R\$ 8.898.272,00 bi; e R\$ 9.915.317,00 bi.

No que tange à Assistência Social, as despesas totais pagas variaram, destacando-se um aumento significativo no ano de 2020, seguido de queda em 2021. Tais valores representaram, em 2019, 3,38% do Orçamento e 1,29% do PIB; mas, em 2020, aumentaram para 11,31% do Orçamento e 5,42% do PIB, declinando, em 2021, para 4,10% do Orçamento e 1,84% do PIB e, em 2022, para 4,83% do Orçamento e 2,03% do PIB.

As despesas com a Previdência Social demonstram uma trajetória descendente, variando, em 2019, de 25,66% do Orçamento e 9,80% do PIB para 20,87% do Orçamento; em 2020, para 10,00% do PIB e 20,15% do Orçamento; e, em 2021, para 9,03% do PIB em 2021, até atingirem, em 2022, 21,30% do Orçamento e 8,98% do PIB. As despesas com a Saúde, por sua vez, variaram: em 2019, de 4,44% do Orçamento e 1,70% do PIB passando, em 2020, para 4,42% do Orçamento e 2,12% do PIB; em 2021, para 4,37% do Orçamento e 1,96% do PIB, atingindo, em 2022, 3,67% do Orçamento e 1,55% do PIB.

No que diz respeito ao Seguro-Desemprego, as despesas variaram: em 2019, de 1,35% do Orçamento e 0,51% do PIB; em 2020, para 1,10% do Orçamento e 0,53% do PIB; em 2021, para 0,90% do Orçamento e 0,40% do PIB; e, em 2022, para 0,97% do Orçamento e 0,41% do PIB.

Dessa forma, se somadas as despesas da Assistência Social, Previdência Social, Saúde e Seguro-Desemprego, tem-se um total de R\$ 983.374 milhões em 2019; R\$ 1.375.293 milhões; em 2020; R\$ 1.176.861 milhões em 2021; e R\$ 1.286.022 milhões em 2022. Valores correspondentes às proporções do Orçamento, efetivamente pagas, de 34,83%, 37,70%, 29,52% e 30,77%, e proporções do PIB de 13,31%, 18,07%, 13,23% e 12,97%, respectivamente.

No que concerne às despesas referentes a Juros e Amortizações da Dívida, os valores gastos nos mesmos anos foram: R\$ 1.037.582 milhões, em 2019; R\$ 1.381.568 milhões, em 2020; R\$ 1.962.123 milhões, em 2021 e R\$ 1.882.604 milhões, em 2022. Esses montantes representam proporções do Orçamento, efetivamente pagas na ordem de 36,75%, 37,87%, 49,22% e 45,05%, bem como proporções do PIB de 14,04%, 18,16%, 22,05% e 18,99%, respectivamente. Em alguns casos, importa destacar, esses valores se aproximam ou mesmo superam o montante destinado à Seguridade Social, particularmente nos anos de 2021 e 2022. Além disso, apresenta um crescimento acelerado, atingindo quase 50% do orçamento em 2021 e 2022. Em vista disso, Salvador (2020, p. 6) caracteriza este fenômeno nos seguintes termos:

Um dos elementos essenciais no conflito distributivo do fundo público diz respeito à captura de recursos para o pagamento de juros e amortização da dívida pública, o que está diretamente relacionado à financeirização da riqueza e às mudanças na proteção social no capitalismo contemporâneo. Com a financeirização da riqueza, os mercados financeiros passam a disputar cada vez mais recursos do fundo público, pressionando

pelo aumento das despesas financeiras do orçamento estatal, o que passa pela remuneração dos títulos públicos emitidos pelas autoridades monetárias e negociados no mercado financeiro, os quais se constituem importante fonte de rendimentos para os investidores institucionais.

O quadro abaixo mostra, em termos percentuais, os valores referentes ao orçamento da Seguridade Social, ao PIB e aos juros e encargos da dívida pública, revelando que o Brasil, mesmo em tempos de pandemia e crise humanitária e sindêmica, privilegia o capital portador de juros em detrimento do trabalho.

QUADRO 2 – Despesas com Seguridade Social e Juros, Encargos e Amortizações da Dívida Pública: média da proporção do Orçamento e do PIB para o período de 2019 a 2022

Políticas de Seguridade Social e Juros e Encargos da Dívida	2019 a 2022	
	% Orçamento	% PIB
Assistência Social (total pago)	5,91%	2,65%
Saúde	4,23%	1,83%
Seguro-Desemprego	1,08%	0,46%
Assistência Social + Saúde + Seguro-Desemprego	5,11%	2,30%
Previdência Social	21,99%	9,45%
Seguridade Social (Assistência Social + Saúde + Seguro-Desemprego + Previdência)	33,21%	14,39%
Juros, Encargos e Amortizações da Dívida	42,22%	18,53%

Fonte: elaborado pela autora com dados da Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda (STN-MF), a partir do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e do IBGE.

Os gastos relacionados aos Juros e Amortizações da Dívida demonstram uma alocação significativa de recursos. Durante o período de 2019 a 2022, essas despesas atingiram, em média, 42,22% do orçamento público e 18,53% do PIB. Em contraste, os gastos com a Previdência obtiveram uma média de 21,99% do orçamento e 9,45% do PIB, representando, assim, em média, a metade dos gastos com Juros e Amortizações da Dívida. Já os gastos com saúde obtiveram uma média de 4,23% do orçamento e 1,83% do PIB, enquanto os com a Assistência Social obtiveram média de 5,91% do orçamento público e 2,65% do PIB, e os destinados ao Seguro-Desemprego representaram uma proporção menor dos gastos públicos: com média de 1,08% do orçamento e 0,46% do PIB, foram substancialmente inferiores em comparação às outras áreas da Seguridade Social.

Outras ações da Seguridade Social

Na Seguridade Social está previsto o financiamento de outras ações correlatas, pertencentes a outras Pastas — tais como as ações de Saúde e Assistência Social operacionalizadas pelos Ministério da Justiça, da Mulher, Família e de Direitos Humanos e em Secretarias da Presidência da República; despesas de saneamento no Ministério do Desenvolvimento Regional; despesas de saúde nos hospitais universitários; ações de defesa civil e a merenda escolar, que são legalmente financiadas com recursos das contribuições sociais.

Em 2020, com a criação do Regime Fiscal Extraordinário, ocorreu a ampliação dessas ações. De acordo com a série histórica, os maiores índices de financiamento das mesmas, com recursos de contribuições da Seguridade Social, foram o da merenda escolar, o do saneamento básico urbano, o da assistência hospitalar e ambulatorial, os dos hospitais universitários e da formação de médicos residentes. Desde a aprovação do Teto de Gastos em 2016, os investimentos em saneamento urbano caíram demasiadamente. A maioria dessas ações também é financiada pelas Emendas Parlamentares, sejam de execução obrigatória, sejam concertadas entre a base parlamentar e o governo. Registra-se que mesmo com a flexibilização da regra fiscal no período da pandemia, e com o intuito de permanecer na Seguridade Social, despesas obrigatórias do Bolsa Família e da Saúde foram pagas com recursos do Regime Fiscal Extraordinário, liberando recursos dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social para outros fins (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 92-93).

5.4 Impacto das Emendas Parlamentares no orçamento da Seguridade Social

As emendas parlamentares constituem valor excedente em relação à aplicação mínima de recursos determinada pela Constituição; desde o Teto de Gastos (EC nº 95), foram se ampliando e compondo os valores mínimos que precisam ser aplicados anualmente. Entretanto, foram degradando as suas finalidades nesse processo, pois, na maioria dos casos, procuram atender interesses e à concertação entre os poderes Legislativo e Executivo, inclusive funcionando como estratégia para liberação de pautas entre os poderes.

Em 2019 foram instituídas emendas de relator do Orçamento, intituladas “orçamento secreto”, por possibilitarem aos parlamentares a aplicação de recursos originários dos cofres da União, sem garantia de transparência em relação ao investimento dos recursos financeiros. Assim, isentada de indicar nomes, limites e destino dos recursos, essa prerrogativa constitui um

instrumento que induz à corrupção. Em 2021, o Supremo Tribunal Federal (STF) chegou a suspender os recursos relativos às emendas parlamentares para as indicações de alocação, mas retrocedeu, solicitando maior transparência na execução dos recursos destinados.

Até 2019, os recursos do poder legislativo eram destinados por meio de emendas individuais. Os valores eram alocados de forma igualitária entre os parlamentares, com transparência, indicando o nome do deputado ou do senador, o seu destino e para qual ação. No exercício de 2022, o valor total das emendas individuais correspondeu a R\$ 9 bilhões, sendo R\$ 17,6 milhões para cada parlamentar.

Ressalta-se que, em 2019, na fase de elaboração da Lei Orçamentária de 2020, o Poder legislativo, no caso o Congresso Federal, decidiu apoderar-se de grande quantidade de recursos financeiros, criando um outro tipo de emenda parlamentar — as denominadas emendas de relator-geral. Estas eram usadas apenas para ajustes de pequena quantia no Orçamento. Mas, em 2019, o Congresso alocou R\$ 30 bilhões para as emendas de relator-geral, retirando valor significativo do orçamento que seria gerido pelo Poder Executivo e transferindo-o para o Legislativo (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 83-84).

Além disso, essa Emenda confere ao Relator do Orçamento enorme poder, pois cabe a este a competência de elaborar a versão final da proposta de Lei Orçamentária, que é votada pelo Congresso, após o envio pelo governo do Plano Plurianual da União (PPA). Na maioria das vezes, a versão final é elaborada em concertação com a Presidência da República e lideranças dos partidos que integram o Poder Legislativo.

Em 2022, a dotação para as emendas parlamentares foi de R\$ 14,9 bilhões (em 2019 foi de R\$ 6,7 bilhões) e as emendas do chamado Orçamento Secreto foram, em média, de R\$ 6,7 bilhões entre 2021 e 2022. Ou seja, um valor de vulto para a Saúde, por exemplo; entretanto, o Ministério da Saúde “[...] tem pouco ou nenhum controle sobre a sua programação e destinação. Na prática, o resultado da aplicação distorce os conceitos de universalidade e piora a qualidade de aplicação e a resolutividade do sistema” (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, 2022, p. 84).

5.5 Orçamento Extraordinário vulgo “Orçamento de Guerra” contra a Pandemia da COVID-19

Em março de 2020, o Congresso Nacional aprovou a decretação do *estado de calamidade pública*, concedendo ao governo poder de gastar acima dos limites definidos pela

meta de superávit primário. Posteriormente, em 8 de maio de 2020, aprovou a EC nº 106, conhecida como “Orçamento de Guerra”¹⁰³, que instituiu orçamento específico para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e flexibilizou regras fiscais, administrativas e financeiras durante o período de calamidade pública, previsto para até dezembro de 2020, com possível prorrogação. Todavia, tal emenda acrescentou medidas questionáveis¹⁰⁴ relacionadas ao sistema bancário, em especial ao Banco Central, que poderiam ocasionar a ampliação da dívida pública, uma vez que transferiam o custo dessa dívida à classe trabalhadora.

Essa emenda assegurava a separação do orçamento e dos gastos realizados para o combate à pandemia de COVID-19 do orçamento geral da União (Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos). No período da pandemia, o Governo dispôs de flexibilização das limitações impostas pelo marco legal quanto à criação, à expansão ou ao aperfeiçoamento de ação governamental que acarretassem aumento de despesa e concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorresse renúncia de receita. E, ademais, da dispensa do cumprimento do art.167, § 3º da Constituição de 1988, que trata da regra de ouro no orçamento público, ou seja: impede operações de créditos que ultrapassem o montante das despesas de capital, excluindo aquelas autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais com finalidade específica, aprovadas pelo Congresso Nacional (Salvador, 2020, p. 7).

No início, o financiamento das ações para enfrentamento da pandemia da COVID-19, deu-se por abertura de créditos orçamentários extraordinários, concebidos para atender despesas imprevisíveis e urgentes, como as consideradas de guerra, de conflitos internos ou de calamidade pública. Nessa perspectiva, até 24 de setembro de 2020, o governo editou 35 Medidas Provisórias (MP) como ações que implicavam gastos orçamentários para o combate à pandemia de COVID-19, que compunha o chamado “orçamento de guerra” previsto na EC 106 (Salvador, 2020, p. 8).

¹⁰³ Orçamento de Guerra prevê que o Presidente da República exerça o seu controle. É constituído por oito ministros (Secretaria Geral, Saúde, Economia, Cidadania, Infraestrutura, Agricultura, Justiça e Controladoria-Geral). Sem direito a voto, será integrado ainda por seis secretários estaduais e seis municipais; quatro senadores e quatro deputados; e representantes dos Conselhos Nacionais de Justiça, do Ministério Público e do Tribunal de Contas da União.

¹⁰⁴ Orçamento de guerra aumenta a drenagem de recursos públicos para o mercado financeiro, autorizando o Banco Central a repassar recursos, da ordem de trilhões de reais, aos bancos sem controle social e estatal, sem contrapartida que garanta à implementação de políticas de saúde e de interesse social e nacional. Esses recursos liberados aos bancos sairão do Tesouro Nacional e impactarão o orçamento público e a dívida pública, recaindo assim sobre os ombros de toda a população. [...] na dimensão financeira-creditícia o Banco Central possui uma posição central demonstrando uma prevalente ótica de financeirização da pandemia da COVID-19, na qual são privilegiados instrumentos financeiros de compra de títulos privados para um grupo restrito de empresas presentes no mercado financeiro a propriamente instrumentos monetários de injeção de crédito mais capilar para consumo e produção (Maranhão; Senhoras, 2020, p. 17).

No intuito de melhor aquilatar as destinações do orçamento público para o enfrentamento da pandemia, este estudo — em que pese a desarticulação da União com Estados e Municípios, além das constantes mudanças no Ministério da Saúde — centrou-se na execução orçamentária dos dispêndios da União destinados a mitigar os impactos da situação de calamidade pública referente à crise humanitária, sindêmica, ocasionada pela COVID-19.

Esta análise, referente à execução orçamentária, baseou-se em informações originais obtidas do painel intitulado “Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19”, mediante a utilização da Lei de Acesso à Informação nº 12527/2011 e do portal oficial do Tesouro Nacional do então Ministério da Economia (ME), explicitados nas Tabelas 14, 15 e 16, referentes aos exercícios de 2020, 2021 e 2022, abaixo detalhadas.

O montante selecionado para as despesas abrangeu créditos extraordinários e não extraordinários, tendo englobado: valores de dotação atualizada, somados aos restos a pagar inscritos (processados ou não processados) e aos restos a pagar cancelados (processados e não processados), estando o valor pago em correspondência com as despesas e os restos a pagar que, efetivamente, foram pagos.

Nesse particular, é relevante o fato de que, no ano de 2020, praticamente metade (44%) das ações orçamentárias registrou percentuais de execução inferiores a 70%. Entretanto, em 2021, esse percentual declinou para 27% e, em 2022, subiu marginalmente para 32% das ações orçamentárias com execução abaixo dos 70%; mas, em contrapartida, 44%, 56%, e 56% das ações orçamentárias apresentaram execução acima de 90% nos anos de 2020, 2021 e 2022, respectivamente. Assim, a média do percentual executado para esses anos foi de 72,38%, 72,98% e 77,25%, respectivamente.

TABELA 14 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2020 (em R\$)

(continua)				
Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	Execução
00S4	Auxílio emergencial de proteção social a pessoas em situação de vulnerabilidade devido à pandemia de COVID-19	254.240.000.000,00	229.905.730.367,00	90,43%
21C0	Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus	69.136.514.741,00	43.902.663.750,00	63,50%
00SF	Auxílio emergencial residual para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	67.600.886.209,00	63.039.703.716,00	93,25%
00S7	Auxílio financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionados ao Programa Federativa de Enfrentamento à COVID-19	60.189.488.452,00	60.148.914.730,00	99,93%
21C2	Benefício emergência de manutenção do emprego e da renda (COVID-19)	51.546.521.578,00	33.497.453.157,00	64,98%
00EE	Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	38.093.233.748,00	38.093.233.748,00	100,00%
00ED	Integralização de cotas do Fundo Garantidor de Crédito para Micro, Pequenas e Médias Empresas para o Programa Emergencial de Acesso a Crédito	20.000.000.000,00	20.000.000.000,00	100,00%
00S3	Auxílio financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios para compensação da variação nominal negativa dos recursos repassados pelo Fundo de Participação	16.000.000.000,00	15.098.275.136,00	94,36%
00SG	Aporte para o agente financeiro BNDES para a concessão de empréstimos no âmbito de Programa Emergencial de Acesso a Crédito (PEAC) – Maquininhas	10.000.000.000,00	5.000.000.000,00	50,00%
00S5	Concessão de financiamentos para o pagamento da folha salarial devido à pandemia de COVID-19	6.806.766.252,00	6.806.766.252,00	100,00%
0454	Funcionamento da infraestrutura turística nacional	5.000.000.000,00	3.077.317.353,00	61,55%
00S8	Auxílio financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios relacionado ao apoio emergencial do setor cultura, devido à pandemia de COVID-19	3.000.000.000,00	2.999.836.049,00	99,99%
00NY	Financiamento da infraestrutura turística nacional	900.000.000,00	900.000.000,00	100,00%
0515	Repasse direto de recursos para a educação básica na escola	672.733.046,00	443.996.487,00	66,00%
20TP	Ativos civis da União	588.814.935,00	243.765.854,00	41,40%
8442	Transferência direta e condicionada de renda às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	369.285.445,00	369.285.445,00	100,00%
00S9	Auxílio emergencial às instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) devido à pandemia da COVID-19	160.000.000,00	16.000.000,00	100,00%
212B	Benefícios obrigatórios aos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes	57.797.720,00	18.912.757,00	32,72%
219C	Acolhimento humanitário e interiorização de migrantes em situação de vulnerabilidade e fortalecimento do controle de fronteiras	56.126.258,00	49.770.945,00	88,68%

TABELA 14 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2020 (em R\$)

(continuação)				
Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	Execução
2000	Administração da unidade	51.588.334,00	49.642.537,00	96,23%
2004	Assistência médica e odontológica aos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes	43.162.710,00	33.864.411,00	78,46%
2994	Assistência aos estudantes das instituições federais de educação profissional e tecnológica	39.935.543,00	33.054.484,00	82,77%
2E89	Incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde para cumprimento de metas	37.202.216,00	37.202.216,00	100,00%
4002	Assistência ao estudante do ensino superior	33.489.423,00	31.280.645,00	93,40%
21BO	Proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas	23.490.869,00	14.820.590,00	63,09%
2E90	Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para o cumprimento de metas	20.080.938,00	20.080.938,00	100,00%
212H	Manutenção de contrato de gestão com organizações sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998)	20.000.000,00	9.075.967,00	45,38%
20RK	Funcionamento das instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica	17.338.602,00	8.411.660,00	48,51%
215I	Consolidação da implantação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)	15.000.000,00	45.969,00	0,31%
20RL	Funcionamento das instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica	6.879.755,00	4.397.260,00	63,92%
21AR	Promoção e defesa dos direitos humanos para todos	5.900.680,00	5.195.034,00	88,04
218Q	Promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa	2.000.000,00	1.996.040,00	99,80%
20UF	Regularização, demarcação e fiscalização de terras indígenas e proteção dos povos indígenas isolados	1.770.000,00	1.059.626,00	59,87%
2792	Distribuição de alimentos a grupos populacionais tradicionais e específicos, bem como a famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional temporária	1.671.000,00	1.110.936,00	66,48%
4815	Funcionamento das unidades descentralizadas	1.440.000,00	838.956,00	58,26%
2726	Prevenção e repressão ao tráfico ilícito de drogas e a crimes praticados contra bens, serviços e interesses da União	986.561,00	854.387,00	86,60%
21AS	Fortalecimento da família	544.692,00	62.557,00	11,48%
20XT	Prestação de serviços médico-hospitalares e pesquisas médicas do Hospital das Forças Armadas	505.185,00	204.901,00	40,56%
20YU	Fiscalização de obrigações trabalhistas e inspeção em segurança e saúde no trabalho	500.000,00	63.099,00	12,62%
20GK	Fomento às ações de graduação, pós-graduação, ensino, pesquisa e extensão	389.460,00	261.320,00	67,10%
20U4	Governança do patrimônio imobiliário da União	300.000,00	49.362,00	16,45%

TABELA 14 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2020 (em R\$)

Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	(conclusão)
				Execução
20RG	Reestruturação e modernização das instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica	153.188,00	70.168,00	45,81%
20V6	Fomento à pesquisa e desenvolvimento voltados à inovação, às tecnologias digitais e ao processo produtivo	131.935,00	93.500,00	70,87%
4572	Capacitação de servidores públicos federais em processo de qualificação e requalificação	117.750,00	117.750,00	100,00%
2810	Promoção do acesso ao patrimônio documental nacional	90.510,00	44.650,00	49,33%
21B3	Fomento às ações de ensino, pesquisa, extensão e inovação, bem como ao desenvolvimento de políticas, regulação e supervisão da educação profissional e tecnológica	60.069,00	55.686,00	92,70%
8719	Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes	50.000,00	12.540,00	25,08%
2D58	Auditoria interna, prevenção e combate à corrupção, ouvidoria e correição	45.251,00	35.154,00	77,69%
2807	Promoção e defesa da concorrência	43.647,00	45.512,00	104,27%
8282	Reestruturação e modernização das instituições federais de ensino superior	9.950,00	9.950,00	100,00%
2723	Policiamento, fiscalização, combate à criminalidade e à corrupção	260,00	259,00	99,62%
TOTAL		604.743.046.912,00	524.009.683.810,00	

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional.

OBS: Elaboração Própria a partir de Salvador (2020).

Contudo, estudo realizado por Salvador (2020), com vigência até 09/2020, evidencia: morosidade da execução orçamentária, em especial em políticas estratégicas para garantir à população uma proteção mínima, em especial do Ministério da Saúde, com a autorização para contratar profissionais em regiões mais afetadas pela pandemia; interrupção dos serviços de saúde no SUS por falta de equipes; expiração da Medida Provisória que autorizava a ampliação do Programa Bolsa Família, com baixa execução, em 2020, da ação referente ao “enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus”; transformações ocorridas no acesso ao valor referente ao Auxílio Emergencial de Proteção Social às pessoas em situação de vulnerabilidade, sendo que o Auxílio Emergencial Residual para Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional de corrente do Coronavírus teve 6,34% pagos até 02/09.

Ressalte-se, ainda, que o governo do período encaminhou ao Congresso Nacional proposta de auxílio emergencial no valor de apenas R\$ 200,00 por três meses, a ser pago em razão do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública, de importância internacional, decorrente do novo coronavírus. E que, somente após articulação dos movimentos sociais no âmbito da sociedade civil e dos partidos de oposição ao governo, o valor do auxílio foi elevado para R\$ 600,00, após a sanção da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, regulamentada pelo Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020. Todavia, para o acesso aos valores do auxílio emergencial de R\$ 600 mensais, por três meses, ou R\$ 1.200,00 mensais para mães de família monoparental; foram instituídas condicionalidades, conforme art. 2º da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, demonstrando que: essas exigências focalizadas no campo das políticas sociais, somadas à morosidade do pagamento dos auxílios emergenciais, não ocorreram com o capital financeiro, pois o “[...] Banco Central, já no início dos primeiros casos do COVID-19 no Brasil, anunciou em 24 de março, medidas que liberaram 1,2 trilhão para o sistema financeiro, certamente, foram decisivas para o lucro de 24,3 bilhões, no 1º semestre de 2020, dos quatro maiores bancos em atuação no país” (Salvador, 2020, p. 13).

TABELA 15 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2021 (em R\$)

(continua)				
Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	Execução
00SI	Auxílio Emergencial de 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	62.607.725.000,00	59.651.207.342,00	95,28%
21C0	Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus	23.319.541.515,00	19.926.303.760,00	85,45%
20YE	Aquisição e distribuição de imunobiológicos para prevenção e controle de doenças	14.697.500.978,00	6.516.134.196,00	44,33%
8585	Benefício emergencial de manutenção para procedimentos de média e alta complexidade	13.716.758.892,00	13.127.538.944,00	95,70%
21C2	Benefício emergencial de manutenção do emprego e da renda – COVID-19	10.666.458.689,00	7.709.800.526,00	72,28%
00EE	Integralização de cotas no Fundo Garantidor de Operações (FGO) para o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Pronampe)	5.000.000.000,00	5.000.000.000,00	100,00%
00S4	Auxílio Emergencial de proteção social a pessoas em situação de vulnerabilidade devido à pandemia de COVID-19	4.739.557.165,00	371.338.454,00	7,83%
00SS	Assistência Financeira da União aos Estados e ao Distrito Federal para a garantia de acesso à internet, com fins educacionais, aos alunos e aos professores da Educação Básica Pública	3.501.597.083,00	0,00	0,00%
219A	Piso de atenção primária à Saúde	2.771.802.937,00	2.771.068.722,00	99,9%
0454	Financiamento de Infraestrutura Turística Nacional	1.320.358.547,00	594.302.704,00	45,01%
8327	Manutenção de serviço laboratorial de referência para o controle de doenças	1.124.796.413,00	655.150.888,00	58,25%
20TP	Ativos civis da União	760.966.836,00	676.099.924,00	88,85%
00SF	Auxílio emergencial residual para o enfrentamento de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	720.076.543,00	559.097.505,00	77,64%
2F01	Reforço de recursos para emergência internacional em saúde pública (coronavírus)	690.852.169,00	649.178.580,00	93,97%
21CP	Operacionalização do Auxílio Emergencial para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	587.824.848,00	467.162.865,00	79,47%
21BG	Formação e provisão de profissionais para a atenção primária à saúde	586.021.118,00	585.848.905,00	99,99%
20YD	Educação e formação em saúde	499.365.505,00	481.659.735,00	96,45%
2792	Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos	431.085.659,00	433.958,00	0,10%
00PI	Apoio à alimentação escolar na educação básica (PNAE)	391.053.872,00	391.042.469,00	100,00%
219G	Estruturação da Rede de Serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	370.000.000,00	0,00	0,00%
8305	Atenção de referência e pesquisa clínica	311.817.732,00	290.681.155,00	93,22%
0515	Dinheiro direto na escola para Educação Básica	174.188.529,00	174.188.539,00	100,00%
8933	Estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial	140.214.082,00	125.094.081,00	89,22%
219E	Ações de proteção social básica	123.700.000,00	125.647.772,00	99,96%
2997	Fomento a projetos institucionais para pesquisa no setor de saúde (CT-Saúde)	105.000.000,00	850.563,00	0,81%

TABELA 15 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2021 (em R\$)

		(continuação)		
Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	Execução
20GD	Inclusão Produtiva Rural	90.000.000,00		0,00%
20R9	Redução da demanda de drogas	78.000.000,00	42.715.492,00	54,76%
219F	Ações de proteção social especial	76.300.000,00	75.633.949,00	99,13%
4086	Funcionamento e gestão de instituições hospitalares federais	64.088.686,00	58.819.915,00	91,78%
2004	Assistência médica e odontológica aos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes	62.474.127,00	59.241.507,00	94,83%
6217	Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde	56.200.000,00	54.792.147,00	97,49%
21BF	Pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde	48.238.153,00	43.417.370,00	90,01%
2994	Assistência aos estudantes das instituições federais de educação profissional e tecnológica	43.326.438,00	40.411.907,00	93,27%
212B	Benefícios obrigatórios aos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes	40.974.783,00	38.510.520,00	93,99%
2798	Aquisição e distribuição de alimentos da agricultura familiar para promoção da segurança alimentar e nutricional	40.000.000,00	19.276.450,00	48,19%
20YP	Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena	29.169.566,00	29.006.990,00	99,44%
4002	Assistência ao estudante de ensino superior	29.907.966,00	26.449.408,00	98,30%
21BO	Proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas	23.800.765,00	15.523.632,00	65,22%
2000	Administração da unidade	20.578.309,00	18.163.853,00	88,27%
2151	Consolidação da Implantação do Sistema Nacional de Segurança	18.208.583,00	8.308.388,00	45,63%
20AE	Promoção da assistência farmacêutica e insumo estratégicos na atenção básica em saúde	16.627.021,00	16.627.011,00	100,00%
20XT	Prestação de serviços médico hospitalares e pesquisa médicas do hospital das forças armadas	11.780.239,00	10.319.623,00	87,60%
212H	Manutenção de Contrato de Gestão com Organizações Sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998)	10.924.033,00	10.924.033,00	100,00%
20RK	Funcionamento de instituições federais de ensino superior	8.815.394,00	8.134.469,00	92,28%
219C	Acolhimento Humanitário e Interiorização de Migrantes em Situação de Vulnerabilidade e Fortalecimento do controle de Fronteiras	5.814.927,00	5.791.226,00	99,59%
20YJ	Fortalecimento do sistema nacional de vigilância em saúde	3.476.747,00	3.476.747,00	100,00%
20RL	Funcionamento das instituições da rede federal de educação profissional, científica e tecnológica	2.808.012,00	2.178.829,00	77,59%
0509	Apoio ao Desenvolvimento da Educação Básica	2.111.657,00	2.111.657,00	100,00%
21AR	Promoção e defesa de direitos humanos para todos	881.408,00	877.562,00	99,56%
8719	Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes	750.000,00	48.195,00	6,43%
4815	Funcionamento das unidades descentralizadas	551.954,00	507.343,00	91,92%
21AS	Fortalecimento da Família	481.822,00	481.822,00	100,00%
20UF	Fiscalização e Demarcação de Terras Indígenas, Localização e Proteção de Índios Isolados e de Recente	339.759,00	339.758,00	100,00%
20ZF	Promoção e Fomento à Cultura Brasileira	300.000,00	0,00	0,00%

TABELA 15 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia de COVID-19 para o ano de 2021 (em R\$)

Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	(conclusão)
				Execução
20GK	Fomento às Ações de Graduação, Pós-graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão	114.535,00	114.535,00	100,00%
20YU	Fiscalização de obrigações trabalhistas e inspeção em segurança e saúde no trabalho	99.268,00	73.343,00	73,88%
20WM	Apoio à criação, gestão e implementação das unidades de conservação federais	89.805,00	89.805,00	100,00%
20RG	Expansão e Reestruturação de Instituições Federais de Educação Profissional e Tecnológica	52.771,00	52.771,00	100,00%
20U4	Governança de patrimônio imobiliário da União	48.083,00	37.442,00	72,87%
2726	Prevenção e repressão de crimes praticados contra bens, serviços e interesses da União	42.286,00	43.286,00	100,00%
2810	Promoção do Acesso ao Patrimônio Documental Nacional	22.755,00	22.754,00	100,00%
2D58	Auditoria interna, prevenção e combate à corrupção, ouvidoria e correição	13.499,00	13.359,00	98,96%
21B3	Fomento às ações de Pesquisa, Extensão e Inovação nas instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica	2.160,00	2.160,00	100,00%
00S8	Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao apoio emergencial do setor cultura, devido à pandemia da COVID-19	0,00	0,00	0,00%
00SH	Estacionamento e permanência de aeronaves de Empresas Nacionais de Transporte Aéreo Regular de passageiros	0,00	0,00	0,00%
0A29	Subvenção Econômica a Projetos de Desenvolvimento Tecnológico (Lei nº 10.973, de 2004)	0,00	0,00	0,00%
20V6	Fomento à pesquisa e desenvolvimento voltados à inovação, a tecnologias digitais e ao processo produtivo	0,00	0,00	0,00%
TOTAL		150.142.680.623,00	121.440.370.845,00	

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (MF).

