

NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DOS DIREITOS DA VELHICE NO BRASIL

Eneida Gonçalves de Macedo Haddad

Doutora em Sociologia pela USP; Coordenadora Adjunta e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais/IBCCrim; Professora de Sociologia Jurídica na FAAP e UNINOVE.

Resumo

Durante as últimas décadas, a velhice tornou-se visível no Brasil, com o significativo aumento da população com mais de sessenta anos. Os primeiros projetos de políticas públicas para a velhice datam dos anos 70, independentemente da experiência acumulada pela filantropia privada. Todavia, se no discurso, o Estado brasileiro anuncia a intenção de encontrar caminhos que garantam uma melhor qualidade de vida na velhice, concretamente, nem sequer a Política Nacional do Idoso conseguiu se firmar no âmbito dos direitos sociais. Ante a situação econômico-política gerada pela orientação neoliberal, o Estado brasileiro incorporou o discurso político dos credores internacionais. O padrão de previdência que, paulatinamente, vem sendo implantado contrapõe-se a uma seguridade social afinada com os interesses da maior parte da população brasileira.

***Unitermos:** velhice; políticas públicas; assistência social; previdência social; neoliberalismo.*

Abstract

During the last decades the oldness became in Brazil visible specially with the enlarged scale of the population aged above sixty. The first plans of public politics for the oldness are from the decade seventy independently by the experience increased by the private

philanthropy. However if by speech the Brazilian State announce intention to meet ways to warrant a better way of life for the oldness, concretely the National Politic for Oldness could not establish social rights. In face the situation directed by the neoliberal politic the Brazilian State incorporated the political speech from international creditors.

Uniterms: oldness; public politics; social assistance; social providence; neoliberalism.

No Brasil, desde o Quinhentismo, o Estado patrimonial português incorporou a seu projeto de colonização práticas assistencialistas, não apenas com o objetivo de penetrar no território, mas, sobretudo, com a intenção de dominar a população nativa; daí a criação de uma legião de repaganizadores,¹ dos quais as Santas Casas de Misericórdia, transplantadas com êxito de Portugal para a Colônia, constituem o exemplo mais notável.² Espalhadas ao longo de toda a costa brasileira, não só resistiram ao movimento que impulsionou a criação da sociedade nacional, como também às sucessivas transformações da economia, da sociedade e do Estado, no Brasil, no curso de todo o século XIX. Inspiradas no modelo das Santas Casas de Misericórdia, foram criadas outras obras de assistência social, sobretudo com o advento de correntes migratórias na segunda metade do século XIX.

1 “Em São Paulo, desde o período colonial, já haviam sido fundados o Convento do Carmo (1591), o Mosteiro de São Bento (1598), o Convento de São Francisco (1640), o Recolhimento de Santa Teresa (1685), o Convento da Luz (1774). Os franciscanos fundaram uma Casa Santa, na Rua do Riachuelo, na qual forneciam diariamente refeições aos pobres, segundo relata Sant’Ana. O objetivo destas obras não era somente prestar socorro material e espiritual aos necessitados; porém, sobretudo, constituir uma verdadeira legião de repaganizadores da sociedade. Repaganizar a sociedade significava reclamar amparo à iniciativa privada. [...] É inserida neste projeto de repaganizar a sociedade que se situa a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com seus serviços ambulatoriais e hospitalares, bem assim serviços paralelos como a Roda dos Enjeitados, a assistência a leprosos, o asilo de inválidos, a assistência a presos e alienados” (CASTRO; ADORNO, 1985, p.53).

2 Não sendo desempenhada diretamente pela Igreja Católica, a assistência à pobreza era praticada pelas irmandades e congregações de leigos. A mais significativa foi a Irmandade das Misericórdias, fundada no século XVI. De origem portuguesa, a instituição, formada por ‘homens de bem’ da colônia, foi a fundadora, em 1599, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (MESGRAVIS, 1976; SPOSATI, 1988).

Vê-se, portanto, que as práticas assistenciais não são recentes na sociedade brasileira, reportando-se ao período colonial. Mais recente, sem dúvida, é a incorporação dessas práticas na trajetória das políticas sociais brasileiras. Embora durante a vigência da Primeira República a intervenção do Estado na questão social ainda fosse tímida, já se anunciavam algumas iniciativas, notadamente no plano das relações de trabalho, resultado inevitável de pressões decorrentes de um movimento sindical que se mostrava vigoroso nas primeiras décadas do século XX.

