

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**



**A SITUAÇÃO DOS IDOSOS NUM PLANO DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR:  
BENEFÍCIOS E DESVANTAGENS**

Autora: Luciana Alves Lopes

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Doutora Sara Nigri Goldman

**Dez/2006**

Luciana Alves Lopes

**A SITUAÇÃO DOS IDOSOS NUM PLANO DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR:  
BENEFÍCIOS E DESVANTAGENS**

Trabalho de conclusão de curso de  
Graduação da Escola de Serviço Social da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Doutora Sara Nigri  
Goldman

RIO DE JANEIRO

Dezembro/2006

### ***Agradecimentos***

Gostaria de agradecer a DEUS, por ter me permitido concluir o Curso de Serviço Social. Agradeço pela sua presença nos momentos de choro, sorrisos, desespero e alegrias. Muito obrigada por simplesmente ser DEUS na minha vida.

Agradeço a mãe que sempre me ajudou, mesmo quando ela nem sabia. Agradeço por sempre olhar para mim com amor e dedicação. Quero ser uma boa profissional por você.

Agradeço a minha avó e a minha tia Maria que sempre ajudaram minha mãe nos momentos difíceis e conseqüentemente me ajudaram.

Agradeço a Luisa, minha Supervisora por quase dois anos de experiência profissional e de vida compartilhadas. Agradeço por inúmeras vezes ter compreendido minhas questões acadêmicas.

Agradeço a minha orientadora Doutora Sara Nigri Goldman, pela extrema paciência e compreensão com minhas limitações e desânimos.

Aos meus amigos e namorado que me suportaram durante a elaboração do Projeto de TCC e do TCC. Obrigada pelo apoio e ajuda.

## ***Resumo***

O presente trabalho visa mostrar o panorama geral da vida do idoso brasileiro no que diz respeito ao seu crescimento, situação educacional, aposentadoria e saúde dessa população que tem sua expectativa de vida ao nascer cada vez mais estendida. Uma retrospectiva da saúde pública é necessária para mostrar as lutas que se fez e que se faz ainda hoje, mesmo depois de promulgada a Constituição de 1988, onde a saúde é configurada como direito de todo cidadão e dever do Estado. O conhecimento do Campo de estágio – CABERJ e algumas experiências vivenciadas com idosos usuários serão relevantes nesse contexto de pouca efetividade do SUS e ascensão da Saúde Suplementar.

## SUMÁRIO

<u>Apresentação</u>	<u>01</u>
 <u>Capítulo I : Envelhecimento</u>	 <u>03</u>
 1.1 - <u>Aspectos Demográficos</u>	 <u>05</u>
1.2 - <u>Situação educacional e Mercado de trabalho</u>	<u>10</u>
1.3 - <u>Aposentadoria</u>	<u>13</u>
1.4 - <u>Saúde</u>	<u>17</u>
 <u>Capítulo II : A saúde como conquista</u>	 <u>20</u>
 2.1 - <u>Saúde e o Neoliberalismo</u>	 <u>25</u>
2.2 - <u>Saúde Suplementar</u>	<u>29</u>
2.3 - <u>A saúde e os idosos</u>	<u>32</u>
 <u>Capítulo III : Campo de Estágio</u>	 <u>33</u>

3.1 - <u>Serviço Social</u>	38
3.2 - <u>Visitas Hospitalares</u>	40
3.3 - <u>Visitas Domiciliares</u>	44
-	
<u>Considerações Finais</u>	51
<hr/>	
<u>Referências Bibliográficas</u>	53
<hr/>	
<u>Sites Usados</u>	58

## **APRESENTAÇÃO**

A prática vivenciada no campo de estágio – CABERJ – Caixa de Assistência à Saúde, juntamente com as aulas e filmes assistidos sobre Terceira Idade me fizeram pensar sobre a saúde do idoso. Despertaram-me para entender como o idoso é tratado na saúde suplementar, qual a relação e percepção desse com a compra do produto saúde e principalmente a lógica que faz esse idoso procurar por serviços privados de saúde.

Considerando o aumento cada vez mais acelerado da população idosa e, conseqüentemente o aumento dos usuários da saúde suplementar, visto que, não há uma perspectiva de implementação real do caráter universalizante e integral da política pública de saúde, entendo que as contradições existentes nesse campo da saúde privada irão intensificar-se ocasionando também mais abandonos desse serviço e conseqüentemente o retorno para o serviço público. Serviço público esse, que vem sendo sucateado oferecendo atendimentos precarizados, atendendo a lógica neoliberal de valorização do mercado. Esse mercado imprime à população

muitos limites e poucas possibilidades, impele desvantagens difíceis de serem corrigidas e até mesmo percebidas pelos usuários.

Este projeto se propõe em seu primeiro capítulo a mostrar um panorama geral de vida da pessoa idosa no Brasil. Propõe mostrar o crescimento populacional e seus rebatimentos na estrutura da sociedade brasileira e as dificuldades e disparidades que ocorrem nas regiões do país.

O segundo capítulo mostra a trajetória da saúde pública e privada no país. Mostra as lutas dos trabalhadores no começo do século XX por melhores condições de vida e as lutas por uma saúde mais democrática no Movimento de Reforma Sanitária. Passa pelas conquistas com a Constituição Federal e sua pouca efetividade na vida da população e em especial na vida do idoso.

O terceiro capítulo mostra o campo de Estágio e as experiências e entrevistas realizadas com idosos usuários do plano de saúde com base no diário de campo e relatórios. Traz à reflexão algumas questões levantadas pelos idosos e seus familiares no dia a dia em hospitais e atendimento domiciliar, desmistificando a idéia que o setor de saúde privado só traz vantagens e mostrando como alguns usuários tornam-se reféns desse mercado.

## ***CAPITULO I – Envelhecimento***

“Contanto que levem uma vida normal, os seres humanos passam por uma série de três estágios desde o nascimento até a morte: o primeiro, época de progresso, desenvolvimento e evolução, é a juventude; o segundo, época da estabilização e equilíbrio, é a idade adulta e a maturidade; e o último é a época da regressão ou velhice”.

(Fustinoni apud Hadad 1986:25)<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a população idosa é definida como aquela a partir de 60 anos de idade para os países em desenvolvimento e 65 anos para os países desenvolvidos. Em Barreto (1992) são citadas algumas concepções em relação à velhice, sem ocorrer um consenso em

---

<sup>1</sup> Fustinoni, Oswaldo. A terceira idade – desafio e oportunidades. In: Organização Mundial de Saúde – Remoção a velhice. 1982 p 3 (publicação avulsa).



relação à definição do patamar inicial do envelhecimento. Existe a concepção de que desde a fecundação inicia-se o processo de envelhecimento, relação da velhice cronológica e biológica fazendo com que fique muito difícil estabelecer o início do envelhecimento, por ser variável de indivíduo para indivíduo. Aquela de que a velhice, por característica, não é a quantidade de anos vividos, nem o estado de saúde, mas a perda dos ideais de juventude. Beauvoir (1990) cita que a medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa à velhice, mas, a considera inseparável ao processo de nascimento, crescimento, reprodução e morte.

De acordo com as definições de velhice, não é tarefa fácil demarcar um momento específico da vida de uma pessoa para que ela possa ser classificada como velha. Somente a idade de 60 ou 65 anos torna a definição muito ingênua. Almeida (2003) cita que a delimitação de etapas da vida é uma invenção recente da história ocidental, algo que a modernidade trouxe e quando ela é feita a associação normal que se faz é da velhice com degeneração.