Elaboração própria a partir de Salvador (2020).

Enquanto isso, no ano de 2021, foram identificadas ações orçamentárias com execução de 0%, voltadas à Promoção e Fomento à Cultura Brasileira (20ZF); ao Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, relacionados ao Apoio Emergencial, do Setor Cultural devido a Pandemia da COVID-19 (00S8); Estacionamento de Permanência de Aeronaves de Empresas Nacionais; de Transporte Aero-Regular de Passageiros (00SH); Subvenção Econômica a Projetos de Desenvolvimento Tecnológico (0A29) e Fomento à Pesquisa e ao Desenvolvimento voltados à Inovação, Tecnologias Digitais e ao processo Produtivo (20V6).

TABELA 16 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia da COVID-19 para o ano de 2022 (em R\$)

(continua)				
Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	Execução
20YE	Aquisição e distribuição de imunobiológicos para prevenção e controle de doenças	11.156.336.829,00	8.346.857.944,00	74,82%
00S4	Auxílio Emergencial de proteção social a pessoas em situação de vulnerabilidade devido à pandemia de COVID-19	4.363.841.889,00	3.333.842.659,00	76,40%
00SS	Assistência financeira da União aos Estados e ao Distrito Federal para a garantia de acesso à internet, com fins educacionais, aos alunos e aos professores da educação básica pública – Lei nº 14.172, de 10 de junho de 20	3.501.596.960,00	3.501.596.959,00	100,00%
21C0	Enfrentamento de Emergência de Saúde Pública de Importância	2.491.563.226,00	1.182.402.575,00	47,46%
00SI	Auxílio Emergencial de 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	1.134.814.466,00	629.323.544,00	55,46%
8585	Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	1.115.662.897,00	1.112.031.335,00	99,67%
8327	Manutenção de serviço laboratorial de referência para o controle de doenças	454.427.319,00	422.477.810,00	92,97%
219A	Piso de atenção primária a saúde	422.991.280,00	422.991.280,00	100,00 %
27922	Distribuição de alimentos a grupos populacionais tradicionais e específicos e a famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional temporária	381.867.067,00	261.008.108,00	68,35%
219G	Estruturação da Rede de Serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	357.624.144,00	355.864.919,00	99,51%
20AE	Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde	199.524.110,00	199.524.105,00	100,00%
21BG	Formação e Provisão de profissionais para Atenção Primária à Saúde	193.723.370,00	193.171.140,00	99,71%
00SF	Auxílio emergencial residual para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	160.979.039,00	37.306.853,00	23,17%
20TP	Ativos civis da União	158.958.712,00	144.189.970,00	90,71%
21C2	Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda – COVID-19	146.068.053,00	3.894.535,00	2,67%
4368	Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da disponibilização de medicamentos e insumos em Saúde do Componente Estratégico	129.432.500,00	66.356.250,00	51,27%
21CP	Operacionalização do Auxílio Emergencial para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)	123.961.982,00	50.934.044,00	41,09%
6148	Assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa 1.200.000.000 no campo da Saúde – Rede SARA de Hospitais de Reabilitação	105.000.000,00	105.000.000,00	100,00%
2997	Fomento a projetos institucionais para Pesquisa no Setor da Saúde (CT-Saúde)	104.149.437,00	24.796.721,00	23,81%
20GD	Inclusão Produtiva Rural	89.826.255,00	85.385.596,00	95,06%
20RM	Exames e Avaliação da Educação Básica	65.668.718,00	8.033.574,00	12,23%
8305	Atenção de Referência e Pesquisa Clínica	60.976.030,00	59.861.875,00	98,17%

TABELA 16 – Execução orçamentária das ações destinadas ao combate da pandemia da COVID-19 para o ano de 2022 (em R\$)

Ação-código	Ação-descrição	Previsto	Pago	(conclusão) Execução
21BF	Pesquisa, Desenvolvimento tecnológico e Inovação em Saúde	43.966.591,00	4.859.763,00	11,05%
6217	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde	36.407.856,00	35.678.010,00	98,00%
20R9	Redução de demanda de drogas	35.284.856,00	33.765.772,00	95,69%
4086	Funcionamento e gestão de Instituições Hospitalares Federais	31.614.132,00	25.114.573,00	79,44%
2F01	Reforço para Recursos para Emergência Internacional em Saúde Pública – Coronavírus	30.973.742,00	30.179.336,00	97,44%
2798	Aquisição e distribuição de alimentos da agricultura familiar para promoção da segurança alimentar e nutricional	20.723.549,00	20.723.549,00	100,00%
8933	Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial	15.120.000,00	653.668,00	4,32%
4641	Publicidade de Utilidade Pública	15.000.000,00	14.996.465,00	99,98%
21BO	Proteção e promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	14.393.769,00	10.921.392,00	75,88%
20YD	Educação e formação em saúde	14.113.667,00	14.101.047,00	99,91%
2994	Assistência aos estudantes das Instituições Federais de Educação Profissional e Tecnológica	11.515.821,00	11.432.899,00	99,28%
2151	Consolidação da implantação do Sistema Nacional de Segurança	9.900.195,00	9.900.195,00	100,00%
2004	Assistência médica e odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes	7.558.161,00	6.704.799,00	88,71%
20XT	Prestação de Serviços Médico-hospitalares e de Ensino e Pesquisa do Hospital das Forças Armadas	6.745.602,00	6.745.602,00	100,00%
212B	Benefícios Obrigatórios aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes	5.258.951,00	4.723.721,00	89,82%
2000	Administração da Unidade	2.214.439,00	1.354.621,00	61,17%
4002	Assistência ao estudante de Ensino Superior	1.763.958,00	1.763.938,00	100,00%
20RN	Avaliação da Educação Superior e da Pós-graduação	1.322.881,00	1.322.881,00	100,00%
20RK	Funcionamento de Instituições Federais de Ensino Superior	1.322.626,00	1.092.254,00	82,58%
20UF	Regularização, demarcação e fiscalização de terras indígenas e proteção dos povos indígenas isolados	1.249.752,00	867.572,00	69,45%
20RL	Funcionamento das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica	673.051,00	539.062,00	80,09%
219F	Ações de Proteção Social Especial	499.924,00	253.382,00	50,68%
20YP	Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena	334.106,00	327.106,00	97,90%
20ZF	Promoção e fomento à cultura brasileira	300.000,00	300.000,00	100,00%
20U4	Governança do Patrimônio Imobiliário da União	28.968,00	19.576,00	67,58%
219C	Acolhimento humanitário e interiorização de migrantes em situação de vulnerabilidade e fortalecimento do controle de fronteiras	23.700,00	23.700,00	100,00%
4815	Funcionamento das Unidades Descentralizadas	21.416,00	13.952,00	65,15%
20YU	Fiscalização de Obrigações Trabalhistas e Inspeção em Segurança e Saúde no Trabalho	12.367,00	10.252,00	82,90%
2D58	Auditoria Interna, prevenção e combate à corrupção, ouvidoria e correição	93,00	84,00	90,32
TOTAL		27.227.338.423,00	20.785.240.958,00	

Fonte: Secretaria de Tesouro Nacional (MF). Elaboração própria a partir de Salvador (2020). Obs.: Dados da execução orçamentária realizada até agosto de 2022.

Adicionalmente, as despesas orçamentárias que registraram as menores taxas de execução (desconsiderando aquelas com valor nulo) incluíram: a Consolidação da Implantação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com 0,3% de execução e valor previsto de R\$ 15.000.000,00; a Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos, com 0,1% de execução e valor previsto de R\$ 431.085.659,00; e o Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda - COVID-19, com 2,7% de execução e valor previsto de R\$ 146.068.053,00, para os anos de 2020, 2021 e 2022, respectivamente.

As ações orçamentárias que apresentaram execução inferior a 15% abrangem áreas como: o fortalecimento da família; a fiscalização de obrigações trabalhistas e inspeção em segurança e saúde no trabalho; o fomento a projetos institucionais para pesquisa no setor de saúde (CT-Saúde); a vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes; o auxílio emergencial de proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente da pandemia de COVID-19; a estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial; a pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde; e exames e avaliações da educação básica. O valor total planejado para essas ações foi de R\$ 4.971.107.166,00.

No que concerne à ação 00S4, que engloba o Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade devido à Pandemia da COVID-19, destaca-se que, em 2020, o montante previsto atingiu a cifra de R\$ 254.240.000.000,00, representando 42% das despesas projetadas, com uma taxa de execução de 90%. Porém, em 2021, essa ação desceu para a sétima posição em termos de valor previsto, com um montante de R\$ 4.739.557.165,00, equivalendo a, aproximadamente, 3% do total planejado, e apresentando uma execução de apenas 7,83%. Por fim, em 2022, a ação voltou a figurar como a segunda maior em termos de valor previsto, alcançando a quantia de R\$ 4.363.841.889,00, com execução de 76%, representando 16% do total projetado.

Na descrição do quadro abaixo, verificar-se a relação entre os recursos alocados pelo Sistema Extraordinário de Enfrentamento à Pandemia e o sistema financeiro exemplificado pelo pagamento dos juros, encargos e amortização da dívida pública, segundo dados da STN-ME, atual Ministério da Fazenda (MF).

TABELA 17 – Juros, Encargos e Amortizações da Dívida e Orçamento de Guerra (Emenda Constitucional 106, de 2020) em percentual do PIB para o período de 2020-2022 em milhões

		ANO					
		2020		2021		2022	
Juros, encargos e amortizações da dívida	de	Nominal	% PIB	Nominal	% PIB	Nominal	% PIB
		1.381.568,00	18,16%	1.962.123,00	22,05%	1.882.604,00	18,99%
Orçamento de Guerra	de	524.009,68	6,89%	121.440,37	1,36%	20.785,24	0,21%

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional- ME

Obs.: Valores do PIB nominal a preços correntes para os anos de 2020, 2021 e 2022, respectivamente: R\$ 7.609.597,00 bi; R\$ 8.898.727,00 bi; e R\$ 9.915.317,00 bi.

Nesse quadro, em 2020 os juros e encargos foram de R\$ 1.381.568,00 milhões, representando 18,16% do PIB, que aumentaram para R\$ 1.962.123,00 milhões, ou 22,05% do PIB, em 2021, e sofreram ligeira redução para R\$ 1.882.604,00 milhões, ou 18,99% do PIB, em 2022. Por outro lado, o Orçamento de Guerra diminuiu drasticamente de R\$ 524.009,68 milhões (6,89% do PIB) em 2020, para R\$ 121.440,37 milhões (1,36% do PIB) em 2021, e para R\$ 20.785,24 milhões (0,21% do PIB) em 2022.

Nesse processo, observa-se que os valores efetivamente pagos pelo Governo Federal no combate à pandemia do novo coronavírus representam apenas 37,93%, 6,19% e 1,10% do total destinado a Juros, Encargos e Amortizações da Dívida em 2020, 2021 e 2022, respectivamente. Por isso, estima-se que os valores efetivamente pagos pelo Governo Federal no combate à pandemia, correspondendo a R\$ 524.009,68 em 2020, R\$ 121.440,37 em 2021 e R\$ 20.785,24 em 2022, constituem proporções relativamente modestas quando comparadas aos totais alocados para Juros, Encargos e Amortizações da Dívida nos respectivos anos. Especificamente, esses valores representam cerca de 37,93% de R\$ 1.381.568,00; 6,19% de R\$ 1.962.123,00 e 1,10% de R\$ 1.882.604,00, demonstrando o compromisso brasileiro com o sistema financeiro portador de juros, em detrimento das necessidades humanas da população, em especial as mais vulneráveis.

No próximo capítulo serão abordadas as condições de vida das pessoas idosas, desigualdades, pobreza e pandemia, explicitando os desafios do envelhecimento para essa e as demais gerações face aos objetivos da década do envelhecimento saudável e do desenvolvimento sustentado, e para atender os bônus demográficos em curso.

CAPÍTULO VI: PANDEMIA, SINDEMIA E DESIGUALDADE SOCIAL: INTERRELAÇÕES NEFASTAS

Este capítulo, como o sugere o título, trata da pandemia da COVID-19 como uma relação cujos vínculos com situações de vulnerabilidade social a transformam em sindemia: ou seja, em uma problemática de saúde e de crise humanitária pandêmica e sindêmica, com reflexos da crise estrutural do capital, constituída de fatores mutuamente agravantes que atingem, com maior letalidade, pessoas idosas, negras, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ e pobres, dentre outras.

Além disso, a crise humanitária pandêmica e sindêmica — com forte incidência de genocídio e necropolítica de grupos humanos mais vulneráveis — se conecta contraditoriamente com os objetivos da década do envelhecimento saudável e do desenvolvimento sustentável, bem como com a V Conferência de seguimento do Plano Mundial do Envelhecimento. Sinaliza o imperativo de atualização do paradigma das políticas sociais, concebido para atender necessidades humanas como direito social. Tal paradigma deve agora incorporar a perspectiva da ecologia crítica, que compõe o campo do eco-capitalismo integrante de uma economia política eco-social (EPES) de caráter multi e interdisciplinar. O apelo à multi e à interdisciplinaridade da EPES, neste capítulo, tem como objetivos:

[...] ampliar o escopo de contribuições disciplinares concernentes aos efeitos da pandemia da COVID-19 sobre o bem-estar humano; elevar as dimensões sociais e políticas desta problemática a um status equiparado ao da dimensão econômica ainda dominada pela economia neoclássica e pelo neodireitismo hegemônico desde fins dos anos 1970; inserir no debate o conceito e a lógica das necessidades humanas, trabalhados, principalmente, por teóricos da política social como contraponto à lógica da rentabilidade econômica privada que atualmente preside as saídas do capital de sua crise estrutural e sistêmica (Pereira-Pereira; Pereira, 2021, p. 41).

E, como esclarece Gough (2017), orienta-se pelos conhecimentos produzidos por cientistas sociais de filiação marxiana, notadamente das áreas da Economia do Meio Ambiente, da Sociologia, da Ciência Política e da Política Social, evidenciando a interseccionalidade e a necessidade de resgatar o Estado de Bem-estar Social, bem como constatando a necessidade de um novo pilar no âmbito da Seguridade Social — o do *cuidado* das pessoas e do meio ambiente, consubstanciado na EPES.

Para tratar dessa problemática fez-se necessário: 1) resgatar os antecedentes da pandemia da COVID-9, em âmbito internacional e nacional, analisar dados de conjuntura, a conceituação e os encaminhamentos no âmbito da ciência, da saúde, da economia e do trabalho;

2) verificar formas de gestão indicadas e adotadas; 3) selecionar indicadores demográficos, de condições de saúde e socioeconômicos das pessoas idosas; 4) detectar índices regionais de desenvolvimento humano municipal (IDHM), o índice de desenvolvimento humano agregado à desigualdade social (IDHAD), a infraestrutura de habitabilidade e relacioná-la com os índices das doenças crônicas degenerativas, de letalidade causada pela COVID-19 nas pessoas idosas, com vista a configurar a sindemia e as possibilidades de enfrentá-la na perspectiva da EPES — isso porque a população poderá estar sujeita a novas crises dessa ordem e ao agravamento e acirramento do processo sindêmico, frente aos quais é preciso reverter o Estado Penal em Estado de Bem-estar Social.

6.1 Pandemia da COVID-19: antecedentes

Como já indicado, a população global já vinha enfrentando crises estruturais e sistêmicas que se agudizaram na pandemia. Quando esta ocorreu, o planeta passava por transformações tanto no âmbito econômico, geradas pela prevalência do estágio do capitalismo financeirizado, quanto na esfera do poder político, geradas pelo domínio de forças hegemônicas às custas de uma abissal desigualdade social. Transformações, portanto, com forte impacto na vida das pessoas, posto que associadas às mudanças climáticas, ao avanço científico e tecnológico a serviço das incessantes necessidades e ganancias de lucro por parte do capital, ao acirramento da fome, do trabalho precarizado, da má utilização do solo, dos agravos ao meio ambiente, da crise do clima, da insegurança alimentar, dos sistemas tributários regressivos nos países em desenvolvimento, aos ajustes fiscais permanente e à violência estrutural sob a égide da chamada *Nova Direita*.

Pereira-Pereira e Pereira (2021, p. 41), referenciadas em Gough (2021, p. 1) e Navarro (2015), consideram essas questões como relações dialeticamente contraditórias que, como tais,

[...] confrontam as demandas por satisfações das necessidades humanas face ao crescimento econômico ilimitado [geram] condições sobre as quais ocorreu a pandemia [...] e a mudança climática, mais abrangente e insuportável para os limites do planeta, que se encontra na idade do antropoceno¹⁰⁵ desde os fins do século XVIII.

¹⁰⁵ Antropoceno é a era dos humanos. Caracteriza pela mudança *climática*, o rápido acúmulo de gases de efeito estufa (GEE) e os danos irreversíveis causados pelo consumo excessivo de recursos naturais. Uma data proposta para o Antropoceno, e que seria mais próxima no tempo, é a dos anos 50 do século passado, durante a “grande aceleração”. De acordo com essa teoria, neste período houve um aumento sem precedentes tanto do consumo de massa, como do *crescimento populacional*, do desenvolvimento econômico e da urbanização das populações, como explica o artigo *Antropoceno: as questões vitais em um debate científico*, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Disponível em:

[idade essa caracterizada pelo] impulso incontrolável de crescimento econômico lucrativo, o qual produz impactos globais negativos sobre o clima e seus ecossistemas. Tem-se ainda o aumento da desigualdade de renda e riqueza que está por trás, não apenas da desigualdade social, mas do exorbitante crescimento do chamado capitalismo cassino [que] se dá pela especulação financeira, por meio de instituições bancárias, companhias de seguro e agências afins, nas quais ocorre o manejo desregulado do dinheiro em negócios ultralucrativos disseminados por todo o sistema econômico (...) a desigualdade de renda e riqueza, presente tanto nos países ricos quanto pobres, não tem origem na tecnologia que acarreta a diminuição da produtividade do trabalho e nem é consequente má distribuição da renda, mas sim na obscena concentração da renda do capital em 1% da população cujos ingressos derivam de operações financeiras. O sistema global do capital em curso já propiciou o que deveria ser positivo em matéria de proteção social e de garantias democráticas.

Asseadas em Mészáros (2017), acrescentam as autoras:

[...] o capitalismo como forma de realização do capital nos últimos três séculos, alcançou um ponto de desenvolvimento histórico que não suporta mais o metabolismo destrutivo do capital em busca de lucros; não se importa de esconder a sua índole antissocial e desumana perante o aniquilamento da humanidade, tanto no plano ecológico, econômico quanto militar; e não mais admite a existência de políticas sociais públicas, de ethos solidário, visto que as necessidades a serem atendidas são as demandadas pela prédica do bem viver, típica da ética consumista/hedonista. Daí a onda atual de privatizações mercantis dessas políticas, que degrada e desvirtua os sentidos de welfare conquistados efetivados por movimentos democráticos em séculos de lutas de classes (Pereira-Pereira; Pereira, 2021, p. 42).

Diante deste quadro global mais acirrado nos países em desenvolvimento, o mundo se deparou com a pandemia da COVID-19, apresentando-se como um processo sindêmico em curso.

Em 22 de janeiro de 2020, a OMS convocou a primeira reunião do Comitê de Emergências para avaliar se o surto da COVID-19 constituiria ou não uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, em 28 de janeiro daquele ano, a Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (SVS/MS) classificou o alerta de emergências como de nível 2, considerando-o um perigo iminente. Nessa mesma data, na Europa (Itália e França) e nos EUA, foram notificados os primeiros casos de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2. No dia 30 de janeiro de 2020, a ESPII foi declarada e, em 11 de março de 2020, devido à expansão geográfica do vírus, a OMS declarou que o mundo vivia a primeira pandemia do século XXI.

Em vista disso, desde janeiro a SVS/MS passou a realizar entrevistas coletivas diárias para informar a população sobre o novo vírus e esclarecer as dúvidas, indicando protocolos de

isolamento social. Mesmo diante da complexidade da contaminação, o carnaval (festa popular brasileira que contempla grande aglomeração) se deu normalmente, sem qualquer interrupção. Em decorrência desse evento, o país registrou um recorde de movimentação de pessoas em suas principais cidades, como o Rio de Janeiro. Em 26 de fevereiro o país notificou o primeiro caso: um homem branco, com 61 anos, que havia voltado de viagem da Itália para a cidade de São Paulo. No dia 12 de março foi notificada a primeira morte por COVID-19, a de uma mulher de 57 anos que estava internada em um hospital municipal da capital paulista. E em 18 de março, com a confirmação das primeiras mortes e a ampliação da contaminação da doença, a Câmara dos Deputados e o Senado Federal aprovaram o Decreto Legislativo¹⁰⁶ nº 88/2020, que reconheceu o estado de calamidade pública no país, permitindo expansão de gastos no enfrentamento da pandemia.

Em âmbito mundial, inicialmente a maioria dos casos relatados concentravam-se na China ou entre pessoas com histórico de viagem àquele país. Posteriormente, todos os países foram atingidos, exigindo protocolos integrados pelos órgãos gestores da saúde, assistência social, cidadania, trabalho, previdência, economia, acessibilidade, transporte e outros, com financiamento de ações e definição de públicos em áreas prioritárias, visto que os países ainda não dispunham de vacinas para imunizar a população. Sendo assim, todos os países do mundo deveriam adotar, readaptar e/ou modificar medidas de políticas e protocolos emergenciais, em conformidade com as recomendações da OMS, de seus governos, respeitadas as particularidades e divergências estabelecidas pelos chefes de cada país, em especial os EUA e o Brasil.

O Brasil, particularmente, enfrentou serias dificuldades na gestão da pandemia devido ao comportamento irresponsável, inconsequente e com incidências de incitação ao genocídio e a prática da necropolítica por parte do então Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, perante à saúde e à economia, à garantia do direito à vida a população, com o agravante do negacionismo em relação à ciência e à educação, além da quebra do pacto federativo e da fragilização e negligência de ações, que deveriam ser integradas e harmônicas nas três esferas de governo, conforme orientações da OMS e do SUS.

Nesse cenário, o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, aderiu às orientações da OMS, gerando conflitos e impasses com o Presidente, que desde as primeiras

¹⁰⁶ O Decreto Legislativo nº 88/2020 reconhece o Estado de Calamidade Pública em razão da pandemia de *coronavírus* até o dia 31 de dezembro de 2020. Projetos de decreto legislativo, não precisam ser sancionados pelo presidente da República. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mar-20/senado-aprova-decreto-reconhece-estado-calamidade-publica/ acesso>. Acesso em: mar. 2021.

notificações do vírus manteve falas e atitudes minimizadoras e negligenciadoras da gravidade da doença, chegando mesmo a afirmar que “[...] a economia não poderia parar para conter uma possível epidemia no país” (Fundação Oswaldo Cruz, 2021, p. 20). Para além de autoridades do governo, em parceria com o Presidente, insistiram em divulgar e adotar o tratamento precoce da doença por meio de administração da hidroxicloroquina (usada para o tratamento da malária) e da ivermectina. Tais atitudes, contudo, por mais insólitas que pareçam, estavam em fina consonância com o presidente dos EUA, Donald Trump, que, além de negligenciar a gravidade da COVID-19 em seu país, acusava a China e a OMS de ocultarem dados e colocarem em risco a saúde do planeta (Rifkin, 2020; Fundação Oswaldo Cruz, 2021).

Não admira, pois, que em 16 de abril de 2020 Mandetta tenha sido exonerado do cargo de Ministro, até porque suas constantes entrevistas acerca da gravidade da pandemia estavam se sobrepondo às discussões políticas e à agenda econômica do governo. E mais: contrariavam solicitações do Presidente para que reforçasse a indicação de medicamentos comprovadamente ineficazes para o tratamento da COVID-19 e do isolamento vertical¹⁰⁷, em vez do horizontal¹⁰⁸. Nelson Teich, médico oncologista com inserção no sistema privado de saúde, foi nomeado em substituição de Mandetta, mas também não aceitou adotar e assinar o protocolo da hidroxicloroquina e, cerca de um mês depois, pediu exoneração. A alternância de ministros e de orientação de protocolos em meio à pandemia ocasionou sérios problemas e inseguranças para a população (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

Em 16 de maio, tomou posse como Ministro Interino da Saúde Eduardo Pazuello, general da ativa, especialista em logística militar e sem conhecimento da área da Saúde e do SUS, o qual, quatro dias após sua posse, emitiu nota (Brasil, 2020d) que indicava o uso da hidroxicloroquina para casos leves, conferindo ao médico a atribuição de prescrevê-la mediante assinatura de um Termo de Consentimento (Brasil, 2020i). E, sem dúvida, esse ato contribuiu

¹⁰⁷ Isolamento Vertical é aquele onde somente a parcela da população com maior risco de desenvolver a doença ou complicações dela é isolada. Significa isolar somente as pessoas que pertencem aos *grupos de risco para a COVID-19*, como as pessoas idosas, imunocomprometidos, obesos, diabéticos e portadores de doenças pulmonares (como asma), cardiovasculares, hepáticas ou aqueles com doenças renais crônicas. Durante o isolamento vertical, pessoas que não pertencem ao grupo de risco continuam exercendo suas atividades normalmente. Esse modelo é *menos eficiente* que o isolamento horizontal no que diz respeito à capacidade de contenção da velocidade de transmissão doença.

¹⁰⁸ Isolamento Horizontal é aquele no qual o maior número possível de pessoas deve permanecer dentro de casa, independentemente de apresentarem ou não fatores de risco para a doença. Ele pode ser feito em diferentes níveis de rigidez. O mais rígido é chamado de *lockdown*, em que somente as atividades consideradas essenciais (como farmácias e supermercados) são mantidas em funcionamento normal. À medida que a transmissão da doença estiver mais controlada, pode haver: abertura de serviços essenciais; maior liberdade de fluxo de pessoas e abertura de serviços não-essenciais que não apresentem grande risco de provocar aglomerações, entre outros. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/74-isolamento-vertical-e-isolamento-horizontal>. Acesso em: ago. 2023.

para que o Brasil enfrentasse uma das maiores taxas de contaminação e mortes subnotificadas por COVID-19, dentre as quais quatro de cada cinco óbitos poderiam ter sido evitados (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

Além disso, o Brasil enfrentou negligência explícita de uma coordenação nacional por falta de orientação segura e concatenada com estados e municípios, embora já se contasse com um Gabinete de Gerenciamento da Crise na Casa Civil, ligada à Presidência da República. Enfrentou ainda falta de liderança que definisse um protocolo amplo para lidar com o vírus em escala e estabelecesse um diálogo federativo, o que sobrecarregou a responsabilidade de governadores e prefeitos, gerando fragmentação política em um momento crucial de crise humanitária, carente de um pacto nacional¹⁰⁹.