Nos anos iniciais da República, pela primeira vez, o debate sobre a questão assistencial assumida pelo Estado envolvia a opinião pública. Sposati (1988, p.108) resgata o posicionamento de Ataulpho Nápoles de Paiva sobre a questão, em jornal da época: “Paiva, articulista do Jornal do Comércio do Rio de Janeiro, usa esse espaço para difundir a idéia da criação de um órgão nacional de controle das ações de assistência que, associando as iniciativas públicas e privadas, romperia o espontaneísmo da assistência esmolada e introduziria uma organização racional e um saber no processo de ajuda”. Assim, o Estado deveria assumir o papel de vigilante da filantropia, a fim de que esta não alimentasse a vadiagem.

O projeto de Paiva não vingou. Em verdade, seu ideário implicava o

reconhecimento público da miséria, que a concepção oligárquica do Estado, na Velha República, não suportava. Os ‘mendigos’ eram vadios e racionalizar as esmoladas confrontava-se com tal concepção, pois exigia uma ação de ‘amparo à vadiagem’ [...] A iniciativa propugnada por Paiva, de ordenação do aparato assistencial, não ocorre também nas décadas seguintes. De certa forma pode-se dizer que não ocorreu até hoje. O paralelismo entre as três instâncias – a federal, a estadual e a municipal –, somado à filantropia privada, ainda é uma constante (op.cit., p.109).

Nos primeiros anos da década de 1930, com a crise do capitalismo, o Estado brasileiro preparou-se para assumir seu papel intervencionista e planejador. Para a história da assistência social

brasileira, o período compreendido entre 1930 e 1937, marcado sobretudo pelo enfrentamento da questão social e por intensas lutas em torno da conquista de direitos sociais e políticos, violentamente reprimidas, representou momento importante de flexão nas relações entre a ação do Estado e as práticas assistenciais. Por um lado, amplia-se o escopo das práticas institucionais de âmbito privado; por outro, práticas assistenciais passam a adquirir espaço em instituições públicas. Veja-se, a título de exemplo, que somente em 1935 o governo do Estado de São Paulo criou o Departamento de Assistência Social, subordinado à Secretaria de Justiça e Negócios Interiores. No contexto do Estado Novo, foram criadas algumas instituições de assistência, dentre as quais se destacam: Legião Brasileira de Assistência (LBA); Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC); Juízo de Menores e Serviço de Assistência ao Menor da Prefeitura de São Paulo; Serviço de Proteção aos Imigrantes e Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

O período de redemocratização experimentado pela sociedade brasileira, entre 1946 e 1964, viu delinear-se definitivamente o perfil das políticas públicas de assistência social, manifesto, quer no dispositivo constitucional, quer na rede de serviços disponíveis. A mobilização popular reclamou que o Estado promovesse programas sociais e, nessa medida, buscasse atuar como mediador de conflitos. Por sua vez, o golpe de 1964 significou, entre tantas outras coisas, a inexorável presença do Estado na questão social. As práticas assistenciais voltaram-se não apenas para o equacionamento da correlação de forças em confronto na sociedade civil, tendo por objetivo a consolidação da hegemonia das classes que se apossaram do poder do Estado, mas também – e principalmente, vale destacar – para o processo de acumulação capitalista em curso, transformando-se, inclusive, em investimentos de capital. Além do mais, o golpe militar fez destacar, no plano das políticas públicas de assistência social, dois outros aspectos. Primeiro, aquilo que era apenas latente tornou-se manifesto: de fato, a política social ganhou feição definitiva por meio do binômio repressão-assistência; segundo, a ação estatal espalhou-se pelas áreas de saúde, educação, habitação,

além de ter reconfigurado as tradicionais políticas de segurança, justiça e promoção humanas. No contexto da ditadura militar, foi assinada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social a primeira medida normatizadora da assistência aos idosos, restrita aos beneficiários do sistema previdenciário (Portaria 82, de 04 de julho de 1974).³

Embora o Estado tenha, a partir de 1930, desenvolvido um papel cada vez mais intervencionista, não ocorreram investimentos nas obras públicas para idosos, mantidas sob sua responsabilidade direta – o atendimento à velhice é feito pelo Estado por meio de auxílios e convênios com instituições particulares. Na realidade, a Portaria 82/74 evidencia a manutenção dessa postura. A única inovação refere-se à prestação direta, voltada para a prevenção dos ‘males’ da velhice e para a sensibilização da comunidade. A velhice despossuída, historicamente dependente da ação caritativa dos indivíduos, das santas casas de misericórdia, das congregações religiosas ou de entidades de benemerência, foi contemplada, alguns meses depois, com a renda mensal vitalícia (Lei 6.179/74).⁴ Nesse mesmo ano, o Estado, separando a previdência do trabalho, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei 6062/74).

