

Escola Nacional de Administração Pública
Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social

Sistema de Seguridade Social Brasileira à Luz do Envelhecimento Populacional.

Kênia dos Santos Monteiro Antonio

Brasília (DF), dezembro de 2011.

Kênia dos Santos Monteiro Antonio

Sistema de Seguridade Social Brasileira à Luz do Envelhecimento Populacional

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social. Orientador: Prof^o. Bruno Moretti e Avaliadora: Prof^a. Lourdes Bandeira.

Brasília (DF), dezembro de 2011.

Kênia dos Santos Monteiro Antonio

Sistema de Seguridade Social Brasileira à Luz do Envelhecimento Populacional

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social. Orientador: Prof^o. Bruno Moretti e Avaliadora: Prof^a. Lourdes Bandeira.

Orientador: Prof^o. Bruno Moretti

Avaliadora: Prof^a. Lourdes Bandeira

Aos meus maiores amores, José e Arthur, pela paciência ao longo dessa jornada, e em especial uma pessoa muito importante que faleceu no decorrer desse curso, meu amado pai, Antonio Rodrigues Monteiro.

AGRADECIMENTOS

A meu orientador, Prof. Ms. Bruno Moretti, pelos conselhos sempre úteis e precisos com que, sabiamente, orientou este trabalho.

Agradeço primeiramente a Deus, por mais uma conquista.

Aos colegas Diogo Cenci, Elaine Veloso e Odikleber Martins pela presteza e atenção.

“Ninguém fica velho simplesmente porque viveu alguns anos. A pessoa só envelhece quando abandona seus ideais...Você é tão jovem quanto sua autoconfiança, tão idoso quanto seu medo, tão moço quanto suas esperanças, e tão velho quanto o seu desespero. No centro de todo coração, há um gravador; enquanto ele receber mensagens de beleza, esperança, alegria e coragem, você permanece jovem. Quando os fios se romperem, e seu coração estiver coberto com as neves de pessimismo e o gelo do ceticismo, então, e só então você terá ficado velho...”

Douglas MacArthur

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que demanda novas formas de intervenção do estado e da sociedade para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos cidadãos idosos, na qual possam exercer plenamente sua cidadania. Ao longo desse processo o idoso desenvolve uma série de limitações que o tornam vulnerável, em consequência de dificuldades que comprometem seu cotidiano. Por este motivo, é de extrema importância que os riscos associados ao envelhecimento sejam objeto de políticas públicas diferenciadas. O presente trabalho buscou examinar o conjunto de garantias e políticas do sistema brasileiro de seguridade social frente à expansão no contingente de idosos no Brasil, em consequência das mudanças no comportamento das variáveis demográficas, caracterizadas essencialmente pelo aumento da expectativa de vida populacional e pela redução da taxa de natalidade. Por fim, apresenta alguns desafios ao sistema brasileiro de seguridade social à luz do envelhecimento populacional.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional, Políticas Públicas, Sistema Brasileiro de Seguridade Social.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de crescimento da população brasileira	21
Gráfico 2 - Taxa de crescimento por grupo etário.....	22
Gráfico 3 - Distribuição etária da população- 1992	24
Gráfico 4 - Distribuição etária da população- 2009	24
Gráfico 5 - Benefícios concedidos pela seguridade social	25
Gráfico 6 - População de 65 anos ou mais residente em domicílios em extrema pobreza.....	26
Gráfico 7 - Condição de atividade para pessoas de 65 anos ou mais	27
Gráfico 8 - Posição ocupacional.....	28
Gráfico 9 - Principais causas de morte de DCNT	30
Gráfico 10 - Evolução do valor acumulado de benefícios emitidos em 2000 a agosto de 2011	32
Gráfico 11 - Quantidade de benefícios assistenciais emitidos	33
Gráfico 12 - Salário mínimo em R\$ constantes de janeiro/2011.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários da Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BEPS	Boletim Estatístico de Previdência Social
CF	Constituição Federal
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializada da Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESFs	Equipes de Saúde da Família
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRSM	Índice de Reajuste do Salário Mínimo
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgeneros (travestis e transexuais)
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PEA	População Economicamente Ativa

PIB	Produto Interno Bruto
PNAS	Programa Nacional de Assistência Social
PSF	Programa Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAs	Unidades Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL	14
1.1. Previdência social.....	16
1.2. Saúde.....	17
1.3. Assistência Social.....	18
CAPÍTULO II – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	21
2.1. Cobertura dos benefícios da seguridade social	25
2.2. Condição de atividade e posição ocupacional.....	27
2.3. Situação epidemiológica	28
CAPÍTULO III – COBERTURA DOS BENEFÍCIOS E SERVIÇOS DA SEGURIDADE SOCIAL	31
3.1. Previdência social.....	31
3.2. Saúde.....	34
3.3. Assistência Social.....	37
CAPÍTULO IV- DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRO À LUZ DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ATIVO E SAUDÁVEL	43
4.1. Vulnerabilidade e dependência funcional	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54

INTRODUÇÃO

Neste presente trabalho é tematizado o Sistema de Seguridade Social à luz do envelhecimento populacional. A organização do Sistema de Seguridade Social é centrada na proteção social aos riscos sociais aos quais os cidadãos estão sujeitos. Sua estrutura compõe três áreas de política: Previdência Social, política de benefícios contributivos, mas também os não-contributivos, baseados no reconhecimento de trabalho em regime de economia familiar; Saúde, que tem caráter gratuito e universal, sob a forma do Sistema Único de Saúde (SUS); e Assistência Social, oferecendo serviços, sob a marca da seletividade, e benefícios de caráter não-contributivo à população em situação de vulnerabilidade social.

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e evidencia que a sociedade como um todo deve estar preparada para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos cidadãos idosos, na qual possam exercer plenamente a cidadania. É um processo natural de todo e qualquer ser humano, que, entretanto, desenvolve uma série de limitações que o tornam vulnerável, em consequência de dificuldades que comprometem seu cotidiano. Por este motivo, é de extrema importância a existência de mecanismos que possibilitem à pessoa idosa cobertura contra os riscos sociais associados ao processo de envelhecimento.

Desde o século XX, é possível constatar inúmeros movimentos sociais com o objetivo de garantir à pessoa idosa um envelhecimento digno, sendo-lhe assegurados direitos à educação, cultura, lazer, condições de trabalho, cuidados específicos, dentre outros. A emergência de aposentados pressionou, de certa forma, a criação das primeiras legislações federais centradas na preocupação com a terceira idade e com o objetivo de garantir seus direitos sociais.

A indagação que se deve fazer é se as políticas atuais de proteção social do Sistema Brasileiro de Seguridade Social Brasileira estão aptas para atender às necessidades de uma população em situação de envelhecimento. Isso porque, embora o envelhecimento não tenha imediatamente caráter negativo, ligado à dependência, sabe-se que implica limitações de capacidades básicas, mesmo que muitas vezes fruto de preconceitos. Logo, as vulnerabilidades específicas das pessoas idosas requerem ações que lhes deem qualidade de vida. Eis o grande desafio brasileiro para as próximas décadas.

O ponto mais importante para este trabalho é examinar este conjunto de garantias e políticas diante do cenário observado nas últimas décadas, de forte expansão no contingente de idosos no Brasil, em consequência das mudanças no comportamento das variáveis demográficas, caracterizadas essencialmente pelo aumento da expectativa de vida populacional e pela redução da taxa de natalidade, que constituem fatores importantes na transformação da estrutura etária.

Para tanto, este trabalho se vale dos seguintes objetivos:

- * Examinar o quadro atual das políticas de serviços e benefícios do Sistema Brasileiro de Seguridade Social quanto à existência de mecanismos que possibilitem à pessoa idosa cobertura contra os riscos sociais que a caracterizam;

- * Realizar análise empírica das condições de vida da população idosa no Brasil, abordando diversas dimensões: evolução do quadro epidemiológico, rendimentos, arranjos familiares, entre outros.

- * Propor eventuais sugestões de inovação ao Sistema Brasileiro de Seguridade Social necessárias para lidar com a emergência de novos riscos sociais e desafios à luz do envelhecimento populacional, derivadas de comparação entre análise empírica das condições de vida da população idosa e políticas do Sistema de Seguridade Social.

O primeiro capítulo apresenta um breve histórico das políticas de seguridade social, limitando-se a alguns marcos anteriores à Constituição Federal de 1988, bem como às mudanças ocorridas com a sua promulgação.

O segundo capítulo evidencia uma fundamentação empírica das condições de vida da população idosa no Brasil, envolvendo as questões demográficas e diversas dimensões: evolução do quadro epidemiológico, ocupação, rendimentos, arranjos familiares, entre outros. Serão considerados, fundamentalmente, os dados do Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

No terceiro capítulo, é analisada a cobertura dos serviços e benefícios do Sistema Brasileiro de Seguridade Social.

Por fim, o quarto salienta os desafios de inovação a este sistema, a partir da comparação entre padrão de oferta de serviços e benefícios, condições de vida observadas no segundo capítulo e as tendências derivadas do envelhecimento populacional.

CAPÍTULO I

SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL

Para Di Giovanni (1998, p.10), “os sistemas de proteção social visam proteger o conjunto ou parte da sociedade, por meio de uma rede de atendimento das necessidades básicas e/ou sociais decorrentes da vida em sociedade”. Assim, os sistemas de proteção social desenvolveram-se a partir de formatos distintos, ao longo da história, tanto no que diz respeito às garantias asseguradas como às políticas e programas voltadas a sua efetivação.

Por sua vez, para Viana e Levcovitz (2005, p.17), a proteção social caracteriza-se enquanto sistema, na “ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência”.

Enfim, a construção de um sistema de proteção social é estimulada pela expansão de demanda por igualdade e autonomia advindas da afirmação de igualdade entre os indivíduos que se organizam de formas diferentes em cada sociedade para controlar os riscos inerentes à sociedade. Para Castel (1995, p.18), “uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta afastar o risco de sua fratura.” Neste sentido, a questão social é estruturada de forma diferenciada de acordo com as problemáticas da sociedade que surgem ao longo da história, de acordo com as lutas, cristalizadas em padrões de proteção, que definem quem será protegido, com quais garantias e sob que formas de financiamento.

Uma aproximação de um Sistema de Proteção Social no Brasil só se dá a partir das mudanças políticas e econômicas dos anos 1930. Até 1930, o Estado não exercia a função ativa enquanto agente regulador da questão social, deixando ao mercado a escolha e a forma de ofertar seus serviços que se definiam a partir de demandas e preferências individuais. Para Draibe (1989, p. 29), “entre os anos 1930 e 1970, originou-se e consolidou-se um tipo de Estado Social seletivo, fragmentado e heterogêneo no Brasil”. Um modelo de Proteção Social baseado no tripé mérito-clientelismo - assistencialismo.

Além do fato de que, entre 1937 e 1945 e entre 1964 a 1985, este sistema de proteção se desenvolveu pela via autoritária, sob regimes ditatoriais. De modo geral, o período

1930-1970, foi marcado pela expansão do processo de transformação da estrutura social e econômica e pautou-se pela expansão do trabalho assalariado e elevação dos graus de concentração de renda. Tendência reforçada por um sistema de proteção social erguido sob a base do mérito, em que os benefícios são distribuídos mediante a situação ocupacional dentro da estrutura produtiva, de forma seletiva e não-universalista, e não como direitos usufruídos por qualquer cidadão. A intervenção do Estado é fundamentada na capacidade contributiva do trabalhador, indicando um padrão conservador da política social.

O sistema de proteção social, no âmbito de atendimento, ocorria de forma diferenciada: de um lado, políticas sociais protecionistas de recorte regulado a indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho; de outro, políticas voltadas àqueles não inseridos no mercado formal de trabalho, de corte assistencialista.

