

Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios

Vicente de Paula FALEIROS¹

Quando se coloca em discussão as categorias “velhice, envelhecimento, longevidade”, o que querem dizer? Bourdieu (1998-2002) afirmou que a “juventude é apenas uma palavra” ao voltar-se para a produção dos conceitos e significações. Diz Bourdieu (2005, p. 15) que “[...] compreender, é em primeiro lugar, compreender o campo em nos fizemos e contra o qual nos fizemos”, ou seja é preciso olhar o contexto e as forças contraditórias com suas estratégias. Como assinala Marx (1983), é preciso olhar para a produção dos indivíduos em sociedade, superando a compreensão isolada ou abstrata dos fenômenos ao pensá-los concretamente, pois “[...]

o concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações” (MARX, 1983, p.218).

Ao se falar em velhice é preciso olhar a complexidade desse campo e suas múltiplas determinações nas relações com a demografia, com as perdas biológicas, de funcionalidade, e sociais, no processo de trabalho, de trocas em diversos âmbitos (família, amigos, gerações, cultura), e de estilos de vida.

O envelhecimento implica deterioro ou diminuição da capacidade funcional, mas inseridos num contexto de trabalho/aposentadoria, político, cultural, social, familiar e de percepção de si e do mundo.

A dinâmica social do envelhecimento, neste texto, está situada no contexto de mudanças por que passa a sociedade, mas buscando entender que essas mudanças não são lineares, mas expressam conflitos nas relações de produção, de poder, culturas, grupos. Vamos colocar essas dimensões em seus conflitos, abordando, em primeiro lugar, a transição demográfica complexa com envelhecimento acentuado das faixas de mais idade; em segundo lugar a condição econômica, o trabalho e a aposentadoria como determinação es-

¹ Graduado Direito e Serviço Social. Doutorado (PhD) pela Université de Montreal (1984) e pós-doutorados pela Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais (EHESS, Paris, França, 1991) e Université de Montréal (1996, Canadá). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Professor colaborador da Universidade de Brasília (UnB, Brasil) e professor da Universidade Católica de Brasília (UCB, Brasil). Autor de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e de livros, dentre eles, Estratégias em Serviço Social (2013), Globalização, correlação de forças e Serviço Social (2013) e Saber profissional e poder institucional, todos publicados pela Editora Cortez. E-mail:< vicentefaleiros@terra.com.br>.

truturante, seguida de uma discussão da dimensão político-jurídica na garantia de direitos e de proteção social; em quarto lugar tratamos da transição epidemiológica e na educação; finalmente, abordamos a transição nas relações sociais e familiares, incluindo a discussão do maior número de casais sem filhos, rearranjo da família, maior número de idosos vivendo sozinhos, novos papéis para os idosos e construção da categoria de envelhecimento ativo. Não tratamos da transição para a morte, que faz parte da finitude da vida em qualquer idade, mas que também tem sua especificidade no morrer idoso e frágil.

As cinco dimensões abordadas são fundamentais para se entender o envelhecimento na sociedade contemporânea, com o postulado de que estrutura econômica e superestrutura política, articulada à organização e mobilização da sociedade estão em movimento interativo na dialética das relações estrutura/superestrutura (GRAMSCI, 1980). Faleiros (2010) assinala a importância de se analisar a estrutura e as forças sociais.

Na visão gerontológica crítica a velhice é entendida, não como fase terminal da vida, ou com o segmento isolado, mas como um processo e resultado da vida individual e social e de suas desigualdades nas relações e práticas estruturadas no processo de correlação de forças.

O envelhecimento implica, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal e a garantia das condições de vida, da proteção social, da saúde, dos serviços e de um ambiente propício e favorável a ele, conforme preconiza o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Nesse sentido, processa-se uma desconstrução das categorias “velhice, envelhecimento, longevidade” como categorias homogêneas, considerando-se a desigualdade, a heterogeneidade e a diversidade social, cultural, biológica e psicológica.

Apesar de o capitalismo contemporâneo colocar seu fundamento na produtividade e na competitividade do mercado e nos mecanismos financeiros de acesso ao consumo e ao financiamento e controle do crédito, a longevidade tornou-se uma conquista social e um projeto do imaginário da modernidade. Ao mesmo tempo, trouxe à tona a questão da finitude da vida, com a discussão da eutanásia e dos cuidados paliativos. A qualidade de vida passou a ser considerada não só como condição social, mas como condição de autonomia e como satisfação e proteção social. A seguir, a discussão da transição demográfica nas condições dadas na contemporaneidade no Brasil.