A assistência social aos idosos do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS marca o reconhecimento, pelo Estado, da ineficácia das principais políticas sociais que atingem os idosos – a

3 A cargo do Serviço Social, a assistência aos idosos far-se-ia diretamente pelo INPS, e indiretamente, por meio de acordos com instituições, sempre que possível abrangendo os aspectos biopsicossociais. A primeira modalidade refere-se à internação custodial de aposentados – a partir dos 65 anos, quando do sexo masculino, e dos 60 anos, quando do sexo feminino – e pensionistas – a partir dos 60 anos –, devendo abranger: “alojamento e alimentação; programação de atividades sociais; atendimento médico e de enfermagem; concessão de medicamentos de rotina” (Portaria 82/74). A internação deveria basear-se nos seguintes critérios: “desgaste físico e mental, impossibilitando a auto-suficiência para as atividades de vida diária; carência de recursos próprios ou do grupo familiar, para prover alojamento; inexistência de grupo familiar; abandono por parte do grupo familiar” (Portaria 82/74).

4 Este amparo previdenciário foi destinado a maiores de 70 anos e a inválidos definitivamente incapacitados para o trabalho, “que não exerçam atividade remunerada, não sejam mantidos por pessoas de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio para o próprio sustento”. O pagamento deste benefício, igual à metade do salário-mínimo vigente no país, não poderia ultrapassar 60% do valor do salário-mínimo do local do pagamento. Faria jus ao benefício o requerente que, conforme o caso, tivesse contribuído durante pelo menos doze meses para o INPS; ingressado no regime do INPS após completar 60 anos de idade; exercido atividades remuneradas então incluídas no regime do INPS ou do FUNRURAL, mesmo sem filiação à Previdência Social (Lei 6 179/74).

previdência social e a assistência médico-hospitalar, o que corresponde a uma estratégia utilizada pelo Estado diante da insuficiência destas últimas, em resposta às pressões externas (entre as quais as da ONU) e internas para a implementação de uma política voltada à velhice. Em 9 de novembro de 1979, a Portaria 82/74 foi revogada pela de nº 25, quando, então, os idosos não-previdenciários passaram também a contar com a assistência social.⁵ Tendo caráter preventivo, terapêutico e promocional, a Portaria 25/79 objetivava propiciar a integração social do idoso, “sobretudo no que se refere à melhoria das condições de vida, ao fortalecimento dos laços familiares e à formação de uma atitude positiva à velhice”. Três anos depois, em 5 de maio de 1982, quando as defasagens nos proventos dos aposentados e pensionistas tomavam proporções insustentáveis e a situação de pobreza impedia que se fechassem os olhos para a velhice não subsidiada pelo Estado, a Portaria MPAS 2.864 veio somar-se à anterior, ampliando os objetivos da assistência aos idosos, os quais, na verdade, nunca foram atingidos.⁶

Nesse contexto, a proposta assistencialista do Estado apresenta-se articulada com os discursos a-históricos produzidos pelo saber médico e gerontológico e pelos técnicos do SESC, em que a ‘problemática da velhice’ aparece isolada da realidade que a produz. O discurso geriátrico-gerontológico – difundido pelos meios de comunicação e em universidades, palestras, publicações, sociedades beneficentes etc. – ganhou evidência com a criação, em 1960, da Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria-SBG. O conjunto de representações sobre a velhice formulado pela geriatria-

5 A LBA coube a função de “desenvolver uma ação integrada entre os órgãos do Poder Público, nos seus diversos níveis e nos de atuação privada, a fim de evitar ações dispersas e esforços isolados” (Portaria25/79).

6 Vale transcrever os objetivos então anunciados: “prevenir a marginalização e promover a integração do idoso à família e à comunidade, mediante a adoção de programas preventivos, terapêuticos e promocionais organizados preferencialmente em regime de externato e de semi-internato; estender a assistência ao maior número de idosos, propiciando-lhe atendimento global, mediante o desenvolvimento de ações integradas das entidades do SINPAS; prevenir a segregação do idoso, através de incentivos a programas inovadores que aumentem a eficácia do atendimento das necessidades básicas do idosos, com sua ativa participação; garantir padrões de qualidade nos serviços especializados para atendimento ao idoso junto à família e a sua comunidade” (Portaria 2 864/82).

gerontologia configurou um modelo, visando ensinar as pessoas a conhecer a velhice e agir em conformidade com suas prescrições, isto é, buscando

a reorganização dos comportamentos educativos em torno de dois pólos bem distintos, sendo as estratégias propostas diferentes para cada um. O primeiro tem por eixo a difusão dos preceitos médicos, isto é, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que deve levar os velhos a tomar consciência do que é clinicamente a velhice; com isso pretendem a preservação do corpo. O segundo, poderia agrupar sob a etiqueta de ‘economia social’ todas as formas de direção da vida dos velhos com o objetivo de diminuir o custo social de sua manutenção (HADDAD, 1986, p.57).