Entre 1985 e 1990, período marcado pela transição do regime militar a redemocratização, no Brasil, emergem várias demandas sociais e econômicas. No campo de ações das políticas sociais surgem estratégias reformistas com objetivo de adequar o sistema de proteção social brasileiro, ampliando suas bases de financiamento para incluir milhares de trabalhadores fora do mercado formal de trabalho. A marca central dessa fase foi o processo de construção e aprovação da Constituição Cidadã Brasileira de 1988, desenvolvendo mecanismos que apontavam para princípios de universalidade e integralidade da proteção social pública, sobretudo pela configuração da política de seguridade social (previdência, assistência social e saúde), através de um novo modelo de financiamento (orçamento único), um modelo de gestão descentralizada, participativa e de deveres paritários tendo em vista as esferas de governo federal, estadual e municipal.

Com a promulgação da Constituição Federal/1988 e a introdução do conceito de seguridade social, o Estado brasileiro reconhece a universalização de direitos sociais básicos como inerente à cidadania. Com isso, incorpora-se ao texto constitucional um rol de políticas sociais enquanto direitos e de cunho redistributivo e universal, tirando a rede de proteção social do contexto social-trabalhista e assistencialista.

A introdução do conceito de seguridade social (previdência, saúde e assistência social), na CF/88, expressa um amplo sistema de proteção aos riscos sociais inerentes ao ciclo de

vida, à trajetória laboral, à insuficiência de renda e à pobreza. Essas ações podem se dividir em serviços e benefícios, de caráter contributivo ou não, a depender da área. A seção seguinte traz os principais traços da seguridade social brasileira, destacando-se as novidades do período pós-Constituição.

1.1. Previdência social

O marco inicial da Previdência no Brasil foi a Lei Eloy Chaves, criada através do Decreto Lei 4862, de 24 de janeiro de 1923. O Decreto criava as Caixas de aposentadorias e pensões, voltadas inicialmente, para trabalhadores das empresas ferroviárias e posteriormente estendidas a empresas de água, energia, transporte aéreo, entre outros. Cada empresa possuía uma Caixa, manifestando o tipo de proteção em voga, estritamente contributivo e seletivo, já que a cidadania era função do pertencimento a certa empresa.

Adiante, em 1933, surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categoria profissional. Os IAPs seguiam basicamente os mesmos princípios de proteção social em curso no Brasil das primeiras décadas de 1930, já que eram voltados exclusivamente a segmentos profissionais. Houve várias tentativas de uniformizar a legislação que regia os IAPs, o que se deu ao longo das décadas de 1940, 1950 e 1960, culminando na Lei Orgânica de Previdência Social, em 1960, e na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966.

Ainda na década de 1960, foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, medida que pretendia ampliar benefícios previdenciários a trabalhadores rurais. Durante a década de 1970, várias inovações foram feitas, estendendo serviços e benefícios, por exemplo, a empregados domésticos e criando benefícios como licença-maternidade. De todo modo, o sistema, ainda que com ampliações, seguiu sua lógica seletiva, eminentemente contributiva e pagando benefícios diferenciados de acordo com a capacidade de contribuição. No fim da década de 1970, foi editada a Consolidação das Leis da Previdência Social, reunindo o extenso rol de normas em único documento. A gestão dos benefícios foi unificada, ficando a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Finalmente, com a Constituição de 1988, foi definida uma seguridade social como conjunto integrado de ações do Poder público e da sociedade, com vistas a assegurar direitos nas áreas de saúde, assistência social e previdência social.

Em 1990, foi criado o Instituto Nacional de Seguro Social-INSS, autarquia federal que substituiu o INPS, com funções de arrecadação, concessão e pagamento dos benefícios e serviços aos segurados e dependentes.

Com a promulgação da CF/88, a Previdência social avança na cobertura dos benefícios, participação social na gestão e diminuição das desigualdades socioeconômicas. Pode-se destacar que a entrada dos trabalhadores rurais no sistema foi a maior mudança ocorrida por gerar efeitos sobre a cobertura previdenciária. No Brasil, grande parte da força de trabalho do campo não faz parte do mercado de trabalho formal. Isso demonstra que um dos principais desafios para a Previdência Social Brasileira foi reconhecer relações de trabalho para além da assalariada, garantindo direitos a essas novas formas. Foi o que se deu com a Previdência Rural no Brasil, que criou benefícios (quase) não-contributivos, convivendo com benefícios contributivos.

A despeito dos avanços, ainda há desafios como a inclusão no sistema previdenciário de trabalhadores do mercado informal de trabalho ou de segmentos como as donas de casa. Também constitui grande desafio a adequação da oferta de benefícios da previdência ao cenário do envelhecimento populacional.

1.2. Saúde

O sistema público de saúde, anterior à CF/88, era altamente centralizado no nível federal e caracterizava-se por marcadas segmentações institucionais e de clientela. O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) exerciam funções distintas e atendiam a públicos diferentes.

O MPAS organizava a gestão da assistência médico-hospitalar aos trabalhadores com vínculo formal de trabalho. Já ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde

(SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabiam as ações de saúde pública, tais como: o controle de doenças transmissíveis e a vigilância sanitária e epidemiológica.

A história da saúde pública é similar à da previdência, com dicotomias entre o atendimento aos segurados da previdência e os demais. As pressões populares por ampliação da cobertura do atendimento foi modificando tal quadro até a aprovação da Constituição de 1988.

A partir de então, muitos avanços foram realizados em termos de reforço das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, expansão da cobertura e maior acesso aos serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Carta Magna de 1988, baseando-se no princípio da saúde como direito da população e dever do estado, e prevendo políticas de redução dos riscos de doença e ações para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS significou a inclusão de 60 milhões de brasileiros no sistema de saúde, o que – por si – constitui grande avanço. Todavia, persistem desafios como uma reforma na estrutura de financiamento, visando a assegurar a universalização, igualdade e sustentabilidade em longo prazo, uma nova configuração a atores públicos e privados e maior atenção às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e segurança dos pacientes num esforço conjunto da sociedade e dos agentes governamentais.

1.3 Assistência social

As políticas de assistência social ganham maior expressão institucional decorrente de movimentos sociais que se encontram em situação de vulnerabilidade: i) crianças desassistidas, ii) mulheres pobres, iii) pessoas com deficiência; iv) idosos incapacitados para o trabalho; entre outros.

O reconhecimento da assistência social como direito instituído e legalmente reconhecido vem desde a promulgação da Carta Magna, em 1988, quando a assistência social passa a fazer parte do tripé da seguridade social (previdência, saúde e assistência), representando o divisor de águas para as políticas sociais brasileiras no combate à forte vulnerabilidade social da sociedade e superação da pobreza. Neste contexto, a Assistência Social constitui responsabilidade pública no âmbito da Seguridade Social, voltada a quem dela necessitar.

Tal quadro mostra grande avanço em relação aos períodos anteriores. A Assistência foi concebida como campo de benemerência e solidariedade religiosa. Na década de 1940, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que, após a guerra, esteve voltada a pessoas e famílias pobres e desassistidas, com gestão fortemente centralizada no governo federal e benefícios limitados. A LBA foi extinta em 1995, no processo de consolidação dos preceitos constitucionais.

Entre os principais avanços da assistência social no período pós-Constituição, pode-se citar: a) integração da Assistência Social a um preceito mais amplo de proteção social, identificado como Seguridade Social; b) assistência com política de direitos de qualquer cidadão e dever do Estado; c) política não-contributiva, voltada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade; d) a instituição de um benefício de prestação continuada não-contributivo aos idosos e às pessoas com deficiência sem meios de prover sua manutenção; e) gestão descentralizada e participativa das ações.

Tais preceitos foram reforçados com a implantação do Sistema Único de Assistência Social, em 2005, que materializa o sistema descentralizado e participativo, com primazia da responsabilidade do Estado, conforme determina a Lei Orgânica da Assistência Social. A organização e ampliação da oferta dos serviços socioassistenciais, com destaque para a criação dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), concretiza a presença e responsabilidade do poder público e reafirma a perspectiva dos direitos sociais na política de assistência.

Outro avanço das políticas não-contributivas foi a criação do Bolsa Família, em 09 de janeiro de 2004. Consiste em um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, desenvolvido a partir de um modelo de gestão descentralizada que permite a articulação com outros programas sociais, inclusive de caráter emancipatório. Foi considerado um dos principais programas de combate à pobreza do mundo. Esse avanço supera o clientelismo e abre espaço para articulação com outras políticas, colocando a saúde e educação como direitos. O Bolsa Família não é financiado com recursos do Fundo Nacional de Assistência Social, mas é um ação assistencial relevante, por pagar benefícios em função da situação de pobreza, complementando os benefícios da seguridade concebidos como direitos, mas dirigidos exclusivamente aos idosos e às pessoas com deficiência.

O programa ajuda financeiramente às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Contudo, a contrapartida é que as famílias beneficiadas têm que manter seus filhos com frequência escolar e vacinados. Com isso, o programa visa reduzir a pobreza em curto prazo através de transferências condicionadas de renda.

Os programas e benefícios centrados na garantia do direito à renda alcançam uma escala que efetivamente se aproxima de um cenário de universalização. Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome demonstram que o Programa Bolsa Família (PBF) alcança quase 13 milhões de famílias, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) já alcança 3,7 milhões de beneficiários.

A implementação da Seguridade Social no Brasil como preceito norteador das políticas sociais representou avanços significativos na ampliação das garantias sociais à população e traz grandes desafios a sua universalização. Seu desenvolvimento proporcionou a melhoria das condições de vida de expressiva parcela da população. Porém, persistem como desafios a ampliação dos benefícios, sobretudo os não-contributivos, a integração entre serviços e benefícios, a emergência de novos benefícios e serviços que dialogam com o quadro de mudanças demográficas e novos arranjos familiares e a ampliação das ações para superação da pobreza e da pobreza extrema.

CAPÍTULO II

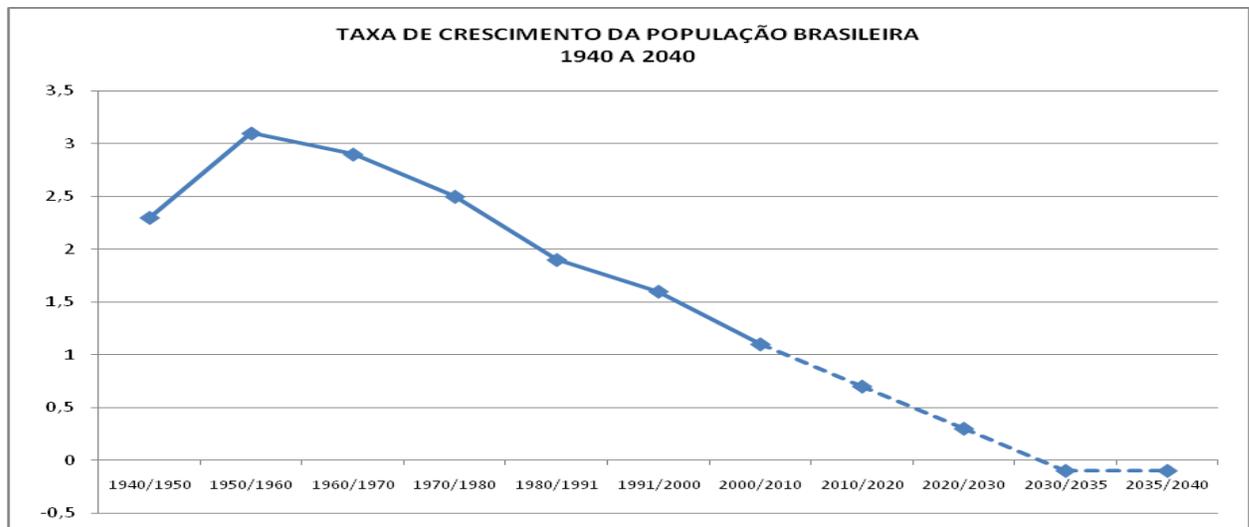
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Brasil vive hoje um processo de transição demográfica, observado por um aumento gradativo da longevidade da população brasileira fruto da diminuição da taxa de mortalidade e da fecundidade nas últimas décadas. Como consequência, esse fenômeno resulta em um expressivo aumento da taxa de envelhecimento populacional, gerando novas demandas sociais. A redução da taxa de fecundidade está associada a fatores como o uso intenso de métodos anticoncepcionais, aumento do nível de escolaridade das mulheres em idade reprodutiva e profissionalização do trabalho feminino.