A transição demográfica

A transição demográfica brasileira, a partir da segunda metade do Século

XX e primeira década do século XXI, chama a atenção por um lado, pela diminuição da taxa de fecundidade, que se tem mostrado acelerada e, por outro, pelo aumento da proporção de idosos. Segundo dados de 2011 do IBGE (IBGE 2012) a taxa de fecundidade total, que mede o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao fim de seu período reprodutivo era de 1,95 filho por mulher, o que se relaciona com a escolaridade, a urbanização e a inserção da mulher no mercado de trabalho.

Por sua vez, é também acelerado o aumento da população idosa. Em 2011 havia 23,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, passando de 9,0% em 2001 para 12,1% em 2011, aumento de 34,4%. É de se ressaltar que o grupo com 80 anos ou mais chegou, em 2011, a 1,7% da população, com aproximadamente 3.319.000 de pessoas.

No total da população idosa, 55,7% são mulheres, 84,1% vivem nas cidades, sendo pessoa de referência em 63,7% dos domicílios (IBGE, 2012). A expectativa de vida do brasileiro segundo o IDHM de 2013 é de 73,4 anos e aos 60 anos é de 19 anos para o homem e de 22 anos para a mulher.

Em síntese, a população brasileira não é mais considerada uma população de jovens, aproximando-se do perfil populacional de países europeus, que levaram muito mais tempo para se chegar a ele.

A transição demográfica, ao mesmo tempo, que é efeito de determinações complexas como da economia, da política e da cultura, provoca e exige mudanças na economia, na política e na cultura. Assim, por exemplo, na relação cuidadores/cuidados, na relação intra e intergeracional, na provisão de equipamentos públicos (creches/abrigos), na aposentadoria, na contratação de mão de obra, dentre outras questões. Há uma expressão pública de que os países centrais se desenvolveram antes de envelhecerem, esquecendo-se de que houve forte migração desses países e expropriação de riquezas da periferia.

O chamado ônus demográfico (velhice), em oposição ao bônus demográfico (mão de obra jovem) traduz uma visão de que o envelhecimento populacional é um peso econômico, obliterando-se sua contribuição na produção e reprodução da sociedade no passado e no presente (consumo, trabalho, cultura, cuidado aos netos, dentre outros). Em algumas sociedades (BEAUVOIR, 1990), por exemplo nômades ou de recursos escassos, os chamados “improdutivos” (denominação atualizada para “inativos”) podem ser considerados imprestáveis ou inúteis. No entanto em várias outras culturas os velhos representam a sabedoria da sociedade, o conhecimento acumulado, como assinala Simonns (1970, p. 242) ao relatar as últimas palavras de um chefe idoso samoano à beira da morte ao filho: “[...] receba a sucessão de meu ofício

com toda a sabedoria necessária a seu cumprimento”.

Saliente-se que a sabedoria dos ofícios era acumulada e transmitida, o que muda na sociedade contemporânea que acumula conhecimentos informatizados, mas com invisibilidades/visibilidades diferentes, conforme as gerações e formações que podem questioná-los, pois há vários modos de ser no mundo.

Do trabalho à aposentadoria/pensão: a persistência das desigualdades

A geração atual de idosos pode inserir-se em programas de proteção social num processo de conquista do direito à aposentadoria ao longo do Século XX, culminando com a Constituição de 1988 que assegurou esse benefício, inclusive às trabalhadoras e trabalhadores rurais (FALEIROS, 2008).

Segundo dados do IPEA (2014) a proporção de pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza caiu de 8% em 1990 para 0,7% em 2012, mas a maioria relativa desse segmento (49%) continua com ganhos de até um salário mínimo e 72,4% têm ganhos de até dois salários mínimos. A grande maioria (76,8%) recebe algum benefício da previdência social, mas aproximadamente um quarto dos idosos reside em domicílios com rendimento mensal per capita inferior a 1 salário mínimo.

A aposentadoria é estruturada pelo trabalho ao longo da vida e faz parte

do seguro social, tendo caráter contributivo. Dos 76,8% dos idosos que recebiam benefícios da previdência social, 59,7% são de aposentados, 9,9% de pensionistas e 7,2% de aposentados e pensionistas. Pensionistas recebem benefícios decorrentes da morte do segurado.

