

A PROTEÇÃO SOCIAL AO SEGMENTO IDOSO NO CONTEXTO DE CRISE DO CAPITAL: A REALIDADE DO BRASIL E DA ESPANHA

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

Doutora em Serviço Social

Assistente Social. Professora do Departamento de Serviço Social e
do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual
Paulista “Julio de Mesquita Filho – Unesp/campus Franca/Brasil
Bolsista da Fundación Carolina/Espanha

Núria Cordero Ramosa

Doutora em “Direitos Humanos e Desenvolvimento”

Assistente Social e Bacharel em Antropologia

*Professora Titular do Departamento de Serviço Social
(Universidade Pablo de Olavide/Sevilha/Espanha)*

Resumo: O objetivo deste é refletir sobre a proteção social ao segmento idoso no contexto de crise do capital, tendo como referência o Brasil e a Espanha. O estudo foi realizado através de estudo bibliográfico e documental recorrendo a dados das Nações Unidas e legislação brasileira e espanhola. As projeções das Nações Unidas indicam que no ano de 2060, 27,3% da população dos países desenvolvidos ultrapassará 65 anos, 16,8% nos países em desenvolvimento e indicam que a evolução do envelhecimento é diferente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. As legislações dos dois países determinam a proteção social a partir de políticas públicas, programas e projetos sociais já implantados. Entretanto, nem sempre o que se determina nas legislações se é efetivado na prática cotidiana, questionando-se como os países se estão preparando para o constante crescimento deste segmento populacional. Observa-se que o cenário não é promissor, pois diante da crise do capital, o capital monopólico financeiro busca novos nichos para sua manutenção e os governos recorrem a medidas e cortes orçamentários para adequar-se ao sistema financeiro, através de mudanças na legislação e de medidas de ajuste fiscal: flexibilização das relações de trabalho, precarização dos direitos sociais, entre eles o sistema de seguridade social, revendo critérios e financiamento em uma tendência neoliberal de ajuste fiscal.

Palavras-chaves: proteção social, crise capitalista, política de saúde, política de assistência social.

Abstract: The objective of this study is to reflect on the social protection to the elderly section in the context of capital crisis, with reference to Brazil and Spain. The study was carried out through a bibliographical and documentary study, data from the United Nations, Brazilian and Spanish legislation. Projections by the

United Nations indicate that in the year 2060, 27.3% of the population of developed countries will exceed 65 years, 16.8% in developing countries and indicate that the evolution of aging is different in developed and developing countries. The laws of both countries determine social protection from public policies, programs and social projects already implemented. However, it is not always what is determined in legislation if it is implemented in everyday practice and it is from the question about how the countries are preparing for the constant growth of this segment of the population. It is observed that the scenario is not promising, because in the face of the crisis of capital, monopoly capital seeks new niches for its maintenance and governments resort to measures and budget cuts to fit the financial system, through changes in legislation and of fiscal adjustment measures: flexibilization of labor relations, precariousness of social rights, among them the social security system, reviewing criteria and financing in a neoliberal tendency of fiscal adjustment.

Keywords: social protection, capitalist crisis, health politic, social assistance policy

Introdução

O envelhecimento começou a ser debatido no mundo em função da inversão da pirâmide etária tendo como principais argumentos a baixa taxa de natalidade e ao mesmo tempo o incremento da tecnologia e melhorias das condições de saúde da população mundial. Tem sido visto como um triunfo mas também um desafio, uma vez que os países apresentam taxas de esperança de vida muito diferentes (se considerarmos os países de capitalismo periférico e países de capitalismo central) e políticas de bem estar social também diferentes.

Os idosos compõem o grupo populacional que mais cresce no mundo e projeções das Nações Unidas indicam que no ano de 2060, 27,3% da população dos países desenvolvidos ultrapassará 65 anos

e 16,8% nos países em desenvolvimento. As Nações Unidas também indicam que a evolução do envelhecimento é diferente em países desenvolvidos e de países em desenvolvimento, que a maioria dos idosos do mundo vive nos países menos desenvolvidos e esta proporção deverá aumentar em 2060 para quatro em cada cinco pessoas (IMSERSO, 2017, p. 38-39).