Em 2007, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Brasil a taxa de fecundidade total foi de 1,83 filhos por mulher. A média foi inferior ao nível da taxa de reposição (de 2,1 filhos), ou seja, foi inferior ao número mínimo de filhos que cada brasileira deveria gerar para que, no período de trinta anos, a população total do país fosse mantida nos níveis atuais.

Gráfico 01

Taxa de Crescimento da População Brasileira, Brasil-2011



Fonte: IBGE/Censos Demográficos. Elaboração própria, Brasília-2011

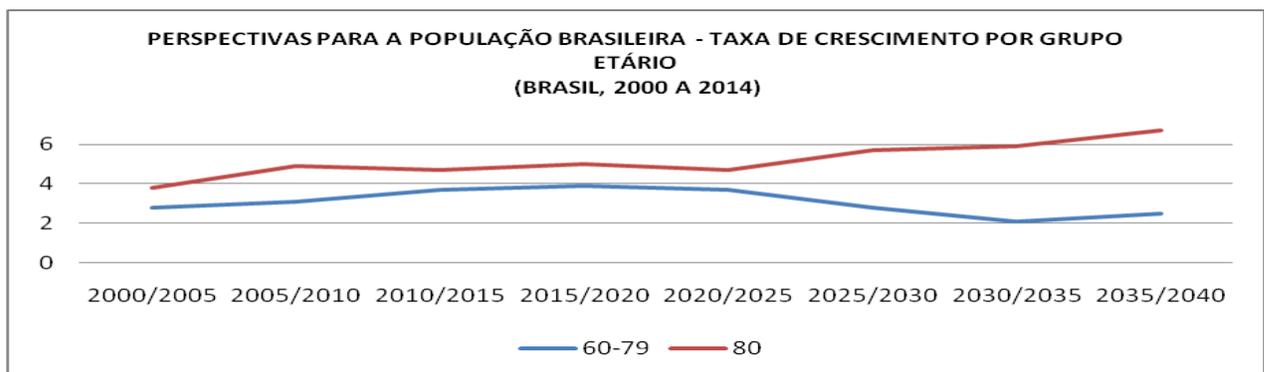
A leitura da figura acima reflete essa situação demográfica. Nas décadas de 1950 e 1960, o Brasil apresentou as maiores taxas de crescimento de sua população, que vem diminuindo gradativamente ao longo dos últimos anos. O alto ritmo de crescimento da população começou a desacelerar, fundamentalmente, a partir da segunda metade da década de 60, sob o efeito da redução das taxas de fecundidade e mortalidade. Em linhas gerais, em sua primeira fase, a transição demográfica se caracteriza por maior população infantil, depois maior população juvenil relativa, posteriormente uma maior população relativa na fase produtiva adulta e, finalmente, um aumento relativo da população envelhecida.

Entre 2010 e 2030, emergirá outro efeito ocasionado pelas mudanças na dinâmica populacional, o chamado “bônus demográfico” ou “janela de oportunidades”. Consiste no aumento relativo de jovens em relação às crianças e à população idosa, gerando maior população em idade ativa para entrada no mercado de trabalho. O resultado deste processo de transição demográfica evidencia que, em 2030, a tendência é que haja níveis negativos do crescimento da população.

O envelhecimento populacional se revela como um fenômeno em constante expansão em nossa sociedade e por este motivo é de suma importância olhar para a questão de forma a identificar especificidades para este segmento etário. Surgem mudanças nos arranjos familiares, no papel social da mulher - a tradicional cuidadora da família - e redução da taxa de fecundidade e aumento da longevidade. Esse processo está resultando no aumento da população que demanda cuidados prolongados e numa redução da oferta de cuidados familiares.

Gráfico 02

Taxa de Crescimento por Grupo Etário, Brasil-2011



O gráfico em exame demonstra uma tendência no crescimento da população de 80 anos ou mais. A população com 80 anos ou mais entre 2000 e 2005 correspondia aproximadamente a 4 milhões, sendo que, para 2030, estima-se que essa população será de 6 milhões. É oportuno suscitar a seguinte indagação: Quem cuidará dessa população envelhecida? Uma vez que a função da tradicional cuidadora- a mulher- está também em declínio, com elevação da sua participação no mercado de trabalho.

O ser humano tem a família como a base da vida em sociedade. O conceito de família foi alterando-se ao longo dos tempos em virtude das mudanças culturais e demográficas. Nas famílias tradicionais, o homem era o chefe e o provedor, a mulher exercia a capacidade de reprodução e a atividade de cuidadora dos entes familiares, fora do mercado de trabalho.

Ao longo dos tempos, houve uma alteração nos arranjos familiares e transformações do papel da mulher na família e na sociedade, proporcionando sua entrada no mercado de trabalho, embora com diversos desafios a superar.

Entre eles, os diferenciais de rendimento entre e mulheres e o fato de que estas acumulam uma série de responsabilidades, por meio da dupla jornada. Isso porque sua entrada no mercado de trabalho não foi acompanhada de redução dos afazeres domésticos. Ao partirem para novas conquistas, não deixam as outras tarefas para trás, de modo que trabalham fora, estudam, mas não deixam de ser mães, donas de casa, esposas e mulheres.

Entre 1992 a 2009, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), houve uma diminuição de 12,9 pontos percentuais na classificação de casais com filhos na distribuição percentual dos arranjos familiares brasileiros, aumento de 4,5 pontos percentuais de casais sem filhos e de 2,7 pontos percentuais de mulheres que vivem sozinhas. Os dados revelam diminuição do tipo tradicional de família: casal com filhos, dado relevante para o entendimento dos desafios do envelhecimento populacional, em especial os associados aos cuidados com a população idosa. Vale salientar que a redução de famílias do tipo casal com filhos vem acompanhada, em boa medida, da elevação de casais sem filhos e mulheres e homens sozinhos. Além destes arranjos, chame-se atenção para o crescimento de mulheres com filhos, colocando desafios específicos para as questões de gênero.

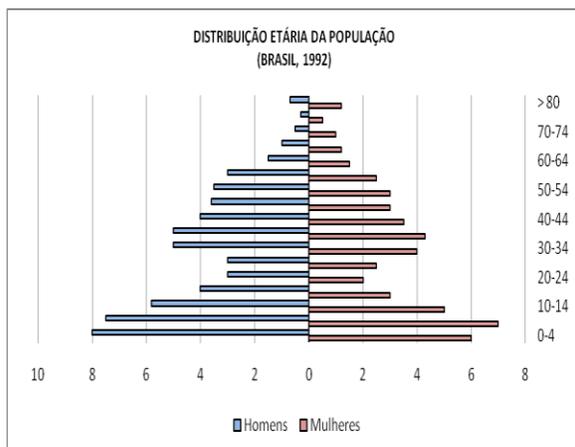
Apesar dos avanços ao longo dos últimos anos, a proporção de mulheres trabalhando ou à procura de trabalho no Brasil ainda é inferior à dos homens. Dados da PNAD/IBGE apontam que, em 2001, 54% das brasileiras participavam do mercado de trabalho, enquanto cerca de, 81 % dos homens estavam na mesma situação. Em 2008, 57,6% das brasileiras participavam do mercado de trabalho, enquanto 80,5 % dos homens estavam na mesma situação. Nota-se um crescimento significativo na taxa de participação das mulheres em relação aos homens, em torno de quatro pontos percentuais, entre 2001 e 2008.

A questão, portanto, é: como responder aos desafios da entrada das mulheres no mercado de trabalho combinada com o envelhecimento populacional, já que as mulheres são ainda as maiores responsáveis pelos cuidados? Diante desse novo contexto, verifica-se que a mulher tem um excesso de atribuições, além das responsabilidades no trabalho doméstico aliado aos cuidados com a família, sendo sua jornada de trabalho bastante extensa.

A necessidade de inovar em relação aos cuidados dos idosos já se manifesta nos dias atuais, por exemplo, por meio de dados do Sistema Único de Saúde. Os dados evidenciam que, do total de óbitos da população de 60 anos ou mais, aqueles decorrentes de agressão correspondem a 12%. A família é indicada como principal responsável pela violência doméstica contra o idoso. As agressões, geralmente, são executadas pelos filhos e cônjuges.

Gráfico 03

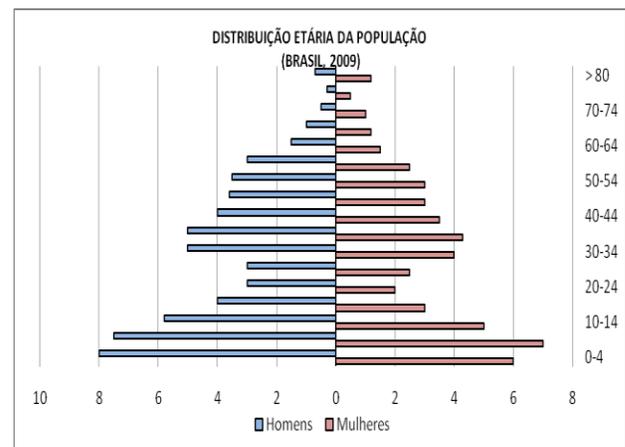
Distribuição Etária da População-1992



Fonte: IBGE/PNAD.

Gráfico 04

Distribuição Etária da População- 2009



Fonte: IBGE/PNAD.

Os gráficos em tela mostram o decréscimo da população por distribuição etária, sendo que há um evidente crescimento da longevidade da população, principalmente em relação ao público feminino. E aqui reside outra questão em que o recorte de gênero é central: as mulheres têm longevidade superior à dos homens.

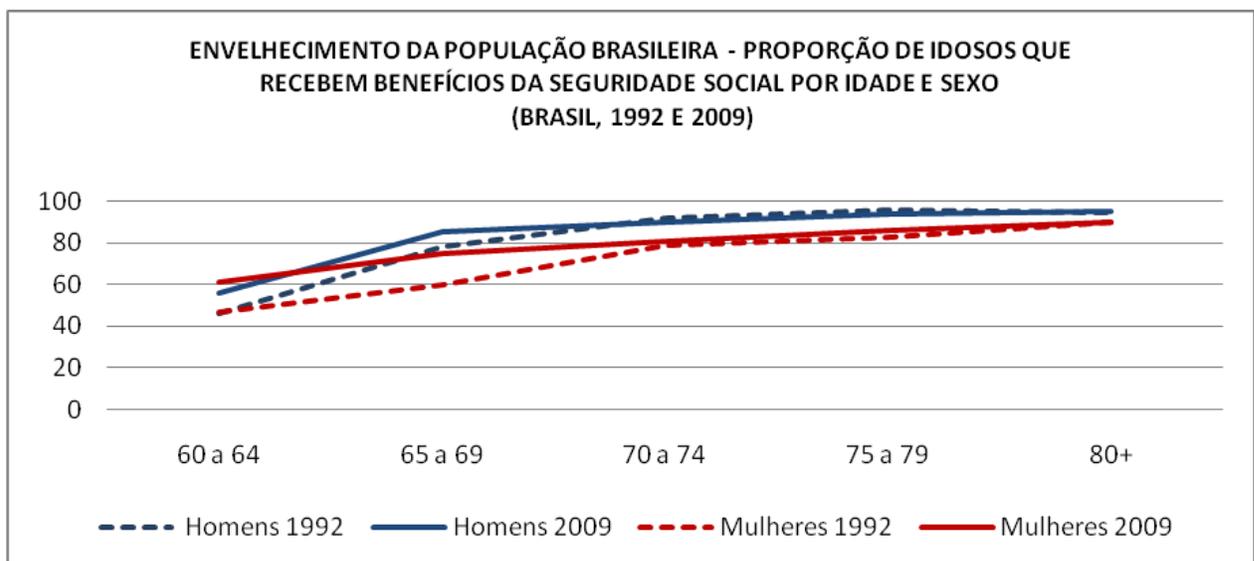
Em 1991, o Censo Demográfico apontou que as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000. Isto evidencia que, para cada 100 mulheres idosas, havia 81,6 homens idosos. No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais do que os homens.