Sendo contributiva, a aposentadoria implica descontos do salário dos trabalhadores e contribuições patronais. O Benefício de Prestação Continuada, estabelecido pela Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, não é contributivo e atende a maiores de 65 anos com um renda *per capita* familiar menor de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente. Em 2012, havia 1.750.000 idosos beneficiários do BPC, com um gasto de R\$12.805.000. Segundo dados de Silva (2012) a porcentagem de concessão desse benefício em relação ao requerimento teve uma média de 84,80% no período de 2004 a 2009. Segundo dados compilados por essa autora (SILVA, 2012 p. 379) 19,86% dos benefícios do BPC foram concedidos a pessoas que tiveram algum vínculo com a previdência social, mas não puderam dar continuidade à contribuição, evidenciando a precariedade do trabalho.

Trata-se de uma transferência de renda de base para a camada mais pobre da população idosa, mas que permite colocar-se no patamar mínimo de quem está no mercado ou como beneficiário da previdência social. O BPC é o único piso de transferência de renda equivalente ao salário mínimo, mas alcança as

famílias que ganham até um quarto do mesmo.

A aposentadoria por idade reflete também a precarização do trabalho, que exige dos trabalhadores grande rotatividade, incluindo o exercício do trabalho informal para sobreviver. No início do século XXI havia aproximadamente 40% de trabalhadores na informalidade, o que também dificulta ou impede, inclusive pela baixa remuneração, a contribuição. A aposentadoria por idade só é alcançada por idosos com 65 anos de idade e por idosas com 60 anos e 15 anos de contribuição. Em 2009 (SILVA, 2012) havia 59,9 % de trabalhadores com carteira assinada do total de empregados no trabalho principal.

No trabalho rural a obtenção de renda monetária é também precária. Segundo o INSS em 2012, 99,6% dos benefícios concedidos à clientela rural apresentavam valor de até um piso previdenciário, enquanto que os benefícios da clientela urbana dessa faixa corresponderam a 41,5% do total. Observa-se que 98,3% dos benefícios urbanos estavam contidos na faixa que atinge até cinco pisos previdenciários. Cerca de 55,4% dos benefícios foram concedidos a pessoas do sexo feminino, sendo que na clientela urbana esta participação foi de 52,2% e na rural 67,7%.

Segundo dados do INSS (SILVA, 2014) em 2012 havia 23.702.704 benefícios concedidos, sendo que 16.195.844 eram para pessoas com 60 anos ou

mais o que correspondia 68,32% do total. Pouco mais da metade dos beneficiários tem 65 anos ou mais, e um dos fatores pelos quais há uma concentração elevada na faixa de 60 a 69 anos decorre do fato de o maior estoque de benefícios ser de aposentadorias por idade, que são concedidas aos trabalhadores urbanos com, pelo menos, 15 anos de contribuição, aos 60 anos de idade, para mulheres, e 65 anos, para homens.

Para os trabalhadores rurais, aos 55 anos (mulheres) e aos 60 anos (homens). Havia 8.808.969 benefícios por idade. Os beneficiários com 65 anos ou mais constituem mais da metade desse estoque. As aposentadorias por tempo de contribuição concedidas alcançam a cifra de 4.4354.366 e as pensões por morte 6.486,282, sendo estas 84,76% delas para mulheres.

A conquista da aposentadoria é um processo de lutas, mas sua concessão reflete as condições desiguais de trabalho, com o mostram os dados acima do Regime Geral da Previdência Social. A menor longevidade dos homens está articulada a relações de trabalho e estilos de vida, como o abuso de álcool e presença de riscos. As aposentadorias do serviço público (civis e militares) têm regras mais generosas, mesmo com o FUNPRESP, mas que também refletem as relações de trabalho, como as do Judiciário e do Legislativo.

A vida no trabalho, no entanto, continua para boa parte das pessoas idosas. Assim, 27,0 % dos idosos trabalham, sendo 40,2% de homens e 16,6% de mulheres, e 15,4% dos aposentados com 60 anos ou mais continuam trabalhando, sendo, nesse caso 23,3% de homens e 9,1% de mulheres (IBGE 2012).

Quase metade dos idosos (42,4%) não conseguem fechar as despesas do mês, sem recorrer ao trabalho. Segundo a pesquisa SESC/SP – FPA 88% dos entrevistados idosos contribuem para a renda familiar (NÉRI, 2007).

O crédito consignado representa uma fonte de renda e um compromisso da renda das pessoas idosas. De março de 2013 a março de 2014 foram efetuadas, em média 981.135,07 operações de crédito mensais. Segundo dados disponíveis do INSS (2014)

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

Além do trabalho, a inserção das pessoas idosas no mercado se faz por meio do financiamento, implicando o capitalismo financeiro, com acentuação do comprometimento da renda dos idosos.

