

Desigualdade, Envelhecimento e Saúde no tempo de contrarreformas: da Magnitude à Desproteção Social no Brasil

Inequality, Aging and Health in the time of Contrarreforms: from Magnitude to Social Disprotection in Brazil

Desigualdad, Envejecimiento y Salud en tiempos de contrarreformas: de la magnitud a la falta de protección social en Brasil

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva
Raquel Cavalcante Soares
Jonorete de Carvalho Benedito
Náíade Melo Costa
Priscylla de Freitas Cavalcante

RESUMO: A desigualdade social condiciona os processos relacionados ao envelhecimento das populações. Na perspectiva da totalidade social discutimos o Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios à proteção social para as populações idosas no Brasil, onde 75,3% dos/as idosos/as dependem exclusivamente do SUS. Há, portanto, desafios na oferta da assistência ao referido segmento, no atual cenário de aprofundamento das desigualdades, crise econômica e ataques aos processos democráticos.

Palavras-chave: Saúde; Desigualdade; Envelhecimento.

ABSTRACT: *Social inequality causes processes related to the aging of populations. From the perspective of social totality, here we discuss the Unified Health System (SUS) and the challenges posed to the social protection of elderly populations in Brazil, where 75.3% of the elderly depend exclusively on SUS. There are, therefore, challenges in offering assistance to that segment given the current scenario of deepening inequalities, economic crisis and attacks on democratic processes.*

Keywords: *Health; Inequality; Aging.*

RESUMEN: *La desigualdad social afecta los procesos relacionados con el envejecimiento de la población. Desde la perspectiva de la totalidad social, discutimos el Sistema Único de Salud (SUS) y los desafíos para la protección social de la población anciana en Brasil, donde el 75,3% de las personas mayores depende exclusivamente del SUS. Por lo tanto, existen desafíos para brindar asistencia a este segmento, en el actual escenario de profundización de las desigualdades, crisis económica y ataques a los procesos democráticos.*

Palabras clave: *Salud; Desigualdad; Envejecimiento.*

Introdução: da conquista do direito universal e público à saúde ao desmonte da contrarreforma neoliberal

O direito público e universal é uma conquista relativamente recente no Brasil; data de 1988, quando foi promulgada a última Constituição Federal. O processo que culminou na institucionalização desse direito foi perpassado por organização e luta dos movimentos sociais, particularmente do movimento sanitário brasileiro que, desde meados da década de 1970, estruturou-se em torno da defesa da democratização do Estado, do direito universal e público à saúde e de uma concepção ampliada de saúde.

Conforme explica Bravo (2006), a segunda metade da década de 1980 expressou uma hegemonia do projeto de reforma sanitária, numa disputa acirrada por posições e legitimidade no processo da Assembleia Constituinte e da defesa da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em contraposição ao projeto de saúde privatista.

Importa considerar que, antes de 1988, o direito à saúde era restrito aos trabalhadores que contribuíam para a previdência social. Para se ter uma ideia, em 1981 esses trabalhadores com carteira assinada e que contribuíam para a previdência social no Brasil representavam 42,19% da ocupação geral (Urani, 1995). Com um grande contingente populacional trabalhando no mercado informal ou desempregado, muitos cidadãos brasileiros não tinham acesso a serviços de saúde, entre os quais, certamente, muitos velhos e velhas em situação de pobreza.

No Brasil, o conceito de saúde promulgado pela Constituição Federal de 1988 (CF-1988) é fruto das lutas sociais. A política de saúde tem sua efetivação por meio do SUS, implementado pela Lei 8.080, de setembro de 1990. No artigo 196 da CF-1988, encontramos a seguinte definição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e com acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A efetivação da Política de Saúde é orientada por seus princípios e diretrizes previstos na Lei 8.080. Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde, expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (Silva, 2013). Assim, é possível concluir que a instituição do SUS, a partir de 1988, foi e é responsável pela inclusão de muitos idosos na assistência à saúde, melhorando sua qualidade de vida, inclusive em termos de expectativa de vida.

Contraditoriamente, o SUS foi sendo estruturado no contexto dos anos de 1990, em que o ideário neoliberal começou a ganhar hegemonia no Estado brasileiro. De fato, mal conquistávamos um sistema público e universal de saúde e já enfrentávamos uma ofensiva contra o conjunto dos direitos sociais, caracterizada por Behring (2003) como uma contrarreforma do Estado.