Todavia, a condução equivocada de muitos governos sobre a pandemia evidenciou o que sempre esteve implícito: a dicotomia saúde-economia como preocupação prioritária do governo de então. Tanto foi assim que autoridades, líderes políticos e empresários de diversos países das Américas e da Europa assinaram um manifesto contra o que denominavam “sacrifício de direitos e liberdades” (Macri *et al.*, 2020), reportando-se às medidas de isolamento e distanciamento social e suas consequências econômicas para os países e para a população (Fundação Oswaldo Cruz, 2020, p. 30).

Nessa perspectiva, para fazer prevalecer a lógica econômica neoliberal, alguns países optaram por seguir a tese da imunidade de rebanho¹¹⁰, em confronto declarado com as recomendações da OMS e de especialistas, pesquisadores e trabalhadores da área. Em vários países onde os governos demoraram a tomar medidas de enfrentamento dos efeitos da crise, essa se tornou drástica: Itália, Reino Unido, Brasil e EUA produziram consequências sanitárias e humanitárias graves, principalmente para as populações vulnerabilizadas (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

¹⁰⁹ A respeito, Cf.: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2080-cns-cndh-e-entidades-de-direitos-humanos-entregaram-denuncia-crime-a-cpi-da-pandemia>.

¹¹⁰ Imunidade de rebanho (Q), ou imunidade coletiva, é um conceito aplicável para doenças transmitidas de uma pessoa para outra. Descreve uma situação em que a cadeia de infecção é bloqueada, isto é, a doença deixa de se alastrar, pois uma porcentagem de indivíduos, numa população definida, adquire imunidade a essa infecção e, assim, protege os que ainda não têm imunidade. Essa resistência à infecção pode ser adquirida pelos indivíduos que se recuperaram da doença ou foram vacinados contra o agente causador. Em princípio, o indivíduo imune não se reinfecta após um período que varia com a natureza do agente infectante. Quando uma quantidade suficiente de pessoas tem imunidade de rebanho, a propagação da doença diminui, não porque a infectividade do agente patogênico tenha se reduzido, mas porque diminui a possibilidade de uma pessoa contagiável entrar em contato com uma pessoa infectada. O conceito fundamental a ser compreendido é que a população imune serve como barreira para que um transmissor da doença o infecte. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/o-que-e-imunidade-de-rebanho-e-quais-as-implicacoes>. Acesso em: ago. 2023.

No Brasil, em 18 de março de 2020, os governos do DF e dos estados iniciaram as primeiras medidas de enfrentamento à pandemia. O do DF anunciou a fechamento de escolas; o do Rio de Janeiro decretou isolamento e quarentena voluntária; São Paulo instituiu medidas restritivas por 15 dias; algumas capitais, a exemplo de Manaus, entraram em colapso: em abril, uma das imagens mais impactantes divulgadas pela imprensa foi a abertura em massa de covas na capital do Amazonas, dada a alta mortalidade por COVID-19. No dia 7 de agosto de 2020, o país notificou 100 mil óbitos pela doença, com média de mais de mil mortes por dia, o que motivou o Ministério da Saúde a reforçar o tratamento precoce porque, no início da pandemia, os protocolos orientavam a população a manter-se no domicílio até que sintomas como a falta de ar fossem agravados (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

A maioria dos pesquisadores e profissionais da saúde brasileira entende que também contribuiu para essa tragédia o papel titubeante dos serviços de saúde, em especial da atenção primária, dos agentes comunitários e dos níveis secundários de atenção, que não foram capacitados para intervir de forma integral e coordenada. Para enfrentar o aumento exorbitante de casos graves e evitar o colapso do sistema de saúde convencional, foi necessário um movimento internacional para orientar a urgente abertura de leitos de UTI em hospitais de campanha. Entretanto, de acordo com Vargas & Valfré (2020), a opção por leitos temporários foi bastante criticada, pois naquele espaço de tempo já havia inúmeros leitos do sistema público desativados por falta de equipamentos e recursos humanos. As ações adotadas o foram de forma conflituosa e desmobilizadora pelo Presidente da República em desarticulação entre as esferas de poder, induzindo à ampliação da mortalidade no Brasil, que com certeza pode ser configurada por grave genocídio e prática de necropolítica, em especial das populações mais vulneráveis, invertendo a prioridade de salvar vidas para dar força à economia e ao mercado.

Na recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 38, de 11 de maio de 2020 (Ministério da Saúde, 2020), constava que: a mortalidade causada por essa doença aumenta linearmente com a idade, sendo de 3,6% na faixa etária entre 60 e 69 anos, de 8% entre 70 e 79 anos e de 14,85% na faixa de mais de 80 anos; a enfermidade atinge de forma mais intensa a população em estado de pobreza e desigualdade social, estando, assim, associada à classe, ao gênero, à raça e à etnia. Essa condição, associada ao negacionismo reacionário do governo Bolsonaro — que sempre colocou em xeque a ciência, a educação crítica e a importância dos servidores públicos — acendeu o alerta da fragilidade do sistema nacional de proteção social pública e da inconfiabilidade do sistema privado.

Prova disso é a Portaria nº 492/2020, de 23 de março de 2020, que instituiu a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos das áreas de saúde: definiu os

estabelecimentos e unidades de atendimento à saúde que poderiam aderir ao Programa, mas não georreferenciou os serviços da área de assistência social, em especial as ILPs, entre outros — como os Centros-Dia, casas transitórias, domicílios coletivos, assistência domiciliar, centros de convivência, casas lares e repúblicas voltados às pessoas idosas. Disso se constata que, desde o início, os segmentos sociais mais atingidos são as pessoas idosas, dentre as quais as que apresentam comorbidades.

O avanço da crise humanitária pandêmica e sindêmica no Brasil coincidiu com mudanças desestruturadoras da Previdência Social, das relações de trabalho, da saúde, da educação, dos conselhos de defesa de direitos e do ajuste fiscal, que caracterizaram o mau comportamento do país em relação aos demais, expresso por: falta de adesão total da população ao isolamento social, ao uso de máscaras e à vacinação; desarticulação de uma série de medidas gerenciais emitidas por decretos e notas técnicas — que informavam protocolos, sistemas burocráticos, medidas de políticas e atitudes — do fluxo de financiamento público aos cidadãos, às micro e pequenas empresas e às instituições prestadoras de serviços de assistência social, causando insegurança e embates entre segmentos populacionais e os poderes institucionais.

Dentre os produtos normativos desses embates destacam-se: i) a Nota Técnica nº 23 – SAPS/GAB/MS, de maio de 2020, que congrega a maioria das ações e medidas de gestão adotadas pelas políticas de Saúde e Assistência Social, dirigidas a uma demanda contida no relatório da Frente Nacional de Defesa das Instituições de Longa Permanência (FNILP), referente à necessidade de protocolos integrados e oficiais com cofinanciamento entre o SUS e o SUAS nas ações voltadas às pessoas idosas; e ii) a Emenda Constitucional nº 106, conhecida como “Orçamento de Guerra”, aprovada em 8 de maio de 2020, que cria orçamento específico para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e flexibiliza regras fiscais, administrativas e financeiras para o sistema financeiro, durante o período de calamidade pública, até dezembro de 2020, com possível prorrogação.

6.2 Desafios da pandemia da COVID-19, produtora de sindemia

A crise sanitária causada pela pandemia da COVID-19 tem sido considerada e descrita nesta pesquisa como sindemia, dada a comprovação científica de que o vírus causador, associado a outras doenças em um contexto de desigualdade social, produz efeito ainda mais grave: atinge com maior incidência as populações mais vulneráveis, residentes em favelas, grandes aglomerados, e comportam segmentos étnico-raciais socialmente desprotegidos. A sua interação com as necessidades sociais não atendidas é o que faz com que a COVID-19 não seja

apenas uma comorbidade, mas uma sindemia — isto é, a uma situação em que duas ou mais doenças estão etiológicamente relacionadas e são agudizadas em populações em situação de vulnerabilidade social situadas nos grandes bolsões de pobreza.

Relatórios divulgados pela OMS em 2020 informam que as pessoas com mais chances de adoecer com gravidade ou morrer são também aquelas que já sofrem com outras enfermidades, como câncer, diabetes, problemas cardiovasculares e obesidade. A doença ataca desproporcionalmente as comunidades de baixa renda e de minorias étnicas socialmente discriminadas. Nos EUA, por exemplo, uma pessoa negra tem o dobro de chance de morrer de COVID-19, segundo o Centro de Controle de Doenças (CDC). Outras pesquisas divulgadas pelo Boletim Monitora COVID-19, da Fundação Oswaldo Cruz/Brasil, com base no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), revelam que doenças como diabetes ou obesidades são condições pré-existentes como fatores de risco para a COVID.

A crise tem escala planetária e remete ao cerne da desigualdade social e da violência estrutural, produzida pela essência das relações estabelecidas no modo de produção capitalista e agudizadas nos governos da Nova Direita, além da negligência e omissão estatal quanto à satisfação das necessidades humanas básicas. Pode-se afirmar que essa atitude, visivelmente intencional, constitui o que Mbembe (2018) chama de necropolítica e, como tal, um paradigma que orienta e preside a gestão de governantes sobre as vidas humanas, ditando quem deve viver e/ou quem deve morrer, para garantir o pleno funcionamento do modo de produção capitalista.

Segundo Mbembe (2018), o Estado apoia políticas socialmente iníquas, preservando os economicamente “úteis” e eliminando os “inúteis, por isso existem populações mais sujeitas à necropolítica — como a negra, a indígena, a submetida à situação de rua, a em condição de privação de liberdade e aquelas que vivem em situações de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

A crise humanitária pandêmica e sindêmica mistura-se ainda à complexidade da agenda de direitos humanos, em particular na América Latina, com destaque para a Colômbia e Brasil, considerados os países que disputam o primeiro lugar mais arriscado na referida agenda. Nesses países predomina o alto índice de violências contra lutas feministas ou lideranças comunitárias, que reivindicam direitos referentes à terra, ao meio ambiente saudável, aos direitos das mulheres e populações LGBTQIAPN+, aos povos indígenas e ribeirinhos. Essas violências viabilizam, nas palavras de Mbembe (2018), a necropolítica em curso, que produz os “mundos de morte” (*apud* Diniz; Carino, 2019): mundos esses também abastecidos pelos frutos das *não-ações* governamentais, caracterizadas pela inexistência de número vagas em atendimentos para pessoas idosas e demais segmentos populacionais em UTI, de hospitais, respiradores, vacinas,

medicação de uso contínuo e de auxílios emergenciais, de marcação de perícia médica para acesso ao BPC, de alimentação, de aposentadoria e outros.

Frente a esse quadro situacional, a Articulação para o Monitoramento de Direitos Humanos no Brasil (AMDHB) — que reúne o Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) — recorreu, em 05 de outubro de 2021, à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia do Senado Federal para apresentar denúncias, oferecer estudos, pesquisas e depoimentos. Informações que expõem a atuação do Governo Federal, não só, mas também no enfrentamento da pandemia, como violou e viola os direitos humanos, especialmente do direito humano à saúde, previsto no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), e o direito à vida, previsto no Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) — ambos ratificados pelo Brasil. Igualmente, o coletivo Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos do Brasil, em parceria com o CNS, apresentou denúncias¹¹¹ fundamentadas em estudos científicos referendados por Flávio Schieck Valente, referentes à inflação de Atos Jurídicos de âmbito Nacional e Internacional, quanto à garantia de direitos à saúde e à vida da população brasileira, assim se expressando:

[...] milhões de famílias brasileiras que se veem agredidas em sua dignidade em decorrência de atos de ação e omissão do Estado e do governo brasileiro na condução do enfrentamento da Pandemia da Covid-19 que resultaram uma mortalidade de 4 a 5 vezes maior do que a média mundial, sendo que 4 de cada 5 mortes, poderiam ter sido evitadas, o que indica que, com base nos dados coletados até o final do mês de agosto de 2021, um total estimado de 467.093 mortes que poderiam ter sido evitadas e, com elas, o sofrimento dos milhões de familiares, em particular os milhões de órfãos, além dos milhões de sequelados que terão que enfrentar as consequências em suas famílias e vidas [...] identificado múltiplas violações de direitos à saúde e a vida, e direitos humanos correlatos de milhões de seres humanos, pelo estado brasileiro, claramente sob o comando do Presidente da República [...] Há fortes evidências que o processo ocorre em um contexto de retrocesso planejado na área da saúde e de desproteção crescente, com uma postura de negação de direitos [...] Prática de Gestão intencional e sistematicamente a desconstrução da garantia constitucional do direito humano à saúde, e à vida regulamentado pelo Sistema Único de Saúde-SUS [...] O Presidente deixou de exercer a governança antecipatória [...] Contestou e fez críticas publicamente as informações produzidas pela comunidade científica nacional e internacional, endossadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [...] Defendeu, comprou por meio de laboratórios e pelo exército brasileiro medicação sem comprovação científica contrariando as determinações da ANVISA e da Comunidade Científica Internacional, com a intenção de ser distribuído pelo Sistema Único de Saúde-SUS[...] Não adquiriu vacinas em tempo hábil[...]demonstrou morosidade, e não executou os recursos orçamentários e financeiros alocados para a pandemia para a área de saúde [...] não cumpriu cronograma adequado de concessão de benefícios emergenciais no pico da pandemia, expondo as pessoas mais pobres a situação de exposição para a

¹¹¹ Cf.: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2080-cns-cndh-e-entidades-de-direitos-humanos-entregaram-denuncia-crime-a-cpi-da-pandemia>.

morte e para a fragilização da vida, pois tiveram que retornar ao trabalho precário e inseguro (Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil, 2021, p. 1-3).

Registra-se ainda a discriminação estrutural como prática do governo federal, sob a liderança do Presidente, o que estimulou, durante a pandemia: a intensificação de invasão e tomada de terras indígenas e tradicionais por madeireiros, mineradores e agro negociantes, acompanhadas de despejos judiciais, de agricultores familiares, com posses já regulamentadas (CPT) (Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil, 2021), transformando 2020 no maior ano de conflitos no campo da história brasileira.

Com o agravamento da crise e da ampliação acelerada do número de óbitos, em meio às denúncias de negligência institucional e corrupção na aquisição de vacinas, o então Ministro da Saúde foi substituído pelo médico Marcelo Queiroga e instituiu-se um Comitê de Crise¹¹², pelo Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020, para supervisão e monitoramento dos impactos da COVID-19. No entanto, o Comitê não conseguiu realizar uma coordenação nacional em parceria com os Secretários Estaduais, levando o Brasil a tornar-se, em 27 de maio de 2020, o epicentro mundial da crise pela COVID-19, com mil mortes diárias anunciadas pela mídia e já previstas pela OMS no início do mês de maio. Assim, a ausência de gestão, a prática da necropolítica e do genocídio associadas aos casos comprovados de corrupção¹¹³, de elevado número de óbitos de profissionais de saúde, de dificuldades de acesso a material fundamental (respiradores) para salvar vidas, ensejou a ajuda da Venezuela e dos moradores dos estados afetados para a obtenção de balões de oxigênio a preços exorbitantes.

Importa acrescentar que os dados divulgados pelos órgãos de pesquisa, desde o início da pandemia, foram se alterando de acordo com os protocolos de saúde adotados, de forma diversificada, pelos: Ministério de Saúde; governos estaduais e municipais; e sociedade, os quais seguiam ou não as recomendações da OMS sobre o uso de máscaras, o distanciamento e isolamento sociais e a aquisição e distribuição de vacinas.

Em 6 de junho de 2020, os números de casos e óbitos por COVID-19 disponibilizados no boletim “Monitória COVID-19” da Fundação Oswaldo Cruz, com base no Sivep-Gripe, indicam 210.007 (duzentos e dez mil e sete) casos e 100.059 (cem mil e cinquenta e nove)

¹¹² O Comitê de Crise, integrado por vinte e sete órgãos — como ministérios, empresas públicas e agências reguladoras — deveria realizar a Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19, sob a coordenação da Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República.

¹¹³ Em 13 de abril de 2021, Rodrigo Pacheco, Presidente do Senado, apresenta o requerimento de criação da CPI para atender solicitação do Supremo Tribunal Federal (STF), encaminhada pelo Ministro Luís Roberto Barroso, destinada a investigar as ações do governo no combate à pandemia.

óbitos de pessoas com 60 anos ou mais — o que corresponde a 53,1% do total de casos e 75,2% dos óbitos — comprovando, assim, maior gravidade da COVID-19 entre a população idosa. Foi divulgado ainda que os bairros com alta e altíssima concentração de favelas apresentavam maior letalidade (19,47%), isto é, o dobro em relação aos bairros considerados “sem favelas” (9,23%). E o percentual de óbitos por COVID-19 segundo raça/cor foi de 48,2% entre negros e 31,12% entre brancos, sem contar os 20,15% de “não informados” nesse quesito. Quanto à incidência da doença, esta foi de 44,6% entre os negros; 37,04% entre os brancos; 3,99% entre os amarelos; 0,17% entre os indígenas; e 14,19% ignorados. Por fim, na avaliação dos pesquisadores, esse resultado retrata as bases do racismo estrutural no Brasil, expresso na precarização de vidas negras. Em 3 de setembro de 2021, segundo relato da Fiocruz em nota técnica, o Brasil apresentava 20.830.495 (vinte milhões oitocentos e trinta mil e quatrocentos e noventa e cinco) de casos confirmados acumulados da COVID-19; 26.280 (vinte e seis mil duzentos e oitenta) novos casos e, aproximadamente, 581.914 (quinhentos e oitenta e um mil novecentos e quatorze) óbitos acumulados e 764 (setecentos e sessenta e quatro) novos casos.

No repositório público do InfoGripe-Fiocruz observava-se que entre crianças e adolescentes (até 9 e 10-19 anos) ocorreu, em setembro de 2021, uma estabilização em patamar elevado quando comparada com o histórico da pandemia. Nos grupos etários de 60 anos e mais observava-se estabilização; contudo, para a população acima de 80 anos era notório o aumento da contaminação; e em todas as faixas abaixo de 60 anos também ocorria significativo aumento de casos. Em síntese, os estudos realizados indicaram que o patamar de estabilização se apresentava mais alto à medida em que a idade diminuía. A redução do número de casos na população idosa era reflexo do impacto da campanha de vacinação escalonada nos meses de abril e maio de 2021. Os valores mais altos da população mais jovem indicavam que a transmissão seguia alta e atribuída à transmissão elevada na população em geral.

Com efeito, a média diária da incidência de novos casos aumentou 0,6% e a do número de óbitos diminuiu 1,5%. A taxa de letalidade caiu de 3% para 2,6%, no mesmo passo do lento avanço da vacinação, com média de 1 milhão de doses aplicadas por dia. A capacidade do SUS para distribuir e aplicar vacinas chegou a 2 milhões de doses diárias. Em meados de 2021, o Brasil havia aplicado 169 (cento e sessenta e nove) milhões de doses de vacinas e cerca de 71,6% da população adulta tomou, ao menos, uma dose. Desses, 31,4% completaram o esquema de vacinação, enquanto 40,2% receberam apenas a primeira aplicação.

A pesquisa tem influência e relação com a idade na efetividade e duração da proteção em especial nas vacinas Oxford/AstraZeneca e CoronaVac, coordenada pelo pesquisador da Fiocruz/Bahia, Manoel Barral-Neto, entre 18 de janeiro e 24 de julho de 2021, cobriu 75,9

milhões de brasileiros vacinados, confirmando que o fator idade influencia na eficácia dos imunizantes AstraZeneca e CoronaVac. Portanto, indica que a proteção contra a COVID-19 é menor na população a partir de 80 anos. Para pessoas abaixo dessa idade, qualquer uma das vacinas apresenta alta capacidade de proteção e longa duração da resposta imunológica.

No que se refere à cobertura das vacinas, a referida pesquisa revela que a CoronaVac se situa na faixa de 75% de proteção até perto de 80 anos de idade e a AstraZeneca está numa faixa mais próxima de 90%. Nas faixas etárias menores, a AstraZeneca está perto de 95%. E, mesmo havendo uma diferença entre as vacinas, a CoronaVac apresenta faixa de proteção bastante satisfatória. O problema se dá a partir de 80 anos, quando a CoronaVac se aproxima de 60% de proteção, enquanto a AstraZeneca se mantém próxima de 90%. Em 90 anos, a AstraZeneca se aproxima de 60% e a CoronaVac apresenta menor índice de imunização.

Em vista disso, surgiu a possibilidade de aplicação da terceira dose para garantir, ao máximo, a efetividade da imunização, visto que, com maior cobertura vacinal entre a população adulta, a contribuição relativa das faixas etárias de idosos — que vinha caindo progressivamente — passou a aumentar. Em condições semelhantes (todos vacinados), os mais idosos continuam mais vulneráveis, embora também se deva observar eventuais perdas da efetividade das vacinas frente às fragilidades do próprio sistema imunológico e das condições de vida das pessoas idosas e dos demais segmentos populacionais.

No Brasil, entre 2020 e 2023 até (agosto de 2023), foram notificados 3.568.218 (três milhões, quinhentos e sessenta e oito mil, duzentos e dezoito) casos de síndrome respiratória grave (SRAG) hospitalizados e 869.298 (oitocentos e sessenta e nove mil duzentos e noventa e oito) óbitos por SRAG. Desses, 61% (2.172.850/3.568.218) dos casos ocorreram em decorrência da COVID-19 e 79% dos óbitos (685.504/869.298) ocorreram em decorrência de SRAG por COVID-19. O ano com o maior registro de casos hospitalizados e óbitos por COVID-19 foi o de 2021. Ressalta-se que, após o alcance de coberturas vacinais, observou-se redução na hospitalização e na evolução a óbito por COVID-19, fato observado, principalmente, a partir de 2022 (Ministério da Saúde, 2023, p. 12)¹¹⁴.

¹¹⁴ Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2023/boletim_covid_154_agosto_30out23.pdf. Acesso em: nov. 2023.

6.3 Pesquisas, estudos e banco de dados conformam a Crise Humanitária Pandêmica e Sindêmica no Brasil: indicadores referentes à população idosa, demais gerações e índices de desigualdade social

Os dados referentes aos indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde das pessoas idosas no Brasil tiveram como fontes o IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) e o Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)¹¹⁵ 2019-2021, além de outros que integram, por exemplo, o IDH e o IDHAD.

Dada à ausência de registro domiciliar centralizado e fidedigno, as pesquisas domiciliares no Brasil adotam a base geográfica operacional do IBGE para a estratificação e seleção de áreas, visando assegurar a representatividade da amostra em áreas urbanas e rurais e em municípios de distintas dimensões. O ELSI-Brasil implementou um desenho amostral por etapas, envolvendo a estratificação de municípios, a seleção de setores censitários e de domicílios em que foram calculados pesos amostrais que consideram a seleção diferenciada e a eventual não resposta.

Essas pesquisas se destacam pela amostragem nacionalmente representativa e pela padronização de instrumentos com outros estudos longitudinais internacionais sobre envelhecimento, permitindo comparações entre diferentes nações. A adição de novas amostras e a observação contínua possibilitam análises de efeitos de *coorte* e a vinculação com o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Brasil viabiliza a confirmação de óbitos e a localização de participantes perdidos ao longo das ondas do estudo, em especial no período da pandemia.

Enfatiza-se o número diversificado de indicadores e de banco de dados no Brasil, o que induz à necessidade de explicitar, com transparência e detalhamento, as especificidades das fontes que embasam a pesquisa em pauta e seus achados, os quais estão em consonância com a literatura brasileira e internacional. É crucial notar, contudo, que cada pesquisa e conjunto de dados¹¹⁶ apresenta suas particularidades e limitações. O ELSI-Brasil conduziu a pesquisa

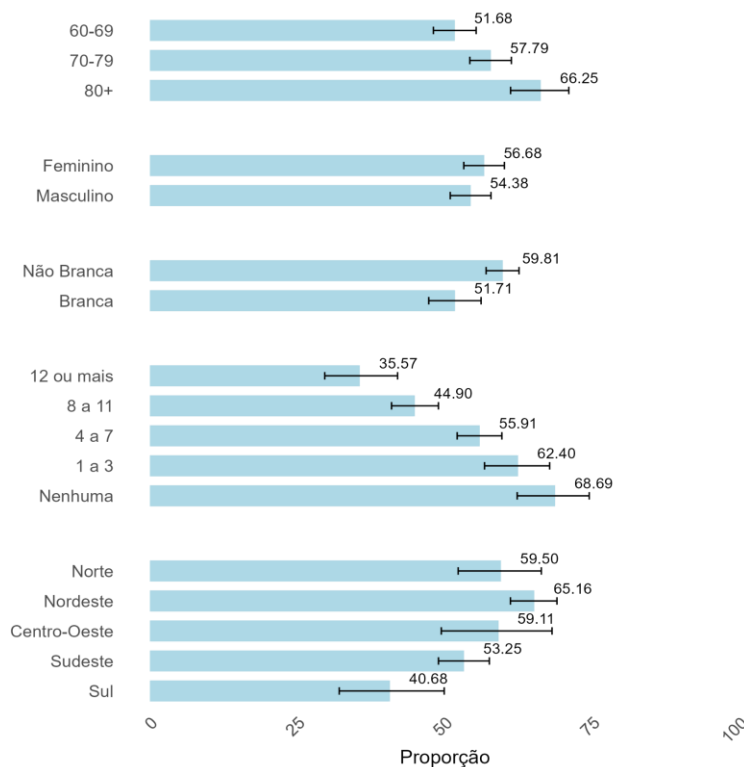
¹¹⁵ Foi realizada revisão metodológica da literatura relacionada ao estudo ELSI-Brasil, fundamentada na análise dos trabalhos de Lima-Costa *et al.*, publicados entre os anos 2018 e 2023. Esses são dados oficiais do ELSI-Brasil. O ELSI-Brasil é uma *coorte* populacional representativa do todo nacional, centrada nos indivíduos com 50 anos ou mais, cuja coleta de dados inicial ocorreu entre 2015 e 2016.

¹¹⁶ A primeira e a segunda fases do ELSI-Brasil ocorreram, respectivamente, nos períodos entre 2015-2016 e 2019-2021, com 9.412 (nove mil quatrocentos e doze) e 9.949 (nove mil novecentos e quarenta e nove) participantes em cada uma. Todas as estimativas da segunda onda utilizadas neste estudo foram ponderadas pelos parâmetros e pesos amostrais dos indivíduos. As estimativas projetam que existem 28.543.111 (vinte e oito milhões, quinhentos e quarenta e três mil cento e onze) idosos de 60 anos ou mais, com uma margem de erro de 2.013.149 (dois milhões, treze mil cento e quarenta e nove). Comparando esses dados com os da PNAD Contínua do IBGE, que reportou números de 29.413 (vinte e nove mil quatrocentos e treze), 30.523 (trinta mil quinhentos e vinte e três) e 31.664 (trinta e um mil seiscentos e sessenta e quatro) para os anos de

durante um período atípico da pandemia, com pausa em 2020 e retomada em 2021. As tabelas derivadas dos dados do ELSI 2019-2021 baseiam-se na estimativa de uma população idosa de, aproximadamente, 28,5 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e todas as proporções foram calculadas tendo esse número como referência.

A partir dos dados coligidos, foram elaboradas as figuras e tabelas abaixo, visando ressaltar os indicadores referentes às pessoas idosas e melhor ilustrar a crise humanitária pandêmica e sindêmica em curso no Brasil.

FIGURA 2 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que avaliaram a saúde geral como regular a muito ruim, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões



Fonte: ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).

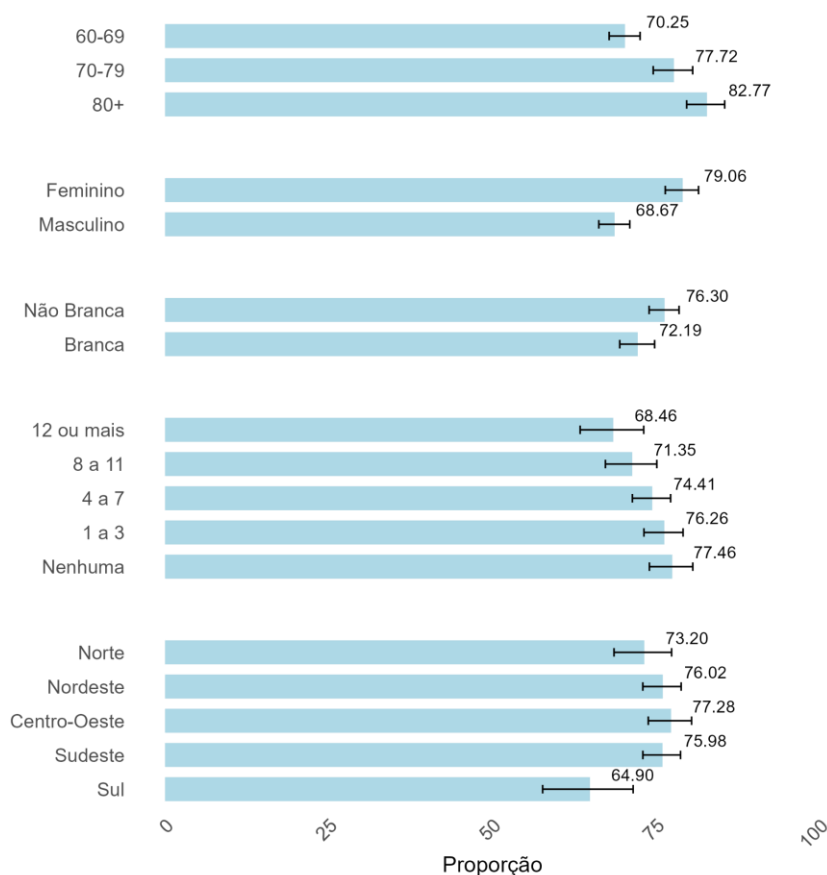
Elaboração própria

Nota: As barras de erro representam o intervalo de confiança de 95% para os dados apresentados.