2.1. Cobertura dos benefícios da seguridade social

Em 2007, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que em 53% dos domicílios do País, mais da metade da renda era fornecida por idosos. Dez anos antes, o percentual era de 47,2%. Na área rural, o mesmo nível de contribuição das pessoas com 60 anos ou mais no orçamento familiar chegou a 67,3% dos domicílios em 2007. A potencialidade dos benefícios não-contributivos (especialmente, a Previdência rural) aumentou o nível de renda e redução da pobreza dos idosos e suas famílias.

Gráfico 05

Benefícios concedidos pela Seguridade Social, Brasil-2011



Fonte: IBGE/ PNAD. Elaboração própria, Brasília-2011

Ao longo dos anos de 1992 e 2009, o Brasil alcançou uma taxa de cobertura comparativamente alta no tocante aos benefícios da seguridade social para população idosa. Essa extensão deve-se ao amadurecimento do programa previdenciário contributivo e maior oferta de benefícios não contributivos, como os benefícios de prestação continuada e a previdência rural.

A quase universalidade dos benefícios da seguridade social certamente é um fator determinante para explicar a evolução positiva dos rendimentos. Dessa forma, parte das famílias com idosos contam com um importante componente de sustentação de suas rendas, complementando os rendimentos provenientes do trabalho e da produção.

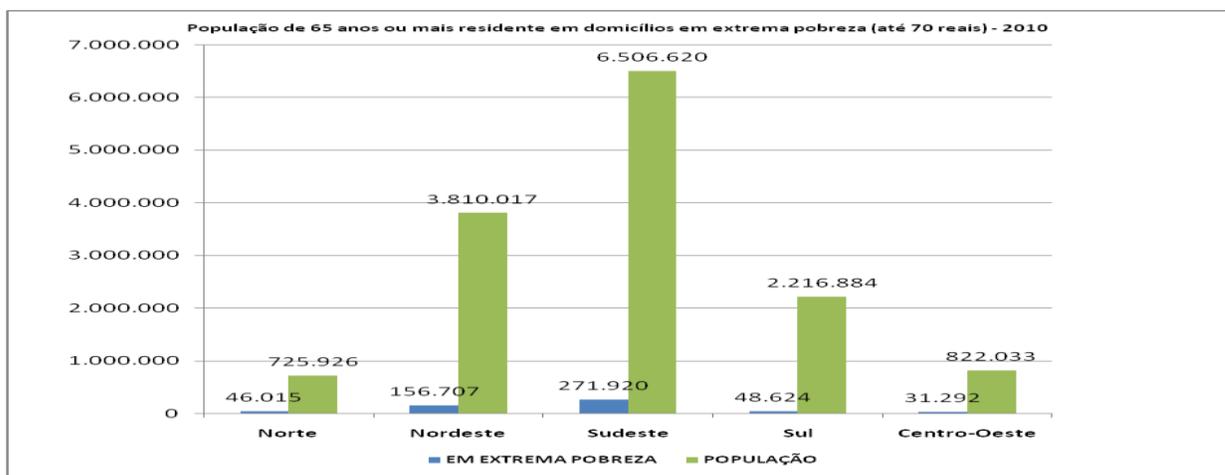
É mister esclarecer que mais de 60% dos idosos são responsáveis pelo sustento de seus lares, sendo que 37,6% são mulheres, o que demonstra uma evolução positiva dos benefícios sociais.

Embora os benefícios contributivos sejam numericamente mais importantes do que os não-contributivos, esses últimos desempenham um papel inquestionável na redução da pobreza, especialmente, nas regiões rurais.

A alta cobertura dos benefícios da seguridade social impacta diretamente a situação da pobreza em relação aos idosos, conforme a tabela abaixo.

Gráfico 06

População de 65 anos ou mais em domicílios em extrema pobreza, Brasil-2011



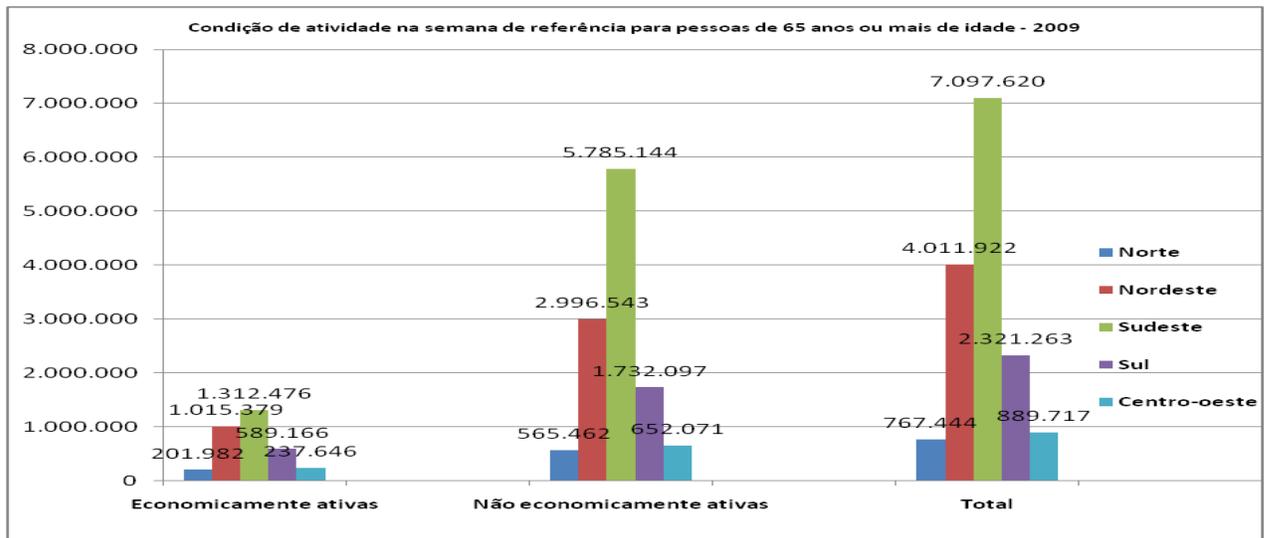
Fonte: Censo 2010. Elaboração própria, Brasília-2011.

O gráfico n° 06 evidencia que todas as regiões brasileiras apresentam taxas de extrema pobreza baixas, em relação à população idosa. O número de idosos em situação de extrema pobreza no Brasil não chega a 4% da população de 65 anos ou mais.

2.2. Condição de atividade e posição ocupacional

Gráfico 07

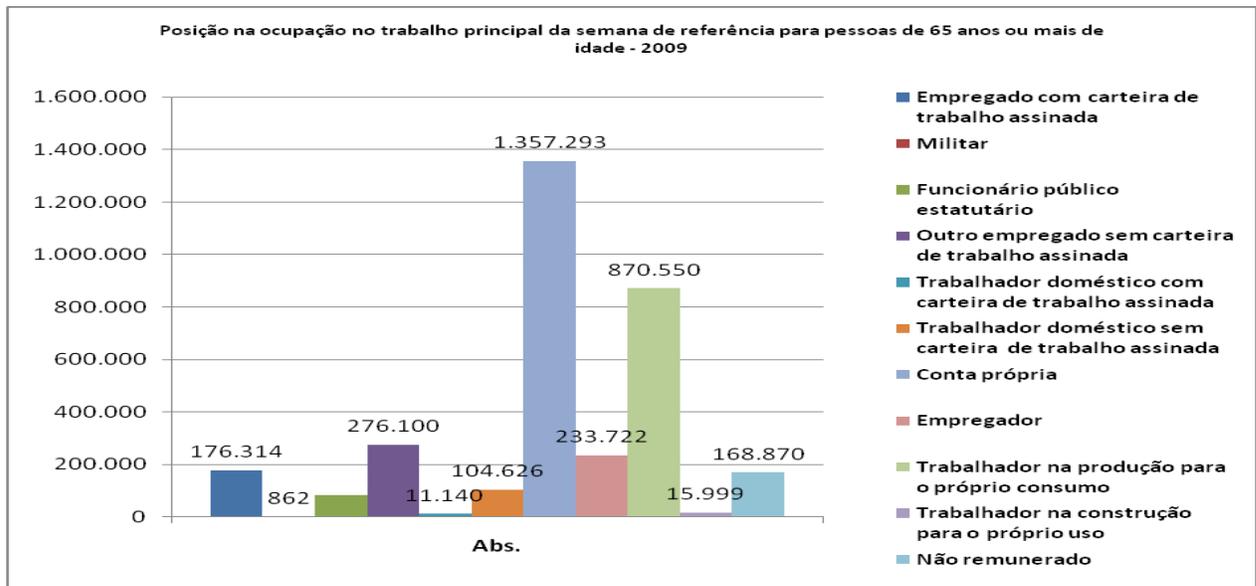
Condição de Atividade para pessoas de 65 anos ou mais de idade, Brasil-2011



Fonte: Microdados PNAD 2009. Elaboração própria, Brasília-2011.

O Gráfico em comento evidencia que há pouco mais de 3 milhões de pessoas com 65 anos ou mais economicamente ativas, sendo que mais de 2 milhões estão no Sudeste e no Nordeste. Tais dados indicam que deve haver um intenso esforço no sentido de investir nesta faixa etária, já que, com a maior longevidade, torna-se um fenômeno evidente a presença de idosos no mercado de trabalho.

Gráfico 08
Posição Ocupacional, Brasil-2011



Fonte: Microdados PNAD 2009, Elaboração própria, Brasília-2011.

O gráfico acima mostra que, entre os idosos ocupados, 41,2% trabalham por conta própria e 26,4% trabalham na produção para o próprio consumo. É central construir políticas no mercado de trabalho para proteger os idosos ativos, observado que, em boa medida, estão em posições não associadas à formalidade.

2.3. Situação epidemiológica

Paralelo ao processo de transição demográfica, o Brasil vivencia um momento de transição epidemiológica com alteração nos padrões de morbimortalidade. Estes padrões se apresentam com redução das doenças infecciosas e aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). O aumento da vida média e o envelhecimento populacional ampliam a possibilidade de acometimento de DCNT, usualmente associadas a idades mais avançadas, embora não exclusivamente.

As condições de vida da população brasileira diferem muito daquelas da década de cinquenta. Em meados da década de vinte, o país era constituído em grande parte por uma população jovem, com elevadas taxas de natalidade e mortalidade e grande parte das pessoas não chegava à velhice, pois falecia antes dos 50 anos, principalmente em virtude de doenças

infecciosas e parasitárias, em função das condições socioeconômicas daquela época, marcada por baixa escolaridade e elevados índices de pobreza.

Nas últimas décadas, frente ao desenvolvimento de políticas de redução da pobreza, acesso à saúde e ampliação da escolaridade da população, foram reduzidas as taxas de mortalidade e fecundidade, decorrentes de doenças infecto-contagiosas. O Brasil vem transitando para um quadro epidemiológico marcado pelo ganho de importância das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis.

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis consistem em um grupo de enfermidades que demoram anos para se manifestar levando a complicações com graus variáveis de incapacidade ou morte. Apresentam maiores destaque as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias. A perspectiva é de que a prevalência de DCNT tenha aumento substancial no futuro em decorrência do envelhecimento populacional e da presença de fatores de risco à saúde, relacionados à alimentação com altos teores de sal, gorduras e açúcares, ao tabagismo, ao sedentarismo e ao uso do álcool. No Brasil, a taxa mortalidade decorrente da DCNT foi de 540 óbitos por 100.000 habitantes em 2007.

Para Veras (2003, p.8-9), “os idosos constituem um segmento etário da população que mais necessita de serviços de saúde em função da prevalência de doenças crônicas e das demandas por maior tempo de internação hospitalar, já que seu processo de recuperação é mais lento”.

É imprescindível pensar num processo de envelhecimento populacional que adote medidas visando à melhoria da saúde e à qualidade de vida para que esse segmento etário seja menos afetado por doenças crônicas, atenuadas com medidas preventivas.

Gráfico 09

Principais Causas de Morte de DCNT, Brasil-2011



Fonte: Dados do Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Elaboração própria, Brasília-2011.