Tal contrarreforma teve particularidades no âmbito da política de saúde. Iniciada de forma preliminar no governo Fernando Collor e Itamar Franco, ocorreu de forma mais sistemática e planejada a partir do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), com a instituição do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), liderado por Bresser-Pereira.

Rizotto (2000) destaca que, no âmbito da política de saúde, a contrarreforma caracterizou-se como “não anunciada”, promovendo-se algumas mudanças de forma não explícita e fazendo-se a defesa do SUS e de seus princípios fundamentais. Conseqüentemente, proliferaram novas formas de gestão de serviços de saúde públicos, terceirizados para organizações sociais ou outras modalidades de gestão privada de serviços públicos.

Ampliou-se também o mercado privado de planos de saúde, além da participação cada vez maior da rede privada na complementaridade do SUS. Desde o seu surgimento, o SUS caracterizou-se como um sistema universal subfinanciado. Nesse sentido, apesar do reconhecimento legal de sua universalidade, o SUS vem se concretizando como um sistema de saúde focalizado nos segmentos populacionais mais pauperizados da população.

As necessidades sociais que fundam essas tendências na política de saúde brasileira estão direta e indiretamente relacionadas à expansão do investimento do grande capital na área dos serviços sociais, nos espaços de reprodução social da classe trabalhadora. É preciso precarizar os serviços públicos para que o mercado privado da saúde possa se expandir cada vez mais. Nessas condições, os usuários idosos dos serviços de saúde são considerados onerosos tanto para o sistema público quanto para o privado, sofrendo diretamente as contradições da afirmação e da violação do acesso ao direito à saúde.

A ascensão dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), com os presidentes Lula da Silva e Dilma Rousseff, a partir de 2003, gerou a expectativa de que o projeto de reforma sanitária finalmente seria implementado conforme seu marco original. Contudo, segundo Bravo (2006), verificou-se desde os primeiros momentos do governo um tensionamento entre esse projeto e o projeto de saúde privatista. Inicialmente, a reforma sanitária parecia ganhar campo no âmbito da gestão do Ministério da Saúde, com alterações no seu organograma, a defesa da participação social na política de saúde, e a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde de forma antecipada. No entanto, tais governos paradoxalmente deram continuidade à contrarreforma do Estado, possibilitando a expansão do mercado de planos privados de saúde, ampliando as formas e modalidades de gestão de serviços públicos de saúde por entidades de direito privado (fundação estatal de direito privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH) e

promovendo a área da saúde como espaço estratégico de investimento do grande capital, a partir do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Deu-se também continuidade à política de subfinanciamento do SUS, conforme atesta o estudo de Soares e Santos (2014), tendo em vista que, desde o governo FHC até a gestão Dilma Rousseff, a média de investimento do governo federal na saúde foi de 1,7% do PIB. Apesar de o PIB brasileiro durante os governos do PT ter se expandido e garantido um aumento contínuo em termos absolutos no orçamento público da saúde, tal incremento não superou a média de investimento do governo FHC, nem mesmo se equiparou a outros sistemas públicos universais do mundo.

Apesar desses indicadores, esses governos institucionalizaram conquistas sociais, como foi o caso da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria 2.528, de 2006, com o objetivo de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos”, em consonância com os princípios do SUS. Todavia, essa mesma política sofreu grandes dificuldades de materialização no âmbito de um SUS contraditório que ora afirmava o direito público à saúde, ora o violava ao privilegiar o atendimento dos interesses particularistas do capital privado.

Em 2016, a contrarreforma na política de saúde adentra uma nova fase, a partir do golpe institucional midiático, jurídico e parlamentar que ocasionou o *impeachment* da presidente eleita Dilma Rousseff. As necessidades do capital privado de apropriação do fundo público do Estado brasileiro mostraram-se ainda mais vorazes; segundo Braz (2017), para a grande burguesia nacional e internacional, era preciso um governo originalmente burguês para atender aos ditames dessa tal voracidade.