2019, 2020 e 2021, respectivamente, percebe-se congruência nas cifras, considerando o mencionado erro padrão. Em contrapartida, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE sugere que a população com mais de 60 anos de idade totaliza 34,4 milhões — um número significativamente maior em relação às estimativas do ELSI-Brasil e da PNAD Contínua. Já os dados do Censo de 2022 indicam uma população de 32.113.490 (trinta e dois milhões, cento e treze mil, quatrocentos e noventa) idosos, que se alinha mais estreitamente com os resultados do ELSI-Brasil e da PNAD Contínua, considerando o aumento anual na população dessa faixa etária (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023; 2019).

De acordo com os dados da Figura 2, constata-se que a autopercepção de saúde tende a declinar à medida que a idade avança, com uma proporção de 66,25% para os indivíduos com 80 anos ou mais. Quando considerado o gênero, as mulheres apresentam proporção ligeiramente superior (56,68%) em comparação aos homens (54,38%). Quanto à raça/cor, a população não branca percebe sua saúde de forma mais precária, com 59,81%, em contraste com 51,71% da população branca. O nível de escolaridade mostra-se inversamente proporcional à autopercepção negativa de saúde. Indivíduos sem escolaridade apresentam a maior proporção, com 68,69%, enquanto aqueles com 12 anos de estudo ou mais apresentam a menor escolaridade: 35,57%. Regionalmente, o Nordeste lidera com uma proporção de 65,16%, enquanto o Sul tem a menor proporção, com 40,68%.

FIGURA 3 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relataram possuir ao menos uma doença crônica, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões

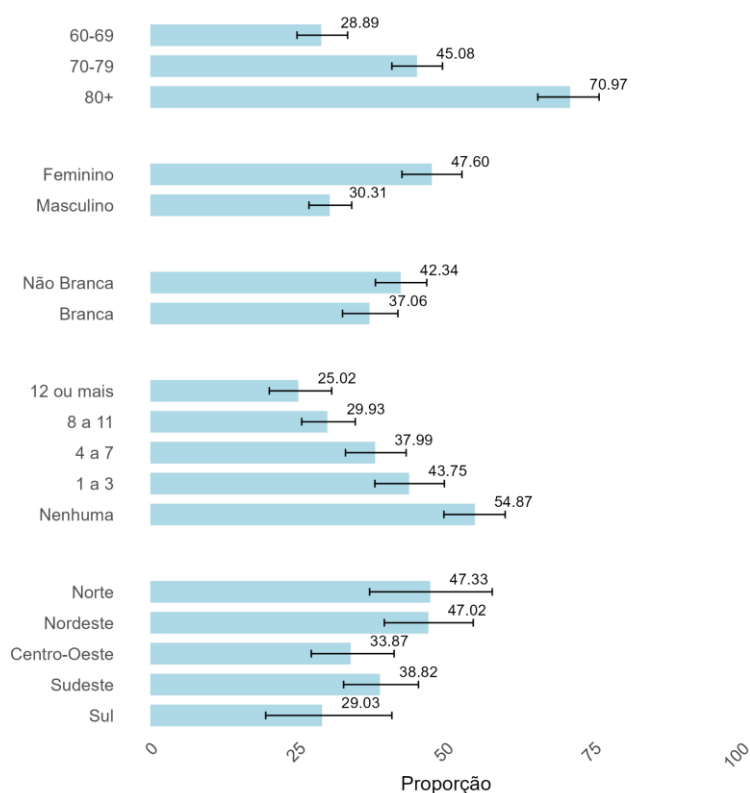


Fonte: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2019–2021 (n = 9.949).
Elaboração própria.

Nota: As barras de erro representam o intervalo de confiança de 95% para os dados apresentados.

Do exposto, uma análise preliminar permite identificar que, conforme a idade avança, a proporção de indivíduos com doenças crônicas também cresce, alcançando 82,77% para aqueles com 80 anos ou mais. Ao observar a diferenciação por sexo, é evidente que as mulheres, com 79,06%, apresentam proporção superior de doenças crônicas em comparação aos homens, que se situam em 68,67%. Em relação à raça, a população não branca apresenta 76,30%, enquanto a branca conta com 72,19%. A escolaridade também se mostra fator determinante: à medida que o seu nível diminui, a proporção de doenças crônicas tende a aumentar. Notavelmente, aqueles sem qualquer grau de instrução apresentam a maior proporção, com 77,46%. Geograficamente, a região Sudeste exibe a maior proporção, com 77,28%, seguida de perto pelo Nordeste, com 76,02%. A região Sul, por sua vez, apresenta a menor proporção, com 64,90%.

FIGURA 4 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relataram dificuldade em ao menos uma AIVD, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões



Fonte: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2019–2021 (n = 9.949).

Elaboração própria

Nota: As barras de erro representam o intervalo de confiança de 95% para os dados apresentados.

No que se refere à análise por idade, nota-se um aumento nas dificuldades para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) com o avanço da faixa etária. A proporção é de 28,89% para aqueles entre 60-69 anos; 45,08% para os de 70-79 anos e dispara para 70,97% na faixa de 80 anos ou mais. Em referência ao gênero, as mulheres, com 47,60%, têm proporção consideravelmente mais alta de dificuldades em comparação aos homens, que registram 30,31%. Etnicamente, a população não branca apresenta uma proporção de 42,34%, enquanto a branca tem 37,06%. Concernente à escolaridade, é evidente que o nível de educação tem correlação inversa com as dificuldades em AIVD. Indivíduos com 12 anos ou mais de estudo apresentam a menor proporção, de 25,02%. Por outro lado, aqueles sem escolaridade têm a maior proporção, chegando a 54,87%. Em termos geográficos, as regiões Norte e Nordeste possuem proporções semelhantes de 47,33% e 47,02%, respectivamente. O Sul apresenta a menor proporção, com 29,03%, enquanto as regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentam proporções intermediárias de 38,82% e 33,87%, respectivamente.

TABELA 18 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo estrutura domiciliar

Característica	Total
Acesso ao imóvel é realizado através de escadas	74,91 (70,38-79,44)
Rua do domicílio é asfaltada ou pavimentada	78,57 (73,16-83,98)
Existe água canalizada em pelo menos um cômodo	
Não	1,61 (0,75-2,47)
Sim, da rede geral de distribuição	88,84 (84,81-92,88)
Sim, de poço ou nascente na propriedade	6,42 (3,25-9,58)
Sim, de poço ou nascente fora da propriedade	2,80 (1,06-4,54)
Sim, de outra fonte ou carro pipa	0,33 (-0,09-0,75)
Número de banheiros no domicílio	
Nenhum	0,55 (0,18-0,92)
1	68,25 (65,64-70,86)
2	24,61 (22,50-26,72)
3 ou mais	6,59 (5,20-7,99)
O domicílio NÃO possui adaptações para pessoas com dificuldade de locomoção	93,62 (92,10-95,15)

Fonte: ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).Elaboração própria

Obs.: os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

Quanto ao acesso às residências, a maioria das pessoas idosas (74,91%) vive em imóveis que não requerem o uso de escadas para acesso, uma característica importante para a mobilidade e segurança dessa faixa etária. Adicionalmente, a infraestrutura da área de moradia destes indivíduos é estimada em 78,57%, demonstrando que residem em ruas asfaltadas ou pavimentadas com pedras ou outros materiais. No tocante ao abastecimento de água, a esmagadora maioria dos domicílios (88,84%) conta com água canalizada proveniente da rede geral de distribuição. Outras fontes, como poços ou nascentes na propriedade, respondem por 6,42%, enquanto uma minoria utiliza poços ou nascentes fora da propriedade ou outras fontes — como carros pipa. O número de banheiros nos domicílios, por sua vez, registra que a maioria dos idosos (68,25%) tem acesso a apenas um banheiro em sua moradia. Uma proporção menor (24,61%) dispõe de dois banheiros e apenas 6,59% têm o benefício de três ou mais banheiros em casa. No entanto, a pesquisa destaca uma área de atenção: apenas uma pequena minoria das residências dos idosos (6,38%) tem adaptações feitas para pessoas com dificuldades de locomoção — tais como barras de apoio no banheiro, cozinha ou escadas, portas alargadas ou rampas.

TABELA 19 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo Programa/Estratégia/unidade Saúde da Família

Característica	Total
Domicílios cadastrados no Programa/Estratégia/unidade Saúde da Família	62,15 (54,87-69,42)
Frequência das visitas de Agentes Comunitários ou membros da equipe de Saúde (últimos 12 meses)	
Mensalmente	33,40 (26,68-40,12)
A cada 2 meses	11,25 (8,92-13,58)
De 2 a 4 vezes no ano	9,42 (6,88-11,97)
Uma vez no ano	9,65 (7,74-11,56)
Nunca foi visitado	36,28 (29,67-42,88)

Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil, 2019-2021 (n = 9.949).

Obs.: os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

Segundo os resultados obtidos, a maioria dos domicílios dos participantes (especificamente 62,15%), está cadastrada no Estratégia Saúde da Família, sinalizando a atenção do programa à população idosa. Em relação às visitas domiciliares por parte de agentes comunitários ou membros da equipe de Saúde da Família, a frequência variou consideravelmente. Um terço dos domicílios (33,40%) reportou visitas mensais, mostrando um acompanhamento regular; por outro lado, 11,25% dos domicílios relataram receber visitas a

cada dois meses, e uma menor fração de 9,42%, teve entre duas e quatro visitas anuais. Curiosamente, uma porcentagem quase idêntica, de 9,65%, dos domicílios teve apenas uma visita durante o ano. Dado preocupante é que uma proporção significativa de domicílios, correspondente a 36,28%, não recebeu nenhuma visita no período de um ano. Isso levanta questões sobre a consistência e a efetividade da estratégia de acompanhamento e suporte à população idosa no contexto do programa mencionado.

TABELA 20 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo cuidados de saúde

Característica	Total
NÃO recebeu cuidados de enfermeiros ou cuidadores nos últimos 90 dias	98,68 (97,99-99,38)
Pessoa que mais ajuda nas AIVD	
Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar	1,07 (0,33-1,82)
Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar	66,58 (62,14-71,02)
Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar	1,91 (1,00-2,82)
Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar	19,13 (15,88-22,38)
Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar	4,10 (2,47-5,72)
Cuidador contratado	4,15 (1,99-6,31)
Empregada doméstica	3,06 (1,71-4,40)
Pessoa que mais ajuda é do sexo feminino	74,44 (71,81-77,08)
Pessoa que mais ajuda nas AIVD	
Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar	1,55 (-0,47-3,57)
Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar	71,09 (64,79-77,38)
Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar	1,42 (0,34-2,49)
Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar	13,16 (9,72-16,60)
Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar	2,97 (0,39-5,55)
Cuidador contratado	6,24 (3,51-8,97)
Empregada doméstica	3,57 (0,86-6,29)
Pessoa que mais ajuda é do sexo feminino	78,97 (75,26-82,68)

Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949)

Obs.: Os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

Um dado notável é que a grande maioria dos idosos (98,68%) não foi cuidada por enfermeiro(a) ou cuidador(a) profissional nos últimos 90 (noventa) dias, indicando que a maioria dos cuidados às pessoas idosas é informal ou autoadministrada. Quanto ao apoio nas

AIVD, percebe-se uma predominância de auxílio por parte de familiares residentes no mesmo domicílio e que não são remunerados, com um índice de 66,58%. Familiares que não residem com o idoso e não são remunerados para ajudar aparecem com 19,13%. A assistência de cuidadores contratados e de empregadas domésticas é relativamente baixa, com 4,15% e 3,06%, respectivamente. No que concerne ao gênero da pessoa que mais frequentemente auxilia nas AIVD, há uma grande maioria feminina, representando 74,44% dos casos. Esse fato reitera o papel tradicional das mulheres na prestação de cuidados na família. Similarmente, no auxílio às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), os familiares que coabitam com a pessoa idosa e não são remunerados também são os que mais auxiliam, somando 71,09%. Em menor escala, familiares que não moram no mesmo domicílio, mas contribuem com os cuidados atingem a marca de 13,16%, quando não são remunerados. Neste contexto, o trabalho de cuidadores contratados se mostra um pouco mais presente do que nas AIVD, com 6,24%. E, tal como nas AIVD, a assistência nas ABVD é predominantemente feminina, com 78,97% de mulheres. Esse dado reforça a visão de que os cuidados às pessoas idosas — sejam eles para as ABVD ou AIVD — são majoritariamente prestados por mulheres no contexto familiar brasileiro.

TABELA 21 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo avaliação da saúde geral

Característica	Total
Avaliação da saúde	
Excelente	2,40 (1,70-3,10)
Muito boa ou excelente	5,04 (3,93-6,14)
Boa	36,61 (33,71-39,51)
Regular	38,30 (35,64-40,96)
Ruim	12,83 (11,26-14,40)
Muito ruim	4,82 (3,86-5,77)
Dor frequente	36,90 (33,30-40,50)
Intensidade da dor (para os que relataram sentir dor)	
Suave/fraca	14,27 (11,59-16,95)
Moderada	51,55 (47,67-55,43)
Intensa/forte	34,18 (29,87-38,50)

Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).

Obs.: os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

Segundo os dados, a porcentagem de idosos que avaliam sua saúde como “excelente” é relativamente baixa, com apenas 2,40% dos participantes. A maioria dos depoentes classifica sua saúde como “boa” ou “regular”, com 36,61% e 38,30%, respectivamente. Esse resultado sugere que a maioria das pessoas idosas avalia moderadamente sua saúde, o que reflete um estado de saúde estável, mas com a presença de algumas limitações ou condições de saúde crônica. No entanto, um número considerável de pessoas idosas (12,83%) percebe sua saúde como “ruim”, e um adicional de 4,82% como “muito ruim”. A prevalência de dor frequente entre os participantes é significativa, afetando 36,90% desse segmento populacional. Entre aqueles que relatam sentir dor, a maioria descreve a sua intensidade como “moderada” (51,55%). A dor “intensa” ou “forte” é relatada por 34,18% dos idosos, enquanto uma menor proporção (14,27%) descreve a dor como “suave” ou “fraca”.

TABELA 22 - Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo doenças crônicas

Característica	Total
Hipertensão arterial	56,38 (52,62-60,14)
Artrite ou reumatismo	21,63 (18,83-24,43)
Diabetes	20,57 (18,39-22,76)
Osteoporose	15,41 (13,17-17,65)
Acidente cerebro vascular	5,48 (4,14-6,82)
Câncer	5,16 (4,09-6,23)
Insuficiência cardíaca	5,08 (3,88-6,29)
Infarto do coração	4,83 (4,07-5,59)
Enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	3,60 (2,71-4,50)
Insuficiência renal crônica	2,58 (1,77-3,39)
Doença de Alzheimer	2,18 (1,27-3,10)
Angina do peito	2,14 (1,44-2,85)
Doença de Parkinson	1,24 (0,77-1,71)
Número de doenças crônicas	
Duas ou mais	41,97 (39,08-44,92)
Uma	32,32 (30,49-34,21)
Nenhuma	25,71 (23,65-27,88)

Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).

Obs.: Os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

Conforme a pesquisa, a hipertensão arterial é a doença crônica mais presente entre as pessoas idosas, afetando 56,38% dos participantes, seguida de artrite ou reumatismo (21,63%)

e diabetes (20,57%). Esses dados corroboram a literatura científica que identifica a hipertensão arterial como uma das condições crônicas mais comuns no processo de envelhecimento, em especial no segmento que não pratica atividade física e não tem alimentação balanceada. A osteoporose afeta 15,41% dos participantes e é, também, uma condição digna de nota, dada a sua associação com um risco aumentado de fraturas, que podem levar a complicações graves e até mesmo à morte entre idosos. Doenças cardiovasculares graves, como acidente cerebrovascular e insuficiência cardíaca, apresentam uma ocorrência de 5,48% e 5,08%, respectivamente. É notável o fato de 41,97% dos idosos terem relatado viver com duas ou mais doenças crônicas, um estado conhecido como multimorbidade, que pode levar a desafios significativos tanto para a gestão individual da saúde quanto para os serviços de saúde. Adicionalmente, 32,32% dos participantes possuem uma doença crônica e uma proporção menor, 25,71%, não aponta nenhuma doença crônica.

Renda, Plano de Saúde e Aposentadoria

TABELA 23 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo condição socioeconômica

Característica	Total
Rendimentos mensais de todos os moradores do domicílio	
menos de 1 SM	5,08 (4,00-6,16)
1 a menos de 2 SM	30,72 (27,86-33,59)
2 a menos de 4 SM	44,02 (40,84-47,19)
4 a menos de 6 SM	11,45 (9,46-13,45)
6 ou mais SM	8,73 (7,01-10,45)
Sempre é suficiente para todas as despesas	31,49 (27,46-35,51)
Às vezes é suficiente para todas as despesas	35,51 (31,30-39,71)
Nunca é suficiente para todas as despesas	33,01 (28,30-37,72)
Moradores NÃO possuem plano privado	76,35 (72,83-79,87)
NÃO recebeu rendimentos de salário ou de trabalho autônomo (últimos 30 dias)	82,38 (80,53-84,23)
Recebeu rendimentos de de aposentadoria ou pensão por morte (últimos 30 dias)	74,29 (71,96-76,63)

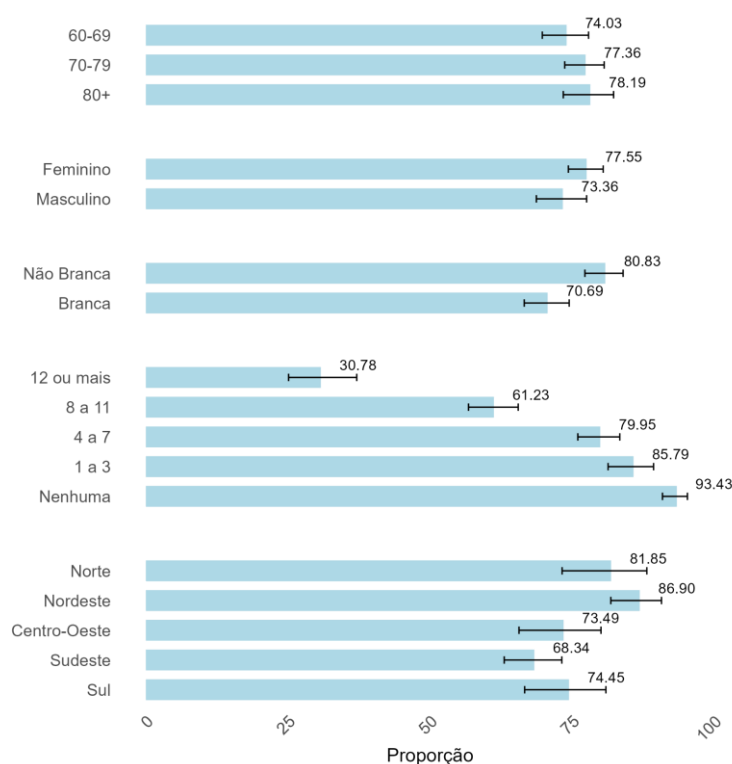
Fonte: elaborada pela própria autora, com dados do ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).

Obs.: os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

Em relação à suficiência de renda para cobrir todas as despesas, 31,49% dos idosos reportam possuí-la suficientemente, enquanto 35,51% afirmam que “às vezes” é suficiente. Contudo, uma parcela considerável de 33,01% indica que sua renda nunca é suficiente para todas as despesas. A maioria dos idosos (76,35%) não possui plano de saúde privado, o que reflete uma dependência do sistema público de saúde. No que diz respeito à geração de renda por meio do trabalho, a grande maioria dos idosos (82,38%) não teve rendimentos provenientes de salário ou trabalho autônomo nos últimos 30 dias. Por outro lado, 74,29% dos depoentes relatam receber rendimentos provenientes de aposentadoria ou pensão por morte.

Esses dados revelam que, embora a maior parte das pessoas idosas no Brasil receba benefício de aposentadoria ou pensão, muitas ainda enfrentam dificuldades financeiras, com uma parcela significativa sem renda suficiente para as despesas diárias. Além disso, a falta de planos de saúde privados entre a maior parte dos idosos indica a necessidade de garantia desse direito junto aos serviços de saúde pública.

FIGURA 5 – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que relataram rendimento mensal domiciliar de menos de 4 salários-mínimos, segundo grupos de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e grandes regiões



Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).

Nota: as barras de erro representam o intervalo de confiança de 95% para os dados apresentados.

A análise por idade da proporção de pessoas de 60 anos ou mais de que relataram rendimento mensal domiciliar de menos de 4 salários-mínimos apresenta similaridades entre os grupos etários, com ligeiro aumento à medida em que a idade avança: 74,03% para aqueles entre 60-69 anos; 77,36% para os de 70-79 anos e 78,19% para aqueles com 80 anos ou mais. Em termos de gênero, as mulheres apresentam proporção ligeiramente mais alta, com 77,55%, em comparação aos homens, que têm 73,36%. Por raça/cor, a população não branca apresenta proporção significativamente maior (80,83%), em comparação com a branca, que tem 70,69%. O nível de escolaridade revela uma clara tendência: quanto menor a escolaridade, maior a proporção de pessoas com renda abaixo de 4 salários-mínimos. Aqueles com 12 anos ou mais de estudo têm a menor proporção (30,78%), enquanto os sem escolaridade têm a proporção mais alta, chegando a 93,43%. Regionalmente, o Norte tem a maior proporção, com 81,85%, seguido pelo Nordeste, com 86,90%. As regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentam proporções menores, sendo 68,34%, 73,49% e 74,45%, respectivamente.

TABELA 24 – Distribuição (%) dos participantes do estudo (≥ 60 anos) segundo aposentadoria

Característica	Total
Aposentadoria do INSS	82,26 (77,47-87,05)
Idade desejada para aposentadoria	
Nunca	7,34 (5,31-9,36)
60-69	10,43 (9,01-11,85)
70-79	0,95 (0,68-1,22)
80+	0,10 (-0,01-0,22)
É aposentado	81,18 (78,55-83,80)

Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil, 2019–2021 (n = 9.949).

Obs.: os valores entre parênteses representam o intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa revela que uma porcentagem significativa, 82,26%, das pessoas idosas dependem do INSS para a concessão de sua aposentadoria. Esse dado reflete o perfil da estrutura da previdência social brasileira e desvela que a maioria das pessoas idosas integram o Regime Geral de Previdência Social. Adentrando mais especificamente nas preferências e projeções de aposentadoria, observa-se que uma grande maioria, 81,18% dos participantes, já se encontra aposentada. Por outro lado, um segmento modesto da população estudada, correspondente a 7,34%, declara que nunca pretende se aposentar. Em contraste, 10,43% dos/as idosos/as planejam se aposentar na faixa dos 60 a 69 anos, alinhando-se às expectativas comuns de retirada do mercado de trabalho. Em contrapartida, a aposentadoria entre 70 e 79 anos, e

ainda mais tardia após os 80 anos, é contemplada por apenas 0,95% e 0,10% dos participantes, respectivamente, revelando o fato de que, estender a vida profissional para além da sétima década é relativamente, raro ou pouco viável para a maioria das pessoas idosas brasileiras.

6.4 Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (IDHM) e Índice de Desenvolvimento Humano ajustado às Desigualdades (IDHMAD) nas macrorregiões (2019-2021)

A metodologia utilizada para calcular o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Brasil foi disponibilizada no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. O projeto é uma colaboração entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a Fundação João Pinheiro (FJP) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

O IDHM é um instrumento que quantifica o desenvolvimento humano em diferentes escalas geográficas — incluindo municípios, estados e regiões metropolitanas —, variando de 0 a 1. Composto por três dimensões fundamentais (longevidade, educação e renda), o IDHM é ajustado para refletir a realidade brasileira, incorporando dados do Censo demográfico do IBGE e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Além disso, existe o IDHM Ajustado às Desigualdades (IDHMAD), que corrige os índices considerando as desigualdades territoriais.

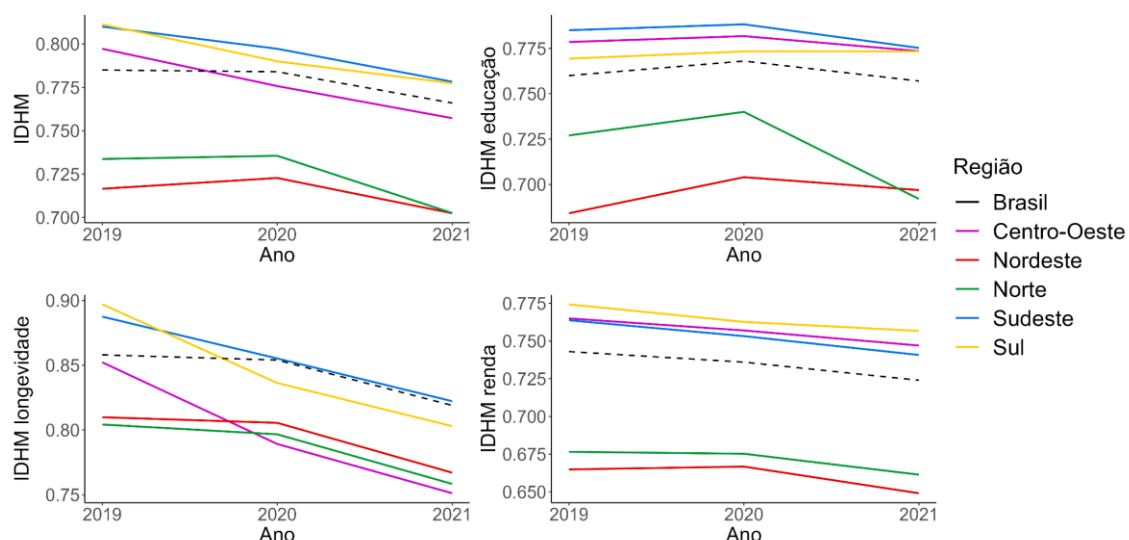
A dimensão de longevidade do IDHM é calculada pela expectativa de vida ao nascer, utilizando-se de fontes indiretas e dados demográficos. Este componente reflete quantos anos, em média, um indivíduo nascido em determinado município esperaria viver. Na educação, o IDHM é medido por meio de dois indicadores: a escolaridade dos adultos, considerando o percentual de pessoas com 18 anos ou mais com ensino fundamental completo; e o fluxo escolar da população jovem, analisando o percentual de crianças e jovens em diferentes estágios educacionais. A combinação desses indicadores, ponderada e calculada através da média geométrica, resulta no IDHM Educação. Por último, o componente de renda do IDHM reflete a renda média *per capita* do município, considerando todos os residentes, incluindo aqueles sem renda registrada.

O IDHM é dividido em cinco categorias: “Muito Baixo” (0 a 0,499), “Baixo” (0,500 a 0,599), “Médio” (0,600 a 0,699), “Alto” (0,700 a 0,799) e “Muito Alto” (0,800 a 1). Valores mais altos indicam um maior nível de desenvolvimento humano.

Para este estudo, procedeu-se ao cálculo da média dos valores do IDHM e do IDHM Ajustado às Desigualdades (IDHMAD) de cada estado no período de 2019-2021. Essa média

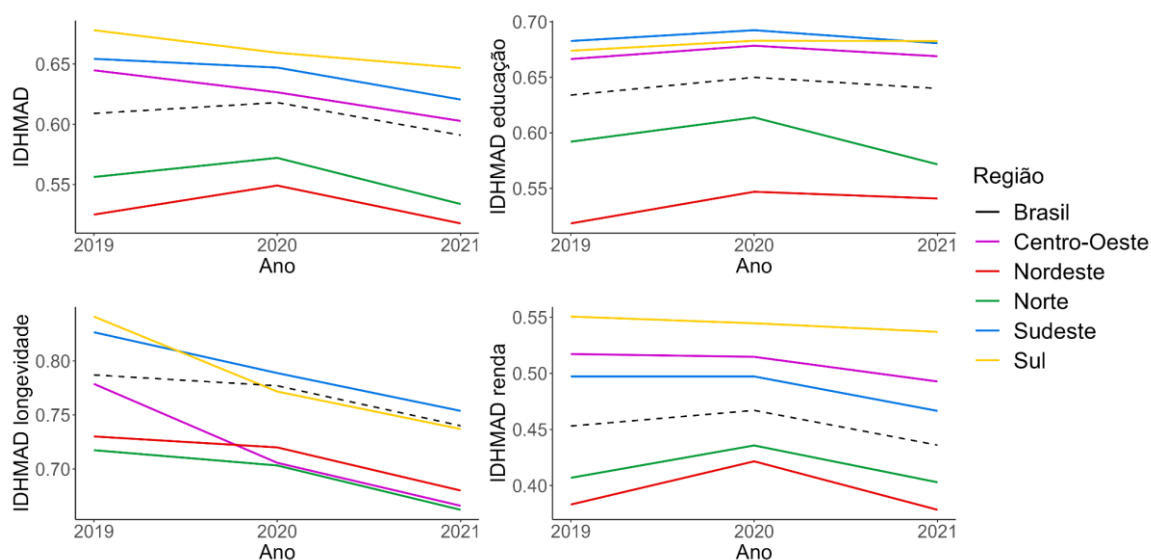
foi utilizada para estimar o IDHM e o IDHMAD representativos para as Grandes Regiões, uma vez que não existem índices específicos para essas divisões geográficas.