A velhice no imaginário comum está ligada à perda da saúde, do vigor físico e sexual, da capacidade de produção e principalmente da vida. A morte está no geral muito mais perto da velhice do que da infância, em uma sociedade onde a morte é um tabu a velhice é evitada ao máximo. Barros (2004)

No século passado que a eminência da morte era forte em todas as faixas etárias, a experiência dos que chegavam aos 60 anos era mais valorizada. Na atualidade onde a taxa de mortalidade é mais baixa, portanto, vive-se mais anos, a velhice é algo que a grande maioria viverá, então cada um que viva sua velhice e suas experiências. O saber e o conhecimento acumulado do idoso dão lugar ao conhecimento científico e tecnológico da modernidade, que na grande maioria exclui os idosos.

... Inúteis, força-os a se aposentar antes de ter exaurido sua capacidade para o trabalho e reforça seu senso de superfluidade em todas as oportunidades... Ao desvalorizar a experiência e dar muito valor à força física, destreza, adaptabilidade e à capacidade de surgir novas idéias, a

sociedade define a produtividade em modos que automaticamente excluem os cidadãos mais velhos. (Lasch apud Almeida 2003:42) <sup>2</sup>

A sociedade moderna valoriza de maneira extrema a juventude e a beleza, fazendo com que o velho nesse processo seja visto como a reta final de uma estrada com precipício, aquela em que todos por obrigação devem evitar. O velho para ser admirado tem que estar antenado com a moda, ser freqüentador de academias, lançar mão de produtos rejuvenescedores, etc. Todos os esforços são proveitosos na luta para retardar a velhice.

Nessa nova lógica da juventude eterna o mercado vê também no idoso uma fonte a ser explorada. O mercado investe colocando à disposição do velho, pesquisas para proporcionar mais juventude aos anos como é visto em Almeida,

A sociedade industrial consome avidamente tudo que se lhe apresenta. Se num determinado momento houve o intenso consumo do psiquismo, observamos agora um igual consumo de tudo aquilo que diz respeito ao corpo, produzindo o assim chamado "culto ao corpo".(Lucero apud Almeida 2003:44)<sup>3</sup>

Para receber elogios o velho precisa acumular algumas qualidades como simpatia, vida saudável e um grande espírito de aventura, algo muito ligado à juventude. Quando o velho não se enquadra nesse perfil exigido pela sociedade e ainda tem a seu favor a perda da função produtiva com uma saúde desgastada pelos anos, espera-se desse, resignação, prudência, obediência, a negação do direito de pensar e decidir, ocorrendo uma associação entre a idade e a incapacidade de dirigir sua própria vida. Isso acarreta os isolamentos sociais e a superproteção da própria família. Isso é explicitado por Goldman:

A família nuclear tende a alijar o idoso que, tendo já cumprida a sua função produtiva e reprodutiva é relegado à condição de marginalizado. Restam, como alternativas, assumir sua velhice sozinho ou apelar para instituições asilares. Goldman (2000:15 )

---

<sup>2</sup> Lasch, C. A cultura do narcisismo. Rio de Janeiro, Imago, 1983 p 253.

<sup>3</sup> Lucero, N. A O corpo redescoberto. In: Romero, E. (org.). Corpo, Mulher e Sociedade. Campinas: Papirus, 1995 p 46.

No contexto dessa sociedade moderna de valorização do novo, da juventude e da beleza, vem crescendo o fenômeno do envelhecimento mundial e particularmente o brasileiro. Nesse contexto transformações na estrutura da sociedade, na economia, na política, na cultura, enfim em todas as dimensões da vida social estão sendo requeridas para a mudança da imagem do idoso diante da sociedade. Estamos falando também de preconceitos e redefinições no seio familiar e nas políticas estatais. Em algumas literaturas a expressão da questão social do idoso tem sido identificada focando um público de classe média. Isso se reflete nas políticas que serão desenvolvidas para esse idoso, fazendo com que o idoso pobre, ou seja, aquele que também precisa ser atingido por tais políticas esteja cada vez mais longe de suas ações. Como cita Amélia Cohn (2000:400):

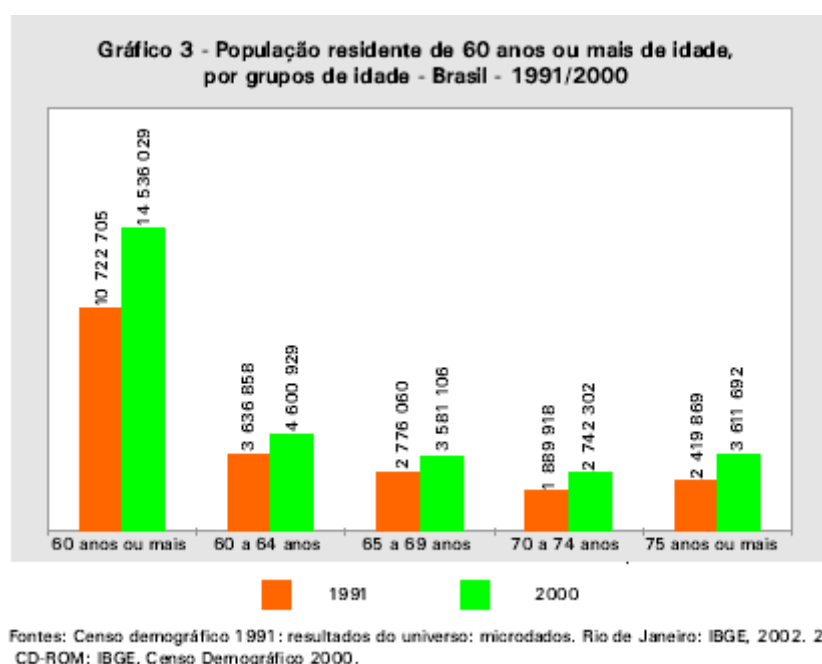
. . . as distorções que inquestionavelmente existem na apropriação das políticas por parte dos distintos segmentos sociais, sempre em detrimento dos mais pobres e dos pobres, e sobre a necessidade de se buscar novas formas de solidariedade social, uma vez que o “Estado não pode fazer tudo”.

### **1.1 - Aspectos Demográficos**

A Transição Demográfica que está ocorrendo no Brasil é explicada da seguinte forma: o estágio de alta fecundidade e alta mortalidade desenha uma população jovem. Em um próximo estágio a fecundidade ainda é alta e a mortalidade cai mais entre as crianças, portanto, o ritmo de crescimento populacional aumenta e há um rejuvenescimento. No estágio seguinte, tanto a fecundidade quanto a mortalidade diminuem, desenhando assim uma população maior de adultos e idosos e a diminuição do número de crianças. No último estágio ocorre sistemática redução da fecundidade e da mortalidade, aumentando consideravelmente o número de idosos. A partir de 1960, com a queda da fecundidade em algumas regiões privilegiadas do país, o Brasil começou o seu processo de envelhecimento populacional. No início do século a proporção de indivíduos que conseguia alcançar os 60 anos se aproximava de 25%, em 1990 ela

superava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens. Hoje os brasileiros têm como expectativa de vida os 68 anos. Freitas (2004)