Em 2009, no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), as DCNT corresponderam a 72% das causas de morte com destaque para as doenças do aparelho circulatório, que correspondiam a 31,3%; câncer (16,3%); diabetes (5,2%); doenças respiratórias crônicas (5,8%); e outras (13,4%), conforme distribuição apresentada em gráfico 09. Os principais fatores de risco dessas doenças são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo abusivo do álcool. O fortalecimento da prevenção e controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis deve ser tratado como prioridade na agenda governamental com a intensificação de controle aos fatores de riscos estabelecendo iniciativas que visem a maiores investimentos, sobretudo para garantir o envelhecimento ativo e saudável.

CAPÍTULO III

COBERTURA DOS BENEFÍCIOS E SERVIÇOS DA SEGURIDADE SOCIAL

As seções anteriores mostraram brevemente as tendências do envelhecimento populacional brasileiro e a concepção da seguridade social no Brasil. Busca-se neste capítulo examinar os principais números da seguridade social, verificando a cobertura dos seus serviços e benefícios, com destaque para aqueles associados à população idosa.

3.1 Previdência social

Nos últimos anos, no Brasil, pode-se verificar uma relação positiva entre crescimento econômico e aumento da cobertura da previdência social. O aumento da cobertura da previdência está relacionado com o crescimento relativo dos empregos formalizados. É preciso observar que os benefícios previdenciários e assistenciais pagos pelo INSS têm sido um instrumento efetivo de combate à pobreza e de garantia de renda às pessoas em idade avançada, resgatando a dignidade de milhões de brasileiros e reduzindo as desigualdades sociais. Além de contribuir para a economia de diversos municípios brasileiros, injetando recursos através do pagamento dos benefícios previdenciários.

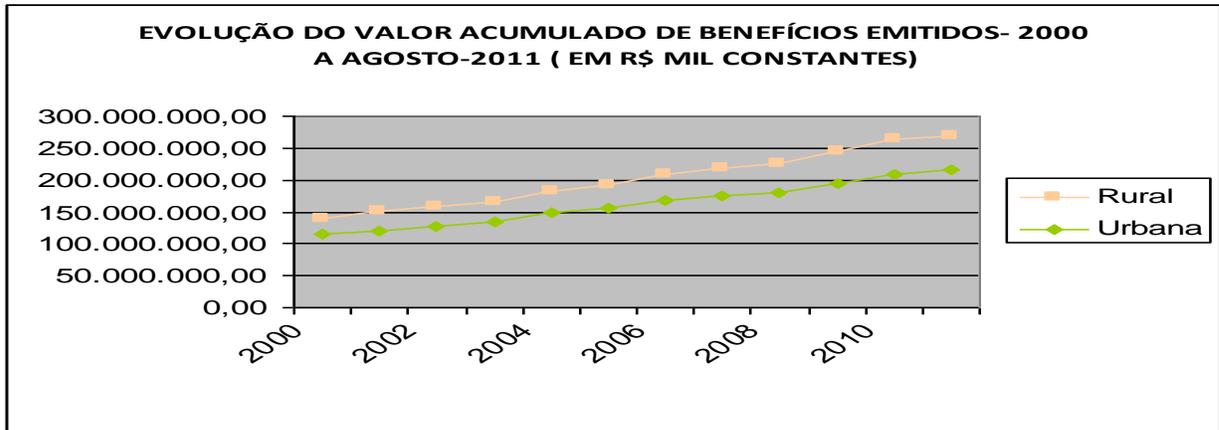
Em 2002, desconsiderando as transferências previdenciárias, os pobres correspondiam a 54,4% da população. Considerando as transferências, os pobres passam a ser 44,5% - diferença de 9,9 pontos percentuais. Em 2009, os pobres correspondiam a 41,7% sem as transferências e a 29,2% com as transferências - uma diferença de 12,5 pontos percentuais. Esses números refletem a considerável ampliação dos benefícios previdenciários e assistenciais, tanto em termos de quantidade de benefícios emitidos como de seus valores.

O Boletim Estatístico da Previdência Social (BEPS)¹ demonstra a evolução dos benefícios emitidos no período que compreende 2000 a 2011. Em dezembro de 2000, foram emitidos pela Previdência Social 19,6 milhões de benefícios, sendo que, em agosto de 2011, eram 28,8 milhões. Isso significa um aumento de aproximadamente 47% no total de benefícios emitidos, em relação a dezembro de 2000.

¹ Boletim Estatístico da Previdência Social, Brasil, V. 15, N° 08 de agosto de 2008.

Gráfico 10

Evolução do valor acumulado de benefícios emitidos 2000 a agosto 2011, Brasil-2011



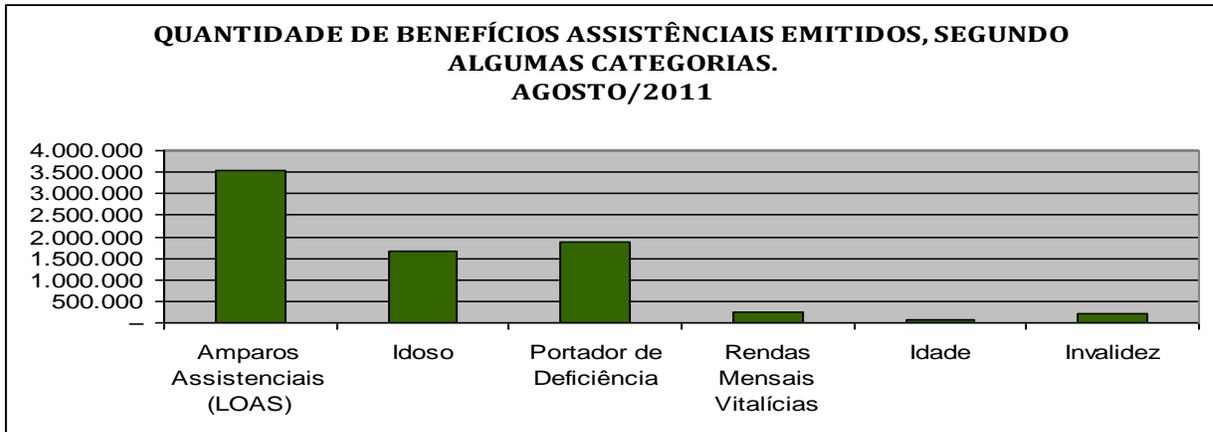
Fonte: Dados do Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS. Elaboração própria, Brasília-2011

O gráfico em comento demonstra que a área urbana é onde se concentra o maior número de beneficiários, acompanhando a própria concentração populacional. Ademais, é imperioso registrar que a medida assistencial (não-contributiva) mais significativa foi a expansão da cobertura previdenciária rural, assegurando proteção previdenciária a cerca de 8 milhões de trabalhadores do campo, cuja inserção produtiva não se dá por vínculos de assalariamento. Em diversas famílias, as únicas pessoas que possuem renda monetária são justamente os aposentados e pensionistas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Dos 28,8 milhões de benefícios já emitidos pela Previdência Social em agosto de 2011, 24,1 milhões são previdenciários, 836 mil, acidentários e 3,8 milhões, assistenciais. Cabe aqui destacar os benefícios assistenciais: os Amparos Assistenciais -LOAS equivalem a 3,6 milhões de benefícios, que representam 12,28% em relação à quantidade total dos benefícios emitidos pela Previdência Social.

Gráfico 11

Quantidade de benefícios assistenciais emitidos, Brasil-2011



Fonte: Fonte: Dados do Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS. Elaboração própria, Brasília-2011

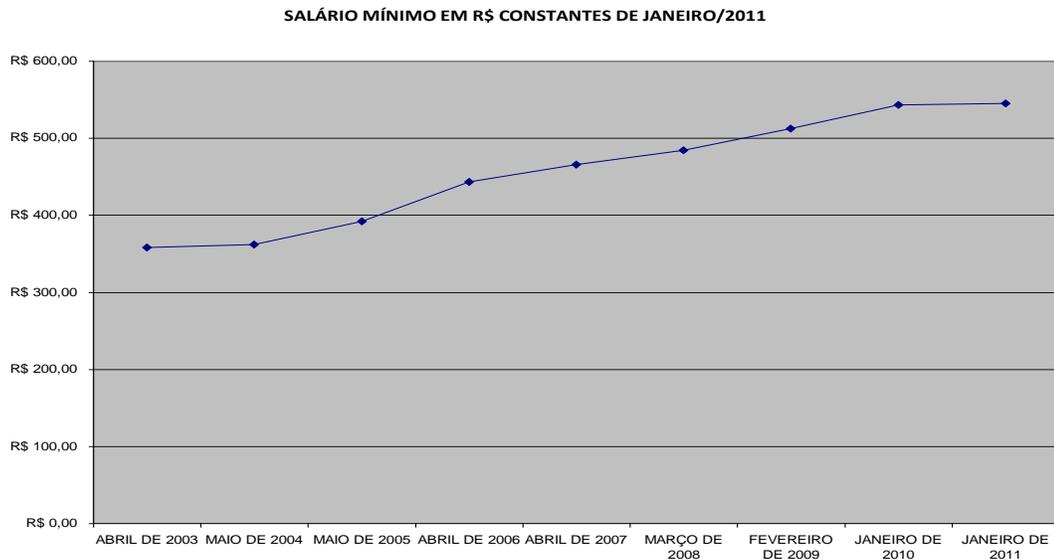
Em relação aos idosos, um fenômeno importante a destacar evidencia um desequilíbrio na proteção de homens e mulheres com 60 anos ou mais. Dados da PNAD revelam que a parcela da população idosa do sexo feminino protegida socialmente passou de 66,33% em 1992 a 77,93% em 2008; já entre o público masculino, esses dados correspondem respectivamente a 83,40% e a 86,76%. O recorte de gênero aponta para uma tendência de melhoria no nível de proteção de idosos, principalmente do sexo feminino, uma vez que os dados referentes aos homens idosos encontram-se relativamente estáveis. No longo prazo, a confirmação dessa tendência pode reduzir as disparidades na proteção de homens e mulheres idosos. Por outro lado, o diferencial referido registra a necessidade de políticas de ampliação da cobertura pelos benefícios da seguridade social sob recorte de gênero.

O Sistema de Previdência Social desempenha um importante papel na garantia de renda a seus beneficiários. Nos últimos anos, os benefícios pagos pela Previdência produziram impactos significativos sobre o nível de pobreza da população brasileira, desigualdade e crescimento econômico em virtude de sua crescente cobertura associada à vinculação do piso ao salário mínimo. Na CF/ 88, é assegurado aos beneficiários da Previdência Social o reajuste de suas aposentadorias, de forma a manter o valor real do benefício.

Em 2007, foi acordada entre governantes e centrais sindicais uma política permanente de valorização do salário mínimo até 2023, tendo como critério o repasse da inflação

do período entre as suas correções – a cada ano – até ser fixada em janeiro. O gráfico abaixo evidencia a valorização constante do salário mínimo de abril de 2003 a janeiro de 2011.

Gráfico 12
Salário mínimo em R\$ constantes de janeiro/2011, Brasil-2011



Fonte: Dados da Nota Técnica 93 de Janeiro de 2011, São Paulo. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Elaboração própria, Brasília-2011.

A importância do tema se manifesta pelo fato de que cerca de 70% dos benefícios emitidos pelo INSS têm valor de 1 salário mínimo.

3.2 Saúde

Com a promulgação da CF/88, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo. Instituído pela Carta Magna, o Sistema Único de Saúde (SUS) expandiu-se a uma parcela considerável da população, encarando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

O SUS tem por objetivo promover atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, através de uma gestão e prestação descentralizada de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo.

O modelo atual de organização da política de atenção a saúde está estruturado basicamente em três níveis hierárquicos, a atenção básica e a especializada, segmentada em média e alta complexidade. Sua implementação requer atuação conjunta e coordenada das três esferas de governo (União, Estados e Municípios), tendo como objetivo garantir ou melhorar a saúde da população brasileira e prevenir fatores de riscos.

A atenção básica de saúde caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Através da Portaria nº 648 GM/2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A combinação de ambos os programas tem sido considerada a principal estratégia de organização da atenção à saúde no país.