FIGURA 6 – Evolução da média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) por Região entre 2019 e 2021



Fonte: elaborada pela autora com base no Painel IDHM da Unidade de Desenvolvimento Humano, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

FIGURA 7 – Evolução da média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Ajustado às Desigualdades (IDHMAD) por Região entre 2019 e 2021



Fonte: elaborada pela autora com base no Painel IDHM da Unidade de Desenvolvimento Humano, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Entre 2019 e 2021, a análise do gráfico da IDHM por região desvela tendências claras. Em relação à renda no referido período, todas as regiões mostraram tendência decrescente. A região Nordeste foi a que apresentou o menor índice, enquanto o Sudeste manteve o maior índice durante todo o período. Na dimensão de longevidade, houve tendência geral de declínio entre 2019 e 2021. Nota-se que o Centro-Oeste teve a maior queda, enquanto a região Sudeste, apesar da queda, apresentou o maior índice, no ano de 2022, em comparação às outras regiões. E no que tange à Educação, todas as regiões demonstraram declínio entre 2020 e 2021, exceto o Sul, tendo a região Norte enfrenta a maior redução.

O segundo gráfico apresenta a Evolução do IDHMAD por Região, entre 2019 e 2021. Nele, em termos de Renda, observa-se queda perceptível em todas as regiões de 2020 para 2021, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais impactadas. A dimensão de longevidade reflete tendência semelhante, com um declínio geral no período e a região Centro-Oeste enfrentando a maior queda. Por fim, a Educação, assim como observado no IDHM, também sofreu queda considerável em todas as regiões, com o Norte e o Nordeste apresentando as maiores reduções. Ao comparar os dois gráficos, percebe-se que, tanto o IDHM quanto o IDHMAD, apresentam tendências semelhantes para o período analisado. Efetivamente, a pandemia impactou com severidade tanto o desenvolvimento humano em geral quanto as desigualdades em todo o Brasil. O fato de as regiões Norte e Nordeste terem sido desproporcionalmente afetadas ressalta a necessidade de políticas públicas direcionadas a essas áreas.

6.5 Insegurança alimentar (VIGISAN I e II)

A revisão metodológica da literatura relacionada à fome pautou-se no estudo *do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (VIGISAN)*, I VIGISAN e II VIGISAN, e fundamentou-se na análise dos relatórios de resultado do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar para os anos 2020 e 2022 (Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e SAN, 2020; 2022).

O objetivo central do VIGISAN, especialmente no contexto do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, foi o de realizar o monitoramento contínuo da Segurança Alimentar e dos níveis de Insegurança Alimentar no país, assegurando a ampla disseminação dos resultados para evidenciar e dar visibilidade à crise emergencial da fome.

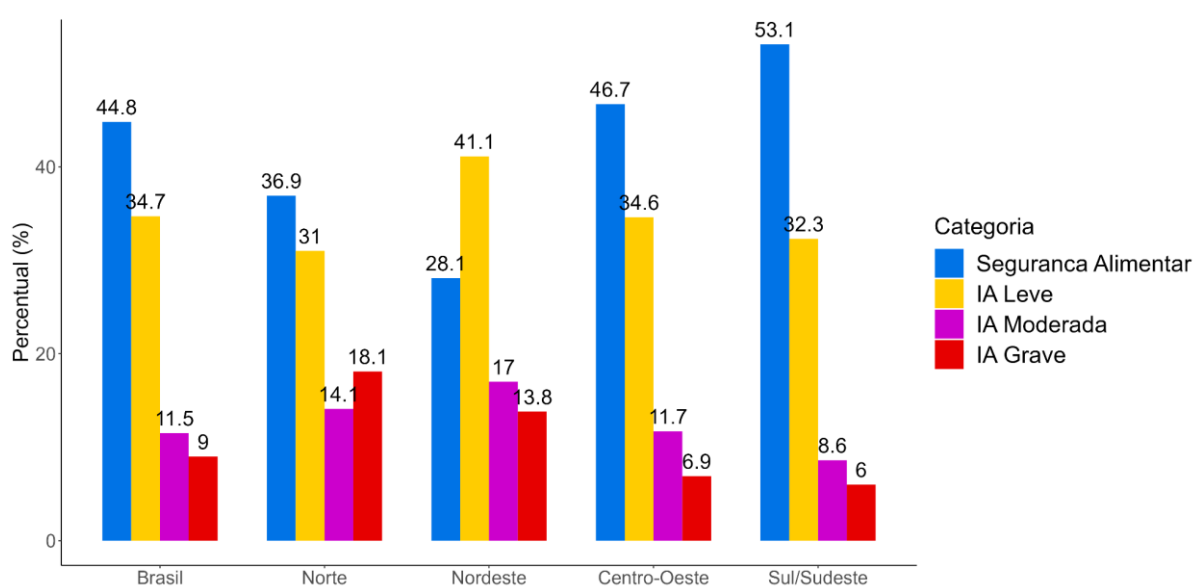
O VIGISAN é um inquérito de base populacional que envolve entrevistas presenciais em domicílios representativos das cinco grandes macrorregiões do Brasil, abarcando os 26 estados e o DF, tanto em zonas urbanas quanto rurais.

Na primeira onda do VIGISAN, as regiões Sul e Sudeste foram combinadas em uma única macrorregião, denominada Sul-Sudeste, devido a restrições de recursos que exigiram ajustes no planejamento amostral; tal fusão foi necessária para assegurar um tamanho de amostra adequado à disponibilidade financeira. O estudo adotou amostra probabilística de 2.180 (dois mil cento e oitenta) domicílios. Já na segunda onda, utilizou-se uma amostra probabilística representativa da população brasileira, totalizando 12.745 (doze mil setecentos e quarenta e cinco) domicílios e o mesmo número de entrevistas.

Fatores de ponderação foram aplicados aos resultados, a fim de ajustar qualquer desproporção e garantir a validade das conclusões para toda a população brasileira, bem como para segmentações específicas, como macrorregião e localização rural ou urbana dos domicílios.

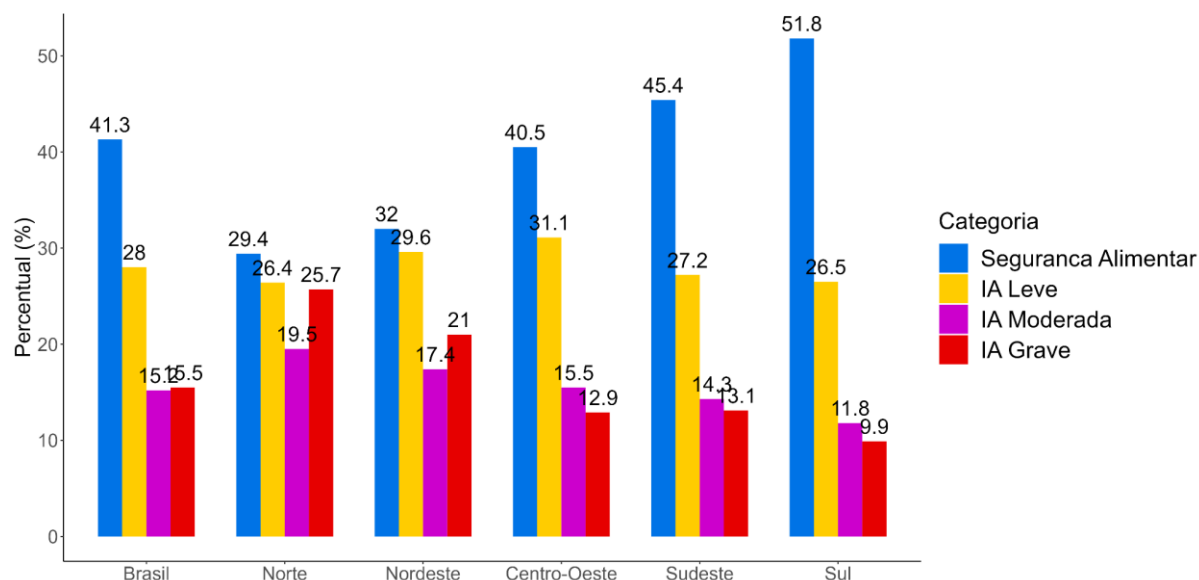
Quanto à interpretação dos níveis de insegurança alimentar: a insegurança leve indica incerteza quanto ao acesso a alimentos em futuro próximo e/ou quando a qualidade da alimentação já estiver comprometida; a insegurança moderada indicar quantidade insuficiente de alimentos; e a insegurança grave indica privação no consumo de alimentos e fome.

FIGURA 8 – Distribuição da Insegurança Alimentar (IA) por Grandes Regiões em 2020



Fonte: elaborada pela autora, com dados do II VIGISAN, realizado sob coordenação da Rede PENSSAN.

FIGURA 9 – Distribuição da Insegurança Alimentar (IA) por Grandes Regiões entre 2021 e 2022



Fonte: II VIGISAN, realizado sob a coordenação da Rede PENSSAN.

No Brasil todo, em 2020, o nível de insegurança alimentar grave estava em 9%. Por outro lado, a insegurança alimentar leve era a mais prevalente, com 34,7%. Quando se observa as regiões em detalhe, o Norte é a que possui insegurança alimentar grave mais alta, atingindo 18,1%. No entanto, a insegurança leve é de 31%, ligeiramente abaixo da média nacional. No Nordeste a situação era similar, com 13,8% de insegurança alimentar grave, mas com insegurança alimentar leve de 41,1%, a mais alta comparada às outras regiões. O Centro-Oeste, por sua vez, tinha os níveis mais baixos de insegurança alimentar grave (6,9%), mas com um nível de insegurança leve de 34,6%. Finalmente, no Sul e Sudeste, a insegurança alimentar grave foi a mais baixa (6%). Ao observar os dados de 2021 e 2022, no Brasil como um todo, a insegurança alimentar grave aumentou para todas as regiões. No Norte, aumentou consideravelmente para 25,7%, mantendo a posição da região com a maior insegurança alimentar grave. No Nordeste, a insegurança alimentar grave foi registrada em 21%, aumentando 7 pontos percentuais.

Nesse quesito, chama ainda a atenção a síntese do 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN), publicizado em junho de 2022, o qual estima que a quantidade de pessoas em situação de insegurança alimentar grave, ou seja, passando fome, praticamente dobrou em menos de dois anos.

Segundo a pesquisa, tem-se a estimativa de que 125,2 milhões de pessoas convivem com algum grau de insegurança alimentar em 2022, algo que corresponde a 58,7% da população brasileira, o que, comparado com o ano de 2020, teve aumento de 7,2% e com 2018, algo em torno de 60%.

Os dados reafirmam que, na distribuição geográfica da fome, o Norte e o Nordeste são as regiões mais impactadas (71,6% e 68% respectivamente). Esses são indicadores maiores que a média nacional (58,7%), constituindo a realidade diária para 25,7% das famílias no Norte e 21% das no Nordeste.

A zona rural também enfrenta a fome. Nas áreas agrícolas do Brasil a insegurança alimentar, em todos os níveis, atinge 60% das residências. Desse total, 18,6% das famílias vivem com insegurança alimentar grave; e a fome atingiu 21,8% dos domicílios de agricultores familiares e pequenos produtores.

A fome, como a face mais cruel da pobreza, também afeta diretamente 65% dos lares chefiados por pessoas pretas ou pardas, que convivem regularmente com restrição de alimentos. Na comparação com o I VIGISAN, de 2020, a fome passou de 10,4% para 18,1% nas casas comandadas por pretos ou pardos. O gênero também é um fator que contribui para este cenário, pois, nos lares chefiados por mulheres, a fome saltou de 11,2% para 19,3%.

6.6 Acesso, investimento e renda em Saneamento Básico

TABELA 25 – Acesso, Investimento e Renda em Saneamento Básico: análise percentual e total por localidade para 2019

	Investimentos totais, em R\$ de 2019 (em R\$ mi)	Parcela da população sem acesso à água	Parcela da população sem coleta de esgoto	Índice de esgoto tratado referido à água consumida	Renda das pessoas com saneamento (R\$ por mês)	Renda das pessoas sem saneamento (R\$ por mês)
Brasil	17.452,00	16,30%	45,90%	49,10%	3.028,06	514,99
Norte	673,88	42,60%	87,70%	22,00%	2.950,23	593,21
Nordeste	4.267,20	26,10%	71,70%	33,70%	2.500,60	428,27
Centro-Oeste	1.530,13	10,30%	42,30%	56,80%	3.684,43	834,49
Sudeste	8.402,21	8,90%	20,50%	55,50%	3.057,88	795,06
Sul	2.578,58	9,50%	53,70%	47,00%	3.316,11	811,42

Fonte: elaborada pela autora com dados de Painel Saneamento Brasil do Instituto Trata Brasil (ITB).

TABELA 26 – Acesso, Investimento e Renda em Saneamento Básico: análise percentual e total por localidade para 2020

	Investimentos totais, em R\$ de 2020 (em R\$ mi)	Parcela da população sem acesso à água (% da população)	Parcela da população sem coleta de esgoto (% da população)	Índice de esgoto tratado referido à água consumida (%)	Renda das pessoas com saneamento (R\$ por mês)	Renda das pessoas sem saneamento (R\$ por mês)
Brasil	15.286,60	15,90%	45,00%	50,80%	2.831,42	481,55
Norte	842,93	41,10%	86,90%	21,40%	3.242,01	651,88
Nordeste	2.830,23	25,10%	69,70%	34,10%	2.302,65	394,37
Centro-Oeste	1.197,59	9,10%	40,50%	58,50%	3.791,63	858,77
Sudeste	7.827,89	8,70%	19,50%	58,60%	2.779,64	722,72
Sul	2.587,96	9,00%	52,60%	46,70%	3.324,42	813,45

Fonte: elaborada pela autora com dados de Painel Saneamento Brasil do Instituto Trata Brasil (ITB).

TABELA 27 - Acesso, Investimento e Renda em Saneamento Básico: análise percentual e total por localidade para 2021 em milhões

	Investimentos totais, em R\$ de 2021 (em R\$ mi)	Parcela da população sem acesso à água (% da população)	Parcela da população sem coleta de esgoto (% da população)	Índice de esgoto tratado referido à água consumida (%)	Renda das pessoas com saneamento (R\$ por mês)	Renda das pessoas sem saneamento (R\$ por mês)
Brasil	17.276,53	15,80%	44,20%	51,20%	2.859,78	486,37
Norte	897,91	40,00%	86,00%	20,60%	3.266,37	656,78
Nordeste	3.643,87	25,30%	69,80%	35,50%	2.310,19	395,66
Centro-Oeste	1.475,92	10,10%	38,10%	60,50%	3.908,82	885,31
Sudeste	8.558,95	8,50%	18,30%	58,60%	2.818,09	732,71
Sul	2.699,88	8,70%	51,60%	46,70%	3.394,59	830,62

Fonte: elaborada pela autora com dados de Painel Saneamento Brasil do Instituto Trata Brasil (ITB).

Em 2019, o Brasil investiu um total de R\$ 17.452,00 (dezessete milhões, quatrocentos e cinquenta e dois mil em saneamento básico. O Norte, com 673,88 (seiscentos e setenta e três e oitenta e oito) mil tinha a maior porcentagem da população sem acesso à água (42,60%) e

alarmante taxa de 87,70% da população sem coleta de esgoto. O Nordeste, apesar de um investimento significativo de 4.267,20 (quatro milhões, duzentos e sessenta e sete mil e vinte), também apresentou altas porcentagens de falta de acesso à água e coleta de esgoto, com 26,10% e 71,70%, respectivamente. O Sudeste e o Sul, com investimentos de 8.402,21 (oito milhões quatrocentos e dois mil e vinte e um) e 2.578,58 (dois milhões e quinhentos e setenta e oito e cinquenta e oito) mil respectivamente, apresentaram melhores índices de saneamento, embora ainda deixando espaço para melhorias.

No ano seguinte, 2020, houve diminuição no investimento total para saneamento no Brasil, totalizando R\$ 15.286,60 (quinze mil, duzentos e oitenta e seis) milhões. A região Norte, com um investimento de R\$ 842,93 (oitocentos e quarenta e dois e noventa e três) milhões, ainda manteve altas taxas de falta de saneamento, com 41,10% da população sem acesso à água e 86,90% sem coleta de esgoto. O Nordeste e o Centro-Oeste, com investimentos de R\$ 2.830,23 (dois mil oitocentos e trinta e vinte e três) e R\$ 1.197,59 (mil cento e noventa e sete e cinquenta e nove) milhões, respectivamente, também continuaram a enfrentar desafios significativos em saneamento. Por seu turno, o Sudeste e o Sul mostraram algumas melhorias.

Em 2021, o investimento em saneamento no Brasil voltou a crescer, atingindo R\$ 17.276,53 (dezessete mil, duzentos e setenta e sete e cinquenta e três) milhões. No entanto, mesmo com este aumento, as regiões Norte e Nordeste ainda enfrentavam altas taxas de ausência de saneamento. O Norte, com um investimento de (R\$ 897,91 (oitocentos e noventa e sete e noventa e um) milhões, tinha 40,00% da população sem acesso à água e 86,00% sem coleta de esgoto. O Nordeste, apesar de investimento de R\$ 3.643,87 (três mil seiscentos e quarenta e três e oitenta e sete) milhões, tinha 25,30% e 69,80%, respectivamente, de falta de acesso à água e à coleta de esgoto. O Sudeste e o Sul continuaram a mostrar progresso, embora ainda haja desafios.

Ao longo de três anos, percebe-se a seguinte flutuação nos investimentos totais em saneamento no Brasil: um pico em 2019, uma queda em 2020 e uma recuperação em 2021. No entanto, apesar dos investimentos, as regiões Norte e Nordeste continuaram a enfrentar sérios problemas de saneamento básico, com altas porcentagens da população sem acesso à água e coleta de esgoto. As regiões Sudeste e Sul, embora melhores em comparação com as anteriores, ainda possuem desafios a serem superados. Torna-se evidente, assim, que apesar dos investimentos, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer para garantir saneamento básico adequado à totalidade de sua população.

6.7 Sindemia: envelhecimento, mortalidade, desigualdades e especificidades regionais

A tabela abaixo — elaborada a partir da síntese de indicadores demográficos, de saúde e socioeconômicos sobre as pessoas idosas por Região, *vis-à-vis* aos índices de mortalidade e de excesso de mortes por COVID-19 e DCNTs, associados com IDHM, insegurança alimentar, infraestrutura domiciliar e saneamento — confirma entendimento do avanço da crise humanitária pandêmica e sindêmica¹¹⁷ no Brasil. Essa constatação possibilita a análise crítica em relação às condições de vida das pessoas idosas, suas necessidades humanas e a proposição de cumprir o paradigma da Seguridade Social no Brasil, previsto no pacto civilizatório da Constituição de 1988.

¹¹⁷ “[...] estudos comprovam que quando pessoas idosas e demais indivíduos com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNTs são infectadas pelo coronavírus, é comum elas serem acometidas por infecções mais graves provocadas pela COVID-19 [...] a relação entre a COVID-19 e as DCNTs, em um contexto social e ambiental caracterizado por uma profunda desigualdade social, acentua o impacto que essas enfermidades causam separadamente [...] ocorre uma sindemia ao se somar a doenças pré-existentes das pessoas idosas e demais indivíduos em um contexto social e ambiental permeado por determinantes sociais como a pobreza, insegurança alimentar, baixa escolaridade e a alta densidade demográfica, acirrando para crise de saúde e social); [...] requer nova perspectiva e abordagem científica no enfrentamento da sindemia” (Ishibashi; Barbosa; Lima-Silva, 2020).

TABELA 28 – Indicadores Demográficos, de Saúde e Socioeconômicos dos Idosos por Região: Comparativo 2020-2021. População total em milhares (projeção IBGE)

	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-oeste		Sudeste		Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Demográficos												
População total (Projeção IBGE)												
60-69	16733	17296	975	1015	3894	4019	1156	1207	7919	8172	2789	2883
70-79	9023	9417	470	491	2246	2316	575	604	4225	4426	1507	1580
80+	4441	4617	199	207	1110	1146	250	263	2157	2243	724	758
Total	30197	31330	1644	1714	7250	7482	1981	2073	14302	14841	5020	5221
Óbitos por COVID-19												
60-69	47.982	99.187	4.569	7.531	11.054	16.174	4.075	9.059	22.778	48.736	5.506	17.687
70-79	56.105	94.065	5.167	6.760	14.375	16.763	4.427	8.364	25.624	44.919	6.512	17.259
80+	60.041	80.749	4.679	5.294	16.633	16.699	4.295	6.474	27.865	38.883	6.569	13.399
Total	164.128	274.001	14.415	19.585	42.062	49.636	12.797	23.897	76.267	132.538	18.587	48.345
Taxa de mortalidade por COVID-19 padronizada												
60-69	164.128	274.001	14.415	19.585	42.062	49.636	12.797	23.897	76.267	132.538	18.587	48.345
70-79	21,9	44,98	35,8	58,18	21,68	31,56	26,93	58,9	21,97	46,78	15,08	48,13
80+	27,24	36,41	47,4	53,13	30,18	30,34	34,57	51,24	26,02	36,09	18,28	36,79
TBM	74,56	123,64	128,11	169,51	78,03	92,51	92,95	168,74	72,78	125,8	51,02	131,13
Excesso de mortalidade												
60+	205.565	333.959	24.658	23.350	70.594	84.523	18.176	28.510	75.393	145.263	16.744	52.314
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Ajustado às Desigualdades (média por região)												
IDHMAD	0,618	0,591	0,57	0,53	0,55	0,52	0,63	0,6	0,65	0,62	0,66	0,65

TABELA 28 – Indicadores Demográficos, de Saúde e Socioeconômicos dos Idosos por Região: Comparativo 2020-2021. População total em milhares (projeção IBGE)

	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-oeste		Sudeste		Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
(continuação)												
Demográficos												
IDHMAD Longevidade	0,777	0,74	0,7	0,66	0,72	0,68	0,71	0,67	0,79	0,75	0,77	0,74
IDHMAD Educação	0,65	0,64	0,61	0,57	0,55	0,54	0,68	0,67	0,69	0,68	0,68	0,68
IDHMAD Renda	0,467	0,436	0,44	0,4	0,42	0,38	0,51	0,49	0,5	0,47	0,54	0,54
Insegurança alimentar												
Leve	34,7	28	31	24,6	41,1	29,6	34,6	31,1	32,3	27,2	32,3	26,5
Moderada	11,5	15,2	14,1	19,5	17	17,4	11,7	15,5	8,6	14,3	8,6	11,8
Grave	9	15,5	18,1	25,7	13,8	21	6,9	12,9	6	13,1	6	9,9
Saneamento (valores percentuais)												
Parcela da população sem acesso à água												
	15,90	15,80	41,10	40,00	25,1	25,30	9,10	10,10	8,70%	8,50%	9,00%	8,70%
Parcela da população sem coleta de esgoto												
	45,00	44,20	86,90	86,00	69,7	69,80	40,50	38,10	19,50	18,30	52,60	51,60
Perfil da saúde da população idosa (2019-2021) [valores percentuais]												
Possuem ao menos uma doença crônica												
	74,29		73,20		76,02		77,28		75,98		64,90	
Avaliaram saúde como regular a ruim												

85,73 59,50 65,16 59,11 53,25 40,68

TABELA 28 – Indicadores Demográficos, de Saúde e Socioeconômicos dos Idosos por Região: Comparativo 2020-2021. População total em milhares (projeção IBGE) [conclusão]

	Brasil		Norte		Nordeste		Centro-oeste		Sudeste		Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Relataram ao menos uma ABVD	12,79		12,63		17,37		10,48		10,48		12,68	
Relataram ao menos uma AIVD	19,90		47,33		47,02		33,87		38,82		29,03	
Perfil socioeconômico domiciliar da população idosa (2019/21) [valores percentuais]												
Menos de 1 SM	5,08		8,02		5,66		1,88		4,40		6,53	
1 a menos de 1 SM	30,72		33,06		34,14		29,56		27,12		34,06	
2 a menos de 4 SM	44,02		45,09		49,81		42,43		42,91		36,67	
4 a menos de 6 SM	11,45		9,46		5,72		15,15		15,61		11,96	
6 ou mais SM	8,73		4,37		4,66		10,99		10,96		10,78	
Renda é suficiente	31,49		17,10		28,20		28,10		32,68		43,40	
Renda às vezes é suficiente	35,51		29,64		32,12		44,10		36,92		35,21	
Renda nunca é suficiente	33,01		53,26		39,67		27,80		30,41		21,39	
Não possui plano de saúde privado	76,35		76,72		87,04		76,65		66,97		83,91	

Fonte: elaborada pela autora com dados de ELSI-Brasil 2019-2021, do IBGE, do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (I e II VIGISAN), do Painel IDHM da Unidade de Desenvolvimento Humano, e do painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Obs.: a taxa de mortalidade padronizada por COVID-19 foi calculada com base nos óbitos registrados no Sistema de Informação de Mortalidade, especificamente na categoria B34.2, que se refere às “infecções por coronavírus de localização não especificada”. A formulação dessa taxa levou em consideração os dados de projeção populacional para o período de 2018 a 2060, fornecidos pelo IBGE e estratificados por grandes regiões do país. De acordo com essas projeções, havia um total de 30.197.077 (trinta milhões, cento e noventa e sete mil e setenta e sete) idosos no ano de 2020 e 31.330.235 (trinta e um milhões, trezentos e trinta mil e duzentos e trinta e cinco) idosos em 2021; os dados coletados pelo estudo ELSI-Brasil estimam o número de idosos com 60 anos ou mais em 28.543.111 (vinte e oito milhões, quinhentos e quarenta e três mil e cento e onze), com uma margem de erro de 2.013.149 (dois milhões, treze mil e cento e quarenta e nove). Esta estimativa é utilizada na análise percentual do perfil de saúde e às condições socioeconômicas dos domicílios de idosos no Brasil.

Os índices e indicadores contidos na Tabela 28 e na Figura 10, esta última apresentada mais abaixo, demonstram a interação sinérgica entre a pandemia de COVID-19 e as condições crônicas de saúde prevalentes, agravadas pela insegurança alimentar, insuficiência nos serviços de saúde e deficiências no saneamento básico associadas ao decréscimo dos IDHM, causando alto índice de mortalidade. E demonstram que a porção da população mais suscetível aos efeitos severos da COVID-19 atingiu crescimento em todas as regiões brasileiras durante o período de 2020 a 2021, que depois, comparado às taxas de mortalidade e de excesso de mortalidade, apresenta mudanças significativas e configuram a crise sindêmica em curso.

A Região Norte destacou-se com um aumento significativo de 4,16% na população entre 60 e 69 anos (aumentando de 974.828 para 1.015.420 indivíduos). Já a Região Sul apresentou um incremento de 3,35% (subindo de 2.789.140 para 2.882.582 indivíduos) para o mesmo grupo etário. A Região Nordeste, com população inicial substancialmente maior de idosos/as entre 60 e 69 anos, também observou um crescimento relevante de 3,22% (de 3.893.805 para 4.019.463 indivíduos), enquanto a região Sudeste, registrou um aumento de 3,19% (de 7.919.342 para 8.171.936 indivíduos) nesse segmento.

A análise desses dados indica que o envelhecimento populacional é um fenômeno presente em todas as regiões, mas que possui especificidades que implicam a necessidade de políticas públicas regionais amplas e intersetoriais. O aumento proporcional da população idosa no Norte e no Nordeste — áreas com maiores desafios relacionados à infraestrutura de saúde e a maiores índices de desigualdade — pode intensificar as já críticas condições de sindemia nesses locais. A análise da Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) evidencia discrepâncias regionais expressivas, refletindo o impacto diferenciado da COVID-19 sobre as populações idosas em meio à crise sanitária de 2020 e 2021. O aumento da TMP entre indivíduos de 60 a 69 anos foi especialmente pronunciado na Região Norte, que registrou acréscimo de 35,8 para 58,18 mortes por 100 mil habitantes, um montante 1,6 vezes superior ao aumento observado na Região Sudeste que, apesar de seus recursos, viu sua TMP ascender de 21,97 para 46,78 por 100 mil habitantes. Essa diferença salienta a maior vulnerabilidade da Região Norte, onde a combinação de condições socioeconômicas adversas e infraestrutura de saúde mais precária pode ter contribuído para uma maior mortalidade durante a pandemia entre pessoas idosas. Por outro lado, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste — embora também tenham deixado de experimentar aumentos na TMP — têm enfrentado problemas de dificuldades de atendimento, mesmo dispondo de melhor acesso a serviços de saúde, o que, possivelmente, atenuou o impacto da pandemia em suas populações idosas.