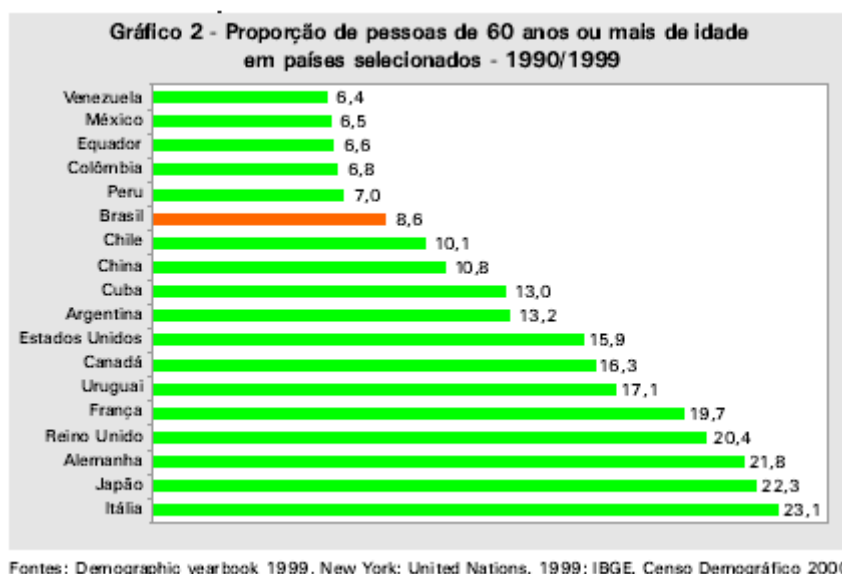
Até a década de 70 havia uma estabilidade em relação as diferentes faixas etárias da população. A partir dessa época, ocorre uma brusca queda na taxa de natalidade. Nas últimas décadas o número de idosos vem crescendo gradativamente. De 1980 ao findar o século, o Brasil obteve um aumento, de 7 milhões de pessoas com 60 anos e mais. A população de idosos representa um contingente de quase quinze milhões de pessoas com 60 anos ou mais (8,6% da população brasileira). As estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas. (IBGE 2000)



Estudos demográficos realizados pelo IBGE 2000 mostram o envelhecimento da população brasileira em ritmo acelerado, fruto da diminuição da fecundidade das mulheres combinada com a expectativa média de vida em aumento. A população idosa brasileira tornou-se mais significativa também quando passou a ocorrer uma queda na taxa de mortalidade. Estima-se que a mortalidade tenha declinado de 29,1 por mil, em 1900, para 24,4 por mil em 1940. Veras (1995)

O envelhecimento populacional não é algo considerado como novo nos países desenvolvidos, porém, esse fenômeno tem se tornado significativo em países em desenvolvimento. Incluindo o Brasil, a partir de 1960, os países subdesenvolvidos passam a ter mais da metade dos idosos do mundo. *Na Europa, a taxa de crescimento da população com mais de 65 anos é de 1,0%, América do Norte 2,1%, América Latina 3,3% e África 3,4%.* Barreto (1992:12)

O IBGE 2000 mostra que a proporção de idosos vem crescendo mais rápido que a proporção de crianças. As projeções indicam que, em 2050, a população mundial de idosos será de 1,9 milhão de pessoas. Esse crescimento da população de idosos tem se mostrado de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora, seja proporcionalmente inferior ao contingente populacional encontrado nos países desenvolvidos.



Dentro desse crescimento ainda ocorrem as diferenças entre homens e mulheres, estas com índices mais altos de expectativa de vida. Em média as mulheres vivem oito anos mais que os homens. (IBGE 2000)

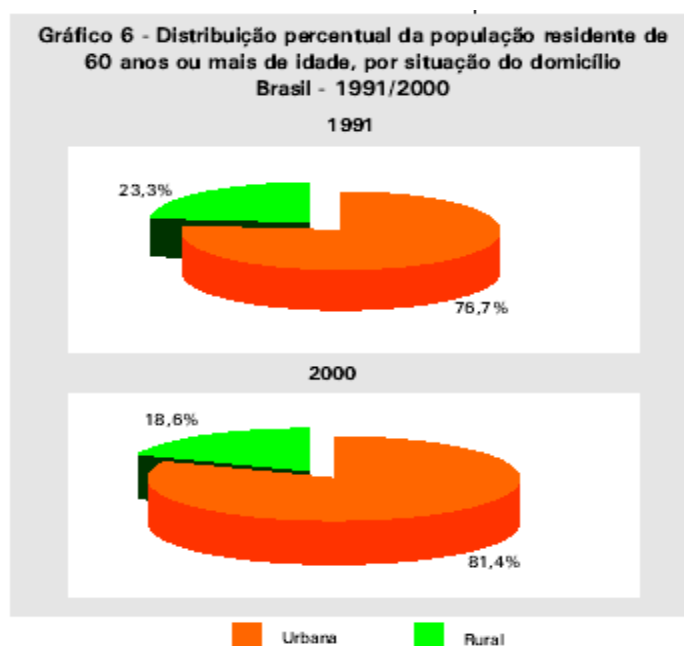
## TABELA I

**Tabela 3 - População residente de 60 anos ou mais de idade, em números absolutos e relativos, por sexo, segundo as Grandes Regiões - 2000**

Grandes Regiões	População residente de 60 anos ou mais de idade, por sexo				
	Absoluto			Relativo (%)	
	Total	Homem	Mulher	Homem	Mulher
<b>Brasil</b>	<b>14 536 029</b>	<b>6 533 784</b>	<b>8 002 245</b>	<b>44,9</b>	<b>55,1</b>
Norte	707 071	355 580	351 491	50,3	49,7
Nordeste	4 020 857	1 827 210	2 193 647	45,4	54,6
Sudeste	6 732 888	2 940 991	3 791 897	43,7	56,3
Sul	2 305 348	1 029 514	1 275 834	44,7	55,3
Centro-Oeste	769 865	380 489	389 376	49,4	50,6

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Segundo o IBGE a proporção de idosos residentes nas áreas rurais passou de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000. Os idosos como toda a população tem se urbanizado mais. Os municípios das capitais, Rio de Janeiro e Porto Alegre, ou seja, grandes centros urbanos se destacaram com as maiores proporções de idosos segundo o IBGE, representando 12,8% e 11,8% da população total. Esses percentuais demonstram a disparidade em relação aos outros municípios da Federação. A região sudeste (região mais desenvolvida do país) é a mais populosa, a que possui as menores taxas de fecundidade e maiores expectativas de vida ao nascer, fazendo com que a população de idosos aumente.



Fontes: Censo demográfico 1991: resultados do universo: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21 CD-ROM; IBGE, Censo Demográfico 2000.

Esse maior número de idosos na região Sudeste devido as menores taxas de fecundidade e maior expectativa de vida se alia a homens e mulheres que migram para o grande centro em busca de emprego e moradia. Essa população na sua grande maioria possui baixa escolaridade e desqualificação profissional, tendo dificuldades de colocação no mercado que exige mão-de-obra qualificada. Quando o emprego torna-se uma realidade essa população que chega aos centros muitas vezes por indicação de amigos que já migraram, vão morar em favelas e cortiços. Nem sempre esse migrante conhece alguém ou consegue um emprego, tendo que utilizar as pontes, viadutos e vias públicas como abrigo.

A baixa escolaridade faz com que essa população viva à margem da economia, praticando os trabalhos informais, subempregos e o desemprego total por anos. Essas pessoas chegam nos grandes centros em idade produtiva, vivem 20 ou 30 anos longe de suas casas e famílias e quando chegam à velhice, estão em violenta carência material e familiar. Isso faz com que cidades como o Rio de Janeiro, convivam velhos em situação de extrema miséria e nenhum cuidado familiar e, velhos com poder aquisitivo, seja ele pequeno ou não, para compra de bens e consumo como lazer, educação e saúde. Isso demonstra a cruel desigualdade social que ocorre no país, mas que nessa faixa etária, torna-se mais agravante devido às especificidades da idade. Magalhães (1987)

Um estudo sobre migração urbana na década de 50, no Brasil (Hutchinson, 1963), mostra que mais de 60% das migrações para as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo ocorreram no grupo etário de 15 a 29 anos, fazendo com que os remanescentes vivos desse grupo, que hoje estão vivendo a chamada fase da velhice, vivam em condições financeiras até piores do que as que motivaram a migração.