Com o governo Michel Temer, o Estado brasileiro sofreu a maior ofensiva contra o conjunto dos direitos da classe trabalhadora de sua história. Cabe destacar neste momento as principais medidas que afetaram diretamente a política de saúde brasileira e o direito público à saúde: (i) a instituição de um novo regime fiscal que congela por vinte anos os gastos primários, entre eles os relativos à saúde (EC 95), impondo ao orçamento público da saúde não mais um subfinanciamento, mas um desfinanciamento, dada a perda de recursos; (ii) mudanças substanciais na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017), por precarizar os serviços de atenção básica e flexibilizar o repasse de financiamento aos municípios, comprometendo a qualidade da assistência à saúde; (iii) mudanças na Rede de Atenção Psicossocial de saúde mental (RAPS), incluindo com

maior ênfase os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, indo de encontro aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial.

Com a eleição do presidente Jair Bolsonaro, em 2019, adensam-se os elementos dessa nova fase da contrarreforma que desde o golpe ganha patamares ultraneoliberais. Segundo Behring (2018, pp. 61-65), “há um novo momento do neoliberalismo no Brasil, adequado aos desdobramentos da crise do capitalismo que se agudizou nos últimos anos”, momento em que se intensifica “a captura do Estado como comitê de gestão dos interesses comuns dos monopólios”.

Entre as principais medidas da gestão Bolsonaro que impactam na política de saúde, destacamos: (i) mudança do organograma do Ministério da Saúde, com a exclusão da Secretaria de Gestão Estratégica, cuja função era a gestão da participação e do controle social; (ii) alterações na RAPS, da política de saúde mental, dando continuidade às medidas do governo Temer, com a inserção das comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e ambulatorios psiquiátricos, abrindo espaço, inclusive, para a aquisição de aparelhos de eletrochoque; (iii) criação do Programa Médicos pelo Brasil e da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (Adaps), contribuindo para a privatização e a terceirização da gestão de serviços de saúde na atenção básica e na formação continuada de profissionais de saúde; (iv) instituição do Previne Brasil, que reestrutura o financiamento da atenção básica, com graves consequências em termos de flexibilização, precarização e privatização, das quais podemos destacar o fim dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs) como modelo estruturado na esfera federal para a atenção básica.

Vale salientar que todas essas medidas impactam diretamente na vida da população usuária do SUS. Nesta, certamente os idosos constituem um segmento de grande relevância, seja por seu quantitativo, seja pela complexidade de suas demandas. Uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde informa que 75% dos idosos brasileiros são usuários exclusivos do SUS e cerca de 70% deles têm pelo menos uma doença crônica (Brasil, 2018). No Brasil, a luta e a mobilização em torno do direito público e universal à saúde da pessoa idosa e de todas as gerações são estratégias fundamentais para a defesa de uma sociedade justa, democrática e emancipada.

O Brasil e o envelhecimento de suas populações: determinações sociais, desigualdades e velhices

Nesse contexto de desmonte e contrarreformas, com a quinta maior população idosa mundial (Lima-Costa, 2018), o Brasil enfrenta grandes desafios na prestação de assistência a esse público, num cenário de profunda desigualdade social e de crise econômica. Uma vez que o aumento desse contingente populacional não ocorre alheio às determinações sociais que produzem diferentes padrões de velhices, não é possível discorrer sobre um perfil homogêneo de envelhecimento no país, mas sobre velhices vividas por indivíduos a depender de sua inserção na estrutura de classes sociais.

Destacamos, portanto, neste escrito, os padrões de velhice vivenciados pelo conjunto da população que dispôs a vida inteira apenas de sua força de trabalho como meio de reprodução social. Para esse conjunto, potencialmente, a velhice passa a ser vivenciada como um período marcado por perdas, pobreza e negação de direitos (Campelo e Paiva, 2014; Haddad, 2016; Teixeira, 2008).

Nessa linha de reflexão, concordamos com Campelo e Paiva (2014), ao defenderem que a “tragédia do envelhecimento” não é um dado natural, mas resultado das condições objetivas de vida de trabalhadores/as, uma vez que, no processo de envelhecimento, o sujeito não está alijado de sua história enquanto indivíduo social.

Em pesquisas e estudos sobre o envelhecimento de desenho epidemiológico, não é raro a ênfase recair sobre o aparecimento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, sem a devida consideração às condições de vida e de trabalho, experienciadas pelo sujeito durante todo o curso da sua vida, desde a mais tenra idade.