Em 2015, a África é o continente com a menor proporção de pessoas com mais de 65 anos (3,5%) e a mais jovem (19,4 anos). Ele é seguido pela Ásia, com uma população 7,5% maior, e, com uma figura muito semelhante, a América Latina e o Caribe (ambos têm uma idade mediana similar: (7,6%), Ásia (29,7 anos) e América. América Latina e Caribe, um pouco mais baixa (28,3 anos), mas, como pode ser visto nos números, as diferenças com a África são abismais. Perto dos continentes anteriores, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais na Oceania é de 8,1% (idade mediana de 32,6), enquanto na América do Norte sobe para 14,8%, com uma idade mediana de 37,7 anos. A Europa situa-se acima dos 15% da população mais idosa, com 17,5% e uma idade mediana de 40,9 anos. A Espanha não supera a média europeia de maior população: no ano 2015, os maiores de 65 anos representaram 17,1% (dados da ONU projetados) (IMSERSO, 2017, p.39).

Diante deste contexto, como os países estão se preparando/organizando para o constante crescimento deste segmento populacional, considerando as projeções das Nações Unidas e as crises cíclicas do capital?

O envelhecimento no modo de produção capitalista

Na teoria crítica, o envelhecimento tem que ser considerado em sua perspectiva multidimensional, ou seja, deve estar relacionado a questão dos níveis de alfabetização, gênero, etnia, região que vivem, a pobreza, entre outros fatores. Assim, o envelhecimento com qualidade de vida está relacionado às políticas públicas e sociais dos países.

É possível apontar que houve avanços do ponto de vista legal aos

direitos dos idosos e conseqüentemente, da necessidade de implementação de políticas sociais, mas em cenário de crise, avanço legal não significa efetivação de direito.

Muitos dos avanços das últimas décadas relacionados aos direitos dos idosos são frutos da trajetória de lutas e conquistas desse segmento populacional. Foram realizadas Assembleias Mundiais (Viena/Austria em 1982 e Madrid/Espanha em 2002), que aprovaram marcos legais (internacionais e nacionais). Em 2012, foi comemorado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional e em 2015 aconteceu a Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos cujo objetivo foi instituir um instrumento na região das Américas vinculante que proteja os direitos humanos das pessoas idosas. Houve avanços, principalmente na questão legal, onde países fizeram esforços no sentido de equacionar o envelhecimento e a promoção de direitos.

Entretanto, como já apontado anteriormente, entre a aprovação das leis e a efetivação das mesmas há uma distância. Nos países em desenvolvimento, e aqui, citamos o Brasil como um exemplo, sob o pretexto da crise econômica, os governos recorrem a cortes nos programas sociais para adequar-se ao sistema financeiro.

Quais os reflexos do modo de produção capitalista em cenário de crise financeira para as políticas sociais?

O capital monopólico financeiro busca novos nichos para sua manutenção e medidas relacionadas ao impacto da crise são (re) definidas. Pode-se citar como exemplo os processos de globalização dos mercados, a flexibilização das relações de trabalho (a partir da década de 1990), a precarização dos direitos sociais conquistados (entre eles o sistema de Seguridade Social, revendo critérios e financiamento, não somente do sistema de previdência social, mas também o direito à saúde e outras políticas sociais), em uma tendência neoliberal de privatização de todo o processo da vida e por conseguinte, do envelhecimento.

Meszáros (2011) explica que isso se dá em função da crise estrutural do capital que numa processualidade incontrolável e profundamente destrutiva “tudo passa a ser controlado pela lógica da

valorização do capital, sem que se leve em conta os imperativos humano-sociais vitais, a produção e o consumo supérfluo acabam gerando a corrosão do trabalho, com sua consequente precarização e o desemprego estrutural” (Meszaros, 2011 p. 11).

Uma das explicações para esta questão, segundo Meszáros (2011) está na especulação financeira, intrinsecamente relacionada ao aprofundamento da crise dos ramos produtivos que gera o aumento do desemprego e na mesma medida, da pobreza.