A tendência da previdência social, expressa nas reformas de 1998 e 2003 (FALEIROS, 2003) e na criação do FUNPRESP é de capitalização, reduzindo-se o regime de repartição, com favorecimento do capital financeiro dos fundos de previdência, inclusive com descontos no Imposto de Renda. Por sua vez, os funcionários públicos passaram a pagar 11% do rendimento acima do teto do INSS. A extinção do fator previdenciário foi aprovada pelo Congresso Nacional e vetada pelo Executivo.

As Reformas da Previdência se inscrevem num processo de profundas mudanças econômicas no modo de produção capitalista baseado na produtividade, na informática, na terceirização, na competitividade global controlada pelas multinacionais e no mercado financeiro, o que tem provocado terceirização e precarização do trabalho, inclusive para pessoas idosas que se inserem no mercado.

A transição demográfica e a informalidade interferem nos gastos da previdência em relação ao PIB, de 7,38% em 2010, sendo de 47,% seu peso no gasto social federal. Nessa perspectiva é fundamental que haja a construção pública de um pacto social em torno do tema, com participação das organizações dos trabalhadores sem que se afetem os direitos adquiridos. Será que o ônus de mais encargos ficará para as próximas gerações, aumentando-se, por exemplo, a idade de aposentadoria

e o tempo de contribuição? Essa seria uma mudança paramétrica, mas os neoliberais insistem sempre no regime de capitalização.

A transição jurídico-política

A questão sobre a relação entre direitos e a sociedade capitalista se articula à questão de direitos específicos em relação aos direitos universais. A viabilidade de um estado social, de direitos sociais, em uma economia capitalista, que preconiza o mercado, a competição e o lucro é contraditória na articulação do pacto político na correlação de forças (FALEIROS, 2010a). Essa problematização torna-se mais aguda em referência à pessoa idosa, considerada no contexto da competitividade e na ótica dos estereótipos, como improdutiva e sem função econômica. Assim, ela não faria parte do mercado, pois seu lugar social tem sido construído como o de pessoa inativa (como são classificados os aposentados), fora da população economicamente ativa.

As reformas da previdência social, como vimos, têm proposto desvincular as aposentadorias dos reajustes salariais dados aos “ativos” e estabelecer regimes de mercado. O estabelecimento do direito formal dominante, da lei, não reduz, *per se*, a desigualdade social real, visto que a lei não é neutra; ela se inscreve num processo político de correlação de forças, implicando, pois, uma posição desigual dos indivíduos e

grupos na disputa por reconhecimento legal.

A construção dos direitos da pessoa idosa (FALEIROS, 2007) implica o movimento econômico e político de sua inserção no mercado e nas lutas sociais. Foi na Constituição de 1988 que a velhice foi reconhecida não só no âmbito da seguridade social (Artigos 193 a 203) enquanto previdência, saúde e assistência, mas como protagonista na sociedade. É importante ressaltar que a seguridade social pressupõe a participação da população.

No Art. 230 da Constituição de 1988 ressalta-se que a velhice implica dignidade, a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, e a participação, com prioridade para o atendimento domiciliar. No Artigo 229 estabelece a reciprocidade entre pais e filhos.

A legislação mais específica quanto aos direitos dos idosos foi se afirmando. Além do SUS é preciso ressaltar a Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº 8.742, de 07/12/1993 que garante benefícios continuados aos idosos com renda de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo per capita. Em seguida a Política Nacional do Idoso – Lei nº 8842, de 04/01/1994, que estabelece direitos para os idosos e integração das políticas públicas. O Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 define a velhice como direito personalíssimo. A Lei da Acessibilidade de 2004 estabelece, dentre outras, que qualquer obra

pública seja construção, comunicação, informação ou transporte só poderá ser aprovada, se houver acessibilidade para as pessoas com deficiência, ou mobilidade reduzida (gestante, idoso, etc).

É preciso ressaltar a Regulamentação das Instituições de Longa Permanência pela Resolução 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 26/09/2005.

Em 2010 foi criado o Fundo Nacional do Idoso pela Lei 12.213. O Sistema Único da Assistência Social (SUAS), com seu sistema operacional melhorou a estrutura de atendimento à pessoa idosa. Os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa foram impulsionados pelos movimentos sociais e definidos no Estatuto do Idoso, tornaram-se deliberativos somente pelo Decreto nº 5.109, de 2004, com participação de vários órgãos do Executivo e de representantes da sociedade. O controle social é fundamental para implementar as políticas, como assinala Giacomini (2013) num balanço dos 10 anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).

As Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa (2006, 2009 e 2011) tiveram essas três edições com participação de representantes de todo país e com recomendações em várias áreas do processo de envelhecimento. Na última Conferência houve priorização na relação com a políticas públicas da necessidade de pactuar a Intersectorialidade com gestão integrada. Deliberou-se pela criação da Secretaria Nacional do Idoso e pela garantia de programas de prevenção. Além disso houve a recomendação de ampliar o acesso à educação e assegurar a participação efetiva da pessoa idosa no planejamento dos programas sociais na defesa dos seus direitos.

A proteção social se coloca como direito e garantia da longevidade e da dignidade, mas entra em contradição com o desmonte neoliberal do Estado de direito. A adequação das instituições à realidade do envelhecimento está em processo muito lento e ainda faltam condições para a aplicação da legislação.

Essa legislação possibilita a consciência da cidadania em todas as idades, mas precisa ser efetivada no pacto federativo e na Intersectorialidade, com trabalho em redes.

Transição na saúde e na educação

Transição na saúde e na educação

A atenção domiciliar está prevista na Constituição, na Política Nacional do Idoso, no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) que estabelece a centralidade da ação da saúde na promoção do envelhecimento ativo, da capacidade funcional do idoso, da atenção integral, integrada e de qualidade da participação social. Essas diretrizes se embasam na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e na Lei 8.142/90 que

define a participação e o controle social. A perda da condição ou capacidade para Atividades da Vida Diária (AVD) e para Atividades Independentes da Vida Diária (AIVD) implicam uma interação com a família, com a rede secundária, com meio ambiente e com as políticas públicas, inclusive os cuidados ambulatoriais e hospitalares. A questão da AIDS na velhice, do envelhecimento com deficiência vem se tornando uma questão de saúde coletiva.

No entanto, essas propostas ainda são incipientes com iniciativas municipais diversas, tanto no sentido de promover o envelhecimento ativo, como na atenção hospitalar (ROSA; BARROSO; LOUVISON, 2013).

A dependência se torna uma questão crucial no processo de longevidade, exigindo cuidados prolongados e ao mesmo tempo articulados aos cuidados paliativos. A Estratégia de Saúde da Família ainda não está preparada para a devida atenção ao idoso, e a articulação da atenção domiciliar com a institucional não parece nos planos nacional, estaduais e municipais. Os asilos ou ILPIs têm um número reduzido de pessoas idosas, em torno de 1% (CAMARANO, 2010), recaindo o cuidado sobre a família. Apenas 5,2% das instituições são públicas. Uma parcela dos idosos, aproximadamente de 40% dispõe de possibilidades planos de saúde, sendo que a grande maioria se utiliza dos serviços do SUS,

conforme pesquisa de 7 cidades de regiões diferentes (NERI et al., 2011, p. 213). Na pesquisa do SESC/FPA (SESC/FPA, 2007), 68% dizem se utilizar dos serviços do SUS.

Existe uma transição epidemiológica configurada por: mais mortes por doenças não transmissíveis e causas externas; mais carga de morbimortalidade transferida para os mais idosos e uma predominância de morbidade em substituição da predominância da mortalidade. A estrutura da mortalidade vem se caracterizando como a de uma população envelhecida com predominância de mortes por doenças do aparelho circulatório com 34,7% dos óbitos entre homens e 36,8% dos óbitos entre mulheres; e neoplasias com respectivamente 16,1% e 13,5%. Os homens têm uma taxa de sobremortalidade em relação as mulheres vinculadas as condições de vida como alcoolismo, tabagismo, riscos de envolvimento em homicídios e de acidentes. Os anos vividos com incapacidade tiveram como principal causa as doenças neuropsiquiátricas configurando 34% do total de Anos Vividos com Incapacidade (AVINC). A segunda causa de AVINC foi doenças respiratórias – 11% e a terceira as doenças musculoesqueléticas 11% (CHAIMOWICZ, 2006). É fundamental considerar a saúde mental e as condições de comportamento e do meio ambiente para se evitar o tabagismo e as quedas.