Já nas áreas rurais, os velhos em sua grande parte são trabalhadores das lavouras, mineração e trabalhadores de fazendas de pasto. Esses trabalhadores, na sua grande maioria não pertencem ao grupo de idosos pela sua idade cronológica,

mas sim, pela idade biológica, devido às condições de vida como: alimentação, exposição ao sol desde muito criança<sup>4</sup>. Juntando-se a esse grupo chamado de hipodotados, desprovidos de bens materiais e anônimos por Nogueira (1989) estão os idosos cronologicamente instituídos pela OMS como os maiores de 60 anos. Aqueles que chegam a essa idade, já estão cansados, senis e sedentários devido às condições precárias de uma vida inteira. Muitas vezes sem ter o cuidado da família e o amparo financeiro, pois, o êxodo de jovens nessas áreas é muito grande. Isso explicaria em parte o maior número de mulheres idosas vivendo nas cidades. Segundo o IBGE (2000) esse fenômeno é comum em toda América Latina, citando inclusive Cuba com uma proporção considerável de 150 homens idosos para 100 idosas vivendo em áreas rurais. Chegada à velhice e algumas vezes a viuvez, a idosa procura os grandes centros para estar perto dos filhos e para ter um maior cuidado médico.

A migração rural entre os estados da União atua como elemento causal na determinação do envelhecimento de determinadas regiões, conseqüente nos fatores de ordem econômica e social. A expectativa de melhores condições de trabalho e de melhores salários, junto com a imagem de sonhos dos grandes centros criada pela mídia, faz com que os mais jovens migrem das regiões mais pobres para as mais desenvolvidas, deixando aquelas áreas com maior concentração de crianças, mulheres e velhos (Freitas in: 2004:26)

## ***1.2 - Situação educacional e Mercado de trabalho***

O idoso brasileiro é responsável por 20% dos domicílios do país, seja vivendo sozinho, mais freqüente quando o responsável é mulher, seja vivendo com uma família de 3 ou 4 membros, incluindo filhos e até netos. Mesmo sendo uma parcela da população com grande importância econômica a situação dos idosos é de baixas aposentadorias e extrema pobreza. Essa situação relaciona-se com a baixa escolaridade apresentada nesse contingente populacional. Segundo o IBGE 2000 a proporção de idosos alfabetizados é de 64,8%, porém, 5,1 milhões de idosos não

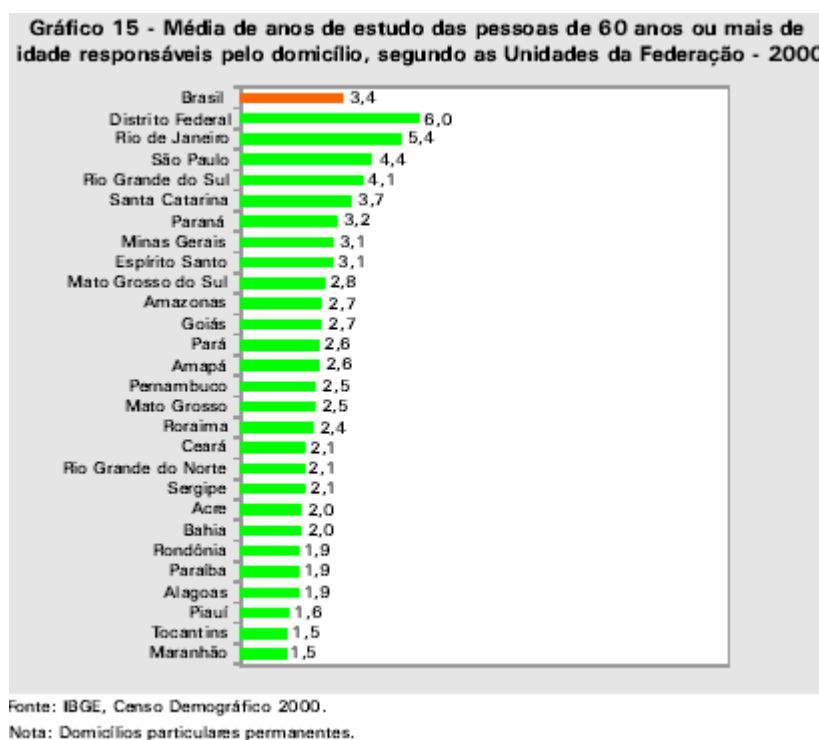
---

<sup>4</sup> Isso é comprovado pela redução de cinco anos para obter o benefício previdenciário nos casos de trabalhadores rurais em relação aos trabalhadores urbanos, devido ao maior desgaste durante o seu processo laboral (1991) – Ministério da Previdência Social.



sabem ler nem escrever no Brasil. Dentre os 64,8% que são considerados alfabetizados, a média do número de anos estudados na grande parte não passa de 3 ou 4 anos e isso intensifica-se cada vez mais no interior de cada estado.

A diferença entre os sexos também é um fator considerável. A população masculina é consistentemente mais alfabetizada que a população feminina em todas as faixas etárias, isso ainda é efeito de uma política educacional adotada em décadas atrás onde o ensino fundamental era restrito para algumas classes e na sua grande maioria para homens. Essa diferença entre os sexos tem diminuído bastante, especialmente entre as mulheres jovens. As diferenças regionais também são grandes, com anos de estudos variando de 6 a 1,5, ficando mais uma vez as áreas desenvolvidas como a cidade do Rio de Janeiro a frente de outros estados. Como mostra o gráfico abaixo. (IBGE 2000)



Vivemos em um período de tecnologia avançada, onde a vida social é atingida pela globalização e a transformação dos processos produtivos. Transformações que trouxeram para a classe trabalhadora idéias como o homem

polivalente, que sempre está se qualificando e acompanhando as transformações da informática e da robótica.

A nova tendência das linhas de produção traz à tona o aspecto individualista do homem, aquele que tem que se sair melhor do que outro a cada dia, que tem que assegurar um número maior de certificados a cada dia, que tem por obrigação pensar de forma nova e criativa. Tais tendências fazem com que a luta de classes seja cada vez mais esquecida e somente a liberdade individual prevaleça. Iamamoto (2003)

O mercado busca, portanto, profissionais altamente especializados e que estejam sempre à frente daquilo que é chamado como o novo. Nesse contexto de transformação do mundo produtivo, o idoso com baixa escolaridade, e em especial as idosas com menos anos de estudo, que por anos foram excluídos do sistema educacional, passam a ser aliados do mercado de trabalho. Os idosos analfabetos que formam o número de 5 milhões no país estão em condições ainda piores, dependendo de benefícios assistenciais parcos e precários quando não podem beneficiar-se de benefícios previdenciários que ao longo da história tiveram um caráter contributivo. Os benefícios assistenciais<sup>5</sup> que são concedidos aos idosos mediante comprovação vexatória de miserabilidade, ainda sofrem um processo de seletividade entre os pobres e os mais pobres, estigmatizando aos que conseguem o benefício. Pereira (1994:91) classifica esse tipo de política como:

No que diz respeito ao Brasil é fato que a visão e os julgamentos que informam a política de assistência social são estreitos e inadequados. A noção de pobreza que prevalece no país – é a de pobreza absoluta, ou privação extrema, que se caracteriza pela ausência de requerimentos mínimos necessários para manter a vida, ou a subsistência dentro da vida, das pessoas submetidas a essa condição.