Durante o século XX, o sistema de crédito estava voltado para o financiamento das atividades produtivas promovendo o processo de industrialização pelo mundo. Atualmente, o que impera é a lógica especulativa que traz consequências para o mundo do trabalho, através da exigência da elevação da taxa de rendimento, estimulando a reestruturação produtiva e, como consequência, a intensificação do trabalho.

A intervenção do Estado em favor do mercado financeiro e também das determinações dos mercados produtivos agrava a questão social, principalmente ao potencializar ações de flexibilização do trabalho e de cortes em programas de cunho social. Isso significa que diante da crise do capital e necessidade de reestruturação produtiva do fluxo do capital, exige-se o uso do fundo público para outras áreas que não as de caráter de cunho social.

O envelhecer neste processo parece estar à mercê de um Estado parco para os gastos sociais, amplo para a contingência financeira. E, ao mesmo tempo vivenciar um mundo que prioriza o cidadão produtivo, levando os idosos à condição de invisibilidade, marginalização, exclusão social e portanto, vulneráveis às estruturas e relações sociais.

Como está o processo de envelhecimento, neste cenário, no Brasil e na Espanha?

Tanto o Brasil quanto a Espanha tem apresentado mudanças na estrutura de sua pirâmide etária. O Brasil conta com uma população idosa de 20.588.891 (a partir de 60 anos) conforme censo IBGE (2010) e a Espanha com uma população idosa de 8.8657.705 (a partir de 65 anos) conforme dados do Instituto de Estatística de Espanha

(dados de 2016).

Projeções do Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) indicam que no Brasil o segmento idoso poderá atingir até 2060 cerca de 25% do total da sua população. No caso da Espanha, as projeções estimam para este país, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entre 2000 e 2050 a população com mais de 60 anos duplicará passando de 11% para 22% e a população com mais de 80 anos quadruplicará na Espanha.

Outra questão a ser apontada é a questão da desigualdade social apresentada de maneira diferente considerando estes dois países. No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que associa a melhoria das condições de vida da população de um país, o Brasil ocupa a 79ª posição no ranking compilado pela Organização das Nações Unidas (ONU) tendo como IDH 0,759 (dados de 2018) ocupando a lista dos países com alto desenvolvimento humano, enquanto o da Espanha é de 0,891 ocupando a 26ª posição no mundo, entre os mais altos.

O Coeficiente de Gini, usado para medir o grau de concentração de renda (0 representa a situação de total igualdade e quanto mais próximo de 1 maior a desigualdade de renda) apresenta o Brasil com o índice de 51,3 enquanto a Espanha apresenta o índice de 36,2, demonstrando o grande índice de desigualdade social do Brasil, o que agrava as condições de vida da população.

Diante destas questões, não é possível relacionar o envelhecimento apenas a partir do cronológico. Estudos realizados pelas Nações Unidas indicam que existe uma grande variação da expectativa de vida de acordo com os países desenvolvidos (representado aqui pela Espanha) e os que estão em desenvolvimento (representado pelo Brasil) e essa variação é explicada pelas diferentes políticas sociais e de saúde de cada país.

As políticas sociais voltadas ao segmento idoso no Brasil e Espanha: da aprovação das leis ao processo de desmantelamento

A proteção social e as políticas públicas são ferramentas im-

portantes que qualificam o bem estar dos cidadãos e como estes estão e serão tratados na velhice. Ao fazer referência às políticas sociais de atendimento ao segmento idoso é necessário fazer referência ao sistema de pensões e aposentadorias (chamado no Brasil de Previdência Social), contra riscos e necessidades geradas por situações de desemprego, doenças, invalidez, velhice, o sistema de saúde e o sistema de assistência social (chamado de serviços sociais na Espanha).

O financiamento e as despesas com proteção social diferenciaram-se de acordo com os países e após a crise no início deste século e, em especial, após 2008, marca-se um período de inflexão em muitos países com maior austeridade nos programas sociais.