Ao mesmo tempo, os custos da saúde são maiores na velhice, mas seu impacto é maior no sistema, do que o de outras faixas etárias, havendo prevalência das doenças coronarianas e cardiovasculares. Conforme o IBGE (2010) a maior proporção de queixas de pessoas com 60 anos ou mais é de hipertensão (53,3%), seguida de doenças na coluna e nas costas (38,1%), de artrite e reumatismo (24,2%), de doença do coração (12,3%), de diabetes (16,1%) e declarando-se sem doença (22,6%).

Apenas 26,5% realizaram atividade física regularmente nos últimos doze meses sendo 29,5% de homens e 24,5% de mulheres. 53,3% declararam ter pressão alta (SABE-DUARTE, 2005), 31,7% artrite/artrose ou reumatismo, 19,5% problema cardíaco, 17,9% diabetes, 23,88% (mulheres) osteoporose, 12,2% doença crônica pulmonar. 83,8% dos idosos declararam haver perdido metade ou mais dos dentes (SABE-DUARTE, 2005) e o mini exame do estado mental indica que uma prevalência de deterioração cognitiva de 6,9% dos idosos (SABE-DUARTE, 2005, p. 147). Existe também uma proporção de idosos deficientes de 5,2% entre 60-64 anos e de 13,1% na faixa de 80 anos ou mais (IBGE, 2000).

O acesso a medicamentos é fundamental para essa população, o quem tem menor dificuldade com a farmácia popular, mas nem sempre há disponibilidade suficiente ou no tempo necessário. Em pesquisa de Guariento et al. no âmbito de FIBRA Campinas (2011) so-

mente 18,14% de idosos tinham 0 de consumo de medicamentos e 31,70 % consumiam de 4 a mais de 6 medicamentos.

A saúde é a condição fundamental para se envelhecer bem, considerando as perda da capacidade funcional, as relações sociais e o suporte das políticas públicas.

O acesso à educação pela atual coorte de idosos foi extremamente reduzido, pois em 2011 ainda havia a média de apenas 4,4 anos de estudo na população com 60 anos ou mais, com 32% sem instrução ou com menos de um ano de estudo (IBGE, 2012). Essa porcentagem chega a 51,2% no Nordeste. É razoável pensar que a proporção vai diminuir, mas a escolaridade dessa população ainda não tem uma política consistente. Sem escolaridade torna-se mais difícil o enfrentamento da vida contemporânea, a comunicação e o enfrentamento da violência.

Transição na família quanto ao envelhecimento

As mudanças na família brasileira vêm ocorrendo de maneira expressiva em razão da mudança nas condições de trabalho, principalmente do trabalho da mulher e da estrutura do mercado, acrescentando-se a queda da fecundidade e novos arranjos de convivência, inclusive com a facilitação do divórcio. Na população em geral a proporção de casais sem filhos passou de 13,8% em 2001 para 18,5% em 2011 (IBGE, 2012) e a proporção de unidades unipessoais

de 9,2% para 12,4% no mesmo período, variando de 8% no Amazonas a 17,1% no Rio de Janeiro.

No total, nas famílias de pessoas com 60 anos ou mais, em 2009 existiam 13,8% de arranjos unipessoais, 23,8% de casal sem filhos, 10,5% morando com outras pessoas, sem a presença de filhos e 43,2% morando com filhos, sendo que este tipo de família é mais prevalente no Norte e no Nordeste. Dados de 2011 mostram que havia 3,4 milhões de idosos de 60 anos ou mais de idade (14,4%) vivendo em domicílios unipessoais.

Já no total de arranjos unipessoais, na faixa etária de 60 anos ou mais, havia 42,3% de arranjo unipessoal segundo a idade da pessoa de referência da família, sendo a maior proporção de unidades unipessoais no conjunto deste tipo de arranjo, mostrando que as pessoas idosas estão em condição de viver só.

A condição do domicílio ainda é precária, pois o acesso simultâneo a energia elétrica e saneamento somente alcançam 69,4% dos domicílios deixando de fora 30,6%. Os domicílios urbanos com rendimento mensal domiciliar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo só alcançavam 10,8% na simultaneidade de iluminação elétrica, computador, TV em cores e máquina de lavar (IBGE, 2012).

As pessoas idosas com 60 anos ou mais ainda são pessoas de referência em 64,1% dos domicílios, sendo cônjuge 23,8% e outra condição em 12,1% (IBGE, 2010).