Assim, pensar em velhice como o tempo do adoecimento serve apenas para se pensar políticas sociais preventivas ou curativas, responsabilizando aqueles/as que durante toda a sua existência foram subsumidos/as pela necessidade do capital em acumular. Ao enfrentar essa via de naturalização, quando se pensa no processo de envelhecimento dos seres humanos, é primordial que fatores econômicos, sociais, políticos, culturais, entre outros, sejam entendidos como determinantes para a conquista de uma “boa” saúde na velhice.

Fatores como raça/etnia, gênero e classe social não devem ser menosprezados. O patriarcado, o racismo estrutural, o fato de possuir os meios de produção ou “apenas” a possibilidade de vender a força de trabalho trazem implicações ao envelhecer. Ora, se durante toda a sua vida, ao trabalhador coube tornar os capitalistas cada vez mais ricos, sem os devidos cuidados à sua saúde, nada sai da “normalidade” se a velhice desse/a trabalhador/a estiver acompanhada por doenças surgidas, por exemplo, na juventude, resultantes das condições objetivas vivenciadas durante os períodos anteriores.

A trajetória de vida de crianças e jovens duramente discriminados desemboca numa velhice repleta de obstáculos. Consideremos a falta de mobilidade nas cidades e em grande parte dos bairros, em geral periféricos, indicador que compõe o cotidiano de pessoas de todas as idades¹, podendo ser considerada como uma barreira contribuinte para o alto percentual de isolamento de velhos e velhas, sobretudo para as pessoas de cor preta, tendo em vista a grande maioria desse segmento populacional residir nesses bairros ou em “aglomerados subnormais”².

Outro aspecto que concorre para o isolamento de velhos e velhas é o não acesso à educação formal. A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) publicizada pelo IBGE em 2020 demonstra que a taxa de analfabetismo entre a população velha e negra brasileira no ano de 2019 gira em torno de 27,1%, em contraposição ao limite de 9,9% para as pessoas brancas na mesma faixa etária. Isso não é obra do mero acaso. O ambiente escolar é negado a milhões de pessoas desde a infância, passando pela adolescência. Em 2019, 3,6% de pessoas brancas com 15 anos ou mais, e 8,9% de pessoas negras na mesma idade, nunca frequentaram os bancos das escolas formais.

Numa sociedade em que a educação e a saúde são negligenciadas a uma parcela da população desde cedo, ocorrerão baixas taxas de acesso ao mercado de trabalho, pois, sem melhores condições educacionais, a oportunidade de bons trabalhos com remuneração digna torna-se uma missão quase impossível para essa parcela da população. Dos 12,2 milhões de pessoas desempregadas, revelaram os dados da PNAD Contínua (IBGE, 2020), 51,7% se autodeclararam pardos, enquanto os/as negros/as somam 12,9%.

¹ Sem calçamento, com ruas esburacadas, calçadas desniveladas e com degraus, transportes públicos sem estrutura para atender à população etc.

² Denominação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Eis o quadro: 64,6% dos/as desocupados/as brasileiros/as são pessoas não brancas, enquanto 34,6% são pessoas brancas.

As pessoas negras, diz Amaro (2019), estão na base das profissões menos valorizadas, assumindo funções de motoristas, faxineiros/as, empregados/as domésticos/as, garis e porteiros. Essas ocupações, continua Amaro (2019, s.p.),

são menos valorizadas não só no sentido profissional, mas na questão do poder financeiro, da capacidade de comprar alimentos e pagar por uma boa moradia. Sem dinheiro para isso, os negros vão morar nas periferias, favelas e palafitas dos grandes centros urbanos, longe do convívio social dos demais membros da sociedade [à mercê das condições precárias de saneamento, de mobilidade, do acesso aos serviços de esgoto e abastecimento de água potável, como já foi explicitado neste artigo]. (Acréscimos nossos).

Outro indicador dessas desigualdades sociais diz respeito ao rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas (R\$ 2.796); este foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas (R\$ 1.608) no ano de 2018 (IBGE, 2019). De acordo com os resultados do estudo de Amaro (2019, s.p.), “o salário de um branco pobre é, em média, 46% maior do que o rendimento de um negro pobre, R\$ 965 contra R\$ 658”. Ressalta-se que a desigualdade salarial entre pessoas brancas e negras, para além da falta de acesso aos processos de formação educacional por parte das pessoas negras, conta com o racismo institucional materializado em forma de exclusão, preconceito e discriminação contra negros e negras.