No que se refere ao grupo de indivíduos com 80 anos ou mais, a TMP também apresentou elevação em todas as regiões, porém em uma magnitude relativamente menor em comparação com o grupo anterior. No que tange ao excesso de mortalidade para a população de 60 anos ou mais, nota-se disparidades significativas: o Nordeste exhibe o maior número absoluto e percentual de aumento, com 70.594 (70%), em 2020, e 84.523 (61%), em 2021, sugerindo que as mortes decorrentes da interação entre COVID-19 e outras comorbidades são uma realidade agravada nessas regiões, associados a questões de disparidades e desigualdades sociais, em especial do IDH.

O acesso deficiente à água tratada e aos serviços de coleta de esgoto no Norte e Nordeste reforça o cenário de sindemia, na qual a precariedade do saneamento básico acentua as condições para a propagação de doenças infecciosas e não infecciosas. O acesso à água potável não se alterou significativamente entre 2020 e 2021, mas a diferença entre regiões é notável: mais de 40% da população do Norte contra cerca de 8,5% do Sudeste sem acesso à água em 2021. A coleta de esgoto segue a mesma desproporção, com 86% do Norte contra 18,3% do Sudeste sem esse serviço.

O mesmo pode ser dito sobre a insegurança alimentar grave, que aumentou consideravelmente na região Norte, passando de 18,1% para 25,7%, enquanto no Sul o aumento foi de 6% para 9,9%. Isso ilustra como condições econômicas desfavoráveis interagem com resultados de saúde, potencializando os efeitos negativos um do outro. A insegurança alimentar, por exemplo, pode exacerbar condições crônicas e afetar a imunidade, resultando em uma população mais vulnerável à COVID-19 e outras doenças.

Durante o período de 2020 a 2021, o IDHMAD evidenciou uma retração em todas as regiões do Brasil, com variações específicas enfatizando o aprofundamento da desigualdade em resposta à crise da COVID-19. O Norte e o Nordeste, particularmente, viram suas médias de IDHMAD caírem de 0,57 para 0,53 e de 0,55 para 0,52, respectivamente, refletindo os obstáculos acentuados que essas regiões enfrentam, como o acesso limitado a serviços de saúde e educação, além de uma infraestrutura menos desenvolvida.

Em contraste, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que contam com um nível mais alto de desenvolvimento e infraestrutura social, tiveram quedas menos drásticas, indo de 0,65 para 0,62 no Sul de 0,66 para 0,65 no Centro-Oeste e de 0,63 para 0,6 no Sudeste.

A incidência de pelo menos uma doença crônica entre idosos mostra variações regionais, atingindo o pico no Nordeste, com 77,28%, e sendo mais baixa no Sul, onde representa 64,9%. Esse padrão de saúde se estende à autoavaliação da saúde por idosos: no Nordeste, 65,16% a classificam de regular a muito ruim, em contraste com o Sul, onde a taxa cai para 40,68%,

refletindo uma qualidade de vida possivelmente superior ou percepção mais otimista de seu estado de saúde.

Em relação à incapacidade funcional, que reflete dificuldades com ABVD, o Nordeste lidera com 17,37% dos/as idosos/as afetados/as, sugerindo necessidade mais ampla de rede de serviços intersetoriais e assistência na região, a exemplo da tão demandada RENADI. Em comparação, o Sudeste e o Sul mostram um cenário mais favorável, igualmente, 10,48% dos idosos experimentando essas dificuldades. Entretanto, todas as regiões necessitam da reestruturação da Rede de Serviços.

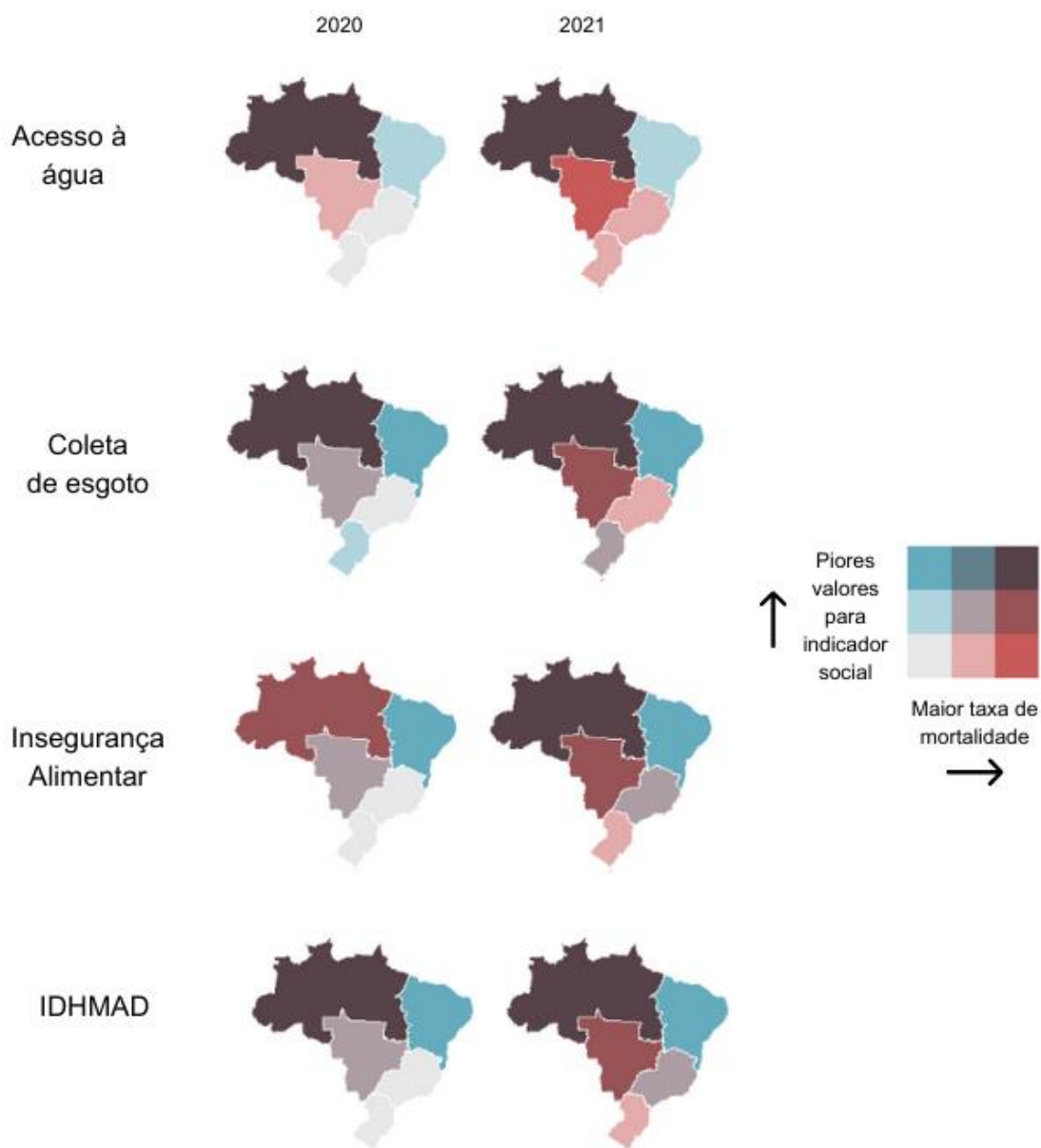
Além disso, as limitações nas ABIVD seguem tendência semelhante, sendo substancialmente mais altas no Nordeste (47,02%), quando colocadas lado a lado com a incidência no Sul, de 29,03%. Na região Norte, a vasta maioria dos idosos, representando 76,72%, não tem acesso a seguro de saúde privado, dependendo exclusivamente do sistema público, apesar das evidentes restrições deste. A situação é preocupante, especialmente quando se considera que mais da metade dos idosos do Norte, ou seja, 53,26%, reportam que os recursos financeiros dos quais dispõem nunca são suficientes, destacando as dificuldades econômicas enfrentadas por este segmento populacional. Tal escassez financeira impacta diretamente a sua capacidade de ter acesso e comprar medicamentos, obter nutrição adequada e acessar serviços de saúde de qualidade, o que aumenta seu risco de doenças crônicas e de infecções como a COVID-19.

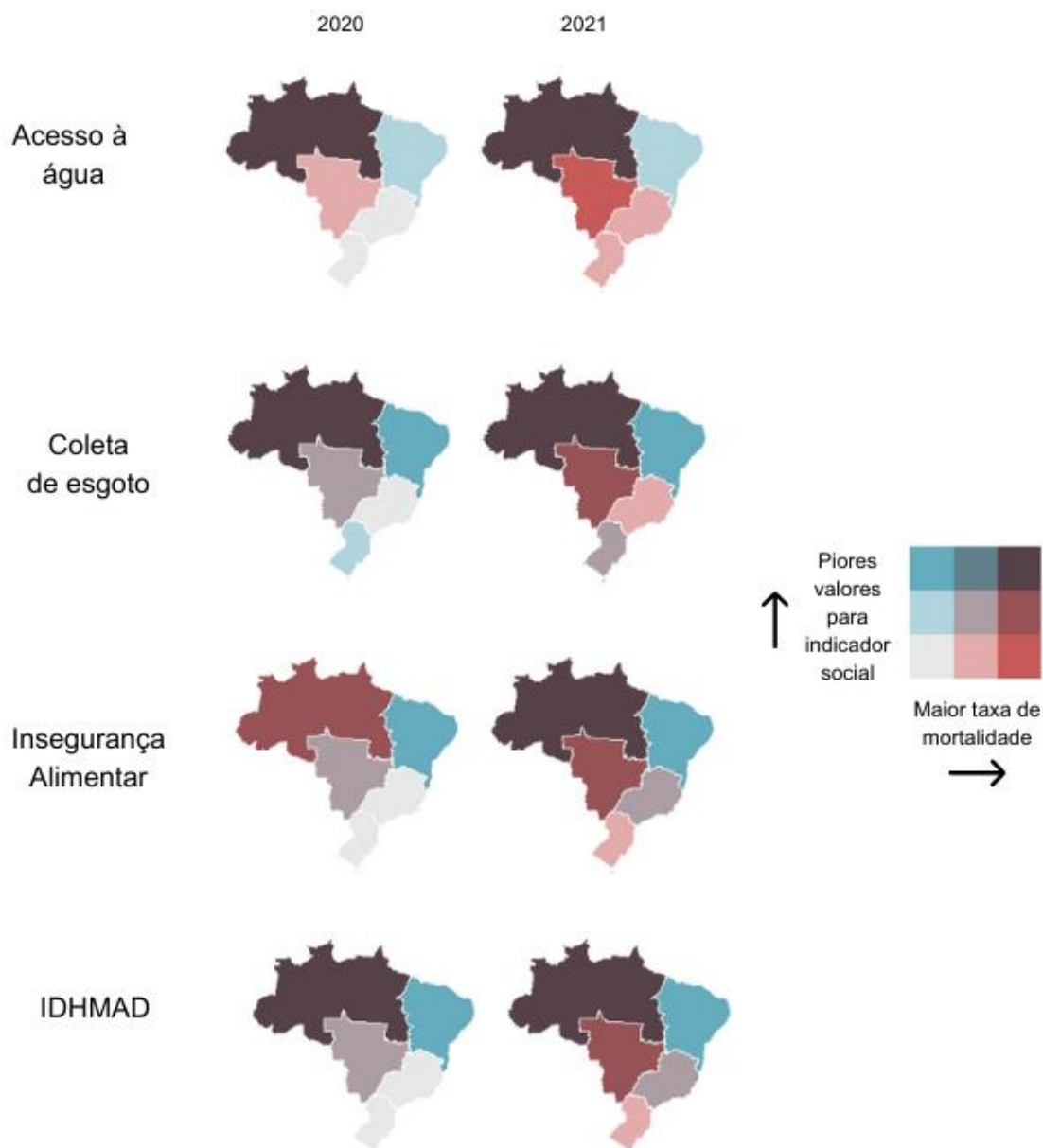
Adicionalmente, nas regiões Norte e Nordeste, o percentual de idosos que relatam dificuldades com a renda, afirmando que essa às vezes (ou nunca) é suficiente, é alarmantemente elevado, atingindo 82,9% no Norte e 71,79% no Nordeste. Tal insegurança econômica se reflete em desafios diretos, como a insegurança alimentar e o adiamento ou inacessibilidade de/a tratamentos médicos vitais, além de limitar a capacidade desses/as idosos/as seguirem medidas preventivas de saúde, tais como a manutenção do distanciamento social e a prática de higiene adequada durante a pandemia.

Em vista disso, constata-se uma interação devastadora entre a pandemia, doenças crônicas e mortalidade, acentuada pelas profundas desigualdades regionais, em termos de acesso a serviços de saúde, saneamento e segurança alimentar, especialmente evidente nas regiões Norte e Nordeste, caracterizando a sindemia. Ou seja, a pandemia intensificou os desafios já enfrentados pelas pessoas idosas em áreas nas quais a falta de infraestrutura de saúde e condições socioeconômicas precárias levam a taxas mais elevadas de mortalidade. Esse panorama de agravamento das desigualdades e a escalada da TMP entre os idosos exige respostas políticas que atendam às particularidades regionais e promovam recuperação

inclusiva e equitativa, sublinhando a urgência de medidas que fortaleçam o sistema de saúde público, a seguridade social e melhorem as condições de vida das populações vulneráveis.

FIGURA 10 – Evidências da Crise Sindêmica - Distribuição Geográfica dos Indicadores Sociais em relação à Taxa de Mortalidade Padronizada por COVID-19 (por 100 mil habitantes), infraestrutura, insegurança alimentar e IDHMAD. Anos 2020-2021





Fonte: elaborada pela autora com dados de IBGE (2022); I e II VIGISAN e do Painel IDHM da Unidade de Desenvolvimento Humano.

Obs.: o eixo vertical (de baixo para cima) representa o gradiente dos indicadores sociais relacionados ao acesso à água, coleta de esgoto, insegurança alimentar e IDHMAD, com a cor azul expondo regiões com resultados menos favoráveis nesses indicadores. Por outro lado, o eixo horizontal (da esquerda para a direita) representa o gradiente das taxas de mortalidade, estando a cor vermelha associada às regiões com taxas mais altas. A combinação desses fatores revela cenários diferentes: regiões totalmente azuis indicam baixa mortalidade, mas piores indicadores sociais; regiões totalmente vermelhas indicam alta mortalidade, mas melhora parcial nos indicadores sociais, se comparados às demais regiões; e a cor marrom-escura representa o pior cenário, com baixos indicadores sociais e alta taxa de mortalidade. Já a cor cinza representa o cenário mais favorável, com melhores indicadores sociais face às demais regiões e à baixa taxa de mortalidade.

Na análise comparativa das macrorregiões brasileiras, os dados representados nos mapas temáticos indicam notável correlação entre os índices sociais e as taxas de mortalidade. Vale destacar que isso é uma comparação entre as macrorregiões; o nível de mortalidade ou os indicadores sociais de uma macrorregião são avaliados em comparação com outras regiões, o

que não implica necessariamente que uma região tenha um índice favorável, mas sim que é relativamente melhor em relação às demais regiões.

A região Norte destaca-se com índices preocupantes em todos os indicadores sociais examinados e, concomitantemente, registra as taxas mais elevadas de mortalidade, sugerindo uma possível interdependência entre as condições socioeconômicas adversas e os desfechos em saúde pública.

Por contraste, as regiões Sul e Sudeste apresentam-se como polos de melhores condições sociais, refletidos pelos índices mais favoráveis nos indicadores avaliados. Associadas a isso, observam-se taxas de mortalidade inferiores quando comparadas às demais regiões, o que pode ser interpretado como reflexo da melhor infraestrutura de serviços de saúde, acesso a recursos básicos e condições de vida.

Notavelmente, a região Nordeste demonstra uma discrepância entre os indicadores sociais e a taxa de mortalidade. Apesar de apresentar índices sociais menos favoráveis, comparáveis aos da região Norte, a taxa de mortalidade é relativamente baixa. Contudo, esse resultado aparentemente contraditório pode ser explicado por diversos fatores que não foram considerados nos indicadores utilizados nesta análise gráfica — como a eficácia da gestão política da crise e o grau de adesão da população às medidas de combate à pandemia. Nesse contexto, o fenômeno da sindemia se revela mais complexo, uma vez que, apesar dos indicadores sociais desfavoráveis no Nordeste, em comparação com outras regiões, parecem existir fatores mitigadores. Entretanto, a diferença entre as regiões Norte e Sul/Sudeste revela uma tendência evidente, na qual os macroindicadores sociais refletem a interação entre a vulnerabilidade social e a crise da pandemia.

A região Norte destaca-se com índices preocupantes em todos os indicadores sociais examinados e, concomitantemente, registra as taxas mais elevadas de mortalidade, sugerindo possível interdependência entre as condições socioeconômicas adversas e os desfechos em saúde pública.

Por contraste, as regiões Sul e Sudeste apresentam-se como polos de melhores condições sociais, refletidos pelos índices mais favoráveis nos indicadores avaliados. Associado a isso, observam-se taxas de mortalidade inferiores na comparação às demais regiões, o que pode ser interpretado como reflexo da melhor infraestrutura de serviços de saúde, acesso a recursos básicos e condições de vida.

Notavelmente, a região Nordeste demonstra discrepância entre os indicadores sociais e a taxa de mortalidade. Apesar de apresentar índices sociais menos favoráveis, comparáveis aos da região Norte, a taxa de mortalidade é relativamente baixa. Contudo, esse resultado

aparentemente contraditório pode ser explicado por diversos fatores que não foram considerados nos indicadores utilizados nesta análise gráfica — como a eficácia da gestão política da crise e o grau de adesão da população às medidas de combate à pandemia. Nesse contexto, o fenômeno da sindemia se revela mais complexo, uma vez que, apesar dos indicadores sociais desfavoráveis no Nordeste em comparação com outras regiões, estima-se haver fatores mitigadores. Entretanto, a diferença entre as regiões Norte e Sul/Sudeste revela uma tendência evidente, na qual os macroindicadores sociais refletem a interação entre a vulnerabilidade social e a crise sindêmica.

À GUIA DE CONCLUSÃO

O objeto desta tese — “paradoxos e desafios do envelhecimento humano brasileiro, expressos na insegurança social decorrente dos efeitos conjugados das crises sistêmica-estrutural do capital e sanitária pandêmica-sindêmica, sob o domínio capitalista neoliberal/neoconservador denominado *nova direita*” — foi investigado e problematizado a partir das seguintes referências: Teoria Biológica e do Ciclo de Vida, consubstanciada em Streher (1959), Papaleo Neto (1996, 2002, 2006); Teoria político-econômica do Envelhecimento, de Walker (1981) e Minkler (1984); e Teoria Social Crítica, pautada em Marx (1975) Foucault (1924), Beauvoir (1970), Debert (2004), Teixeira (2017) e Campelo e Paiva (2012). Teorias essas que, aliadas aos aspectos socioeconômicos da população; aos estudos longitudinais — a exemplo do ELSI (2022) e da PNS-IBGE (2013, 2019) —; às análises da transição demográfica e epidemiológica, consubstanciados em Alves (2022) e Camarano (2023; 2022); bem como as da pandemia e sindemia, realizadas pela Fiocruz (2021, 2022); OMS (2020, 2021); SUS (2020, 2022); do Censo do IBGE (2022) e da OMS (2020, 2021, 2022); dados de orçamento e financiamento da Secretaria do Tesouro Nacional (ME, MF) e do MDS, mediante a Lei de Acesso à Informação, embasaram esta tese. E mais, contribuíram para a explicitação de um arcabouço conceitual compatível com a mudança de paradigma no campo do envelhecimento e da velhice; dos ciclos e curso de vida; da teoria política e econômica e da teoria crítica, a qual gerou mudanças significativas na gerontologia social crítica e nas políticas de atenção às pessoas idosas no Brasil.

A partir da teoria biológica ocorreram o redimensionando e a introdução da avaliação multidimensional e interdisciplinar, respaldada no conceito e na avaliação geriátrica especializada, introduzida por Warren, tornando possível o estabelecimento de limites entre senescência e senilidade; entre o envelhecimento primário e o secundário; e os possíveis processos patológicos mais comuns nas idades mais avançadas — como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) — e suscitar a reflexão crítica entre os determinantes para alcançar o envelhecimento saudável, ativo ou bem sucedido e o envelhecimento comum, para qual classe social; além da verificação dos motivos pelos quais a morbidade e a taxa de mortalidade são maiores entre pessoas idosas do que entre jovens (Neto, 1996).

Por meio de pesquisas longitudinais acerca da vida adulta e da velhice, desviou-se o foco do declínio e da doença para a reflexão de determinantes condicionais para possibilidade (e conquista) do desenvolvimento e envelhecimento em todo o curso de vida, considerando as diferenças de classe social, gênero, raça e etnia. Da mesma forma, tornou-se possível conceber

políticas intersetoriais, atividades essenciais, ações interdisciplinares integradas e redes de apoio à velhice saudável, com vista a otimizar as capacidades cognitivas das pessoas idosas e demais gerações ao longo dos ciclos de vida. Por essa perspectiva a idade e a transição demográfica não constitui o único critério de análise do curso de vida, pois consideram-se determinantes sociais, como: classe social, renda, gênero, trabalho, etnia, profissão, acesso à Seguridade Social e à Educação para avaliar a posição de pessoas e grupos na sociedade.

A Teoria política e econômica do Envelhecimento, segundo Walker (1981) e Minkler (1984), também indica que as diversidades de tratamento e *status* das pessoas idosas podem ser aferidas pela análise das políticas públicas, pelas tendências das políticas econômicas e pelos fatores socio-estruturais. Nela são trabalhados os conceitos de estrangimento estrutural, de controle de recursos sociais, de marginalização e de classe social, visto que a articulação e a interação entre forças econômicas e políticas e o *status* das pessoas idosas medeiam os critérios de alocação dos recursos destinados às políticas públicas. E avalia-se a aposentadoria das pessoas idosas como decorrência das mudanças industriais, tecnológicas e da divisão social do trabalho.

A Teoria Social Crítica aborda o envelhecimento humano em sua totalidade dialética, isto é, por um ângulo que fundamenta a gerontologia social crítica, orientada pela lógica e pelo método materialista e histórico, que engloba, contraditoriamente, estrutura e história. Trata-se de uma teoria que visa conhecer para transformar e cuja natureza emancipatória postula, para tanto, o atendimento das necessidades sociais. Discute o processo de envelhecimento e suas contradições em sociedades de classes.

Para Beauvoir a pessoa idosa — ou o processo de envelhecimento na sociabilidade capitalista — perde a sua vinculação com o valor de uso; é excluída pois não gera mais-valia, tendo valor apenas como consumidora. Por isso, ela pede à sociedade que denuncie a invisibilidade e realidade concreta da conspiração do silêncio sobre a velhice. Por isso, Haddad(1986-2016), Teixeira (2008) e Campelo e Paiva (2012) analisam o envelhecimento humano na sociabilidade do capital, na perspectiva da totalidade, demonstrando que o trabalhador, a pessoa idosa é desumanizada pelo capital e transformada em peso morto na velhice pois em sua maioria não gera mais valia; entretanto, na atualidade, o trabalhador continua seu processo de explorado, quando aposentado, tem sustentado suas famílias, filhos e netos desempregados com parcos benefícios previdenciários, assistenciais ou pensões e/ou com seu retorno forçado ao mercado de trabalho.

Na sociabilidade capitalista tais procedimentos estão relacionados à ditadura do trabalho abstrato — produtor de mais-valia e de degradações humano-sociais. Tem-se, desse modo, um

sistema que instaura relações desumanizadas e reduz o trabalhador à coisa, não apenas pela desvalorização de suas necessidades, mas também por configurar uma sociabilidade geradora de pobreza, populações excedentes e os ‘inúteis’ para o capital, principalmente quando a força de trabalho se desgasta e envelhece.

Nessa perspectiva, apreende-se, mediante achados e evidências da tese, a velhice concebida pelas autoras acima referenciadas e demais pesquisadores enquanto produção social — ou seja, determinada dentre outros fatores, pelas relações sociais de produção e reprodução do capital no curso da existência — que reflete nas condições de vida, saúde e trabalho de frações da classe trabalhadora. Discute-se essa concepção aliada à dos determinantes da teoria biológica e do ciclo de vida, conforme Streher (1959) e Papaleo Neto (2006), evidenciando os achados da tese expressos na análise e cobertura das políticas de previdência social, assistência social, saúde, trabalho. Além de na transição epidemiológica, nas contrarreformas da previdência social e do trabalho, na aplicação do fundo público, nas condições de pobreza e desigualdade social, também identificadas na configuração da COVID-19, evidenciada cientificamente como sindemia, e nos índices de desenvolvimento humano ajustados as desigualdades sociais (IDHAD), por região do país.

A perspectiva crítica, de filiação marxiana, também se faz presente em autores que subsidiaram teoricamente a análise desta tese acerca dos Sistemas de Proteção Social, as Políticas Sociais, a Seguridade Social, o Fundo Público; análise essa que enfatiza a categoria analítica “contradição dialética”, cuja característica é a de não ser exclusivamente positiva ou negativa, mas positiva e negativa ao mesmo tempo, a depender da correlação de forças em presença (Pereira-Pereira, 2002, 2010, 2020; Pereira, 2016, 2020; Fagnani 2019; Salvador, 2010, 2020).

No que concerne à *Nova Direita*, a tese pautou-se principalmente em Pereira (2016, 2020), Pereira-Pereira (2019, 2020), Miller (1999), Gamble (1994) e Brown (2019), os quais explicitam que tal ideologia se configura a partir dos anos 1970 e, segundo Pereira-Pereira e Pereira, foi agudizada no Brasil a partir de 2016, desvelando o amalgama dos aspectos mais radicais e neodireitistas do neoliberalismo e do neoconservadorismo contra o Estado Democrático de Direito e a igualdade substantiva, dentre outras afrontas à democracia. A Política Social rompe com seu *ethos* solidário e passa a se guiar por um paradigma egocêntrico para atender interesses de lucro do capital portador de juros, em especial das grandes corporocracias. O Estado transmuta de Estado Social para Estado Penal, com o agravamento da violência estrutural e de práticas genocidas e necropolíticas, e transfere a maioria de suas

competências para as famílias e, dentro destas, para as mulheres no exercício da função de cuidados.

Conforme Salvador (2010, 2020), experimenta-se ajustes fiscais permanentes, com reformas tributárias regressivas e a aplicação do Fundo Público em negócios de interesse do capital portador de juros, às expensas da satisfação das necessidades humanas. As contrarreformas trabalhista e previdenciária são dissociadas do investimento em emprego decente e em educação permanente em todos os ciclos de vida. Tais medidas conduzem as pessoas idosas (60 anos e mais), assim como as em idade consideradas economicamente ativa (15-59 anos), à perda de perspectiva de alcançarem um envelhecimento digno com aposentadoria, pois as regras impostas pela EC nº 06/2019 — com exceção dos militares — inviabiliza essa possibilidade face aos indicadores de permanência de 40 anos consecutivos de vida laboral no mercado formal e a fragilidade do mercado de trabalho.

Quanto à análise da crise estrutural do capital, apoiou-se em Mézszaros (2017), isto é, em seus ensinamentos sobre o avanço destrutivo da força metabólica do capital contra o meio ambiente e a classe trabalhadora. Isso porque, quanto mais aumentam a competitividade e a concorrência intercapitais, mais nefastas tornam-se as consequências que redundam na destruição da força humana que trabalha e na degradação do meio ambiente. Para Piedade e Pereira-Pereira (2016, p. 53), essa situação ocorre

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

Essa compreensão da realidade auxiliou na confirmação da hipótese de trabalho como recurso heurístico desta tese, a saber, a de que a legislação referente à proteção e à defesa dos direitos da pessoa idosa tem se expandido no Brasil e mundialmente como expressão da luta de frações da classe trabalhadora, mas sob o paradoxo entre o formal e o real, agravado pelo avanço da Nova Direita; pela não aceitação das possíveis mudanças de paradigmas relacionados ao trato da velhice; pelas contrarreformas sociais e ameaças à democracia; pelo acirramento planetário da desigualdade social, agravada pela intercorrência das crises estrutural e sistêmica do capitalismo e sanitária pandêmica-sindêmica da COVID-19, ratificados ainda pelos indicadores da sindemia em curso.

Os achados da pesquisa sinalizam a magnitude dos desafios que o Brasil deverá enfrentar para responder aos bônus demográficos em curso, à Década do Envelhecimento

Saudável, à Década do Envelhecimento Sustentável e às Metas da V Conferência do Plano Mundial do Envelhecimento (2022), da qual o Brasil é signatário, além das demandas e necessidades expressas nas quatro Conferências Nacionais de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas no Brasil.