As mudanças na família implicam conflitos de cuidado e de orçamento do conjunto do grupo familiar. Nessas relações familiares há um processo de construção entre a autonomia como valorização da decisão do idoso em contradição com a mudança das relações familiares e o locus da família, principalmente pós-aposentadoria. Assim, a família se apresenta com menos possibilidade de cuidado em contradição com os papéis sociais de cuidador e suas condições com maior número de idosos cuidando de idosos, trazendo estresse aos cuidadores.

Por sua vez, a vida mais longa junto à família e novos papéis a serem exercidos pelos seus membros implicam maior atenção à fragilidade e à dependência. Com o papel de cuidador implica uma questão de gênero (FALEIROS, 2013a) e considerando que a proporção de mulheres sozinhas (em 2003 de 10,95%) é maior que a de homens (em 2003 de 1,94%) exige-se uma discussão da necessidade de suporte familiar para o cuidado, da sobrecarga da mulher e do suporte das políticas públicas, hoje muito limitadas no atendimento domiciliar.

Velhice e sociedade

A perda da capacidade funcional precisa estar articulada ao suporte social e ao autocuidado, pois as trocas sociais são fundamentais para assegurar a qualidade de vida na complexidade das relações humanas e das relações sociais nas condições objetivas em que se envelhece. A velhice se apresenta, se representa e se estrutura nas determinações da economia internacional e nacional, pelo enfrentamento de interesses e articulação das dominações sociopolíticas e pelo marco de proteção social existente no pacto legal estabelecido e efetivado.

Numa sociedade de economia rural e de subsistência a união familiar era fundamental para a sobrevivência, pois pressupunha a produção centralizada em torno de um chefe que determinava seu processo e resultado, tendo consolidação de seu poder pela idade. Numa sociedade industrial o modo de produção está centrado num processo de trabalho voltado para o mercado e não para a subsistência, sendo que a inserção no trabalho assalariado tornou-se o crivo incontornável para a vida da maioria “forçada livremente” na expressão de diz Marx, a vender sua força de trabalho.

A proteção da velhice pobre foi e ainda se coloca como obra filantrópica com o estereótipo do chamado “*compassionate ageism*” que significa tratar a velhice com os estigmas do coitado, do pobrezinho, do fragilizado e miserável. A

previdência social articulou a dupla segurança: a do trabalhador e a do capitalismo (FALEIROS, 2012), com a constituição de um fundo público.

Por outro lado, novos desafios estão surgindo diante da política do neoliberalismo, da transição demográfica, do aumento da longevidade, da incidência de doenças degenerativas e da mudança na família.

Hoje não vivemos somente novas fronteiras da idade, mas se coloca em questão a sociedade e os mitos sobre a idade avançada (LEFRANÇOIS, 2004). Essas fronteiras são ao mesmo tempo, societárias e pessoais, salientando Guillemard (2010) que o envelhecimento traz desafios na relação entre gerações, na repartição dos tempos sociais, na formulação de políticas públicas, na dinâmica do envelhecimento demográfico e no sentido que a velhice tem para as pessoas.

A violência contra a pessoa idosa tem uma expressão estrutural nas condições de vida e na discriminação uma expressão intrafamiliar com violência psicológica, violência financeira, violência física, cada uma com aproximadamente 30% de incidência. Faleiros (2007), em ampla pesquisa nas 27 capitais brasileiras constatou que a violência tem uma incidência diferenciada atingindo mais as mulheres (60% das vítimas) tendo como agressores filhos e filhas (54%). A prevalência da violência contra a pessoa idosa foi indigitada na pesquisa SESC/Perseu Abramo

(SESC/FPA, 2007) que revelou que 15% dos idosos de 60 anos ou mais relataram ter sofrido violência.

Considerações finais

No contexto neoliberal, de redução do Estado, é preciso enfrentar a competitividade, a financeirização das políticas sociais e novos riscos de violência, solidão, depressão, isolamento e falta de suporte social.

Idosos têm direitos enunciados e definidos, mas a violação desses direitos é um dos principais obstáculos à inserção social da pessoa idosa, com destaque para a discriminação e o preconceito. A luta contra a discriminação é fundamental num processo de educação para o envelhecimento e sobre o envelhecimento e a velhice. É preciso romper o silêncio sobre a velhice e abrir espaços na escola, na família, nas pesquisas e na sociedade para se falar abertamente dessa questão.

A feminização da velhice não se reflete somente no maior número de mulheres idosas que de homens, mas na “domesticação” do envelhecimento, com atividades dentro de casa. Em pesquisa do Estudo FIBRA Campinas com 687 idosos, o maior gasto calórico constatado foi em “cozinhar”, a que se dedicam 74,9% dos participantes da pesquisa, muito acima de caminhada (43,8%) ou ginástica em academia, com 18% (NERI et al., 2011, p. 83). Nesse sentido, o tema de gênero se torna

transversal na discussão da velhice, principalmente no cuidado de netos.