---

<sup>5</sup> LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – Capítulo IV – Seção I – Do Benefício de Prestação Continuada – que concede 1 salário mínimo ao idoso a partir de 67 anos e à pessoa portadora de deficiência que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família (renda mensal per capita inferior a 1/4 do salário mínimo).

A baixa escolaridade além de deixar os idosos à margem do mundo do trabalho estigmatiza o idoso como o incapaz e retrógrado por não dominarem a linguagem da tecnologia. O baixo grau de instrução dos idosos influencia também na condição de saúde dessa população, devido à falta de informação sobre nutrição, saneamento e prevenção, sabendo que a falta de conhecimento não é o fator principal nesse caso, mas sim o fator econômico.

A luta dos idosos de baixa e média renda e conseqüentemente de baixa escolaridade será cada vez maior, não só pelo maior número de pessoas protegidas por uma política previdenciária, mas também, pela falta de políticas que assistam a população que viveu e vive na informalidade. A luta por aposentadorias dignas, benefícios assistenciais compatíveis com a necessidade da população, juntamente com o oferecimento de serviços não sucateados a essa parcela da população serão constantes para superar a pobreza e exclusão da grande maioria dos idosos.

### **1.3 - Aposentadoria**

Os idosos das áreas rurais e das áreas urbanas que conseguem durante a vida acumular os anos necessários de contribuição à Previdência têm como “prêmio”, a *APOSENTADORIA*. A idéia de aposentadoria reporta a idéia de liberdade, tempo de aproveitar a vida sem se preocupar com o horário e com os compromissos estressantes. É o prêmio pelo trabalho de anos e anos. É a recompensa pela ausência na criação dos filhos, pela saúde perdida, pela juventude não aproveitada, etc. Essa idéia poderia ser real se não estivéssemos falando de uma população que quando se aposenta não consegue suprir com a aposentadoria as suas necessidades primárias. Quando a aposentadoria chega, ela é vista como perda financeira e até mesmo de saúde. Segundo Morelli (1981) *“a assistência hospitalar aumenta em 400% e a mortalidade praticamente duplica no decorrer de um ano após a aposentadoria”*.

Como na expectativa de vida, as respostas que homem e mulher darão a esse momento também não são idênticas. A mulher por ter sido criada para uma vida doméstica, mesmo aquelas que estão inseridas no mercado de trabalho por longos anos, continuarão na sua grande maioria com atribuições após a aposentadoria. Para as aposentadas ainda resta além dos afazeres de casa, a preocupação de esposa, avó e muitas vezes a responsabilidade de babá dos netos. A mulher terá toda uma atividade doméstica para preencher o seu tempo, atividade essa, que foi desenvolvida durante toda a sua vida. O homem viveu sua infância, adolescência, juventude e a fase adulta sendo o provedor e nunca preparado para uma vida privada ao lar. A aposentadoria é uma mudança radical, é passar de todo um reconhecimento público para uma vida doméstica e muitas vezes restrita a esposa.

A saída do mercado de trabalho faz com que homem e mulher passem a conviver mais e com isso pode ocorrer tanto uma melhoria no relacionamento quando estes podem usufruir o tempo que não tinham, como pode fazer com que a proximidade do dia a dia traga atitudes e comportamentos não experimentados durante anos de convivência. Simões (1998)

A aposentadoria também pode ser encarada de várias formas de acordo com cada segmento da sociedade. Para a classe média representa a queda do nível de vida, o que originaria na queda do consumo. Esse é um outro problema, pois, as dívidas começam a aparecer também nesse momento, quando o nível de vida não acompanha o valor do benefício previdenciário. As reformas da Previdência implementadas recentemente atingiram em cheio esse público, no que diz respeito ao estabelecimento de um teto nominal para os benefícios e a desvinculação do valor do salário mínimo, o que fere o princípio de irredutibilidade do valor dos benefícios segundo a Constituição de 1988. Com isso, o adiamento da aposentadoria passa a acontecer com mais frequência, devido à redução no salário e também pela perda dos benefícios que são oferecidos por algumas empresas. A assistência médica para si e para a família e o auxílio alimentação que é incorporado

na receita familiar como um complemento do salário faz com que muitos idosos continuem trabalhando mesmo quando não tem saúde para fazê-lo.

Quando passamos a falar da classe operária a situação ainda é pior, pois, muitos desses indivíduos chegam à aposentadoria com a saúde desgastada pelos esforços de 30 a 35 anos. Aqueles que conseguem se aposentar com 1 ou 2 salários mínimos, mesmo sem condição física continuam no mercado de trabalho em grande parte na informalidade (IBGE 2000). Os serviços oferecidos no mercado são aqueles que alienam e que não permitem a criação desses idosos. Trabalhos que utilizam a idade do idoso, seja, no uso do transporte gratuito como entregador de flores, documentos, ou no pequeno poder de reivindicação por melhores salários e tarefas melhores.

Beauvoir (1990) relata em seu livro a desconfiança dos empregadores em relação às pessoas idosas. Mostra que em quase todos os países, o limite de idade estipulado vai de 40 a 45 anos nas ofertas de emprego. Quando o homem ou a mulher chega na idade de 59 anos é muito difícil conseguir trabalho, portanto, para o idoso que perde o emprego faltando alguns anos para chegar à aposentadoria fica muito difícil a aquisição desse benefício.

Na classe alta da sociedade os velhos vivem obviamente em melhores condições de vida, mesmo para aqueles que não possuem autonomia. Nesse momento as instituições estarão muito presentes na vida desse idoso aposentado. Esses podem pagar por clínicas, casa de repouso, residências individuais com profissionais a sua volta, mas isso, também de certa forma passa a fragilizar o aspecto afetivo na medida que afasta a família na direção da vida do idoso dependente. Goldman (2000)

Com a esperança de vida ao nascer crescendo como se tem visto, a população que se aposentar viverá cada vez mais após a aposentadoria, utilizando ainda mais o sistema previdenciário brasileiro. O envelhecimento da população

brasileira é um dos argumentos colocado pelo governo para realizar a Reforma da Previdência. A análise do governo é que o sistema previdenciário que já é deficitário ficaria ainda mais sobrecarregado. Segundo estudiosos da área de Demografia e especialistas em Previdência isso não é verdade, pois a situação ainda é muito confortável. Na medida que a população ativa também tem crescido o envelhecimento populacional não pode ser considerado como a causa do “déficit” da previdência. Benjamin (2003)

As reformas implementadas na previdência no que diz respeito a estipulação de um teto desvinculado do salário mínimo, faz com que a procura pelo mercado de previdência complementar cresça no país. Os incentivos fiscais são grandes atrativos para a previdência complementar. A legislação do IRPF permite que se deduza 12% do ganho anual se houver previdência privada. Percebemos que o negócio da Previdência Complementar é muito importante, portanto, a previdência pública “não pode” oferecer ao trabalhador benefícios dignos. Essa lógica é vista claramente na educação e no setor da saúde<sup>6</sup>. Outro fator que impulsiona cada vez mais as pessoas a procurarem a Previdência complementar é o medo de chegar à aposentadoria com um salário menor e cada vez mais reduzido a cada ano que passa.

Alguns livros afirmam que o homem quando sai do mercado de trabalho, deixa de ser o produtor e sustentador do consumo daqueles que estavam sob sua tutela. Hoje, o forte desemprego e o adiamento da saída dos filhos de casa, mesmo aqueles que já formaram família contradiz esse quadro. A população idosa em franco crescimento, em especial aquela detentora de uma aposentadoria, ou seja, um salário vitalício, passa a ser objeto de redefinição, ou seja, o envelhecimento passa a ser redefinido pela sociedade de consumo.