Esse racismo institucional pode ser a explicação necessária para se entender por que a taxa de homicídios em 2017 passou de 37,2 para 43,4 homicídios por 100 mil habitantes entre negros e negras, enquanto entre as pessoas brancas a taxa ficou no patamar de 16%, conforme o documento “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, produzido pelo IBGE (2019). Tais dados levam indubitavelmente à redução da expectativa de vida e, para os negros e as negras que conseguem ultrapassar os obstáculos à sobrevivência, atingindo o limiar da velhice, resultam em transtornos dos mais variados, tornando a velhice, segundo Haddad (2016), “trágica”.

O racismo, a discriminação e o preconceito, como formas de aguçamento das desigualdades sociais que atingem negros e negras, é uma situação que perdura desde antes e após a abolição da escravatura, no final do século XIX. Escravizadas e escravizados ficaram livres do jugo de seus senhores e senhoras; entretanto, sem emprego, moradia e condições de comprar alimentos viram-se obrigados/as a encontrar suas condições de sobrevivência nas posições mais subalternas da sociedade. E a tendência é piorar...

A Emenda Constitucional 95/2016 e o Acirramento das Contrarreformas: recrudescimento das condições de vida, maior mortalidade e desassistência à pessoa idosa no Brasil

Nas últimas décadas, em se tratando da população idosa, houve uma gradual mudança no seu perfil de morbidade, prevalecendo na atualidade um padrão de doenças crônicas determinadas pelos fatores de risco aos quais está exposto o segmento ao longo da vida. Sem dúvida, a política de saúde³ é uma das mais requisitadas pelo referido segmento, sendo conveniente salientar que as doenças crônicas que acometem essa população consistem em fonte de preocupação. Isso não se justifica apenas em razão das limitações que as doenças crônicas não transmissíveis trazem à vida das pessoas idosas, que passam a depender de terceiros para a realização de suas atividades diárias, mas, também, em razão dos seus efeitos na vida dos familiares e, principalmente, por todo o custo social e econômico decorrente dessas limitações e do consequente maior uso da estrutura da política de saúde.

Com relação à funcionalidade, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2015, p. 30) revelam que “6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária”. O que se destaca neste momento é um indicador que reforça os argumentos anteriores das desigualdades sociais, condicionando a situação objetiva de vida e de saúde dos homens velhos e das mulheres velhas no Brasil, pois,

³ Na Constituição da República Federativa Brasileira (1988), compõe o tripé da Seguridade Social, juntamente com as Políticas de Previdência e Assistência Social.

[...] em relação ao nível de instrução, a relação foi em sentido inverso, ou seja, quanto mais elevado o nível de instrução, menor o indicador investigado: para as pessoas sem instrução, 10,2%; com fundamental incompleto, 6,2%; e com fundamental completo ou mais, 3,7%.

Essa realidade chama a atenção, ainda mais quando o conteúdo ideopolítico neoliberal das políticas sociais, aliado ao atual cenário de crise no país, coloca em pauta a privatização do cuidado para essas famílias. Há uma compreensão de que tudo o que se refere aos cuidados a serem prestados à pessoa idosa deve ser garantido por seus familiares. A respeito desse assunto, Teixeira (2020, pp. 149-150) considera que

[...] a centralidade na família é perpassada por essas contradições, com a direção compatível com as expectativas sociais de que a família seja a primeira, a principal e a insubstituível forma de proteção social, que inclui cuidados, assistência, guarda, socialização, educação e sobrevivência dos seus membros, independentemente do seu formato e condições de vida.

Nesse sentido, observamos no país diferentes formas de organização dos sujeitos para lidarem com essas novas demandas. Muitas vezes os familiares precisam sair de seus postos de trabalho ou abandonar os estudos para se dedicarem à pessoa idosa, mudando toda a organização familiar para tentar dar conta das necessidades do/a velho/a, sem o devido suporte do Estado. Decerto, esse processo acarreta maior dificuldade financeira, precarizando ainda mais as condições de vida das famílias, principalmente das mulheres, tendo em vista serem estas as principais “cuidadoras” das pessoas velhas, o que caracteriza a feminização do cuidado, como se o cuidado fosse uma atividade exclusivamente das mulheres (de todas as idades).

Outros dados revelam o panorama da saúde dessa população no país. O Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), realizado em amostra nacional representativa da população com cinquenta anos ou mais (Lima-Costa, 2018), identificou que, no período de realização da pesquisa, 10,2% dos idosos foram hospitalizados uma ou mais vezes.