O Programa Saúde da Família é estruturado por Equipes de Saúde da Família (ESFs), composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). São responsáveis pela análise, pelo acompanhamento e pela busca de solução para os problemas de saúde da população e atuam de forma sistêmica em prol da comunidade, estabelecendo ações de prevenção e promoção da saúde, sendo diagnosticadas pelos próprios profissionais as ações passíveis de soluções pela atenção básica.

A função de cada um desses profissionais é de identificar a necessidade de cada paciente, e caso seja necessário, encaminhar aqueles cujas especialidades estão fora do âmbito de atuação da atenção básica. O outro nível de atenção recebe o paciente e informa às ESFs que o encaminhou a situação de seu tratamento para que assim que possível ele retorne para dar continuidade ao acompanhamento na atenção básica. Referido processo é conhecido como contrarreferência.

Dados do MS estimam que 96,8 milhões de brasileiros são acompanhados por 30.603 ESFs, presentes em 94,5% dos municípios. Registra-se ainda que 115,7 milhões de pessoas são atendidas por ACS, que atuam em 96,2% dos municípios brasileiros. Em municípios com até 20 mil habitantes, a cobertura em média é superior a 80 % da população. As localidades

com maior presença de população com renda de até meio salário mínimo possuem maior índice de cadastramento no programa.

Em 2008, o MS propôs a formalização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que são compostas por profissionais especializados em diversas áreas, que deveriam atuar com vista a compor um sistema integrado de atenção a partir do diagnóstico das ESFs. Um trabalho conjunto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das ESFs na identificação e priorização das necessidades específicas de sua população local, organizando equipes multiprofissionais qualificadas e com infraestrutura adequada. Adicionalmente, a estratégia de priorização do NASF está relacionada a nove áreas: atividade física, práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, assistência farmacêutica, entre outros.

Em relação à estrutura física, a maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não apresenta padrões mínimos requeridos, que deveriam conter, no mínimo: i) para cada equipe um consultório médico e um enfermeiro; ii) em cada unidade básica, pelo menos uma sala para armazenar e uma para dispensar medicamentos e iii) por unidade: uma sala de procedimentos básicos e curativos, uma sala exclusiva para vacinas, uma sala de expurgo, um sanitário somente para os funcionários e um sanitário para o público.

A atenção de média complexidade abrange ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população que demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento; já a alta complexidade envolve um conjunto de procedimentos que necessita de alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. O conjunto dessas ações estrutura-se numa rede de serviços regionalizados e hierarquizados de saúde.

A principal novidade para a atenção especializada é a gestão da Política Nacional de Atenção às Urgências, pensada como rede integrada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), implementação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e salas de estabilização. A proposta é que, integrados, tais equipamentos possam cobrir vazios assistenciais

relativos às urgências pré-hospitalares, servindo como parte intermediária da rede, de modo a desobstruir hospitais, mas também servir como referência à atenção básica.

Segundo o MS, estima-se que estejam em funcionamento aproximadamente 31 UPAs e mais de 3000 veículos do SAMU em todo o país, sendo que o objetivo do governo federal é que os serviços do SAMU estejam presentes em todos os municípios da federação e a UPA referencie toda a população.

No que se refere à assistência farmacêutica, dados do suplemento sobre saúde da PNAD mostram um aumento da cobertura da assistência farmacêutica gratuita. Em 2003 e 2008, houve um aumento percentual de 10,8% de pessoas que receberam medicamentos gratuitamente no Brasil. A região brasileira que registrou maior aumento percentual foi o Nordeste, com 11,3%, e o menor, o Centro Oeste, com 8,7%.

Um elemento que pode ter favorecido esse cenário foi o programa Farmácia Popular do Brasil, atuando em dois eixos: as unidades próprias, em parcerias com estados e municípios, e o sistema de copagamento, em parceria com farmácias e drogarias privadas. Em 2009, o programa contava com 530 unidades próprias e 10.790 conveniadas. Em junho de 2010, havia 534 unidades próprias e 12.499 conveniadas. E atualmente conta com mais de 17.500 farmácias privadas cadastradas.

3.3 Assistência social

Após a Constituição Federal de 1988, várias mudanças ocorreram na Política Nacional de Assistência Social, ampliando-se situações sociais objeto de garantias legais de proteção, dilatando a responsabilidade estatal frente a diversos problemas cujo enfrentamento, até então era confinado, predominantemente, ao espaço privado. Assim, a assistência social adquire novo status, construindo condições necessárias à cidadania plena como garantia social.

A regulamentação da Assistência Social veio em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993, com apoio de

movimentos sociais, gestores municipais, estaduais, governo federal, e significou um esforço continuado de organização da intervenção pública para efetivação do direito à assistência.

Desde a promulgação da LOAS, a ação do Estado passa a ter uma legislação reguladora que procura protegê-la do assistencialismo, clientelismo e protecionismo, e concede a ela um caráter republicano, democrático e cidadão, para alterar a realidade das famílias pobres e vulneráveis, e orientar as ações do Estado, respeitando a dignidade do cidadão, a sua autonomia e o seu direito a benefícios e serviços de qualidade.

Criado a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o Sistema Único de Assistência Social-SUAS teve suas bases de implantação consolidadas em 2005, por meio da sua Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), que apresenta as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa. A LOAS e o SUAS representam a luta contra a pobreza e pela universalização dos direitos sociais por meio de uma rede nacional de proteção e promoção social. Tem garantido proteção social à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e reorganizou o atendimento e agilizou o repasse de recursos federais, respeitando as realidades locais e valorizando as suas potencialidades. Oferta serviços à população de maneira não-contributiva visando a assegurar direitos das pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade, independente da capacidade de contribuição.

A implantação do Sistema Único de Assistência Social materializa a ideia de um sistema descentralizado e participativo, com primazia da responsabilidade do Estado. Assim, a assistência social foi estruturada em diferentes níveis de proteção social. A Proteção Social Básica, que focaliza a prevenção a situações de risco, e a Proteção Social Especial, que lida com situações de violação de direitos, com ou sem separação do núcleo familiar. A organização e ampliação da oferta desses serviços socioassistenciais é operacionalizada, sobretudo, nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS).

Os CRAS são destinados para a prevenção de ocorrências de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades,

do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e têm por objetivo, ainda, encaminhar as famílias para outros serviços da rede socioassistencial. Por sua vez, os CREAS são responsáveis pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados de assistência social a indivíduos e famílias com direitos ameaçados ou violados. Hoje, no Brasil, há aproximadamente 7.607 CRAS e 2.155 CREAS. Os CRAS estão presentes em todos os municípios brasileiros.

No âmbito da Proteção Social Básica, as pessoas idosas são atendidas por meio de trabalhos desenvolvidos com suas famílias e por intermédio de entrevistas, grupos e centros de convivência. Os CRAS devem ofertar aos idosos espaços de convívio, com garantia de acessibilidade, promoção de autoconhecimento quanto às condições de vida e prevenção ao isolamento e ao asilamento para favorecer um processo de envelhecimento ativo e saudável.

Para o sucesso dessas ações, as equipes dessas unidades deverão deter conhecimento amplo acerca do território e das famílias que nele vivem, suas necessidades, potencialidades, bem como do mapeamento das condições de vida dos idosos. Em território de maior extensão, os trabalhos podem ser executados de forma intersetorial, conjuntamente, com as demais redes de apoio como secretaria de saúde, justiça, habitação, comunidades religiosas, segurança pública, entre outros.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, publicada em 2009, prevê, no âmbito dos serviços de proteção básica, de atendimento domiciliar para as pessoas idosas; na Proteção Social Especial, os serviços de média complexidade prestados à pessoa idosa e, na alta complexidade, serviços de acolhimento institucional (Casa Lar) e serviço de acolhimento em família acolhedora.

O financiamento de toda essa rede deverá focalizar esforços para: i) orientar as famílias sobre novas maneiras de lidar com as dificuldades ou limitações que podem emergir nesta fase da vida; ii) potencializar as capacidades e habilidades da pessoa idosa; iii) permanência da pessoa idosa em sua própria residência e iv) apoio às famílias no cuidado das pessoas idosas.

Cabe salientar, ainda, que integram a categoria dos Benefícios Assistenciais da LOAS, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e os Benefícios Eventuais. O primeiro consiste na garantia de um salário

mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. A cobertura dos benefícios assistenciais foi mostrada anteriormente, no bojo dos benefícios pagos pelo INSS. Foi visto que há cerca de 3,5 milhões de benefícios assistenciais emitidos.

Na atual conjuntura brasileira, frente ao envelhecimento populacional crescente, surgem grandes desafios às políticas sociais na promoção da qualidade de vida dos idosos. Historicamente, a questão da velhice é vista apenas na esfera familiar. A atenção doméstica é identificada como espaço estratégico de efetivação de cuidados e mesmo de proteção social. Porém, investimentos na formulação de política de proteção social a esse público específico de forma sustentável e promovendo a solidariedade entre gerações, devem ocorrer de forma maciça levando em consideração a necessidade de cuidados especiais.

Em 2005, dados da PNAD indicavam que 13% das pessoas idosas viviam sozinhas e 87% viviam em família, sendo que 26% das famílias brasileiras contavam entre seus membros com ao menos um idoso. Isso significa que a presença da pessoa idosa na família pode ser vista como uma preocupação em função de provável expansão de demanda por trabalho de cuidados.

A CF/88 reafirmou a responsabilidade da família perante seus membros, sobretudo ao segmento mais vulnerável, como por exemplo, os idosos. Contudo, não se avançou na normatização de uma política de cuidado com o idoso. Esse direito só se realizará se houver ações governamentais consistentes e articuladas.

O Estado tem a função de auxiliar a família nos cuidados com o idoso, o que pode ser feito através de benefícios monetários, grupos de apoio e inclusão dos cuidadores no sistema de seguridade social, entre outras medidas. A análise das políticas que compõem a Seguridade Social mostra que ainda persistem desafios relativos a programas dirigidos às pessoas envelhecidas necessitadas de cuidados, embora estejam sendo desenvolvidas diversas iniciativas que protegem essa população. Para efeitos comparativos, vale fazer referência a algumas experiências internacionais, conforme apontado por JACCOUD (2008, p.19-30).

Em 1997, no Japão, foi aprovada a Lei do Seguro de Cuidados de Longa Duração, criado para atender ao rápido crescimento da demanda por serviços de cuidadores. Em 2000, ocorreu a implementação de um modelo de cuidados de longa-duração, de natureza contributiva e assistencial, que tem como objetivo proteger as pessoas incapacitadas na faixa etária de 40 ou mais anos, sendo que, para faixas etárias superiores, o Japão possui um sistema de proteção separado, financiado por meio de impostos.

Desde 2001, o Reino Unido possui um Sistema de Assistência Social para pessoas idosas que estabelece diretrizes para sua proteção. Os serviços sociais e comunitários fornecem um plano individualizado de cuidados, que é desenhado segundo avaliação de suas necessidades. No caso dos benefícios monetários, os diferentes tipos estão associados aos diversos perfis, sendo a idade o principal elemento que define esses perfis. Os cuidados públicos de longa duração podem ser providos através do cuidado domiciliar e comunitário e cuidado institucional. Os cuidadores informais também podem ser beneficiados pelo sistema.

Os principais cuidados domiciliares e comunitários de longa duração acessíveis aos idosos no Reino Unido são: i) cuidados domiciliares ou serviços de ajuda domiciliar; ii) serviços de enfermagem por agentes comunitários; iii) cuidados diários em hospitais ou centros-dia; iv) entrega de refeições ou restaurantes especiais; v) cuidados com os pés ou pedicuro; vi) serviços terapêuticos e vii) ajuda doméstica particular.

O cuidado institucional para idoso compõe-se de casas de cuidado, casas de repouso e a internação hospitalar de longa duração.

Deve-se salientar a situação dos idosos institucionalizados no Brasil, internados em instituições asilares e casas de repouso. Consequentemente, há um distanciamento do espaço familiar em que viveram. Grande parcela dos familiares após a institucionalização de seu idoso não retorna mais à instituição, delegando os cuidados a profissionais, muitas vezes, desqualificados para a função. Cabe ao Estado exercer seu papel de financiador e fiscalizador destas atividades para garantir um atendimento com segurança e dignidade.