O envelhecimento passa a ser alvo do mercado, uma população que movimenta a economia, uma população a ser explorada. Com a extensão dos

---

<sup>6</sup> Previdência privada é alternativa para poucos / <http://www.comciencia.br>

regimes previdenciários<sup>7</sup> e até mesmo a famosa aposentadoria complementar fazem do idoso um consumidor coletivo, pois, cada dia mais os filhos demoram a sair de casa.

As maiores despesas dos idosos são com o supermercado, 24% do total de gastos. Em seguida vêm os gastos com planos de saúde, 9%, e com luz e telefone, ambos representam 6% do orçamento. Nas despesas pessoais, a compra de remédios tem o maior peso, 10%, e em seguida vêm as viagens, 5%<sup>8</sup>. As viagens, academias, centros de entretenimentos e bingos são algumas das opções que os idosos que possuem condições tem a sua disposição. O lazer para idosos é um segmento em expansão para a classe média e alta da sociedade. Os gastos dos idosos com os planos de saúde ficam ainda maior se somado com o valor gasto com medicamentos.

#### **1.4 - Saúde**

Simone de Beauvoir (1990) relata que *há uma reciprocidade entre velhice e doença; e que é muito raro encontrar a velhice “no estado puro”*.

O envelhecimento é um processo irreversível. O pico máximo de nossa capacidade biológica de vida ocorre mais ou menos aos 30 anos. Após esta fase, vão ocorrendo transformações, como: diminuição da função de vários órgãos (pulmões, rins, coração, etc.) e reações mais lentas, quando se trata de um envelhecimento normal. O envelhecimento não é igual em todas as pessoas; as coisas vão acontecendo de acordo com a genética e com a vida que se levou. Vamos sofrendo perdas biológicas gradativamente, como: diminuição dos sentidos – visai, olfato, audição – diminuição de cálcio ósseo, da tolerância à variação da temperatura, da necessidade de alimento, da defesa orgânica etc. Motta (1998:57)

Com a queda da mortalidade e uma maior esperança de vida ao nascer as pessoas passam a ter mais chances de risco para doenças crônico-degenerativas.

---

<sup>7</sup> O plano de benefícios para todos os trabalhadores foi equiparado, fixando o piso em um salário mínimo (desde 1991).

<sup>8</sup> Pesquisa realizada para o mercado em 2003 por Indicator GfK.

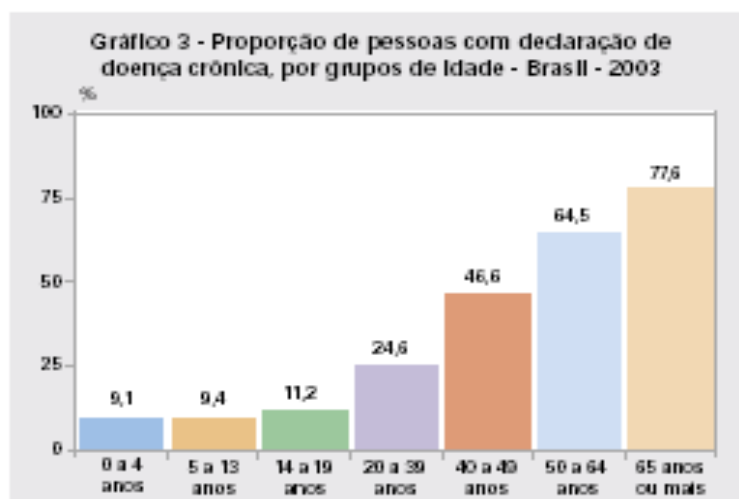
As doenças crônico-degenerativas como a diabetes, hipertensão, neoplasias e as escleroses, que exigem do sistema de saúde muito mais tempo de utilização, são predominantes em pessoas com mais de 60 anos de idade. No Brasil as doenças cardiovasculares são a maior causa de morte por doença, em segundo lugar vem o câncer. *“A partir de 65 anos de idade o risco de desenvolver câncer é 10 vezes maior do que o risco dos indivíduos com menos de 65 anos”* (Yancik apud Veras 95:81)<sup>9</sup>. Esse fato acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que diz respeito à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados. Na grande maioria, as doenças dos idosos são crônicas e variadas, exigindo um acompanhamento médico constante. Isso acaba implicando em custos elevados para o sistema de saúde e para os idosos. Isso vai exigir profissionais capacitados para trabalharem com as especificidades da idade. Veras (2003)

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE sobre saúde em 2003, 29,9% da população brasileira se classificou como portadora de uma doença crônica. Foi verificado que esse número aumentava com a idade e variava entre os sexos, sendo maior para as mulheres (33,9%) em relação aos homens (25,7%).

---

<sup>9</sup> Yancik, R & Ries, L.- Cancer in older persons. Cancer 74:1995-2033, 1994.





Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Além das doenças, o idoso também sofre acidentes e quedas, freqüentemente ocasionados por sua percepção e atenção que já não são as mesmas. Muitas vezes essas quedas ocorrem na própria casa do idoso. Essas quedas tornam-se muito mais graves devido à dificuldade de reabilitação nessa idade. Diante desse quadro de envelhecimento da população brasileira, ocasionados também pelo desenvolvimento da saúde que possibilita ao idoso mais anos de vida, algumas complicações e mudanças vão aparecer no cenário. Motta (1998)

Para a sociedade brasileira que se torna mais envelhecida, em parte pelo próprio avanço da medicina, modifica-se o perfil de saúde dessa população e também a maneira que o governo e o mercado responderão às demandas. Novos serviços e recursos humanos terão que ser desenvolvidos e qualificados tanto pela saúde pública quanto pela saúde privada para atender essa parcela da população.

Temos no Brasil uma população com cerca de quinze milhões de idosos, dentre esses cerca de 4 milhões são beneficiários de planos de saúde e mais de dez milhões, usuários do SUS - Sistema Único de Saúde. Uma população que necessita cada vez mais de atenção e cuidados direcionados para suas especificidades. O

envelhecimento é um fenômeno que abarca inúmeras facetas que se interligam. Conforme Goldman (2003:17):

“O processo de envelhecimento não se resume aos aspectos demográficos. Sua complexidade exige que seja estudado por diversas disciplinas, sob múltiplos ângulos. É um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço.(...) As condições objetivas de vida da população interferem diretamente sobre o envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa de vida quanto na qualidade oferecida aos que envelhecem através de políticas sociais, principalmente nas áreas da saúde, da previdência e da assistência” .

## ***CAPÍTULO II - A saúde como conquista***

“A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. Iamamoto (1983: 77)

No começo do século XX a questão social no Brasil era encarada como algo extraordinário e que não merecia intervenção direta do estado. Os problemas dos operários e da população pobre como um todo era da responsabilidade da filantropia e no caso de saúde das Santas Casas de Misericórdia.

Nas primeiras décadas do século passado o processo de urbanização intensificou-se e iniciaram-se os pólos industriais produtivos. Com a criação desses pólos surge no Brasil nesse momento, a classe assalariada urbana.

Essa classe só tinha como meio de sobrevivência a sua força de trabalho e da sua família. Força de trabalho essa que era explorada ao seu limite. Os operários eram submetidos a duras jornadas de trabalho, sem descanso semanal e sem nenhuma proteção contra acidentes e doenças<sup>10</sup>. Fora das fábricas essa população aglutinava-se em bairros insalubres, casas infectadas, muitas vezes com falta total de água, esgoto e luz. O salário era tão baixo que mesmo a família inteira trabalhando, ainda assim havia dificuldades de manter a subsistência. Com as crises no setor industrial havia as dispensas desses empregados sem nenhuma remuneração, já que não tinham vínculos empregatícios.