O protagonismo da pessoa idosa implica o fortalecimento das instâncias participativas na defesa dos direitos da pessoa idosa, pois o envelhecimento e a velhice são uma conquista da humanidade, necessitando-se desconstruir a velhice, como categoria social somente de perdas ou de doenças (FALEIROS; REBOUÇAS, 2006).

Sem suporte social adequado e eficaz o sujeito que envelhece não dá conta das demandas. Embora na pesquisa de Fontes et al, dentro do Projeto FIBRA Campinas (2011, p.63), 90% dos idosos digam que têm com quem contar em caso de necessidade, há 10% que não têm ninguém. Na maioria contam com filhos, noras e 20% contam com vizinhos/amigos. A rede pessoal e primária das pessoas idosas é fundamental para o cuidado, mas precisa estar articulada à rede secundária de serviços, que aliás, precisa funcionar como rede compartilhada de responsabilidades.

Referências

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOURDIEU, Pierre. **Esboço para uma autoanálise**. Lisboa: Edições 70, 2005.

BOURDIEU, Pierre. La “jeunesse” n’est q’un mot”. In: BOURDIEU, Pie-

rre. **Questions de sociologie**. Paris: Minuit, 1998-2002, p. 143-155.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Caderno de atenção básica nº 19).

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CHAIMOWICZ, Flávio. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.106-129.

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

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade política e constituição. In: BERZINS, Marília Viana e BORGES, Maria Cláudia. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012, p. 46-66.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **R. Katál**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 35-62, jan./jun. 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. Impasses na reforma da Previdência do Governo Lula: legitimidade e governabilidade. In: MORHY, Lauro (Org.). **Reforma da Previdência em questão**. Brasília: Ed. da UnB, 2003. p. 285-300.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. Os conselhos do idoso: controle social e democracia participativa. In.: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (Org.). **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília: Universa, 2006.

- FONTES, Ariete Portella et al. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: NERI, Anita Liberalesso; GUARIENTO, Maria Elena (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos**. Campinas: Alínea, 2011. p. 55-74.
- GIACOMIN, Karla C. Panorama dos 10 anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. In: MULLER, Neusa Pivatto; PARADA, Adriana (Org.). **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso**. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2013. p. 175-188.
- GRAMSCI, A. **Maquiavel, o Estado e a Política Moderna**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- GUARIENTO, Maria Elena et al. Acesso, uso e satisfação em relação aos serviços de saúde e autoavaliação do autocuidado com a saúde. In: NERI, Anita Liberalesso; GUARIENTO, Maria Elena (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos**. Campinas: Alínea, 2011. p. 149-170.
- GUILLEMARD, Anne Marie. **Les défis du vieillissement: âge, retraite, perspectives internationales**. Paris: Armand Colin, 2010.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- INSS. Empréstimo consignado: operações somam R\$ 3,5 bilhões em março. **Informe**, 25 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/noticias/emprestimo-consignado-operacoes-somam-r-35-bilhoes-em-marco>>. Acesso em 26/05/2014.
- IPEA. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM (Coord.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea/MP/SPI, 2014.
- LEFRANÇOIS, Richard. **Les nouvelles frontières de l'âge**. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2004.
- MARX, K. **Introdução à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- NERI, Anita Liberalesso et al. Atividade física, envolvimento social, produtividade e satisfação com a vida. In: NERI, Anita Liberalesso; GUARIENTO, Maria Elena (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA**- Campinas. Campinas: Alínea, 2011. p. 74-100.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento**. Trad. de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1).

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BARROSO, Áurea Eleotério Soares; LOUVISON, Marília Cristina Prado. Prado. **Velhices: experiências nas políticas do envelhecimento ativo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

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

SESC/FPA. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: SESC-SP/ Fundação Perseu Abramo, 2007. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/Pesquisa_Idosos_070507.pdf.

SILVA, Eduardo Pereira da et al. O perfil dos beneficiários do Regime Geral de Previdência Social (RGPS). **Informe da Previdência Social**, Brasília, v. 26, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/Informe_fevereiro_2014_web.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência social no Brasil: (des) estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SIMMONS, Leo W. **Role of the aged in the primitive society**. USA: Archon Books, 1970. ©1945.