É nesse campo que residem os maiores desafios para a proteção social à população idosa no Brasil. Nota-se que o sistema de seguridade social brasileiro apresenta lacunas relativas

ao financiamento de benefícios e serviços voltados aos cuidados à população idosa em situação de dependência funcional. Com o envelhecimento populacional, será decisivo inscrever o risco associado à dependência entre as coberturas da seguridade social. Sobretudo pelo viés não-contributivo, de modo que possa haver cobertura àquelas famílias sem condições de acessar serviços no mercado.

CAPÍTULO IV

DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRO À LUZ DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ATIVO E SAUDÁVEL

Diante do cenário apresentado nos capítulos anteriores, especialmente em relação à tendência de envelhecimento populacional e à arquitetura institucional da seguridade social brasileira, a proposta é que sejam agora apresentados seus principais desafios nas áreas de previdência, saúde e assistência social.

Num quadro crescente de envelhecimento da população brasileira e maior perspectiva de longevidade, a inscrição de um trabalhador no sistema previdenciário é condição imprescindível para assegurar seu bem-estar social em termos de garantia de renda e proteção frente às incertezas no mercado de trabalho, uma vez que esse segurado no futuro constituirá a população envelhecida do país e que de alguma forma necessitará de cobertura por benefícios contributivos ou não-contributivos do Sistema de Seguridade Social.

Atualmente, conforme visto, a cobertura do sistema brasileiro de seguridade social é satisfatória em termos de transferências monetárias de natureza contributiva e não-contributiva aos idosos. A concessão de benefícios monetários tem fortalecido economicamente as famílias brasileiras, retirando-as das condições de pobreza ou extrema pobreza.

Contudo, a Previdência Social deve seguir avançando na taxa de formalização da População Economicamente Ativa (PEA). Sobretudo por meio do crescimento econômico, abertura de novos postos de trabalho formais e a implementação de políticas diferenciadas que estimulem formalização de negócios e a inclusão dos trabalhadores que se encontram com inserção precária no mercado de trabalho.

Para tanto, é necessário avançar na universalização da cobertura previdenciária, adotando regras flexíveis para a absorção de setores da PEA.

Segundo dados da PNAD 2009, as pessoas que recebem um salário mínimo estão entre o terceiro e o sexto décimos de renda em virtude da política de valorização do salário mínimo. Isso significa que, por um lado, ao receberem um salário mínimo, já não estão entre os

mais pobres. Por outro, a expansão do salário mínimo acima da inflação, baseada na evolução real do Produto Interno Bruto (PIB), faz com que as pessoas que o recebem tenham a renda crescendo acima da expansão média, reduzindo desigualdades de rendimentos, seja pelo mercado de trabalho, seja pelas transferências governamentais. Para que tal política continue tendo êxito, é fundamental sustentar o crescimento econômico no longo prazo, já que a valorização do salário mínimo depende da evolução do PIB e da inflação. Ressalta-se a necessidade da estabilidade institucional da política de valorização do salário mínimo para os próximos dez anos.

Em relação às regras mais flexíveis para entrada de segmentos específicos no mercado de trabalho, é importante lembrar do desafio de inclusão das mulheres, que ainda apresentam taxas mais baixas de filiação ao sistema. Nesse sentido, são essenciais medidas que estimulem, por exemplo, o acesso à previdência de donas de casa, reconhecendo seu trabalho, e de categorias profissionais com maior presença de mulheres e marcadas pela informalidade, como as trabalhadoras domésticas. Atualmente, cerca de $\frac{3}{4}$ das trabalhadoras domésticas trabalham sem carteira de trabalho assinada. O exercício de reconhecimento das ocupações acima referidas é central para a autonomia das mulheres, sobretudo, para o tema deste trabalho, para o exercício dos direitos das mulheres idosas.

Do ponto de vista da questão da saúde, deve haver maior cobertura do Programa Saúde da Família, estruturado com diretrizes específicas para o atendimento ao idoso. Em 2008, dados da PNAD levantaram informações sobre o número de domicílios registrados no programa. São 27,1 milhões, o que representa 47,7% do total de domicílios. A cobertura sobe para 52,6%, quando há a presença de pelo menos um idoso com dificuldades para a realização de atividades da vida diária.

No Brasil, a atenção à saúde do idoso é uma especialidade em crescimento que carece de profissionais qualificados que reconheçam as necessidades dessa população. O Programa Saúde da Família constitui uma importante estratégia para o enfrentamento do envelhecimento populacional com qualidade. Neste sentido, é importante criar equipes de enfermagem domiciliar e as visitas domiciliares voltadas a este segmento etário. Ou seja, além de ampliar a cobertura da Saúde da Família, é importante qualificá-lo para a atenção ao idoso e aos domicílios nos quais haja idosos em situação de dependência.

É mister que se tenha profissionais capacitados para diagnosticar as limitações provenientes da idade, abordando aspectos relacionados às dimensões de vulnerabilidade e controle de agravos à saúde, visando subsidiar políticas públicas no cuidado individual e coletivo dessa população. Cabe ao PSF estabelecer o vínculo do usuário idoso com o sistema de saúde em articulação com as equipes dos CRAS.

Será também fundamental avançar para a atenção médica especializada ao atendimento da população idosa por meio de formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos, desde o nível primário de atenção à saúde, até o tratamento de alta complexidade. As políticas de saúde devem contemplar todo o ciclo da vida do indivíduo para propiciar não só que mais pessoas cheguem à última etapa da vida, mas que o façam de forma ativa e saudável.

As rápidas mudanças epidemiológicas que ameaçam a saúde requerem uma resposta imediata, a qual deve ser acima de tudo preventiva. Os agravos relacionados ao coração, derrames, diabetes, câncer e outras doenças crônicas explicam maior parte dos óbitos no Brasil, atualmente. Esta transição epidemiológica, que se dá em associação à mudança etária, exige que a atenção básica aprofunde sua resolutividade, devendo ter maior capacidade preventiva. Nesse sentido, é central, não apenas ampliar a cobertura das equipes de saúde da família, mas dotá-las de conhecimentos para que estejam aptas a lidar com técnicas de prevenção, estimulando hábitos de vida saudáveis. Também devem ter equipamentos que lhes permitam fazer diagnósticos precoces de doenças como diabetes.

Outro ponto é que, sobretudo as periferias das cidades, não contam com equipamentos dedicados à promoção do esporte e dos exercícios físicos. Praças de esporte, academias públicas, dentre outras, passam, no atual cenário, a ter a importância análoga à de um leito hospitalar na atenção especializada. Diante da maior incidência de fatores de risco, é preciso dar capilaridade a tais equipamentos públicos, combinando gastos de capital (para sua construção) e custeio, com equipes especializadas de saúde para dar suporte às práticas físicas e identificar pessoas nos bairros relacionadas aos fatores de risco.

Ainda em relação aos fatores de risco, o envelhecimento saudável requer a intensificação de ações de promoção da saúde, lidando com conscientização da população sobre

os efeitos de fatores de risco como o tabaco e o álcool. Ainda sobre fatores de risco, é central adotar práticas, mediante pactos sociais, de redução dos teores de sais, gorduras e açúcares nos alimentos. Estas questões remetem ao desafio de construir políticas públicas intensivas em mudanças de comportamento e de normatização de práticas de mercado.

Vale salientar que tais ações incidem diretamente sobre fatores de risco associados a hábitos de vida não-saudáveis, determinantes para a evolução do diabetes, hipertensão arterial e neoplasias.

As mortes violentas também explicam parcela significativa da mortalidade brasileira. É preciso que as práticas de saúde evoluam, de forma coordenada a outras políticas, para a geração de uma cultura de paz. Nesse sentido, trata-se menos de uma entrega de bens e serviços de saúde, e mais de ações que gerem novos valores e culturas. É um grande desafio que se apresenta, sobretudo, para segmentos específicos da população, como crianças, mulheres, o público LGBT e a população idosa. Registros do SUS mostram que em tais públicos se concentram os atos de violência doméstica, associados à família. Nesse contexto, ações como os núcleos de prevenção à violência no SUS, que operem de forma transversal à rede de saúde, constituem estratégia central, que deve ganhar capilaridade no território, com ênfase nas localidades mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

Em relação às neoplasias, há também taxas elevadas de mortalidade. Entre 1979 e 2008, considerando a população com 70 ou mais, houve 470 mil óbitos por neoplasias para mulheres e 600 mil para homens. O que aponta para desafios crescentes em relação a diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer. Por exemplo, expandindo a capacidade de realização das mamografias, exames citopatológicos e serviços de diagnóstico mamário e implantação de centros de oncologia.

Quanto ao atendimento aos idosos, na rede de atenção básica é importante estimular as ações intersetoriais, visando à integração da atenção a saúde dessa população, a implantação de serviços de atenção domiciliar e fortalecimento da participação social familiar e comunitária.

Sobre a rede de atenção especializada, vale especificar o desafio das urgências pré-hospitalares, em seus componentes móvel e fixo. É preciso equipar e dar maior capilaridade ao SAMU e às unidades de pronto atendimento, de modo que possam servir como referências às urgências hospitalares, garantindo melhor atendimento. O maior referenciamento pela rede será central para garantir os cuidados médicos à população idosa.

Por fim, em ambas as redes, é preciso promover a cooperação nacional e internacional das experiências na atenção a saúde das pessoas idosas, com provimento por meio de concursos públicos de recursos humanos capacitados e fortalecimento da formação educacional permanente dos profissionais capazes de reconhecer as particularidades dos pacientes idosos.

Do ponto de vista das políticas da assistência social, é preciso seguir expandindo a capilaridade dos CRAS e CREAS e desenvolver/implementar parâmetros de qualidade dos serviços. Assim, a proteção social básica deve ter maior capacidade de realizar visitas domiciliares e desenvolver ações no âmbito do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) para idosos, como reeducação postural, estímulo a atividades de pintura e artesanais. No âmbito dos CREAS, é central estruturar ações de atendimento a idosos em situação de violência, disseminando padrões para atendimento especializado frente a tais situações. O que supõe pactuar com entes a entrada de profissionais especializados e preparados para a prestação de tais serviços. Os recursos humanos em assistência têm de evoluir qualitativa e quantitativamente para se adaptar ao cenário que exigirá mais serviços de assistência aos idosos.

Ainda há pequeno número de idosos que o Censo 2010 classifica como em extrema pobreza. É preciso que os serviços de busca ativa identifiquem tais idosos para inseri-los na rede de proteção social, especialmente com a inclusão no BPC. É também uma pauta relevante a integração entre serviços e benefícios de assistência social. É preciso desenvolver informações sobre aonde e como vivem idosos que recebem o BPC e se necessitam de outros serviços de assistência, no nível de proteção básica ou especial.

No que se refere às pessoas idosas dependentes institucionalizadas, é necessário articular ações no campo da saúde e da assistência social dentro das instituições com o objetivo de garantir os direitos dessa população respeitando suas limitações. Algumas medidas são

fundamentais para garantir a qualidade desse serviço. A cobrança de relatórios periódicos, a realização de visitas técnicas por órgãos fiscalizadores e permanente avaliação. Estas medidas constituem formas de avaliar e monitorar a qualidade dos serviços dessas instituições.

O Brasil deve estimular as políticas voltadas para as instituições de longa permanência, já que visam garantir a convivência familiar e comunitária. Essas instituições têm que adequar suas instalações físicas de acordo com as necessidades obedecendo às normas de acessibilidade, bem como recursos humanos suficientes e capacitados para os diversos tipos de atendimento respeitando o direito à autodeterminação, inclusão social e liberdade. Vale lembrar que maior parte dessa rede é privada, embora possa receber recursos públicos. O subfinanciamento desses serviços é bastante expressivo. É fundamental aumentar a capilaridade dessas instituições, criando condições para que assegurem normas de funcionamento que estimulem a autonomia e a liberdade dos idosos, zelando por aspectos físicos e de qualificação pessoal. Isso exige que União, Estados e Municípios possam se articular para compor uma rede de instituições de longa permanência.