---

<sup>10</sup> A jornada de normal de trabalho é, no início do século, de 14 horas. Em 1911 será em média de 11 horas e por volta de 1920, de 10 horas. Iamamoto, Marilda Villela 2001 p 129.

As condições humilhantes e degradantes que os operários eram submetidos e as condições de vida fora das fábricas formaram a organização dessa classe emergente. As primeiras décadas do século XX foram marcadas pelas greves e manifestações operárias que produziam uma crescente preocupação nas elites. O Brasil signatário do Tratado de paz de Versailles à época, comprometia-se em fazer um esforço para lidar com a classe operária e em 1919 participaria da OIT e seria signatário de seus convênios. Esse contexto internacional unido aos problemas e acontecimentos internos, ou seja, a reivindicação operária basicamente por melhores salários e condições de vida, faz com que a elite busque reduzir as pressões de baixo, prometendo satisfazer algumas exigências. Malloy (1986)

Uma das exigências seria atendida em 1923, com a “Lei Eloy Chaves”, que estipulava a criação obrigatória em cada companhia ferroviária de um fundo para aposentadorias e pensões. Essa lei foi se estendendo aos estivadores e marítimos. Em 1938 quase todas as classes operárias urbanas empregadas estavam cobertas pelo sistema, sendo CAPs ou IAPs. Eram aproximadamente 3 milhões de pessoas à época. Somente em 1959 os autônomos e os profissionais liberais foram abrangidos pelo sistema.

As CAPs ou IAPs ofereciam quatro benefícios essenciais que seriam financiados pelo empregado, a empresa e o governo federal :

1. Medicina curativa e fornecimento de medicamentos;
2. Aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez;
3. Pensões para os dependentes e empregados;
4. Pagamentos em espécie para cobrir despesas de funeral dos empregados.

Durante os anos 40 e 50, a assistência médica prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores foi à única disponível para essa população, pois, poucos eram os estados e municípios que tinham serviço de assistência médica adequada à

população. Os estabelecimentos filantrópicos ofereciam cuidados à saúde das famílias pobres e mendigos.

O estado oferecia medicina somente para aqueles que estivessem contribuindo e isso ocorreu gradativamente por décadas após a instituição da primeira CAP. Aqueles que necessitavam de cuidados de saúde e que não fossem trabalhadores ou dependentes dependiam da benesse e de hospitais sustentados pelo estado com poucos recursos. Para a parcela da população segurada, ainda havia algumas restrições como mostra Finkelman:

Apesar do atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da previdência, desde a promulgação da Lei Elloy Chaves, as legislações de vários IAPs revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão para órgão. Assim, no Instituto dos Marítimos (IAPM), o período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Em outros IAPs, como ao dos industriários e o dos trabalhadores em transportes e cargas, a atenção médica poderia implicar a cobrança de contribuição suplementar. As disparidades normativas entre os IAPs contribuíram para que surgissem reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual. Finkelman (1998:238)

Em 1966 todos os antigos institutos e caixas fundaram-se em um que passou a se chamar INPS. O INPS passou a se responsabilizar pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, independente do ramo de atividade. Isso é visto em Bravo:

A unificação da previdência social se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. Os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada. Bravo (1996:30)

As instituições de assistência médica da previdência social não acompanharam a extensão da mesma aos trabalhadores. Nessa época foram ampliadas essas instalações, ocorrendo contratação de serviços médicos da rede privada que não contavam com grandes estabelecimentos. O governo financiou essas redes privadas para que essas instalações passassem a dar conta do contingente populacional que estava segurado pelo INPS.

Com a tendência à privatização dos serviços de saúde e dos serviços de assistência médica, o setor responsável pelo atendimento médico (Inamps) pagou serviços a particulares, representando 76% de seus gastos, resultante da hegemonia da mensalidade tecnocrática que vigia durante o regime militar. Serra (2000:58)

Os fatos históricos narrados até aqui não mostram a luta daqueles grupos que estavam à margem dos benefícios desse sistema e em especial da saúde. São eles a população rural, os segmentos mais pobres (sem empregos) do campo e da cidade e os trabalhadores do setor informal. Até se chegar ao INPS os embates e as desigualdades entre os setores foram muitos. E a forma como foi constituída a unificação no INPS permitiu que as desigualdades continuassem e que a questão da saúde fosse palco de muitas lutas nos anos que se seguiram, devido a pouca importância dada às medidas de atenção coletiva. A medicina previdenciária era a referência em saúde na época. Bravo (1996)

Na segunda metade da década de 70, o Brasil sofria com a crise do petróleo que atingia o mundo. A crise do “milagre econômico” impelia ao povo um grande empobrecimento com taxas, segundo o Dieese (81) de 39,3% de desempregados e subempregados. Segundo o IBGE e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), 70% da população consumia caloria em quantidade inferior ao necessário ao corpo humano, e a fome e a subnutrição eram responsáveis por 40% da mortalidade infantil no Brasil. O analfabetismo chegou 50,1% em 1976 e começou a surgir no cenário epidemias como meningite. A situação calamitosa vivida pela população brasileira permitiu que forças sociais reaparecessem no cenário político. Nesse momento vozes explodiam em favor de uma saúde mais democrática em um momento de crise sanitária. Serra (2000)

A organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, denominada posteriormente de movimento sanitário, inicia-se em meados da década de 70, quando ocorreu no Brasil um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, incorporando instrumental das ciências sociais. Os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higidez da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde. Bravo (1996:46)

A luta pela saúde se ampliava nos bairros e nas favelas com reivindicações por água, luz, transporte e postos de saúde. Lutas já travadas antes no começo do século pelo movimento operário, que reivindicavam melhores salários e melhores condições de vida. A queda do regime autoritário e a chegada de Sarney ao poder sob o lema de tudo pelo social, trouxe propostas como a reformulação do sistema de proteção social brasileiro.

A questão saúde é marcada no Brasil pela VIII conferência Nacional de saúde, realizada em 1986 e convocada pelo então presidente da República. A Conferência contou com a participação de 4.500 pessoas, tendo como ponto marcante a ausência dos setores empresariais de saúde em protesto ao princípio da conferência da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Isso mostra sua importância como uma iniciativa antagônica aos interesses das elites. Teixeira (1989)

A VIII Conferência Nacional de saúde trouxe ao cenário uma concepção de saúde mais ampla e a necessidade de reestruturação do setor. Sendo considerado como uma pré-constituente na área de saúde.

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987:382).

Quando a assembléia Nacional Constituinte foi instalada a questão da saúde foi palco da luta política onde os interesses estavam divididos entre grupos empresariais como Federação Brasileira de Hospitais, Associação Farmacêutica e os defensores da reforma sanitária que realizavam pressões constantes sobre os constituintes e também a grande mobilização da sociedade em volta do processo constitucional. Bravo (1996)

Em 5 de Outubro de 1988, é promulgada a 8ª Constituição Brasileira, ficando essa conhecida como Constituição Cidadã. A Constituição de 1988 consolida conquistas e amplia direitos sociais reivindicados por décadas pelas massas populares. A constituição Federal institui a seguridade social como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde (universal), à previdência (contributiva) e à assistência social (aos que dela necessitar). A seguridade tem como financiadores a sociedade, mediante os recursos dos orçamentos da união, dos Estados do Distrito Federal, dos municípios e das contribuições sociais.