O SESC veiculou, na década de 70, ampla literatura, cuja propagação, garantida por publicações próprias, justificava suas ações. No Estado de São Paulo, eram oferecidas aos idosos atividades desenvolvidas em três projetos básicos: 1. Grupos de Convivência de Idosos; 2. Escolas Abertas para a Terceira Idade, e 3. Trabalho com Pré-Aposentados. Considere-se ainda que, na mesma década e com maior intensidade no curso dos anos 80, a sociedade brasileira conheceu substantivas transformações nas suas formas de organização: novos movimentos sociais põem o social em ebulição e explodem as diferenças que se expressam nas lutas que mulheres, negros estudantes, minorias sexuais, ecologistas e idosos desencadeiam pela melhoria da qualidade de vida.

A década de 80 assistiu ao aumento do número de associações e federações de aposentados e pensionistas. Em 1985, com a criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP, o Movimento de Aposentados e Pensionistas ganhou grande visibilidade, tendo-se constituído no segundo maior *lobby*, durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, em 1987-1988, perdendo somente para os ruralistas. Reagindo às formas autoritárias e de repressão política, indo além das reivindicações por melhoria de proventos, isto é, encaminhando propostas que questionavam o modelo econômico, o Movimento foi portador de

elementos que despertaram, nos aposentados e pensionistas, a consciência dos seus direitos e o espírito de cidadania.

Enfim, como expressão de forças sociais diferentes, dois debates, cujos discursos trazem a marca da heterogeneidade, se fazem presentes, no que se refere à solução dos problemas da velhice. O proferido pelo Movimento de Aposentados, centrado nos proventos, na assistência médico-hospitalar, na forma de gestão dos recursos previdenciários, clama por maior segurança no fim da vida, pois o modo de vida na velhice não faz parte de suas reivindicações. O discurso do SESC, da SBBG e do Estado, centrado na integração do idoso na sociedade, silencia em relação ao direito à dignidade na velhice, aponta para uma mudança na forma de administração da velhice,⁷ se bem que a população alvo do Estado não seja a mesma a ser atingida pelas instituições privadas.

A Constituição Federal, assinada em 5 de outubro de 1988, introduziu, com a denominação de seguridade social, um conceito alargado de proteção social, compreendendo “um conjunto integrado de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art.194). Quanto à Previdência Social, duas mudanças significativas encontram-se dispostas no artigo 194: “irredutibilidade do valor dos benefícios” e “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados”. Os objetivos da seguridade social sintetizam uma nova organização das políticas de previdência, saúde e assistência social que, concretizadas, representariam um avanço na qualidade de vida dos idosos. Entretanto, logo após a promulgação da Constituição, já se temia pelo seu não-cumprimento. Nesse momento, a distância entre o discurso do governo e a prática neoliberal evidenciavam a ausência de perspectiva de uma política social mais justa. As pressões do Movimento de Aposentados e Pensionistas no Legislativo e Executivo, as tentativas de atrair as centrais sindicais, num

⁷ Se a velhice é o futuro da maioria da população, a imagem que associava a velhice das camadas populares com asilo, mendicância e indigência perdeu eficácia, mesmo porque, com a universalização da cobertura previdenciária, a velhice passou a ser subsidiada pelo Estado (HADDAD, 1993).

momento em que o desemprego é o monstro que amedronta a todos, e as manifestações para sensibilizar uma opinião pública voltada para seus próprios problemas não conseguiram trazer, para um primeiro plano, os debates sobre o direito à vida e, conseqüentemente, sobre o direito à dignidade na velhice. Com a precarização do mercado de trabalho e milhões de desempregados no país, o recolhimento para a Previdência vem diminuindo.

Em 24 de janeiro de 1994, foi assinada a Lei nº 8.842 (04.1.1994), dispondo sobre a Política Nacional do Idoso que, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 (3.7.1996), é regida pelos seguintes princípios:

- I – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política;
- V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (Lei 8.842, Art. 3º).