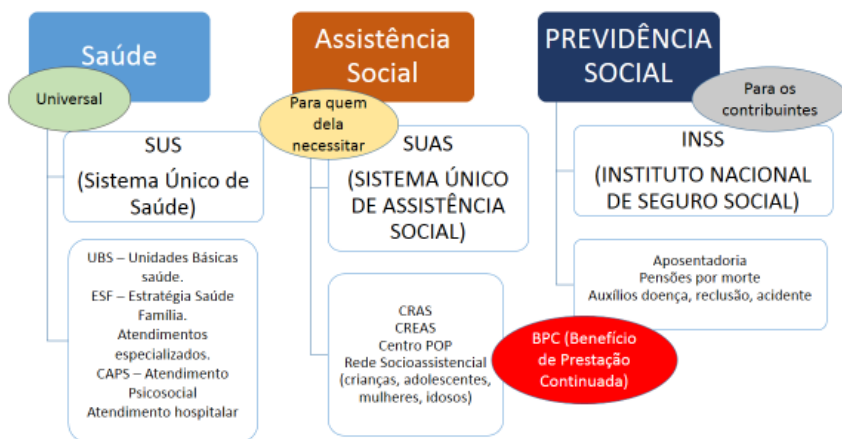
Do ponto de vista legal, ambos países garantem proteção social não somente aos idosos mas à toda a população. No Brasil, além da Constituição Federal de 1988, foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (8080/1990 e 8142/1990) e a Lei Orgânica da Assistência Social (8742/1993). Aliado a estas duas leis, o segmento idoso conta com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003)

A Espanha também conta com marco legal relacionado à saúde através da Lei Geral da Saúde (Lei 14/1986) e há a Lei de Dependência (Lei 39/2006) que atinge especificamente pessoas com deficiência ou capacidade limitante, atingindo deste modo, inclusive, os idosos. Enquanto a assistência social não tem uma lei estatal mas é regulada por cada Comunidade Autónoma.

No que se refere ao marco legal destes dois países, é possível apontar que tanto a Constituição Federal de 1988 do Brasil quanto a Constituição de 1978 da Espanha, fazem referência ao idoso e ambas possuem artigos que determinam a importância de se articular através da garantia de suficiência económica e pela promoção de programas de proteção social o bem estar social, a dignidade humana.

Ambos países tem uma organização da estrutura de atendimento à toda população e, que atendem invariavelmente a população idosa, conforme destacados nas Figuras 1 e 2.

Figura 1 Proteção social no Brasil - Seguridade Social



Fonte: elaborado pelas autoras.

No Brasil, a estrutura da Seguridade Social está organizada no tripé de políticas públicas: saúde, assistência social e previdência social. A Saúde e Assistência Social (de caráter universal e não contributivo) e a Previdência Social (tendo como princípio a lógica do seguro, apenas para aqueles que são, efetivamente, contribuintes). É importante salientar que a estrutura de financiamento da Seguridade Social se dá através da receita advinda com o pagamento pelos trabalhadores, empregadores e outros tributos específicos que financiam as três áreas.

A Seguridade Social no Brasil, conjuga direitos derivados do trabalho – no caso a previdência social, com direitos sociais como: aposentadoria, seguro desemprego, auxílio-doença, direitos de caráter universalista como na Saúde e na Assistência Social, embora esta última desenvolva-se como uma política focalizada no enfren-

tamento da extrema pobreza) (Boschetti, 2009).

A saúde tem sua estrutura organizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma rede de atendimento integral, hierarquizada e descentralizada. Em linhas gerais, o atendimento se dá através do atendimento primário em Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família. Há os atendimentos de especialidades médicas, exames e procedimentos simples e de maior complexidade, centros de atendimento psicossocial através dos CAPS (Centros de atenção Psicossocial), atendimentos hospitalares (clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos e de maternidade) e outros.

A Política de Assistência Social conta com uma rede hierarquizada e descentralizada cuja porta de entrada está nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). A nível de atendimento especializado há os Centro de Referência de Assistência Social (CREAS) e toda rede socioassistencial atendendo os segmentos sociais de acordo com a Tipificação dos serviços determinados pela Política Nacional de Assistência Social.

Para os idosos, além dos atendimentos realizados através do CRAS e CREAS, estes tem acesso aos Centro de Convivência do Idoso para pessoas ativas, Centros Dias para atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade e que necessitam de cuidados durante o dia e que à noite voltam para suas casas, mantendo os vínculos sociais e familiares e finalmente as Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas com rompimento de vínculo familiar.