O grupo de pessoas idosas que possui uma doença crônica corresponde ao percentual de 40%; 29,8% possuem duas ou mais. Ao todo, cerca de 70% do grupo pesquisado possui alguma doença crônica (Ministério da Saúde, 2018).

Merece destaque o fato de 75,3% dos idosos brasileiros dependerem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde; 83,1% realizaram apenas uma consulta médica nos últimos 12 meses (Melo-Silva *et al.*, 2018, pp. 2-3).

Esses dados precisam ser analisados em sua relação com o contexto histórico, econômico e político, no qual essas pessoas continuam envelhecendo. Nas palavras de Teixeira (2020, p. 144):

O envelhecimento não é apenas um processo marcado por diferenças e aparências, mas também por desigualdades sociais. Estas, em uma sociedade de classes e da competição como mola propulsora, marcam a trajetória dos indivíduos e o modo como envelhecem, que se acentuam ainda mais na velhice, tomados como um problema para as políticas públicas, para as novas gerações e para a sociedade, especialmente a dos mais pobres, que não podem comprar os serviços no mercado.

Entendemos que esse cenário se torna ainda mais complexo e desafiador diante da Emenda Constitucional 95/2016, mais comumente conhecida como “Teto dos Gastos”, que congelou os investimentos na área social, incluindo a política de saúde. Promulgada pelo governo (golpista) de Michel Temer em 2016, a limitação referia-se apenas à expansão dos gastos públicos pelos próximos vinte anos, ao passo que se manteve o gasto financeiro de pagamento dos juros da dívida (Mendes, & Carnut, 2020). Nesse sentido, como já foi sinalizado anteriormente, “a EC 95/2016 representou um ‘golpe’ contra os direitos de cidadania, e especialmente contra o SUS, ao transformar o seu processo de subfinanciamento crônico em desfinanciamento contínuo até 2036” (Funcia, 2018, p. 98).

Para além dos desafios enfrentados pelo SUS, desde a sua promulgação na Constituição Federal de 1988, entre eles, o seu histórico subfinanciamento, a partir da promulgação dessa Emenda Constitucional agudiza-se um intenso processo de desfinanciamento, decorrente de um ajuste fiscal exigido pelo capital em crise que, embora inserido num processo legal, asfixia direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros (Mendes, & Carnut, 2020).

Considerações Finais

Quando iniciamos a produção deste escrito, com o principal objetivo de “discutir o SUS e os desafios à proteção social às populações idosas no tempo de crises e contrarreformas”, não imaginávamos o quanto a crise sanitária estaria agravada no Brasil, a partir de março de 2020, em razão da pandemia da Covid-19. Esta situação, de maneira contundente, veio acirrar os processos de desigualdades sociais e suas determinações nas condições de vida, de saúde e de trabalho das nossas populações, sobretudo no segmento dos homens velhos e das mulheres velhas, por ser este o mais afetado pela versão mais grave da doença.

Agudizam-se as desigualdades sociais perante o cenário epidemiológico de pandemia mundial em decorrência da Covid-19. Embora o vírus não distinga classe social, os seus impactos são agudizados a depender da classe, cor e gênero. Assim, no que tange à classe trabalhadora negra e velha, a mortalidade na pandemia reafirma as disparidades existentes em nosso país no tocante ao exercício dos direitos sociais.

Vale destacar, entre outros fatores, que esta população não teve o direito resguardado ao isolamento físico e distanciamento social para salvaguardar a sua saúde e a de sua família. Diante da morosidade e da seletividade do Estado brasileiro em garantir-lhes condições de renda para que se mantenham seguras em seus domicílios e, assim, diminuir o risco de contágio pelo vírus, resta para uma parcela da população, já inserida em contexto de informalidade no que diz respeito aos direitos trabalhistas, quebrar o isolamento físico, a fim de lutar diariamente pela própria sobrevivência.