Para aprofundar o conhecimento e mapear os desafios do envelhecimento face à sindemia no Brasil, acirrada pela desigualdade social e por práticas genocidas e necropolíticas nos governos da Nova Direita, tornou-se crucial considerar as seguintes áreas de intervenção presentes na estratégia da Década do Envelhecimento Saudável, de 2021 a 2030: i) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento (Ação I); ii) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas (Ação II); iii) entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde concentrados na pessoa e adequados à pessoa idosa (Ação III); e iv) propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem (Ação IV), juntamente com a busca dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável — especialmente no que se refere à Boa Saúde e Bem-estar (ODS 3); à Redução das Desigualdades (ODS 10) e à Ação Contra a Mudança Global do Clima (ODS 13); além das metas estabelecidas pela quinta Conferência de seguimento do Plano Mundial do Envelhecimento. Destaca-se ainda a necessidade de relacionar a intrincada interação entre saúde pública, seguridade social, demografia e desigualdades socioeconômicas à ideologia que molda as políticas sociais, bem como lutar pela mudança da estrutura tributária e de financiamento do fundo público para a seguridade social no contexto da Nova Direita.

Esta análise ressalta a necessidade urgente de uma abordagem abrangente e interdisciplinar, capaz de abarcar tanto os determinantes quanto as consequências das crises conjugadas que, atualmente, assolam o Brasil e o mundo.

O conceito de sindemia se aplica ao Brasil, onde as crises em curso e as desigualdades sociais convergem sinergicamente, afetando o envelhecimento populacional dessa e das demais gerações. A pandemia de COVID-19, em concomitância com doenças crônicas, insegurança alimentar, deficiências no saneamento básico e baixos índices de desenvolvimento humano, ilustra essa interação complexa. Nesse cenário, as políticas relacionadas ao envelhecimento saudável e à promoção do bem-estar em todas as fases da vida tornam-se fundamentais (Área de Ação I e ODS 3). O envelhecimento desprovido de políticas sociais integradas e intersetoriais, particularmente na atenção básica e primária de saúde, com foco na prevenção, expõe as pessoas idosas e de demais gerações ao aumento de doenças crônicas degenerativas. Nessa perspectiva, reitera-se a importância do cuidado contínuo e integrado com prioridade na

atenção básica, alinhado às áreas de ação e aos objetivos estabelecidos pela ONU, com adesão dos países em desenvolvimento para esta década (Áreas de Ação III e IV).

A necessidade de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro e de equidade no acesso a serviços vitais em todos os ciclos da vida, conforme preconiza o ODS 3, torna-se premente em todas as regiões do Brasil, mas particularmente no Norte e Nordeste do país. Nessas regiões observou-se um incremento notável nas taxas de mortalidade entre a população idosa durante a crise da COVID-19, refletindo um quadro de desigualdades marcantes no acesso e na qualidade da assistência à saúde e demais políticas sociais. Tal contexto evidencia ainda a maior susceptibilidade das pessoas idosas aos impactos sinérgicos da sindemia, intensificada pela deficiência em saneamento básico, pela prevalência de insegurança alimentar e pelos baixos índices de desenvolvimento humano.

A inclusão social e econômica, promovida pelo objetivo de redução da desigualdade dos ODS, emergiu como um eixo crítico das políticas públicas no Brasil, no contexto da Nova Direita. Estratégias voltadas à promoção da igualdade de oportunidades figuraram como essenciais à redução do impacto das desigualdades regionais e à mitigação da sindemia ainda em curso no Brasil, a qual poderá ser potencializada por outras pandemias. Relatos de insuficiência de renda entre pessoas idosas evidenciam a importância de políticas que se somem ao cuidado em saúde, tais como a de assistência social e de direitos humanos integrados, com vista à segurança econômica e à melhoria da saúde, bem como o enfrentamento do processo de trabalho degradante e precarizado imposto pelo capital às pessoas idosas dessa e das demais gerações. É crucial mudar as relações de trabalho precarizado e degradante, bem como garantir emprego, trabalho digno e educação crítica em todas as fases da vida.

As disparidades regionais, no tocante à mortalidade e à prevalência de doenças crônicas entre a população idosa brasileira e as demais gerações, requerem o desenvolvimento de intervenções locais específicas. A adequação das políticas de seguridade social, infraestrutura e saúde pública às distintas realidades socioeconômicas e demográficas de cada região é essencial para o enfrentamento eficaz. Tal procedimento é passo fundamental para a prevenção e a promoção de uma velhice digna e com acesso aos direitos sociais previstos na Política Nacional do Idoso e no Estatuto da Pessoa Idosa.

Integrar as metas de redução de desigualdades com as ações de enfrentamento à questão da mudança climática é essencial para uma política de saúde pública inclusiva e sustentável. A intersecção entre a infraestrutura adequada e a sustentabilidade ambiental é vital para o bem-estar da população, em especial a idosa e demais grupos em estado de vulnerabilidade social. Investimentos em resiliência climática e melhorias no saneamento e no acesso à nutrição

adequada, além do trabalho digno, são indispensáveis à proteção e à promoção de comunidades sustentáveis.

Outrossim, é clara a importância de se incluir no capítulo da Seguridade Social da Carta Magna brasileira um quarto pilar, configurado como Política de Cuidados de Pessoas, como trabalho digno e de correspondente remuneração adequada, e ainda o cuidado com o Meio Ambiente, além da Educação Política e Cidadã nos vários níveis de ensino brasileiro. Aí inclusas as universidades, mediante regulamentação do artigo 22 do Estatuto da Pessoa Idosa e fortalecimento das competências dos Conselhos de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas nos três níveis de governo, favorecendo a consciência social, a mobilização e a organização de frações da classe trabalhadora para implementar as políticas sociais na ótica dos direitos, com financiamento adequado, com vistas a garantir a emancipação política e a emancipação humana.

A avaliação conjunta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e das Estratégias para o envelhecimento saudável revela que esses esforços são interdependentes e têm o potencial de fortalecer a resposta brasileira à sindemia em curso. Políticas que fortaleçam a infraestrutura da saúde, da educação, da assistência social, do trabalho digno e da previdência — seja nas zonas urbana e rural, seja nas favelas, localidades ribeirinhas, indígenas, quilombolas — são vitais para a reversão do atual de Estado Penal para Estado Social, confrontando a ideologia da Nova Direita, desde que inicie com cobertura para todos. Esta abordagem reconhece a interligação entre satisfação das necessidades humanas, educação cidadã, trabalho digno, direito social e sustentabilidade socioambientais como pauta da luta da classe trabalhadora pela emancipação política, ora fragilizada face às conquistas anteriormente asseguradas, como um contraponto ao privilegiamento do mercado.

No que diz respeito ao bem-estar social da população idosa brasileira, as evidências apontam para a negligência de diversas áreas — especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, que apresentam os piores indicadores no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Ajustado às Desigualdades (IDHMAD), além de resultados alarmantes em insegurança alimentar, saneamento precário e renda domiciliar insuficiente. Em se tratando de doenças crônicas, essas regiões exibem percentuais praticamente equivalentes aos das regiões Centro-Oeste ou Sudeste que, por sua vez, desfrutam de melhores IDHMAD, menor prevalência de insegurança alimentar e melhores índices de saneamento. Da mesma forma, o panorama é similar quanto às dificuldades nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) ou nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Nesse quesito, na região Norte, a sindemia assume dimensão ainda mais preocupante, dada à alta taxa de mortalidade por COVID-19, que se destaca como a mais elevada entre as cinco regiões do país.

Estas questões merecem análise crítica e implementação de políticas integradas e intersetoriais face, à gravidade da sindemia em curso, bem como outras pandemias que poderão surgir em consequência dessas iniquidades e desigualdades sociais.

Evidencia-se, ainda, que o trato do Envelhecimento nos países em desenvolvimento pautam-se pela cartilha neoliberal e neoconservadora do FMI e do BM, bem como da maioria dos especialistas da área econômica e de alguns demógrafos que analisam a Seguridade Social — e particularmente a Previdência Social — pelo ângulo exclusivo da receita e da despesa, com forte ranço etarista-estrutural; sem a análise transparente da composição das receitas e despesas do fundo público, especialmente das desonerações de impostos a grupos privilegiados e dos encargos, juros e amortização da dívida pública no Brasil, nunca auditada.

Por conseguinte, no que diz respeito às ações previstas na Estratégia da década do envelhecimento saudável, de 2021 a 2030, e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Brasil não está implementando políticas voltadas para o envelhecimento saudável da atual e das futuras gerações, tampouco planejou ou vem planejando dar respostas aos bônus demográficos em curso; pois, com a transição demográfica, o envelhecimento populacional avançou, gerando o fim do 1º bônus, previsto para 2037, quando o país deveria investir em educação, trabalho digno e infraestrutura de saneamento e habitação, além da seguridade social ampliada. Há ainda a possibilidade de ocorrer um 2º bônus, denominado *bônus da produtividade*, o qual exige dos países o investimento em educação, saúde, políticas decentes de pleno emprego, ciência e tecnologia, além de mudanças nas formas de produção e consumo; e um 3º bônus, denominado *bônus da longevidade*, que requer investimentos na saúde primária, na educação, na tecnologia e no trabalho digno para o alcance de um envelhecimento saudável e ativo, mesmo em uma estrutura etária envelhecida prevalescente.

Com efeito, o Envelhecimento saudável, digno e cidadão constitui um dos maiores desafios do século XXI; para alcançá-lo seria condição necessária a mudança do modo de produção, além da garantia de Seguridade Social ampliada, com o rompimento da super exploração de trabalho (em especial para frações da classe social trabalhadora), uma vez que esta vem comprometendo a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, o seu processo de envelhecimento.

Todavia, mesmo com os bônus demográficos em curso, com o declínio da pandemia da COVID-19, mas também com evidências do acirramento da sindemia e da desigualdade social — com avanços do genocídio e da necropolítica, da falta de recursos humanos e financeiros para implementar os serviços e programas que integram a Rede Nacional de Proteção de Defesa de Direitos das Pessoas Idosas (RENADI), assegurados na PNI e no Estatuto da Pessoa Idosa

—, não se vislumbra, no Brasil, nenhum Plano Nacional Intersetorial e Intergovernamental que busque responder às necessidades do Envelhecimento dessa e das demais gerações com tal dimensão, embora seja urgente a sua construção e implementação, cuja competência formal é do Estado, com participação da sociedade civil, em especial da classe trabalhadora.

Nessa perspectiva, tem-se essa competência alocada na Secretaria Nacional de Direitos Humanos do Ministério de Direitos Humanos e Cidadania (MDHC) — em articulação com os Ministérios setoriais, demais poderes da república, participação da sociedade civil, universidades, a partir das propostas de frações da classe social trabalhadora, sindicatos, movimentos sociais —, mediante aprovação, deliberação e observância do respeito ao controle democrático do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas (CNDPI) e do cumprimento das legislações em vigor, que garantem formalmente dignidade as pessoas idosas.

Há, em seu lugar, negligências institucionais quanto à criação de oportunidades e garantias de direitos para a promoção da saúde e da seguridade social com financiamento adequado em todas as fases da vida, trabalho e emprego digno, ao mesmo tempo em que não estão sendo disponibilizadas as ferramentas necessárias o seu cumprimento, a saber: fortalecimento da democracia participativa, dos conselhos de defesa de direitos das pessoas idosas em lei; financiamento público; recursos humanos capacitados e acesso equitativo à Rede Nacional de Proteção e Defesa de Direitos às Pessoas Idosas (RENADI) — previsto na Política Nacional do Idoso —, no Estatuto da Pessoa Idosa e na Convenção Interamericana de Direitos Humanos dos Idosos, e que potencializem as capacidades das pessoas idosas e das demais gerações ao longo de sua trajetória de vida, abrangendo áreas como saúde, proteção social, transporte, moradia, educação, previdência, trabalho e emprego não precarizado, entre outras. Além de não se abordar a necessidade de revogar a última contrarreforma trabalhista e previdenciária. Pelo contrário, alguns economistas neoliberais e neoconservadores, leia-se da nova direita, que seguem na íntegra a cartilha do FMI e do Banco Mundial já estão divulgando a necessidade de uma nova contrarreforma previdenciária, pautada na pseudo insustentabilidade do sistema previdenciário, sem discutir a aparência e a essência da aplicação do Fundo Público e do Sistema Tributário Brasileiro, nem mesmo a ampliação da desigualdade social e a violência estrutural em curso no Brasil.

Em suma, a busca pelo envelhecimento saudável, digno e cidadão requer a implementação de políticas destinadas a combater as desigualdades em todos os setores, fortalecer a seguridade social ampliada, implementar ações e políticas voltadas à economia política eco-social (EPES), além de inverter a pauta de prioridades centrada na rentabilidade econômica do mercado para outra, centrada na satisfação das necessidades humanas, com forte

mobilização, organização das pessoas idosas de frações da classe trabalhadora, desta e das demais gerações, pela busca da garantia da emancipação política, na perspectiva da emancipação humana.

REFERÊNCIAS

I. Livros, artigos e outra publicações

ABIGALIL, A. P. de C. **Desafios do envelhecimento ativo face à reestruturação e ao desfinanciamento da seguridade social no Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

ABRUCIO, F.; RODRIGUES, R. V.; MILANELLO, T. R. S.; MELO, Y. M. Ascensão e crise do Sistema de Assistência Social (SUAS) no federalismo brasileiro. **Katálisis**, v. 26, n. 2, p. 243-254. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/372413355_Ascensao_e_crise_do_Sistema_de_Assistencia_Social_SUAS_no_federalismo_brasileiro.

ACHENBAUM, W. A. **Crossing frontiers: gerontology emerges as a science**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

ALVES, J. E. D. **Demografia e economia nos 200 anos da independência do Brasil e cenários para o século XXI**. Rio de Janeiro: ENS, 2022.

ALVES, J. E. D. O Bônus Demográfico: população total e população em idade ativa. **Eco Debate**, 12 nov. 2021. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2018/11/12/o-bonus-demografico-populacao-total-e-populacao-em-idade-ativa-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves>. Acesso em: out. 2020.
an.2021content/uploads/2020/05/SEI_MS_0014908369_Nota_Tecnica_articulacao_SUS_SUAS_acolhimento_idosos.pdf. Acesso em: 5 jun. 2020.

ARTICULAÇÃO PARA O MONITORAMENTO DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL (AMDH). **Violações de direitos humanos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil**. [S.l.]: AMDH, 2021. Disponível em http://monitoramentodh.org.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2021/05/INFORMATIVO-Viola%C3%A7%C3%B5es-de-Direitos-Humanos-no-Contexto-da-Covid-19-no-Brasil-1.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (ANFIP). Fundação ANFIP de estudos tributários e da seguridade social. **Análise da Seguridade Social 2022**. Brasília: ANFIP, 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS IDOSAS E COM DEFICIÊNCIA (AMPID). **Nota de Repúdio contra o Decreto n. 9.759, de abril de 2019**. Extingue os Conselhos de Defesa de Direitos. [S.l.]: AMPID, 2019. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/ampid-divulga-nota-de-repudio-contr-o-decreto-9-759-de-11-de-abril-de-2019-que-extingue-conselhos-de-direitos>. Acesso em: 17 dez. 2020.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM**: metodologia. [S.l.:s.e.], [s.d.]. Disponível em: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AHWsj%2DUGXcU7LKE&id=124653557C0404EC%2122849&cid=124653557C0404EC&parId=root&parQt=sharedby&o=OneUp>. Acesso em: 3 nov. 2023.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Relatório Específico de Auditoria Cidadã da Dívida n.º 1/2013**. Exame Específico referente à contabilização de parte dos juros nominais como se fossem amortizações. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2013/11/parecer-acd-1-versao-29-5-2013-com-anexos.pdf>. Acesso em: 12 set. 2023.

BALTES, P. B. In the imcomplete archicture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **American Psicologist**, v. 52, n. 4, p. 366-380.

BALTES, P. B. **Interactive Minds**. Life -Span Perspectives on the Social Foudation of Cognition. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of the span developmental psychology; On the dynamics between growth and decline. **Developmentel Psychology**, v. 23, n. 61, 1987.

BANCO MUNDIAL (BM). **Envejecimientos sin crisis**: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/es/204101468190731858/pdf/135840PUB00SPANISH00Box074505B0PUBLIC0.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BANCO MUNDIAL (BM). **Reducción de la pobreza**: círculos virtuosos y círculos viciosos. Washington: Oxford University Press, 2006. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/952741468276883172/pdf/353480PUB00SPA00Box0361520B0PUBLIC0.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

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

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BOBBIO, N. **Igualdade e liberdade**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 3. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 7. ed. rev. ampl. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres/UNB, 2006.

BRADBURY, L. C. S. Estados liberal, social e democrático de direito: noções, afinidades e fundamentos. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1252, 5 dez. 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/9241>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL, Atlas. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2023. Metodologia. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/painel-idhm>; <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BRASIL, Atlas. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Metodologia. Disponível em: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AHWsj%2DUGXcU7LKE&id=124653557C0404EC%2122849&cid=124653557C0404EC&parId=root&parQt=sharedby&o=OneUp>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações do Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/05/orientacoes-ministerio-da-saude-cloroquina-20-mai-2020.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Nota Informativa nº 1/2023: As mulheres negras no trabalho de cuidado**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/Secretarias/SNCF/Arquivos/Nota%20Informativa%20N1%2022.03.23.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2023.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

BÜHLER, C. The curve of life as studied in biographies. **The Journal of Applied Psychology**, v. 19, n. 4, p. 405-409, 1935.

CAMARANO, A. **Dinâmica Demográfica e pandemia**: como andara a População Brasileira. [S.l.]: IPEA, 2023.

CAMARANO, A. **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

CAMARANO, A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A.; PASINATO, M. T. **Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus**: órfãos ou novos pobres? Rio de Janeiro: IPEA, 2020. [Nota Técnica nº 81].2022

CAMPANHA NACIONAL PELO DIREITO À EDUCAÇÃO. PEC Orçamento de Guerra: a absurda priorização do Mercado Financeiro no Contexto de Pandemia. **Alerta público**, 13 abr. 2020, Disponível em: <https://campanha.org.br/noticias/2020/04/13/pec-do-orcamento-de-guerra-absurda-priorizacao-do-mercado-financeiro-no-contexto-da-pandemia>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CARSTENSEN, E. Socioemotional selectivity theory social activity in life- span context. **Annual Review Gerontology and Geriatrics**, n. 11, p. 195-217, 1991.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia?** São Paulo: Brasiliense, 2008.

CHESNAIS, F. **As dívidas ilegítimas**: quando os bancos fazem mão baixa nas Políticas Públicas. Portugal: Círculo de Leitores, 2005.

COLL, L. Brasil vive democracia de fachada. **Unicamp.com.br**, 21 set. 2022, 11:06. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2022/09/21/brasil-vive-democracia-de-fachada-diz-luiz-felipe-miguel>. Acesso em julho de 2023.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), **Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3)**. Santiago: CEPAL, 2022. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>. Acesso em: mar. 2023.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Panorama Social da América Latina**: resumo executivo (LC/PUB.2021/18). Santiago: CEPAL, 2022.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). **Derechos de Las Personas mayores**: retos para la interdependência y autonomia. Cuarta Conferência Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores em América Latina y Caribe. Asunción: [s.e.], 2017.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). **Derechos de Las Personas mayores**. Retos para la interdependencia y autonomía. Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores em América Latina y Caribe. Asunción, jun. 2017.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). **Estratégia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**. Santiago: CEPAL, 2004.

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DO SENADO FEDERAL DESTINADA A INVESTIGAR A CONTABILIDADE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (CIPREV) **Relatório Final**. [S.l.]: CIPREV, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/539169/RF_CPI_previdencia_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: jan. 2023.

CONFERENCIA Interamericana de Seguridad Social, 2018. Disponível em: <https://ciss-bienestar.org/nosotros>.

CONFERÊNCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDADE SOCIAL (CISS). **Cooperação Técnica com a Previdência Social e Trabalho**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/acordos-internacionais/cooperacao-tecnica>. Acesso em: out. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 38, de 11 de maio de 2020**. Recomenda ao Ministério da Saúde a inclusão das Instituições [...]. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1168-recomendacao-n-038-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 25 mai. 2020.

CORTE, B. Ageísmo, o mal do século: repercussões psicológicas. **Portal do Envelhecimento**, 20 out. 2020. Disponível: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/ageismo-o-mal-do-seculo-repercussoes-psicologicas>. Acesso em: 20 ago. 2021.

COSTA, M. F. **Estudo sobre o Perfil da População Idosa no Brasil**. Minas Gerais: Fiocruz, Ministério da Saúde, 2018.

CRUZ, C. **Competências e habilidades**: da proposta à prática. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

CUMMING, E.; HENRY, W. **Envelhecendo**: o processo de desengajamento. New York: Basic Books, 1961.

DANNEFER, D. A liberdade não é de graça: poder, alienação e as consequências da ação. *In*: BRANDTSTÄDTER, J.; LERNER, R. M. **Ação e autodesenvolvimento**: teoria e pesquisa ao longo da vida. [S.l.:s.e.], 1999. p. 105-131.

DE RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Psicologia em Estudo**, v. 4, n. 14, p. 767-776, 2009.

DEAN, M. **Governing societies**. Political perspectives on domestic and international rule. Berkshire: McGraw-Hill, 2007.

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

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. **Tutela Provisória de Urgência, de 26 de outubro de 2016**. Brasília, DF, 26 out. 2016. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-df-edpu-recorrem-a-justica-para-garantir-direitos-de-segurados-do>

DE SORDI, Denise N. **Reformas nos programas sociais brasileiros**: solidariedade, pobreza e controle social (1990-2014). 2019. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

DIEHL, M. Self-development in adulthood and aging: the role of critical life events. *In*: RYTT, C.; MARSHALL, U. W (eds). **The Self and Society in Aging Processes**. New York: [s.e.:s.d.].

DINIZ, D; CARINO, G. A necropolítica como regime de governo: o próprio funcionamento dos Estados da América Latina promove em muitas ocasiões políticas da morte. **El País Brasil**, 16 jul. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/09/opinion/1562688743_395031.html. Acesso em: 30 jul. 2021.

DOWD, J. Aging as exchange: a preface to theory. **Journal of Gerontology**, v. 38, n. 5, p. 584-594, 1975.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova, Revista de Cultura e Política**, n. 35, 1995.

EUROPEAN COMMISSION. **Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)**. Brussels: European Commission, 2015.

FAGNANI, E. *et al.* Justiça Fiscal é possível: subsídios técnicos para o debate democrático. *In*: FAGNANI, E (org.). **Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas**. Brasília: ANFIP; FENAFISCO, 2018.

FAGNANI, E. **Previdência: o debate desonesto**. Subsídios para a ação social e parlamentar: pontos inaceitáveis da reforma de Bolsonaro. São Paulo: Contracorrente, 2019.

FAJARDO, G. Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento" de Banco Mundial. **Salud Pública de Cuernavaca**, México, v. 38, n. 6, p. 547-548, nov./dez. 1996. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638617>. Acesso em: dez. 2018.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 6-21, jan./jun. 2014.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS SINDICATOS DE TRABALHADORES EM SAÚDE, TRABALHO, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (FENASPS). **Uma bomba-relógio chamada INSS: a urgente e necessária reestruturação da maior autarquia pública da América Latina: Diagnóstico e propostas da FENASPS à Equipe de Transição do Governo Lula**. [S.l.]: FENASPS, 2022. Disponível em: https://fenasps.org.br/wp-content/uploads/2022/12/diagnostico.propostas.inss_equipe.transicao.lula-anexos-fenasps_dez2022.pdf. Acesso em: jun. 2023.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 4. ed. São Paulo: Global, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Influência da idade na efetividade e duração da proteção nas vacinas Oxford/AstraZeneca e CoronaVac. **Agência Fiocruz**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-estudo-analisa-influencia-da-faixa-etaria-na-efetividade-de-vacinas>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **INFO Gripe Boletim Semanal: semana epidemiológica, 06 de 2021**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47813>. Acesso em: 7 jul. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Nota técnica: análise de efetividade da vacinação da COVID-19 no Brasil para casos de hospitalização ou óbito. **Observatório Covid: informação para ação**. 9 jul. 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_efetividade_vacinas.pdf. Acesso em: 7 ago. 2021.

GENTIL, D. **A Falsa Crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil: uma análise financeira do período 1990 – 2005**. Artigo apresentado ao Congresso Trabalhista Brasileiro realizado entre 7 e 11 de fevereiro de 2007, em Brasília.

GERBELLI, Luiz Guilherme. Envelhecimento dos brasileiros afeta crescimento e pressiona gastos públicos. **G1.globo.com**, 17 jan. 2019, 06:00. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/01/17/envelhecimento-dos-brasileiros-afeta-crescimento-e-pressiona-gastos-publicos.ghtml>. Acesso em: out. 2023.

GOLDANI, Ana Maria. “Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros”. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos eiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 75-114.

GOUGH, Ian. **Heat, greed and human need: climate change capitalism and sustainable wellbeing**. Cheltenham (UK): Edward Elgar Publishing, 2017.

HADDAD, E. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 2010.

HAVIGHURST, R. J. Uma perspectiva sócio-psicológica sobre o envelhecimento. **O gerontologista**, n. 8, v. 2, p. 67-71, 1968. <https://doi.org/10.1093/geront/8.2.67>.

HAYFLICK, L. The cellular basis for biological aging. In: FIRCH, C. E.; HAYFLICK, L (eds.). **Handbook of the biology of aging**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1975; 1977. p. 159-86

HEMERIJCK, A. Revolução Silenciosa do Paradigma de Investimento Social. do Paradigma de Investimento Social. In: RODRIGUES, P; SANTOS, I (org.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec, 2017.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX. 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOFFMAN, C. **Envelhecimento e Qualidade de Vida dos Idosos**. Apresentação em Seminário de Capacitação. [S.l.]: COSAPI; MS, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agenciadenoticias.ibge.org.br**, 27 dez. 2023, 11:30. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 3 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Quarto Trimestre de 2022**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2022_4tri.pdf. Acesso em: 21 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. [S.l.]: IBGE, 2019. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021**. [S.l.]: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (3º trimestre de 2020)**. [S.l.]: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD COVID19**. nov. 2020. Resultado mensal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101778.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD Contínua (PNADc) 5ª visita (2022)**. [S.l.]: IBGE, 2022. Disponível em: [https://br.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211BR105G0&p=Atualiza%C3%A7%C3%A3o+dos+microdados+de+5%C2%AA+visita+de+2016+a+2019+para+incorporar+a+nova+estrutura+de+pondera%C3%A7%C3%A3o+da+pesquisa+\(Nota+t%C3%A9cnica+04%2F2021\).+16%2F09%2F2022+-](https://br.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211BR105G0&p=Atualiza%C3%A7%C3%A3o+dos+microdados+de+5%C2%AA+visita+de+2016+a+2019+para+incorporar+a+nova+estrutura+de+pondera%C3%A7%C3%A3o+da+pesquisa+(Nota+t%C3%A9cnica+04%2F2021).+16%2F09%2F2022+-). Acesso em jun. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030**. [S.l.]: IBGE, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência, 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: jun. 2023.

INSTITUTO TRATA BRASIL (ITB). **Painel Saneamento Brasil do Instituto Trata Brasil (ITB) 2023**. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/painel-saneamento-brasil>.

ISHIBASHI, G. A.; BARBOSA, M. E. C; LIMA-SILVA, T. B. COVID-19, idosos e desigualdades sociais: uma reflexão. *Supera: ginástica para o cérebro. Método Supera*, 12 dez. 2020. Disponível em: <https://metodosupera.com.br/covid-19-idosos-e-desigualdades-sociais-uma-reflexao>. Acesso em: 15 jun. 2021.

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. *In: FREITAS, E. V. et al. (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 13-19.

JESSOP, Bob. **El futuro del Estado capitalista**. Madrid: CATARATA, 2008.

JESSOP, Bob. Política social, Estado e “Sociedade”. **SER Social**, v. 15, n. 33. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Política Social/UnB, jul./dez., 2013.

JUNG, C. **The Collected... 1971**. [S.l.:s.e.], 1954. v. 17.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, jul./set. 1987.

KALACHE, A.; KELLER, I. The greyn world: a challenge for the 21st century. **Science Progress**, v. 83, n. 1, p. 33-54, 2000.

KINSELLA K.; PHILLIPS, D. R. Global Aging: the challenge of success. **Population Bulletin**, v. 60, n. 1, 2005.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

LAGARDE, Chistine; BANCO MUNDIAL. **Relatório do FMI, 2012**. 2018. Disponível em: <https://poligrafo.sapo.pt/fact-check/christine-lagarde-disse-que-os-idosos-vivem-muito-tempo-e-isso-representa-um-risco-para-a-economia-global>. Acesso em: jul. 2023.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Cohort profile: the Brazilian longitudinal study of ageing (ELSI-Brazil). **International Journal of Epidemiology**, v. 52, n. 1, p. e57-e65, 2023. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/52/1/e57/6617214?login=false>. Acesso em: 3 nov. 2023.