A Previdência Social é política da Seguridade Social de caráter contributivo, ou seja, apenas tem acesso à aposentadorias, pensões, seguro em caso de desemprego ou doença quem contribui com o sistema. Assim, a previdência social tem como órgão gestor o INSS (Instituto Nacional de Seguro Social).

Aos idosos que não conseguiram contribuir no decorrer da vida e que estão em situação de vulnerabilidade financeira, a legislação determina que após os 65 anos poderá receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que equivale a um salário mínimo. Não é uma aposentadoria por tempo indeterminado mas um bene-

fício assistencial de acordo com as condicionalidades (im) postas pela gestão.

Na Espanha, conforme destacado na figura 2, a proteção social se dá através do sistema de saúde e pensões (aposentadoria, invalidez e desemprego). No caso da assistência social (chamado de Serviços Sociais na Espanha), não há uma lei de caráter nacional como no Brasil, mas é regulado através de legislações de cada Comunidade Autónoma. Existe a Lei 39/2006, conhecida como Lei de Dependência, que garante direitos e benefícios sociais a todas as pessoas que se encontram em situação de dependência e limitação individual, sejam crianças, adultos ou idosos, que congrega direitos, benefícios e serviços assistenciais.



Fonte: elaborado pelas autoras

A saúde é um direito universal, reconhecido pela Constituição da Espanha. O Instituto Nacional de Gestão Sanitária (INGESA) tem competência exclusiva sobre as bases e coordenação geral da Saúde, legislação sobre produtos farmacêuticos e saúde externa.

O Sistema Nacional de Saúde, assim como no Brasil, determina que a atenção sanitária se dá através da prevenção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação e promoção da saúde, através da atenção primária, atendimento especializado, atendimento emergencial, serviços farmacêuticos assim como ortopédicos, dietéticos e serviços de transporte.

Os serviços sociais, de responsabilidade de cada Comunidade Autónoma, são organizados através de atendimentos locais e não há uma lei Estatal que normatize as ações.

Tem como órgão gestor o IMSERSO que “suas origens se remontam ao Serviço social de Assistência aos idosos da Seguridade Social. Segue sendo Entidade gestora da Seguridade Social para a gestão dos serviços sociais desta, mas a execução dos serviços sociais são passadas às comunidades autónomas, suas funções na atualidade diminuiram bastante em relação com as que tinha antes (Alemán, 2013,19).

Pelegri Viaña (2007, p. 129), ao fazer uma análise sobre os serviços sociais na Espanha reporta que eles contam com benefícios técnicos, estabelecimentos sociais, programas e projetos, benefícios económicos compondo um sistema, ou seja, um conjunto de elementos inter-relacionados e coordenados em um todo. E complementa que “a verdade é que isso é mais uma expectativa ou uma declaração formal – o que é declarado nas leis, que uma realidade efetiva; mas é mantido porque serve ao nível simbólico do elemento de identificação, bem como a emulação dos sistemas mais consolidados de Estado de bem-estar-social”.

O mesmo autor defende que embora a legislação coloque que o acesso é universal esse direito está sujeito à disponibilidade orçamentária. Aliado a isso, se salienta que a obrigação última é do setor público, “embora qualquer entidade privada também possa colaborar sob a supervisão da administração correspondente; o risco neste caso, é a privatização disfarçada e a mercantilização da proteção” (Pelegri Viaña, 2007, p.131).

Apesar do país congregar 17 comunidades autónomas que podem direcionar seus atendimentos de maneira diferente, em todos as comunidades existem dois graus de atenção que coincidem apesar de poder ser conhecidos com nomes diferentes dependendo da

Comunidade Autónoma. São eles: o atendimento básico e o atendimento especializado.

O primeiro nível, chamado cuidado básico ou primário ou comunitário, é o mais próximo dos cidadãos porque é organizado territorialmente e fornece atenção polivalente. Isto é, ele assiste - pelo menos em primeira instância - a todas as situações sociais da população de uma área. Neste nível, mesmo com serviços diferentes, predomina equipas de trabalho básicas ou sociais, bem como o serviço de atendimento domiciliário. O segundo nível é especializado e serve os diferentes coletivos ou setores da população de acordo com os problemas apresentados. Para isso, organiza serviços interprofissionais ligados às áreas de atendimento, para cobrir territórios mais extensos e, geralmente, possui mais equipamentos e equipas de especialistas em seu campo de atuação (Pelegri Viaña, 2007, p.139)

De maneira geral, os serviços sociais são destinados a todos mas se concentram em setores ou grupos sociais de acordo com sua vulnerabilidade. Neste sentido, as leis ou serviços destinam-se a grupos como infância e adolescência, mulher, pessoas idosas entre outros.