As condições de habitabilidade da moradia também não contribuem para o isolamento. Muitos domicílios são espaços pequenos, quando comparados à quantidade de integrantes das famílias, não sendo possível respeitar as orientações dos Organismos Internacionais acerca do distanciamento. Ainda, em sua maioria, localizam-se na periferia, em territórios sem a garantia de condições mínimas de higiene, como a ausência de saneamento básico e a falta de água potável que é um dos componentes principais no combate ao vírus. Consequentemente, “a pandemia da Covid-19 está revelando que os grupos populacionais que historicamente foram negligenciados, aqueles com baixa proteção ao emprego e as populações sem acesso adequado a cuidados de saúde acessíveis estão entre os mais atingidos, especialmente ao maior risco de óbito” (Santos *et al.*, 2020, p. 236).

A mortalidade por vírus no país, de acordo com pesquisa divulgada pela Revista *Época* (2020), mata mais homem, pobre e negro:

das vítimas cuja cor foi identificada, 61% constam como pardas e pretas [...]. A população idosa negra é um dessas que, por falta de transparência na divulgação dos boletins epidemiológicos, mantêm a sua invisibilidade no enfrentamento dessa pandemia e, conseqüentemente, a falta ou ineficiência das ações de proteção e curativas (Santos *et al.*, 2020, p. 232).

Tanto a ameaça à vida das diversas populações de pessoas consideradas idosas no Brasil, quanto as medidas adotadas para a proteção contra a Covid-19, afetam diretamente a saúde das/os nossas/os velhas/os. Pois o distanciamento exigido pelas autoridades sanitárias, segundo orienta a Organização Mundial de Saúde (OMS), para parte considerável desse segmento, conota-se como “isolamento social” e não como distanciamento físico, como tentam explicar órgãos como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A pandemia veio escancarar o cenário de profundas desigualdades sociais no País, onde existe um abismo nas condições sociais e materiais de vida de quem detém os meios de produção e de quem depende apenas de sua força de trabalho para sobreviver. O avanço das políticas ultraneoliberais acirra o processo de acumulação de riquezas, ao passo que reduz os poucos direitos conquistados nos anos anteriores e ataca veementemente os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988.

Todo esse processo gera profundas consequências para a classe que precisa viver do seu trabalho. Mas para as populações de velhos/as, em especial, passa a ser uma sentença de morte, condenando-as a velhices trágicas, sem nenhuma garantia de que, mesmo após anos de trabalho, o mínimo estará garantido para a sua sobrevivência.

Referências

Amaro, D. (2019). *Desigualdade entre brancos e negros é evidenciada no mercado de trabalho*. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <http://edicaodobrasil.com.br/2019/03/15/desigualdade-entre-brancos-e-negros-e-evidenciada-no-mercado-de-trabalho/>.

Behring, E. R. (2003). *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. (2ª ed.). São Paulo, SP: Cortez. (304 p.).

Behring, E. R. (2018). Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: Boschetti, I., Behring, E., & Lima, R. de L. *Marxismo, política social e direitos*. São Paulo, SP: Cortez (cap. 2), 39-72.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal. Recuperado em 5 abril, 2020, de: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Diário Oficial da União. (19/10/2006). Recuperado em 5 abril, 2020, de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. *Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS*. Por Alexandre Penido, da Agência Saúde. Recuperado em 09 dezembro, 2019, de: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>.

Bravo, M. I. S. (2009). Política de Saúde no Brasil. In: Mota, A. E. *et al.* (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. (4ª ed.). São Paulo, SP: Cortez (cap. 5), 88-110.

Braz, M. (2017). O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. São Paulo, SP: *Serviço Social e Sociedade*, 128, 85-103. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/J74WJRdJH6sHMHC9MhSDc8Q/abstract/?lang=pt>.

Dados do SUS revelam vítima-padrão de Covid-19 no Brasil: Homem, Pobre e Negro. (2020). Recuperado em 11 julho, 2020, de: <https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrão-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>.

Haddad, E. G. de M. (2016). *A Ideologia da Velhice*. (2ª ed.). São Paulo, SP: Cortez. (216 p.), 2017. ISBN: 9788524925115.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). (2015). Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões* / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ: IBGE. (92 p.).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019). *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*. Recuperado em 06 abril, 2020, de: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). (2020). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua, PNAD Contínua. Recuperado em 20 agosto, 2020, de: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf.

Lima-Costa, M. F. (2018). Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-BRASIL). São Paulo, SP: *Revista de Saúde Pública*, 52(2), 1s-3s. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZGrjSCWV394pXtmqtnLSx9P/?format=pdf&lang=pt>.