Tendo por objetivo “segurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art. 1º), a Lei nº 8.842 prevê, para a implementação da Política Nacional do Idoso, ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer.

Entretanto, no Brasil, marcado por uma ‘história lenta,’⁸ as conquistas sociais sempre foram postergadas ao longo da história.

8 “Na verdade, a história da sociedade brasileira tem sido uma história inacabada, uma história que não se conclui, uma história que não chega ao fim de períodos definidos, de transformações concluídas. Não é uma história que se faz. É uma história sempre por fazer” (MARTINS, 1992, p.11).

Dessa forma, a Política Nacional do Idoso não conseguiu firmar-se no âmbito dos direitos sociais, conquanto os estudos demográficos apontem o envelhecimento da população brasileira em ritmo acelerado, decorrência da diminuição da fecundidade das mulheres e da elevação da expectativa média de vida.⁹ Em outras palavras, ainda que a esperança média de vida tenha se elevado e pelo Estado se proponham medidas legais de assistência aos idosos (as quais, por sua vez, movem-se nos limites e contradições que caracterizam as políticas sociais), não vêm melhorando as condições objetivas de vida da maior parte da população, portanto, a dos idosos desfavorecidos; ao contrário, o crescimento demográfico das pessoas com 60 anos ou mais evidencia uma outra questão: o empenho do Estado brasileiro em diminuir suas responsabilidades materiais com os idosos, defendendo a privatização da previdência e incentivando, cada vez mais, a medicina privada.

Prova disso é o fato de que, para honrar os compromissos assumidos com o grande capital financeiro internacional, não destinou recursos para a implementação da Política Nacional do Idoso. O centro de ataque do programa neoliberal no Brasil tem-se voltado para as políticas sociais que atingem diretamente os idosos, quais sejam, a previdência social e a saúde,¹⁰ das quais decorre a

⁹ Ao mesmo tempo em que o percentual de jovens está diminuindo, tem ocorrido, a partir dos anos 60, um aumento do número de pessoas que atingem idades mais avançadas. Nos dois últimos decênios, esse crescimento acelerou-se: de 1980 a 2000, houve um aumento, em termos absolutos, de aproximadamente 7 milhões de pessoas com 60 anos e mais, isto é, num espaço de 20 anos, esse segmento populacional passou a ser o dobro.

¹⁰ Com a política de Ações Integradas de Saúde/AIS (1983), ocorreu a universalização da cobertura da assistência médica. Em 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/SUDS. Desde 1991, tem-se como grande desafio efetivar o Sistema Único de Saúde/SUS. Respalçado pela Constituição de 1988, isto é, fundado no princípio de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, o SUS, todavia, não garante qualidade nos serviços médico-hospitalares que oferece. Os serviços públicos de saúde são sobrecarregados e precários. Além de atendimento específico, os idosos devem contar com uma infra-estrutura médico-hospitalar capaz de responder satisfatoriamente à sua demanda, mais intensa na medida em que passam a pertencer a uma faixa etária mais avançada, quando, então, são mais susceptíveis às doenças. Acrescente-se ainda que as de caráter crônico degenerativo são as mais dispendiosas e que exigem tratamentos mais longos. É o setor hospitalar, “sem dúvida, o que sofrerá as maiores pressões, em termos de saúde curativa, diante do envelhecimento progressivo da população” (CAVALCANTI; SAAD, 1990, p. 192). Enfim, a baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos impossibilita que os idosos mais pobres – efetivamente os que mais adoecem – sejam atendidos adequadamente. Mesmo porque, em decorrência de um investimento insuficiente na prevenção de doenças, é muito grande a procura por atendimento curativo. A situação tende a se agravar com o aumento do percentual de pessoas com 60 anos e mais e a falta de perspectiva de melhora do atendimento do SUS.

ampliação do contingente de idosos desassistidos. Não bastasse serem reduzidos os benefícios, muitos são os programas sociais eliminados, isto é, assiste-se a uma significativa redução desses gastos.¹¹