Tradicionalmente, a função de cuidar das pessoas idosas em situação de dependência é atribuída às mulheres. Contudo, este modelo familiar vem se alterando em virtude da expansão da participação das mulheres no mercado de trabalho e o aumento do número de idosos que necessitam de cuidados prolongados. Essas transformações têm aumentado a demanda por serviços e benefícios sociais de apoio à população dependente e aos cuidadores.

As recentes transformações estruturais envolvendo os arranjos familiares e o papel social das mulheres associado ao crescimento da população idosa impõe o reconhecimento da necessidade de se estabelecer políticas públicas que organize alternativas de cuidados não familiares a esta população, convencionalmente chamada de cuidados de longa duração. Que em geral, consiste em cuidados não especializados para a realização de atividades do dia-a-dia, entre elas, cita-se: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, entre outros.

Diante das tendências para o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade das pessoas, esses fenômenos requerem serviços capazes de atender às novas necessidades dessa população. Sendo assim, é imprescindível que o cuidado com o idoso supere a

esfera caritativa e se constitua um direito do cidadão assegurado pela União, Estados e Municípios.

Diante dos fatos mencionados, é difícil imaginar que a família poderá continuar a desempenhar seu papel tradicional de cuidadora sem participação governamental. O Estado deverá criar políticas públicas consistentes e articuladas voltadas para os cuidados de longa duração, auxiliando o cuidado familiar através da oferta de pessoal qualificado para o cuidado direto com os idosos, o que pode incluir treinamento, remuneração específica e apoio psicológico. Esta oferta visa amenizar o trabalho realizado pelas famílias, que, muitas vezes, ocorre em condições precárias e de conflito. Poderia envolver também a criação de novos benefícios na seguridade social, voltados ao financiamento aos cuidados de idosos em situação de dependência.

4.1. Vulnerabilidade e dependência funcional

Esta seção trata de um desafio em particular, central para o estabelecimento de uma política de envelhecimento ativo e saudável no âmbito da seguridade social brasileira: o relativo às formas como o Estado deve lidar com a dependência funcional.

A questão da vulnerabilidade tem sido o ponto de partida para o desenho de políticas sociais para as pessoas idosas. Sinteticamente, seu conceito é constituído por aspectos quanto à incapacidade física, psíquica ou intelectual, caracterizando a situação de dependência funcional associada à redução ou mesmo falta de capacidades para a realização das atividades da vida diária como: alimentar-se, vestir-se, fazer higiene pessoal, locomover-se, entre outras. Amplamente, refere-se à perda da capacidade funcional.

As mudanças demográficas e sociais que surgem nas sociedades modernas colocam em destaque o problema da dependência funcional vinculada ao envelhecimento, questão essa ainda muito incipiente no debate público brasileiro. A incapacidade para a execução de atividades da vida diária é indicador para detectar a dependência funcional.

Neste sentido, a dependência funcional do idoso é um processo dinâmico e deve ser abordado por intermédio de políticas que incluam estratégias de definição de critérios para estabelecer o que é essa dependência, ou seja, construir políticas públicas identificando e

classificando critérios para definir as vulnerabilidades dos idosos, associados à perda de sua autonomia. A oferta de benefícios e serviços sociais são a garantia de cuidados e atenção a públicos marcados por algum tipo de vulnerabilidade específica.

Diversos países possuem distintas formas de definir a dependência. Na linha do que coloca JACCOUD (2008, p.33-47), na Alemanha, a situação de dependência é caracterizada em função do tempo de ajuda diária de que a pessoa dependente precisa; a partir de alguns critérios, são estabelecidos três graus de dependência, sendo que cada um deles corresponde a um nível de proteção social ofertado. No caso da França, a classificação é estabelecida em função do tipo de ajuda de que a pessoa necessita, avaliando o grau da sua perda da autonomia. Posteriormente, aplica-se uma escala que compreende seis graus, dos quais quatro dão direito a proteção específica no que se refere aos serviços.

No Brasil, ainda não há regulamentações específicas para definir critérios que determinem o que é dependência funcional dos idosos e não há estatísticas sobre esse fenômeno: não se sabe quantos são, onde estão como vivem e quais são suas necessidades. É imprescindível maiores esforços no dimensionamento da dependência entre a população idosa, bem como conhecer suas necessidades, e, portanto, desenhar políticas voltadas para este grupo da população.

A existência de um sistema de classificação de dependência possibilitará conhecer a realidade do idoso brasileiro e fazer um mapeamento das modalidades de dependência, os tipos de demanda de serviços de cuidados requeridos, o que orientará a estruturação das políticas públicas. É necessário que esse processo de classificação seja sofisticado para identificar casos de dependência em níveis iniciais, criando possibilidades reais para uma abordagem preventiva.

Ademais é imperioso que haja desde logo um intenso incentivo à população no sentido de aderir ao conceito de envelhecimento ativo e saudável, que propõe maior autonomia e participação ativa das pessoas idosas na sociedade; por conseqüência, o idoso terá uma imagem positiva, contrapondo à visão tradicional de envelhecimento ligado a aspectos negativos como os agravos e o isolamento.

O desafio de estruturar sistemas administrativos em função dos quais se conheça e reconheça mais detidamente os tipos e graus de dependência é pré-requisito para apoiar ações voltadas à população idosa mais vulnerável. É também um meio para organizar políticas preventivas, criando estímulos para construir percursos de vida associados a um envelhecimento ativo e saudável, associando-os ao combate a fatores de risco que determinam doenças crônico-degenerativas e a práticas de vida saudáveis que envolvam saúde, lazer e atividades físicas. É esta a senha para reverter o estigma que vincula envelhecimento a doenças, à perda de capacidade e à solidão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema brasileiro de seguridade social vem avançado no desenvolvimento de políticas públicas, principalmente no que se refere aos direitos inerentes à saúde, à previdência e à assistência social.

Indiscutivelmente, a população brasileira está passando por um processo peculiar, no qual o número de idosos é cada vez mais intenso, sendo que as perspectivas vislumbram que a tendência é que a população continue envelhecendo. Neste esteio, emerge um grande desafio para o Estado, qual seja, criar mecanismos que possibilitem aos idosos ampla cobertura contra os riscos sociais ligados ao processo de envelhecimento.

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de analisar o sistema brasileiro de seguridade social à luz do envelhecimento populacional. Para tanto, foi analisado o quadro atual das políticas de serviços e benefícios do sistema, bem como foi realizada uma análise das condições de vida dessa população, avaliando o quadro epidemiológico, os rendimentos, os arranjos familiares, entre outros. Por fim, foram apontados vários desafios para o sistema brasileiro de seguridade social no cenário de envelhecimento populacional.

Em relação à saúde, a cobertura do SUS, regulamentado em 1990, e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), simbolizaram um grande avanço para o sistema público de saúde do país, todavia é fundamental que o referido sistema progrida acompanhando a demanda, bem como as especificidades de um público idoso em crescente evolução.

Destaca-se neste estudo a necessidade de atividades preventivas no tratamento das doenças crônicas que afetam a pessoa idosa, levando em consideração aspectos emocionais, psicológicos e sociais, a fim de fomentar o envelhecimento ativo e saudável. Algumas melhorias neste sentido já podem ser constatadas, mas ainda são necessárias muitas iniciativas para viabilizar cuidados adequados à saúde das pessoas envelhecidas.

O Brasil não possui indicadores que permitam definir critérios que determinem o que é a dependência funcional. Sem esse instrumento, é impossível conhecer as necessidades dos idosos brasileiros.

O mapeamento das modalidades de dependência é importante para a estruturação das políticas públicas e, por consequência, criar medidas preventivas para o processo de envelhecimento ativo e saudável.

No campo da previdência e assistência social, diversas ações avançam no sentido universalista e na diminuição das desigualdades socioeconômicas. A evolução do sistema amplia a cobertura dos benefícios, tanto em termos de transferências monetárias de natureza contributiva como não-contributiva, retirando grande parte da população das condições de pobreza ou extrema pobreza, proporcionando crescimento econômico em virtude, especialmente, da crescente cobertura associada à vinculação do piso ao salário mínimo.

A assistência social foi regulamentada com o intenso apoio de movimentos sociais que empreenderam esforços para efetivação do direito à assistência como garantia legal de proteção. O SUAS estabelece um inovador padrão de operacionalização de serviços e materializa o sistema descentralizado e participativo, estruturado em diferentes níveis de proteção social.

No âmbito da Proteção Social Básica e Especial, a oferta de serviços à população idosa ainda é muito limitada, frente a uma demanda que vem crescendo a cada dia. Os serviços ofertados devem garantir espaço de convívio, promoção de autoconhecimento quanto às condições de vida e prevenção ao isolamento e ao asilamento.

Por fim, evidencia-se que muito já avançamos, mas é preciso reconhecer o longo caminho a ser percorrido nesta trajetória. Dessa forma, observa-se que o Brasil não está preparado para lidar com as novas tendências do crescimento do envelhecimento populacional em rápida expansão. Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de um Sistema de Proteção Social voltado a atender às necessidades e limitações dos idosos favorecendo um processo de envelhecimento ativo e saudável para permitir que ao longo da vida este segmento da sociedade possa exercer sua cidadania plena e digna, superando limites estabelecidos à velhice. O ponto mais importante é que tais limites não são biológicos, mas de ordem cultural, tendo as políticas públicas o desafio central de deslocar a questão para um outro patamar, no qual o envelhecimento se associe ao bem-estar, à saúde e à autonomia.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Anália Soria. JACCOUD, Luciana de Barros. AQUINO, Luseni. EL-MOOR, Patrícia Dario. *Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social*. Brasília: MPS, SPPS. V. 28, Coleção Previdência Social, 2008.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998.

BRASIL, Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 de dezembro 1993.

BRASIL, Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Dispõe sobre a organização da assistência social. *Diário Oficial da União*. Brasília, 06 de julho de 2011.

BRASIL, Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de novembro de 2009.

BRASIL, Resolução CNAS nº 130, de 15 de julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema único de Assistência Social-NOB/SUAS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de julho de 2005.

BRASIL, *Plano mais Brasil – Plano Plurianual - 2012-2015*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretária de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília, 2011, p. 33.

BRASIL, Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 de novembro de 2009.

BRASIL, *Painel de Indicadores do SUS*. Ministério da Saúde. p. 34. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p2.pdf

- CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido? Cap. 2 e 3. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão Social: Uma crônica do salário. 6ª edição. Petrópolis: Ed. Vozes Ltda, 1995.
- DI GIOVANNI, Geraldo. *Sistema de Proteção Social: uma introdução conceitual*. In: OLIVEIRA, Marco Aurélio de (org). *Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil*. Campinas, São Paulo, UNICAMP, IE, 1998.
- DRAIBE, S.M. *As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas*. In: Para a década de 90 – Prioridades e perspectivas de Políticas Públicas. Brasília: IPEA, 1989.
- IPEA. *Comunicado do IPEA. PNAD 2009: Primeiras Análises- Tendências Demográficas*. Rio de Janeiro, 2010.
- IPEA. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte Anos da Constituição Federal*. V. 1, Cap. 2 e 4. 2ª Edição.
- MPS. Ministério da Previdência Social. *Boletim Estatístico da Previdência Social (BEPS)*, 2011. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_110927-172243-144.xls
- MOTTA, Alda. *Palavras e convivência-idosos, hoje*. In: Revista de estudos feministas. N 1, IFCS/UFRJ, 1997.
- OLIVEIRA, Natália de Oliveira. GONZALEZ, Roberto. *Aumento da Participação de Mulheres no Mercado de Trabalho: Mudança ou Reprodução da Desigualdade?* Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/boletim_mercado_de_trabalho/mt41/05_NT_Aumento.pdf
- VERAS, Renato. *A longevidade da população: desafios e conquistas*. Serviço Social & Sociedade. N° 75, Ano XXIV, São Paulo: Cortez, p. 5-18, 2003.

VIANA, Ana Luiza. LEYCOVITZ, Eduardo. *Proteção Social: Introduzindo o debate*. In: VIANA, Ana Luiza. ELIAS, Paulo; IBANEZ, Nelson.(Orgs.). *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 15-57.