Com relação à Lei de Dependência, a situação de dependência de cada pessoa é identificada através de um instrumento de avaliação realizado por profissionais de Serviço Social.

Conforme Alemán Bracho (2013) são definidos 3 níveis de proteção através da Lei de Dependência: "1) mínimo, que é garantido e financiado pelo Estado; 2) acordado, financiado pelo Estado e pelas Comunidades Autónomas; e 3) adicional, livremente configurável e financiamento pelas Comunidades Autónomas. No acordado, a distribuição dos créditos para a Comunidade Autónoma devem ser previamente estabelecidas no Conselho Territorial de acordo com os critérios que são determinados (população total, população dependente e outros) (Alemán Bracho, 2013 p. 19). Os serviços envolvem 3 áreas, sendo elas:

1. Serviços de atenção domiciliária sendo constituídos de serviços de Tele assistência (que consiste na instalação de instru-

mento adaptado ao telefone residencial que se conecta a um alarme central que funciona 24 horas por dia) e considerado [...] “um serviço economicamente muito eficiente, pois implica em baixo custo e grande eficiência social” (Alemán Bracho, 2013, p.20) e os serviços de ajuda ao domicílio que configura-se com o suporte em tarefas domésticas, em especial quando as limitações funcionais acometem a pessoa idosa. Este trabalho é administrado pelos municípios e são financiados tanto pelos municípios quanto pelo Estado e Comunidades Autónomas. É um trabalho que evidencia o respeito à manutenção do idoso em casa mas, em contrapartida, um dos problemas colocados por este serviço é seu custo em relação à atenção em centros dia e residências, que representam um custo menor;

2. Os serviços de atenção diurna envolvendo os centros dias com atendimento psicossocial em situação de dependência. Sobre este serviço, Alemán Bracho (2013, p.21) colocam que os centros dias, de maneira geral oferecem lazer, atividades (biblioteca, pintura, jogos, danças, informática, passeios organizados pelos próprios idosos e outros), incluindo fisioterapia e terapia ocupacional para idosos ativos mas que estão apresentando algum grau de dependência. São instrumentos que propiciam a inclusão social;
3. Os serviços de atenção residencial sendo alojamentos permanentes ou temporários, que oferecem cuidados preventivos, de cuidados e reabilitação com atenção integral a idosos que, devido à sua situação condição sócio familiar ou outras causas, não podem ser atendidos em suas próprias casas. A admissão em residências deve ser sempre voluntária, e ter o consentimento expresso e por escrito da pessoa idosa e atender algumas condicionalidades de acordo com a Comunidade Autónoma como: a pessoa tem que ter mais de 65 anos, residir nesta C.Autónoma e não sofrer de doença infecto-contagiosa. As estadias temporárias tem o objetivo é atender ou apoiar a família em situações em que é ne-

cessário a ausência do familiar com a qual o idoso coexiste (Alemán Bracho, 2013, p. 22).

Com relação ao sistema de aposentadorias, o artigo 41 da Constituição Espanhola coloca que todos os cidadãos tem direito à ação protetora da Seguridade Social (sistema de pensões) enfatizando a conotação da universalidade. Assim, a proteção pode se dar através da modalidade de nível contributiva e também para aqueles que não conseguiram contribuir ou que não contribuíram o suficiente. Assim é possível apontar, que diferentemente do Brasil, o sistema de pensões da Espanha atinge a toda população com mais de 65 anos.

Feitas estas considerações sobre os serviços de proteção social nos dois países é preciso apontar que com as crises cíclicas do capital assiste-se a intervenção do Estado de modo a reestruturar o fluxo produtivo utilizando-se o fundo público para financiamento de investimentos capitalistas por meio de subsídios, desonerações tributárias, incentivos fiscais. Assiste-se também a realização de reformas do sistema de trabalho através de mudanças na legislação e no sistema de previdência social.