Com relação à previdência social, diante da situação política e econômica gerada pela racionalidade neoliberal, o Estado brasileiro incorporou o discurso político dos credores internacionais, isto é, de que a fragilidade do caixa da Previdência – cuja receita depende fundamentalmente da folha de salários – e a relação ativos-inativos comprovam a necessidade da reforma da previdência. No governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), em virtude das resistências de diferentes segmentos da sociedade civil, a referida reforma levou quatro anos para ser aprovada, consolidando-se na Emenda Constitucional nº 20.¹² Dando continuidade ao feito do seu antecessor, o governo de Luís Inácio Lula da Silva apresentou um novo projeto de reforma da previdência, peça importante no ajuste neoliberal. Reduz-se, assim, a previdência pública a instrumento da política econômica, isto é, a elemento importante na solução da crise da acumulação capitalista brasileira. Restringindo direitos, aumentando a contribuição do trabalhador, alterando o cálculo dos benefícios em nome de um pretenso equilíbrio financeiro e atuarial, o padrão de previdência que, paulatinamente, vem sendo implantado contrapõe-se a uma seguridade social afinada aos interesses das classes trabalhadoras (CABRAL, 2000, p. 129 - 132) – os direitos sociais não são cláusulas pétreas.¹³

Além de não ter conseguido revitalizar o capitalismo, ao contrário, aprofundando as desigualdades sociais, com a deterioração das políticas públicas de caráter social, o ideário neoliberal vem gerando a predominância dos processos de exclusão sobre os de inclusão social. A interferência do Estado nessas

11 Milhares de crianças, idosos e portadores de deficiências estão deixando de ser atendidos em creches, asilos e centros de reabilitação em todo o país por causa dos cortes no orçamento da União em decorrência do ajuste fiscal. A informação que segue é ilustrativa: “Na versão do Orçamento anterior à crise do real, a União deveria repassar R\$ 341,4 milhões a Estados e municípios para atender 1,9 milhão de idosos, crianças e deficientes carentes. Com a crise fiscal, a verba disponível para esses programas sofreu um corte de 28,5%, caindo para R\$ 243,7 milhões (Folha de S.Paulo, 4 mar. 1999, p. 1-6).

12 A regulamentação da previdência foi aprovada pela Lei nº 3.048, de 6 de maio de 1999, alterada pela Lei nº 3.265, de 29 de novembro de 1999.

13 A respeito, Art. 60 da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988.

questões é mínima e, com isso, mantêm-se taxas alarmantes de desemprego, concentração de renda, fome, doenças, criminalidade e infortúnios na velhice.

Lembrando Simone de Beauvoir (1970, p 70): “A velhice não é um fato estático: é o término e o prolongamento de um processo”. É, pois, urgente a implementação de uma política que leve em consideração o processo de envelhecimento, isto é, de constituição da vida e não a velhice em si.

Referências

ADORNO, Sérgio; PUGLIESI, Myriam Mesquita. A pobreza colonizada. In: *Serviço social e sociedade*. São Paulo: Cortez, Ano VI, n.17, p. 49-72, abr. 1985.

BEAUVOIR, Simone. *A velhice, as relações com o mundo*. São Paulo: DIFEL, 1970.

CABRAL, Maria do Socorro Reis. As políticas brasileiras de seguridade social: Previdência Social. In: *Capacitação em serviço social e política social*. Módulo 3. Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância. Brasília: UnB, 2000, p. 129 e 132.

CAMARGO, Antonio B. Marangone; SAAD, Paulo Murad. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: SEADE, 1990, p. 9-25. (Coleção Realidade Paulista).

CAVALCANTI, Maria das Graças P. de H; SAAD, Paulo Murad. Os idosos no contexto da saúde pública. In: *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: SEADE, 1990. p. 181-206, (Coleção Realidade Paulista).

GUILLEMARD, Anne-Marie. *Le déclin du social*. Paris: PUF, 1986.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. *O direito à velhice: os aposentados e a Previdência Social*. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. O idoso em perigo. In: *BOLETIM IBCCRIM*, ano 6, n. 75, São Paulo, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais/ IBCCrim, fev.1999.

MARTINS, José de Souza. *O poder do atraso*. Ensaios de Sociologia da História lenta. São Paulo: Hucitec, 1994.

MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1599-1884: contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo: Conselho Estadual da Cultura, 1976.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. *Vida urbana e gestão da pobreza*. São Paulo: Cortez, 1988.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Assistência na Previdência Social – uma política marginal. In: SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. *Os direitos (dos desassistidos) sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

Documentos:

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, de 5 outubro de 1988.

DECRETO nº 1.948, de 3 de julho de 1996.

LEI 6.179, de 11 de dezembro de 1974.

LEI nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

PORTARIA MTPS 82, de 4 de julho de 1974.

Portaria MPAS 25, de 9 de novembro de 1979.

Portaria MPAS 2 864, de 5 de maio de 1982.