LINDNER, Julia; VARGAS, Mateus. Morte de idosos por covid-19 melhora contas da Previdência, teria dito chefe da Susep. **Estadao.com.br**, 28 mai. 2020, 16:54. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/economia/morte-de-idosos-por-covid-19-melhora-contas-da-previdencia-teria-dito-chefe-da-susep>. Acesso em: jul. 2023.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe**: estudos de dialética marxista. 2. ed. Rio de Janeiro: Elfos, 1989.

LLOYD-SHERLOCK, Peter. **Ageing, development and social protection**: a research agenda. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2004. [S.l.:s.e.].

MACRI, M. *et al.* **Manifiesto**: que la pandemia no sea un pretexto para el autoritarismo. Fundación Internacional para la Libertad, [S.l.:s.e.], 2020. Disponível em: <https://libertad.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/04/FIL-Manifiesto-Mario-Vargas-Llosa.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MAGIONI, M. J. O Banco Mundial e as reformas da Previdência Social na América Latina. **Argumentum**. Vitória (ES), v. 6, n. 2, p 103-118, jul./dez. 2014.

MAGIONI, Mirella, J. **A influência do Banco Mundial nas reformas da previdência social no Brasil**: causas e consequências. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2013.

MANDEL, E. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaio, 1990.

MARANHÃO, R. A.; SENHORAS, E. M. Orçamento de Guerra no enfrentamento à COVID-19: entre manobras parlamentares e modificações políticas. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 2, n. 6, 2020.

MARIA, L. Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da covid-19. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 19, e54847, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/54847/751375150747>. Acesso em: dez. 2020.

MARMOT, M.; BELL, R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. **BMJ**, v. 364, p. 1251, 2019 jan. 28. Disponível em: <http://www.10.1136/bmj.1251>.

MARINI, R. M. **A dialética da dependência**. 10. ed. México: Era, 1990.

MARX, K. **Grundrisse**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Pena, 1948.

MARX, K. Manifiesto inaugural de la Asociacion Internacional de los Trabajadores. *In*: MARX, K. **Obras escojidas**. Madrid: Editorial Ayuso, 1975a. Tomo 1.

MARX, K. Las luchas de clases en Francia de 1848 a 1850. *In*: MARX, K. **Obras escojidas**. Madrid: Editorial Ayuso, 1975b. Tomo 1.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1, 2018.

MENDONÇA, J. M. B; PEREIRA, P. A. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 142-151, jan./jun., 2013.

MENDONÇA, J. **Políticas públicas para idosos no Brasil: análise à luz da influência das Normativas Internacionais**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

MÉSZÁROS, I. **Crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, I. **O desafio e o fardo do tempo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Boletins Epidemiológicos**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2023/boletim_covid_154_agosto_30out23.pdf. Acesso em: nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Nota Técnica nº 23/20–SAPS/GAB/SAPS/MS**. Articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para prevenção e controle de infecções pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2) em Unidades de Acolhimento Institucional [...]. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp->

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: jan. 2023.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS). Brasil. **Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados no Brasil, 2023**. Brasília: MDS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/marco-conceitual-da-politica-nacional-de-cuidados-do-brasil>. Acesso em: nov. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). Procuradoria da República no Distrito Federal 1º Ofício de Seguridade Social e Educação. **Ação Civil Pública c/c Pedido de Tutela Antecipada de Urgência - Procedimento Preparatório nº 1.16.000.000800/2018-42 de 31/07/2018**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/portal?servidor=portal-pp>. Acesso em: 04/12/2022.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papyrus. 2001.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 32-46.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, M. P.; PONTE, J. R. Envelhecimento. *In*: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-12.

OCTAVIANI, C. P. **A Crise ambiental e civilizacional e a alternativa da Permacultura**. [S.l.:s.e.], 2018. Disponível em: <https://aalternativadapermacultura.files.wordpress.com/2018/06/a-crise-ambiental-e-civilizacional-e-a-alternativa-da-permacultura.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OLIVEIRA, FRANCISCO de. **O banquete e o sonho :ensaios sobre economia brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1976. (Cadernos de Debate; v.3.)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Banco Mundial defende reforma da Previdência e alerta para déficits nos próximos 50 anos. **NacoesUnidas.org**, 24 abr. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/banco-mundial-defende-reforma-inss>. Acesso em: 5 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **II Assembleia Mundial do Envelhecimento**. Relatório Nacional Brasileiro. Brasília: ONU, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Perspectivas da População Mundial**: revisão de 2017. [S.l.]: ONU, 2017. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2017/06/1589091-populacao-mundial-atingiu-76-bilhoes-de-habitantes>. Acesso em: 10 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**. Washington: OEA, 2015. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/conven%C3%A7%C3%A3o-interamericana-sobre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-humanos-dos-idosos-OEA.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Relatório Perspectivas Sociais e de Emprego no Mundo - Tendências 2022 (World Employment and Social Outlook Trends)**. [S.l.:s.e.], 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/168309-oit-revisa-para-baixo-previs%C3%A3o-de-recupera%C3%A7%C3%A3o-do-mercado-de-trabalho-para-2022>. Acesso em: mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global report on ageism. Geneva: WHO, 2021. **Paho.org**, 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/global-report-ageism>. Acesso em: 14 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Envelhecimento e Saúde 2015**. [S.l.]: OMS, 2015.

PAINEL SANEAMENTO BRASIL DO INSTITUTO TRATA BRASIL. A vida sem saneamento: para quem falta e onde mora essa população? **TrataBrasil.org.br**, Disponível em: 2023. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/a-vida-sem-saneamento-para-quem-falta-e-onde-mora-essa-populacao>. Acesso em: jul. 2023.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento desafio da transição do século. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996. p. 3-12.

PAPALÉO NETTO, M. Processo de Envelhecimento e longevidade. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do envelhecimento. *In*: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.

PEREIRA, C. P. Editorial. **Boletim politizando**: a nova direita e os ataques à democracia, ano 11, n. 31, abr. 2019.

PEREIRA, C. P. Nova Direita, corporocracia e política social. *In*: PEREIRA-PEREIRA, P. A (org). **Ascensão da Nova Direita e colapso da soberania política**: transfigurações da política social. São Paulo: Cortez, 2020.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo**: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

PEREIRA, C. P.; MENDONÇA, J. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 142-151, jan./jun. 2013.

PEREIRA, C. P.; PIEDADE, D. Crise do Capital e atuais tendências da (des)proteção social: traços ilustrativos da Seguridade Social brasileira. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 15, n. 1(21), p.51-70, jan./jun. 2016.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Necessidades Humanas**. Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais. São Paulo: Cortez 2002.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social & Saúde**, v. 9, n. 10, dez., 2010.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Política Social**: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Posfácio. *In*: TEIXEIRA, S; GOULART, J (org). **Democracia, desigualdades sociais, políticas sociais, e políticas públicas no capitalismo contemporâneo**. [S.l.]: EDFPI, 2021.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Proteção social contemporânea: cui podest? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Restruturação Perversa dos Fundamentos éticos da política social: do ethos solidário à moral egoísta. *In*: PEREIRA-PEREIRA, P. A (org.). **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política**: transfigurações da política social. São Paulo: Cortez, 2020.

PERES, V. A. P. **Previdência Social: Contrarreformas e os rebatimentos na saúde dos (as) trabalhadores (as) no Brasil**. 2020. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000231645>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PESSOA, I. **A Política Nacional do Idoso frente ao fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil: da formulação a implementação.** 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

PIERSON, C. **Beyond the Welfare State?** Cambridge: Polity Press, 1991.

PIERSON, Christopher. **Beyond the Welfare State?** The new political economy of welfare. Cambridge: Polity Press, 1991.

RANCIÈRE, J. **La méthode de la scène.** Entretien avec Adnen Jdey. Paris: Lignes, 2018.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (PENSSAN). **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.** São Paulo: PESSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2023.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (PENSSAN). **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.** São Paulo: PESSAN, 2020. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/pesquisa2020>. Acesso em: 3 nov. 2023.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (Rede PESSAN). **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.** São Paulo: Fundação Friederich Ebert, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: jan. 2023.

RIFKIN, Jeremy. Coronavírus: “Estamos diante de ameaça de extinção e as pessoas nem mesmo sabem disso”. [Entrevista cedida a] Juan M. Zafra. **BBC.com**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52657148>. Acesso em: 12 out. 2020.

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. e39326, 22 dez. 2020.

SALVADOR, E. **Fundo público e Seguridade Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, E. Fundo público e financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista**, v. 14, p. 4-22, 2012.

SALVADOR, E.; TEIXEIRA, S. A Privatização da Previdência do Servidor Público: a FUNPRESP e a financeirização das aposentadorias e pensões. **Cadernos ASLEGIS**, n. 43, maio/ago. 2011. p. 107-123.

SALVADOR, E.; TEIXEIRA, S. Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, p. 15-32, 2014.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça: as políticas sociais na ordem brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SENADO FEDERAL. Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal destinada a investigar a contabilidade da previdência social- CIPREV. **Relatório Final**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/539169/RF_CPI_previdencia_2017.pdf.

SIQUEIRA, R.; BOTELHO, M. I.; COELHO, F. A Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 7, n. 4, p. 899-907, 2002.

SOLANO, E. “**A Bolsonarização de Brasil**” *In*: VÁRIOS AUTORES. **Democracia em risco?** 22 ensaios sobre Brasil hoje. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

STALEN. O Welfare State ontem, hoje e amanhã. *In*: RODRIGUES, P; SANTOS, I. (Org) **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec, 2017.

STREHLER, B. L. Demandas flutuantes de energia como determinantes do processo de morte. **Aspectos Biológicos do Envelhecimento**. [S.l.:s.e.], 1959;1960.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamentos de Direito Público**. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

TEIXEIRA, S. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2008.

TEIXEIRA, S. Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n.1, p. 15-32, 2014.

TEIXEIRA, S. **Envelhecimento na Sociabilidade do Capital**. Campinas: Papel Social, 2017.

TONET, I. A importância do método científico de Marx. **Gesto Debate**, v. 22, n. 2, jan./dez. 2022.

TONET, Ivo. **Teoria social crítica: do que se trata?** Maceió, nov. 2012.

UNA-SUS. Organização Mundial da Saúde declara pandemia do novo coronavírus. **UNASUS.org**, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 11 mar. 2020.

WORLD INEQUALITY LAB. **The World Inequality Report de 2022**. 17 dec. 2021. Disponível em: <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/publications/world-inequality-report-2022>.

ZUCCO, M. J. B.; VIEIRA, T. R. S.; FILIZOLA, M. L. S. Conselhos de direitos: mecanismos de fortalecimento da democracia. *In*: VIEIRA, T. R. L.; COSTA, M. B. B. L (orgs.). **Desafios de ser velha e velho no Brasil: redução de direitos e de controle social em contextos diversos e em tempos de pandemia**. Maceió: Edufal, 2022. p. 81-116.

II. Leis, decretos, emendas, medidas provisórias, projetos e resoluções

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Emenda Constitucional nº 287 de 2016** que trata da Reforma da Previdência Social. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1527338&filenome=EMC+3/2017+PEC28716+%3D%3E+PEC+287/2016. Acesso: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998 do CNAS - MPAS**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica de Assistência Social, NOB 2. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-1998/CNAS%201998%20-%20207%20-%2016.12.1998.doc/view>. Acesso em: jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Lei Portaria nº 2.528 de 2006**. Instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial União**, Brasília, 5 mar. 2006. Seção 1:36.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MDS nº 337 de 15 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o apoio financeiro à gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social [...]. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-337-2011_232337.html Acesso em: out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 1.395/1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 1.395/1999**. Aprova a Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>. Acesso em out,2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Regulamenta o Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.362, de 20 de dezembro de 2019. Estabelece procedimentos a serem adotados no âmbito do Sistema Único de Assistência Social [...].

Diário Oficial da União, Brasília, n. 247, p. 15, 23 dez. 2019b. Seção 1. Disponível em: <https://bit.ly/38u2NOW>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, 30/12/2010**. Institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 492/2020, de 23 de março de 2020**. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=PRT&numero=492&ano=2020&ato=fc6kXVU5EMZpWT9f1>. Acesso em: maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702/2002/SAS/MS**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=183336>. Acesso em: jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do CNAS – MDS**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2004/resolucoes-cnas-2004>. Acesso em: julho de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Legislativo nº 88/2020**. Reconhece, para os fins do disposto no art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 [...]. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mar-20/senado-aprova-decreto-reconhece-estado-calamidade-publica/acesso>. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021. Regulamenta o Programa Auxílio Brasil, instituído pela Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 nov. 2021b. Disponível em: <https://bit.ly/3uykSnI>.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.483, de 06 de abril 2023**. Institui o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDPI. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11483.htm. Acesso em: mai. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.870, de 25 de novembro de 2021**. Altera as relações a que se referem a Seção I do Anexo III à Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020, e a Seção I do Anexo III à Lei nº 14.194, de 20 de agosto de 2021. Brasília, DF, 2021.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2021/decreto-10870-25-novembro-2021-792000-publicacaooriginal-163954-pe.html>. Acesso em: dez. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.919, de 29 de dezembro de 2021. Prorroga a concessão do Benefício Extraordinário destinado às famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2021c. Disponível em: <https://bit.ly/3nm4fXX>.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.874 de 2003**. Instituiu os Conselhos de Previdência Social (CPS's) e unidades descentralizadas do Conselho Nacional de Previdência (CNP), vinculadas às Gerências-Executivas do INSS. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4874.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5209-17-setembro-2004-534107-norma-534107-norma-atualizada-pe.pdf](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5209-17-setembro-2004-534107-norma-534107-norma-534107-norma-atualizada-pe.pdf). Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 592, de 06 de 07 de 1992**. Dispõe sobre os Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: mai. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.636 de 07 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o apoio financeiro da União a Estados, Distrito Federal e Municípios destinado [...]. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7636.htm. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.808, de 20 de setembro de 2012**. Institui a Fundação do Executivo. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2012/decreto-7808-20-setembro-2012-774261-norma-pe.html>. Acesso em: dezembro de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9759-11-abril-2019-787966-publicacaooriginal-157738-pe.html>. Acesso em: maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.893 de 27 de junho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9893-27-junho-2019-788633-norma-pe.html>. Acesso em: ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc103.htm. Acesso em: out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 106, de 07 de maio de 2020**. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 114, de 16 de dezembro de 2021**. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas [...]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc114.htm. Acesso em: out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 18, de 1998**. Institui o Regime Previdenciário dos Militares. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc18.htm. Acesso em: nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 20 de dezembro de 1998**. Introduziu alterações na Previdência Social, organizando-a sob a forma de Regime Geral de caráter contributivo e de filiação obrigatória. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm. Acesso em: nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os Artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias [...]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/emendaconstitucionaln29.pdf>. Acesso: out.2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003**. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm. Acesso em: nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**. Instituiu a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 108, de 2001**. Dispõe sobre a relação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios [...]. Brasília, DF, 2011.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/LEIS/LCP/Lcp108.htm>. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 109 de 2001**. Institui o Regime Complementar de Previdência Social. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp109.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 152, de três de dezembro de 2015**. Dispõe sobre a aposentadoria compulsória por idade, com proventos proporcionais, nos termos do inciso II do § 1º do art. 40 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp152.htm. Acesso em: out.2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Eloy Chaves**. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão no Brasil. Rio de Janeiro, DF, 1923. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Infraconstitucional nº 9.717, de 1998**. Cria o Regime Próprio de Previdência Social. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9717.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.14.284, de 29 de dezembro de 2021**. Institui o Programa Auxílio Brasil – PAB. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14284.htm. Acesso em: 08 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 4 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.835, de 8 de janeiro de 2004**. Institui a renda básica de cidadania e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.835.htm Acesso em: out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011**. Altera a Lei 8742/93 e dispõe sobre a Organização da Assistência Social. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12435&ano=2011&ato=d5cITVE1UMVpWT52b>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.435/2011**. Dispõe sobre o Sistema Único de Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.618, de 30 de abril de 2012**. Instituiu a Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal (FUNPRESP). Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12618.htm. Acesso em: dezembro de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12864-24-setembro-2013-777084-publicacaooriginal-141217-pl.html>. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.183 de 14 de novembro de 2015**. Altera as Leis nº s 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, para tratar da associação do segurado especial em cooperativa de crédito rural [...]. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/252092425/lei-13183-15>. Acesso em: agosto de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm. Acesso em: ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.934, de 11 de dezembro de 2019**. Regulamenta o contrato referido no § 8º do art. 37 da Constituição Federal, denominado "contrato de desempenho", no âmbito da administração pública federal direta de qualquer dos Poderes da União e das autarquias e fundações públicas federais. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2019-12-11;13934>. Acesso em: set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019**. Instituiu o Plano Plurianual da União para o período de 2020-2023. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13971.htm. Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.982 de 02 de abril de 2020**. Ministério de Cidadania. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social [...]. Brasília, DF, 2020. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm. Acesso em: jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021**. Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital [...]. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/legislacao/lei-do-governo-digital>. Acesso em: out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.176, de 22 de junho de 2021**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estabelecer o critério de renda familiar per capita [...].

Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14176.htm Acesso em: ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022**. Estatuto da Pessoa Idosa. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.441, de 02 de setembro de 2022**. Altera as Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.742, de 7 de dezembro de 1993, 11.699, de 13 de junho de 2008 [...]. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=436015>. Acesso em: jan. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.601 de 19 de junho de 2023**. Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social [...]). Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/leis/lei-no-14-601-de-19-de-junho-de-2023>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Instituiu a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Brasília, DF, 1960. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3807-26-agosto-1960-354492-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974**. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Brasília, DF, 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6179.htm. Acesso em: dezembro de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1990. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.212, de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social explicita a Previdência Social e a quem deve ser destinado seus benefícios. Brasília, DF, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.213, de 1991**. Institui o Regime Geral da Previdência Social- RGPS. Brasília, DF, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993**. Institui a Assistência Social, como Política Pública, que integra a Seguridade Social. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

Brasília, DF, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.961, de 2000**. Instituiu-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm. Acesso em: dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021**. Regulamenta o Programa Auxílio Brasil, instituído pela Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10852.htm Acesso em: nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 1.061/2021**. Ministério da Cidadania. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/149322/pdf>. Acesso em: jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 1.106, de março de 2022**. Altera a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, para ampliar a margem de crédito consignado aos segurados do Regime Geral de Previdência Social [...]. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.106-de-17-de-marco-de-2022-386717840>. Acesso em: dez. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 132/2003**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2003/medidaprovisoria-132-20-outubro-2003-497302-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em out.2023

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014**. Altera as Leis n. 8.213, de 24 de julho de 1991, n. 10.876, de 2 junho de 2004, n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei n. 10.666, de 8 de maio de 2003. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm. Acesso em: 3 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 665, de 30 de dezembro de 2014**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2011-2014/2014/mpv/mpv665.htm. Acesso em: jun. 2021.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Acórdão 1248/2022 - Plenário**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2022. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1248%2520ANOACORDAO%253A2022%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0. Acesso em: maio 2023.

ANEXO A – Desonerações instituídas e o impacto das medidas no quadriênio

Início de vigência	Desonerações instituídas e ano de impacto das medidas																Impacto acumulado
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
2010	2.509	5.780	1.727	2.607													12.623
2011		2.989	29.398	12.010	13.628												58.025
2012			15.413	47.091	52.358	27.758											142.621
2013				14.593	32.916	24.687	22.985										95.181
2014					2.550	40.039	23.771	26.338									92.698
2015						5.412	8.854	11.380	16.333								41.980
2016							627	1.372	1.442	916							4.357
2017								739	16.366	18.668	21.245						57.019
2018									4.166	10.374	9.983	5.341					29.865
2019										183	9.935	14.726	14.439				39.283
2020											36.304	16.943	4.520	4.174			61.941
2021												5.028	13.175	14.678	4.566		37.446
2022													62.322	90.981	47.616	8.686	209.605
Soma	2.509	8.769	46.538	76.301	101.452	97.897	56.237	39.829	38.307	30.141	77.466	42.038	94.458	109.833	52.128	8.686	673.037

Fonte: RFB – Desonerações instituídas, última edição relativa a 2022. Organização ANFIP e Fundação ANFIP.

Notas: [1] apenas o impacto das perdas de arrecadação no ano de aprovação das medidas e a dos três anos posteriores.

ANEXO B – Renúncias tributárias em contribuições sociais

	Estimativas Bases Efetivas							Projeções	
	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Contribuição para a Previdência Social	44.769	65.068	56.551	60.549	61.164	56.621	58.430	61.521	70.938
Simples Nacional	18.267	22.495	23.766	25.669	24.034	22.227	22.575	23.786	28.316
Desoneração da Folha de Salários	12.284	25.199	14.547	13.704	12.362	9.774	8.248	7.339	8.514
Entidades Filantrópicas	8.720	9.755	10.236	12.348	12.230	12.218	11.525	12.144	14.456
Exportação da Produção Rural	4.484	5.941	6.040	6.558	7.500	7.201	10.219	10.111	9.961
Funrural	-	-	-	-	2.273	1.844	1.876	2.491	2.966
MEI - Microempreendedor Individual	786	1.404	1.676	2.061	2.562	3.148	3.770	4.675	5.565
Outras	227	274	286	209	202	208	217	975	1.160
COFINS	54.767	62.387	61.039	65.381	71.641	81.172	77.806	89.494	124.600
Desoneração Cesta Básica	11.512	12.951	11.890	12.209	14.113	22.251	20.885	23.747	26.704
Combustíveis									24.545
Entidades Filantrópicas	3.693	4.741	5.066	5.328	5.948	6.540	6.910	7.242	7.259
Simples Nacional	17.237	18.809	18.637	18.667	19.945	21.870	24.914	28.328	31.856
Zona Franca de Manaus	5.546	5.625	5.531	4.827	6.264	6.638	1.703	2.203	2.471
Outras	16.779	20.261	19.915	24.350	25.370	23.873	23.395	27.975	31.765
CSLL	9.046	9.070	9.668	9.797	12.702	13.153	15.948	18.714	20.999
Simples Nacional	6.389	6.710	6.554	6.523	6.910	7.498	8.535	9.705	10.913
Entidades Filantrópicas	1.707	1.163	1.933	2.067	-	-	238	306	344
Inovação Tecnológica	433	487	356	497	710	827	934	1.416	1.592
PROUNI	75	174	186	346	407	430	420	341	306
Outras	443	536	639	364	4.674	4.398	5.820	6.946	7.844
Contribuição Social para o PIS-PASEP	10.870	12.363	11.966	12.778	13.931	16.557	16.516	18.726	26.078
Desoneração Cesta Básica	2.497	2.809	2.581	2.651	3.063	4.832	4.536	5.158	5.800
Simples Nacional	3.848	4.193	4.156	4.161	4.346	4.747	5.401	6.142	6.906
Combustíveis									5.336
Zona Franca de Manaus	1.181	1.201	1.194	1.035	1.347	1.441	372	482	541
Outras	3.343	4.159	4.035	4.931	5.175	5.536	6.206	6.945	7.495
Soma dessas renúncias	119.452	148.887	139.224	148.506	159.438	167.503	168.700	188.455	242.616
Soma das renúncias em outras receitas	103.858	121.106	129.193	162.711	158.198	144.860	143.663	171.379	218.435
Total das renúncias	223.310	269.994	268.417	311.217	317.636	312.363	312.363	359.834	461.051
% Renúncias Seguridade sobre o total	53,5	55,1	51,9	47,7	50,2	53,6	54,0	52,4	52,6
% Renúncias sobre essas receitas	18,4	22,0	20,2	19,7	20,1	20,8	21,8	20,2	22,9

Fonte: RFB - Gastos Tributários Estimados por Bases Efetivas, diversas edições. Organização: ANFIP e Fundação ANFIP.

Nota: Para cada item, o valor mais recente dos valores divulgados. Ao final desta publicação, no Anexo de Dados (Anexo A-V), encontra-se uma tabela completa das desonerações das Contribuições Sociais de 2005 a 2022.

ANEXO C – Valores atuais de referência do cofinanciamento federal dos serviços de Proteção Social Especial (PSE) e suas respectivas referências normativas

Serviço	Valores mensais atuais de referência do cofinanciamento federal	Referência normativa
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) / Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	<p>Piso Fixo de Média Complexidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Municípios de pequeno porte I e II habilitados em gestão inicial ou básica do SUAS: R\$ 6.500,00 por unidade de CREAS; • Municípios de pequeno porte I e II habilitados em gestão plena do SUAS: R\$ 8.000,00 por unidade de CREAS; • Municípios de médio porte habilitados em gestão inicial ou básica do SUAS: R\$ 8.000,00 por unidade de CREAS; • Municípios de médio porte habilitados em gestão plena do SUAS: R\$ 10.300,00 por unidade de CREAS; • Municípios de grande porte e metrópoles habilitados em gestão inicial ou básica do SUAS: R\$ 10.300,00 por unidade de CREAS; • Municípios de grande porte e metrópoles habilitados em gestão plena do SUAS e Distrito Federal: R\$13.000,00 por unidade de CREAS; • Estados (regionalização da PSE): R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por unidade de CREAS regional (modelo I da Regionalização); R\$5.000 por unidade de CREAS Municipal Regionalizado (Modelo II da Regionalização). 	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria MDS nº 843, de 28 de dezembro de 2010.
Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua / Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop)	<p>Piso Fixo de Média Complexidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de atendimento mensal de 100 (cem) pessoas/famílias: R\$ 13.000,00 por unidade de Centro Pop; • Capacidade de atendimento mensal de 200 (duzentas) pessoas/famílias: R\$ 23.000,00 por unidade de Centro Pop. 	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria MDS nº 843, de 28 de dezembro de 2010.
Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS)	<p>Piso Fixo de Média Complexidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R\$ 5.000,00 por unidade de CREAS para o Distrito Federal e os Municípios com população superior a 200.000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria MDS nº 843, de 28 de dezembro de 2010.
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias	<p>Piso Fixo de Média Complexidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R\$ 40.000,00 por unidade de Centro Dia de Referência para pessoa com deficiência e de Centro Dia para crianças com deficiência, com prioridade para Crianças de 0 a 	<p>Centro-Dia para pessoa com deficiência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portaria MDS nº 843, de 28 de dezembro de 2010

	<p>6 anos com Microcefalia ou Deficiências Associadas e suas Famílias.</p> <p>Piso de Transição de Média Complexidade (PTMC):</p> <ul style="list-style-type: none"> Série histórica de cofinanciamento. 	<p>Centro-Dia para crianças com deficiência:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolução CIT nº 4, de 22 de março de 2017; Resolução CNAS nº 4, de 19 de abril de 2017. <p>PTMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> Portaria MDS nº 440, de 23 de agosto de 2005.
Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)	<p>Piso Fixo de Média Complexidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> R\$ 2.200,00 para cada grupo de até 20 adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Portaria MDS nº 843, de 28 de dezembro de 2010.
Serviço de Acolhimento para Crianças, Adolescentes e Jovens até 21 anos	<p>Piso de Alta Complexidade I:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacidade de atendimento de até 10 pessoas: R\$ 5.000,00. O aumento na capacidade de atendimento na proporção de até 10 pessoas será proporcional ao do cofinanciamento no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). 	<ul style="list-style-type: none"> Portaria MDS nº 5, de 31 de janeiro de 2014.
Serviço de Acolhimento para Adultos e Famílias	<p>Piso de Alta Complexidade II:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacidade de atendimento cofinanciada de até 25 pessoas: R\$ 6.500,00; Capacidade de atendimento cofinanciada de 26 até 50 pessoas: R\$ 10.000,00; Capacidade de atendimento cofinanciada superior a 50 pessoas: R\$ 10.000,00 para cada nova capacidade de atendimento múltipla de 50. 	<ul style="list-style-type: none"> Portaria MDS nº 140, de 28 de junho de 2012.
Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em Situação de Dependência, em Residência Inclusiva	<p>Piso de Alta Complexidade II:</p> <ul style="list-style-type: none"> R\$10.000 por unidade de Residência Inclusiva 	<ul style="list-style-type: none"> Portaria MDS nº 140, de 28 de junho de 2012
Serviço de Acolhimento para Crianças, Adolescentes e Jovens até vinte e um anos, para Idosos e para Mulheres em Situação de Violência (Outros Públicos)	<p>Piso de Alta Complexidade I:</p> <ul style="list-style-type: none"> Municípios de pequeno porte I e II: R\$ 1.460,00; Municípios de médio porte: R\$ 3.400,00; Municípios de grande porte: R\$ 9.000,00; Metrópoles e Distrito Federal: R\$ 18.000,00; Estados: R\$ 9.000,00; Abrigo Cristo Redentor (Estado do Rio de Janeiro): R\$ 392.799,59. 	<ul style="list-style-type: none"> Portaria MDS nº 460, de 18 de dezembro de 2007; Portaria MDS nº 752, de 19 de outubro de 2010; Portaria MDS nº 122, de 25 de julho de 2016.

Fonte mds, elaboração ds. Dados fornecidos pela Lei de Acesso à informação, oferecidos pelo MDS.