No caso do Brasil, nos últimos anos e sob a justificativa da diminuição na taxa de crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida busca-se soluções em consonância com a perspectiva neoliberal. Propagandeia-se o crescente déficit da Previdência Social, atrelados a importância da estabilidade macroeconômica e a criação de superávit primário, conforme recomendado pelas agências internacionais, inicia-se o desmonte da Previdência Social com as reformas instaladas nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), Dilma Rousseff e Michel Temer.

Rocha e Macário (2015, p.195) destacam que a “apropriação dos fundos públicos pelo capital e a criação de nichos de mercado para investimento privado” tem como chave para a compreensão a mundialização do capital e “a previdência social como principal vítima desse processo devido a quantidade de dinheiro que mo-

vimentas, sofrendo contrarreformas e diminuindo direitos para induzir os trabalhadores a complementá-los por meio da compra de planos de previdência privada”.

Assim, é possível apontar entre as mudanças alcançadas: a restrição de direitos, a redução do valor de benefícios, a ampliação de tempo de contribuição para obtenção de aposentadoria e o grande incentivo à contribuição da previdência privada.

Aliado a isso, em 2007, propôs-se a ampliação da vigência da Desvinculação de Receitas da União (DRU), ou seja, de todo o montante arrecadado para a Seguridade Social, 20% poderiam continuar sendo destinados ao governo para empregar em outras áreas, inclusive pagamento de dívidas públicas. Isso no ano de 2016 passaria a 30% do montante arrecadado.

No quesito saúde presencia-se filas de espera para consultas médicas, exames, procedimentos e internações eletivas, falta de medicamentos (inclusive de uso contínuo), insuficiência de recursos humanos para o atendimento, o que precariza o sistema de saúde. Apesar do investimento em saúde ter tido um crescimento de 3,56% do PIB em 2012 para 3,99% do PIB em 2016 este quadro se altera a partir da aprovação da Emenda Constitucional 96 em 2016, conhecida como “Teto dos Gastos” que determina a não ampliação dos gastos com políticas sociais por um período de 20 anos e, o que já era considerado um recurso insuficiente para todo o atendimento à saúde terá ainda maior impacto.

A Política de Assistência Social também terá impacto a partir do teto dos gastos. Esta é uma política que nunca teve financiamento suficiente para sua demanda e portanto como tem uma concentração ou focalização na extrema pobreza não supera a vulnerabilidade. Ademais, o atendimento se concentra na redesociassistencial de caráter privado.

A proteção social espanhola também passou por contrarreformas no sistema e conforme Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2014), entre as mudanças apontadas e direcionadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio (OMC), o governo

espanhol iniciou o desmantelamento progressivo dos serviços públicos essenciais do Estado (pensões, educação, saúde e serviços sociais) minimizando serviços públicos e comprometendo a manutenção de direitos dos cidadãos. Ao mesmo tempo, acontece o fortalecimento, apoiado por lobbies empresariais na apropriação de redes de serviço público, vistos como oportunidade de negócios.

Conforme dados apontados pela mesma Asociación (2014), desde 2012, na saúde, a redução do investimento está “acompanhada por uma redução na atividade de serviços de saúde, o fechamento de centros e reduções de pessoal; a introdução de co-pagamentos a pensionistas, pacientes que precisam de próteses, transferências de ambulância ou medicamentos especiais”. Além destas medidas, o informe traz que estas foram acompanhadas de “privatização de hospitais, serviços de laboratório e diagnóstico por imagem; a cessão às multinacionais e fundos de investimento das plataformas de informática, telefones de informação, central de compras ou o planejamento e gestão dos recursos dos Serviços de Saúde Autônomos”. E estas questões envolveram também consequências como “limitação do acesso a medicamentos, o aumento das listas de espera, o aumento da mortalidade por doenças evitáveis ou a redução da expectativa de vida”. Observa-se assim que os efeitos da crise do capital envolve a saúde e tem consequências profundas para o futuro do país.