Melo-Silva, A. M., Mambrini, J. V. de M., Souza Junior, P. R. B., Andrade, F. B., & Lima-Costa, M. F. (2018). Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. São Paulo, SP: *Revista de Saúde Pública*, 52(2), 3s-11s. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GcZYXvWTF6tRfNmYrMkBXQ/?lang=pt>.

Mendes, A., & Carnut, L. (2020). Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública Brasileira: golpe e desfinanciamento. Brasília, DF: *SER Social*, 22(46), 9-32. Recuperado em 5 abril, 2020, de: DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260.

Paiva, S. O. C. (2014). *Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital*. São Paulo, SP: Cortez. (303 p.).

Rizzotto, M. L. F. (2000). *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese de doutorado. Campinas, SP: Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Recuperado em 5 abril, 2020, de: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313348/1/Rizzotto_MariaLuciaFrizonD.pdf.

Santos, M. P. A., Nery, J. S., Goes, E. F., Silva, A., Santos, A. B. S., Batista, L. E., & Araújo, E. M. (2020). População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. São Paulo, SP: *Estudos Avançados*, 34(99), 225-244. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.

Silva, K. S. B. (2013). *Avaliação da Integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto*. Tese de doutorado. São Paulo, SP: Curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Recuperado em 5 abril, 2020, de: DOI: <https://doi.org/10.11606/T.6.2013.tde-12042013-111803>.

Soares, A., & Santos, N. R. (2014). Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Rio de Janeiro, RJ: *Saúde Debate*, 38(100), 18-25. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QLynyMZgwJPgVp8p7sP4HzQ/abstract/?lang=pt>.

Teixeira, S. M. (2008). *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social do Brasil*. São Paulo, SP: Cortez. (326 p.).

Teixeira, S. M. (2020). Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. São Paulo, SP: *Serviço Social e Sociedade*, 137, 135-154. Recuperado em 5 abril, 2020, de: DOI:10.1590/0101-6628.205.

Uncia, F. R. (2018). Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da Emenda Constitucional 95/2016. In: Borges, A. M. M. (Org.). *30 anos da Seguridade Social – Avanços e Retrocessos*. Brasília, DF: Fundação Anfip de Estudos Tributários e da Seguridade Social, pp. 89-103. Recuperado em 18 julho, 2020, de: http://www.sindifisconacional-rj.org.br/anexos/anfip_30_anos_seguridade.pdf#page=89.

Urani, A. (1995). Crescimento e geração de emprego e renda no Brasil. São Paulo, SP: *Lua Nova*, 35, 5-38. Recuperado em 5 abril, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451995000100002>.

Recebido em 04/09/2020

Aceito em 20/12/2020

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva – Assistente Social do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco, coordenando o Núcleo de Articulação e Atenção Integral à Saúde e Cidadania do Idoso (NAISCI-HUOC). Doutora em Serviço Social. Gerontóloga titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

ID Orcid: 0000-0001-5101-2800

E-mail: salveaocampelo@gmail.com

Raquel Cavalcante Soares – Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Mestrado e Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é Professora Associada, Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: política de saúde, trabalho e política social, Serviço Social.

ID Orcid: 0000-0003-2964-9893

E-mail: quelcsoares@gmail.com

Jonorete de Carvalho Benedito – Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas. Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas. Doutorado em andamento em Serviço Social. Atualmente é professora da Pós-Graduação do Centro Universitário Tiradentes e assistente social da Secretaria Municipal de Assistência Social. Experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado, atuando principalmente nos seguintes temas: pessoa idosa, mundo de trabalho, terceiro setor, convênios e política de assistência social, política social para pessoa idosa, controle social. É membro do Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social, da Universidade de Pernambuco.

ID Orcid: 0000-0002-1549-0503

E-mail: jonorete@terra.com.br

Náíade Melo Costa – Assistente Social, especialista em Saúde da Família, Programa de Residência em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Gerontologia, Programa em Gerontologia, Universidade Federal de Pernambuco.

ID Orcid: 0000-0002-7354-7678

E-mail: naiademelo@gmail.com

Priscylla de Freitas Cavalcante – Assistente Social. Universidade Federal da Paraíba. Especialização em Gerontologia, Universidade Católica de Pernambuco, UNICAP. Membro da Comissão de Trabalho e Envelhecimento do Conselho Regional de Serviço Social, CRESS-PE.

ID Orcid: 0000-0002-7503-653X

E-mail: priscyllacavalcae@hotmail.com