Com relação aos serviços sociais, Pelegri Viaña (2007, p.131) coloca que embora a legislação coloque que o acesso é universal esse direito está sujeito à disponibilidade orçamentária. Aliado a isso, se salienta que a obrigação última é do setor público, “embora qualquer entidade privada também possa colaborar sob a supervisão da administração correspondente; o risco neste caso, é a privatização disfarçada e a mercantilização da proteção”.

Considerações finais

Não é possível falar no processo de envelhecimento nos dois países de maneiras semelhantes. Os estudos apontam o aumento

significativa da população idosa que ocorrerá ainda nesta primeira metade do século XXI no mundo. Entretanto, esta questão afetará em muito os países em desenvolvimento pois tem o agravante da pobreza com uma população mais envelhecida. Isso aponta maior preocupação com o Brasil, tendo em vista que o sistema de saúde e assistência social, apesar de universal, está cada vez mais sucateado e focalizado na extrema pobreza. Ao mesmo tempo, a cobertura previdenciária e suas constantes reformas nos últimos anos vão na contramão do que deveria ocorrer, ou seja, os países e não somente o Brasil tem que enfrentar esta mudança preparando os sistemas de saúde para os cuidados geriátricos, os serviços sociais para adequarem-se a esta realidade, para apoiarem as famílias necessitadas de ajuda financeira, apoio social, oportunizando empregos para pessoas com idades mais altas.

Assim, o envelhecimento populacional é um grande desafio, em especial, para o sistema previdenciário e das políticas sociais. Destaca-se, que a crise financeira reduz os níveis de emprego e tem um efeito importante a longo no sistema de seguridade social, porque tem que acudir os que estão em situação de desemprego. O que vemos, em especial no Brasil, é uma proposta de ampliação da idade de aposentadoria mas com as reformas trabalhistas implementadas não houve aumento do processo de arrecadação para a Seguridade Social. Há uma imenso contingente de pessoas trabalhando na informalidade, sem acesso futuros a aposentadorias. De outro lado, há também uma redução do financiamento das políticas da saúde e da assistência social através da aprovação da EC 95 em 2016 deixando a população a mercê de sua própria sorte ou da ajuda da sociedade civil.

Não existe formula mágica, mas certamente é preciso enfrentar a desigualdade social no Brasil, fruto da apropriação desigual das riquezas produzidas, ou seja, as respostas apresentadas diante das crises cíclicas do capital tem sido a fórmula da redução do gasto social e no campo das receitas, tem sido mantido um sistema tributário que onera ainda mais a base da população.

Ambos países tem legislações consolidadas com relação às po-

líticas sociais. No que se trata da pessoa idosa além da legislação sobre a previdência social e saúde, tem-se leis que determinam direitos ao idoso. Aqui fazemos referência no caso do Brasil ao Estatuto do Idoso e a também Lei Orgânica da Assistência Social e na Espanha à Lei de Dependência.

Ambos países, tem idosos em situação de vulnerabilidade social, mas uma das situações de vulnerabilidade que podemos apontar é o isolamento social que poderá ter uma ênfase maior na Espanha, tendo em vista que a expectativa de vida é maior e pessoas com idades superiores a 80 anos poderá duplicar conforme estimativa da OMS. O isolamento social pode ser uma questão a ser enfrentada pelo Estado através de políticas públicas.

Referências Bibliográficas

Alemán Bracho, Carmen (2013). Políticas públicas para mayores. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 9.

Boschetti, Ivanete (2009). Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ ABEPSS.

IMSERSO (2017). *Informe 2016 – Las personas mayores en España. Datos estadísticos estaduales y por comunidades autónomas*. Disponível na internet: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf>. Acesso em: 02 mar.2019.

Mészáros, István (2011). *A crise estrutural do capital*. 2 ed^a. São Paulo: Boitempo.

Pelegrí Vianya, Xavier (2007). El modelo de servicios sociales en España. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM*, Vol. XVII, n.2, 125-150. ISSN: 1405-3543. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65417206>

Rocha, Flávia & Macário, Epitácio (2015). Padrão atual de acumulação de capital, mundo do trabalho e reestruturação da previdência social no Brasil. *Revista Katálisis*. vol. 18, 2, p. 202-212.