Um dos pilares da seguridade social é a saúde, objeto proposto como estudo. A saúde ficou definida como direito de todos e dever do Estado com a implantação do SUS – Sistema único de saúde. Era um passo para o famoso “*Estado de bem-estar social*” realmente acontecer. A partir de 1988 todo o cidadão, pelo menos no papel teria direito à saúde. A partir de 1990 esse direito expresso na lei 8080/90 - LOS adota a equidade, integralidade nas ações necessárias a promoção, proteção e recuperação da saúde, em um setor descentralizado com responsabilidades diferenciadas aos diferentes municípios, hierarquizados e com participação popular através das conferências e conselhos de saúde. *Esse princípio adotado para a saúde, conforme Filho (et all) (1990:257) sintetiza a primeira experiência brasileira de uma política universalizante”.*



## 2.1 – Saúde e o Neoliberalismo

No cenário internacional a maioria dos países já está se organizando sob a égide do neoliberalismo. A situação de profunda crise do modelo capitalista (profunda recessão econômica, elevação da inflação, crise fiscal, etc.), favoreceu a difusão das idéias neoliberais, que neste contexto é apontado como a única forma de conter e reverter a crise. As medidas de ajuste estrutural recomendada pelo Consenso de Washington<sup>11</sup> são implementadas com este fim. Dentre estas medidas podemos destacar a *estabilização* (tentativa de equilibrar o orçamento público através da redução da inflação e déficit da balança de pagamentos); *ajuste estrutural* (competitividade da economia mediante abertura comercial, desregulamentação de preços e reforma tributária); *privatização* (reforma do Estado e transferência de empresas e serviços públicos para grupos privados) Raichelis (2000).

(...) em lugar de ideologia, os neoliberais tem conceitos como “gastar é ruim, é bom ter prioridade, é ruim exigir programas, precisamos de parcerias, não de governos fortes; exijam crescimento, não distribuição”. Draibe (1993:89)

Enquanto no Brasil a população era brindada com a “constituição cidadã, ampliadora de direitos, o mundo era regido pela lógica neoliberal, pelas privatizações e pelas flexibilizações do trabalho. A idéia do Estado mínimo surge no cenário.<sup>12</sup>

Com esse cenário internacional latente era de esperar que a seguridade social configurada na constituição de 1988 fosse atingida em cheio. Tratando da

---

<sup>11</sup> Consenso de Washington é a denominação dada a um plano único de medidas de ajustamento das economias periféricas, chancelado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BIRD), pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo governo norte-americano em reunião ocorrida em Washington em 1989 quando se inaugura a introdução do projeto neoliberal em mais de 60 países em todo o mundo.

<sup>12</sup> está a tese do Estado Mínimo. O mercado constituindo o melhor e mais eficiente mecanismo de alocação de recursos, a redução do Estado (do seu tamanho, do seu papel e de suas funções) é o mote e o móvel da ideologia neoliberal. Draibe (1993:89)

saúde, mais ainda, devido o seu caráter universalizante. A conquista de direitos tornava-se expectativa de consolidação dos direitos.

Com efeito o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir (...) que sejam continuamente violados. Bobbio (1909:25)

Uma das metas do SUS, segundo a lei 8.080/90 é tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população através de serviços prestados com qualidade. Serviços esses, que se tornam inviáveis no contexto da ideologia neoliberal de redefinição daquilo que é rentável ao capital.

... concluem que um governo legítimo tem duas únicas funções a desenvolver : prover uma estrutura para o mercado (assegurando ampla liberdade de movimento ao capital e às mercadorias) e fornecer serviços que o mercado não pode fornecer. Pastorini (2004:40)

A Saúde é uma política social universal, ou seja, voltada para todos os cidadãos, seja ele rico ou pobre, inserido no mercado formal de trabalho ou não, empregado ou desempregado. Em uma época de Estado mínimo – redução das funções, a política de saúde universal sai na contramão das políticas econômicas internacionais.

O projeto neoliberal imprime características à saúde completamente contrárias ao projeto da Reforma Sanitária. Com uma forte tendência à focalização, descentralização e privatização dos serviços de saúde. O projeto neoliberal reorienta as políticas públicas, fragmentando-as e separando-as. Criando assim novos sistemas de proteção mercantilizados como a previdência complementar e a saúde suplementar para a parcela da população que pode pagar por tais serviços. Aos “excluídos”, ou seja, àqueles que não podem utilizar o mercado, sobram ações pulverizadas e de baixa qualidade da rede pública.

Segundo Cohn (2002:227), em 1993, “os gastos públicos com saúde (...) foram de apenas US\$ 51 per capita. Como resultado desta redução do financiamento, a autora acrescenta que, “nesse mesmo ano, ocorrem 600 mil casos novos de malária (que estava estabilizada em 200 mil/ano durante a década de 80), 5 mil casos de doença de Chagas, 5 mil casos de esquistossomose, 49 mil casos de hanseníase, 53 mil casos de cólera e outros 52 mil de febre amarela, erradicada há 20 anos no país.

O governo de Fernando Henrique Cardoso realizou cortes na área social da ordem de 40,5 dos 8,7 bilhões que seriam eliminados do orçamento. A área da saúde foi a mais atingida, porém o governo anunciou que os cortes não se dariam nas despesas com o pagamento de hospitais e ambulatórios particulares – que prestam serviços em convênio com o SUS. Os cortes destinaram-se às atividades de prevenção das endemias, dos programas destinados às mulheres, as crianças e aos adolescentes. Essa política de cortes no social continuou no segundo mandato de FHC, agravando ainda mais as condições de vida da população, através de um processo de desresponsabilização social por parte do Estado, desrespeitando direitos sociais historicamente conquistados e garantido pela Constituição de 1988.

Nesse contexto político de submissão aos organismos financeiros internacionais, a saúde vem sendo disputada em dois âmbitos: o da Reforma Sanitária e o do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

**TABELA 2**

PROJETOS EM DISPUTA		
ITENS	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
<b>BASE</b>	Estado Democrático de Direito	Estado Mínimo
<b>PREMISSAS</b>	Saúde: Direito Social e dever do Estado.	Parcerias e Privatização.
<b>TEMAS</b>	Ampliação das Conquistas sociais; Democratização	Crise Financeira; Dicotomia entre universalização e

	do Acesso; Déficit Social; Financiamento Efetivo.	focalização; Diminuição dos gastos sociais; Déficit Público.
<b>ESTRATÉGIAS DE AÇÃO</b>	Descentralização com Controle Social	Refilantropização.

Fonte: Reproduzido de Bravo, M.I.S in: A saúde no Brasil na década de 90 – Projetos em disputa”.

Nessa disputa observa-se vantagens ao projeto privatista de mercantilização da saúde, com a diminuição cada vez mais evidente do Estado e o fortalecimento do mercado no oferecimento do cuidado à saúde, dando prioridade ao controle das doenças e a implantação de programas de saúde baseados em critérios de custos e colocando o Estado como provedor de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública destinados aos que não podem por si só manter esses gastos.

Em entrevista ao jornal Folha de São Paulo (14 dez. 1998) o então diretor da OPS – Organização Panamericana de Saúde, propunha que o governo brasileiro, em meio à crise, abandonasse os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas uma “cesta básica” de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da “gratuidade dos serviços”.

Esse receituário de cortes no orçamento precarizam os serviços, diminuem as compras de medicamentos e tecnologias. As terceirizações fazem com que o nível dos profissionais seja mais baixo, assim como os salários pagos. As privatizações de áreas públicas às chamadas Fundações privadas, muito freqüente em hospitais universitários, ocupam vagas e procedimentos antes destinados à população em geral, ocorrendo discriminação contra paciente do SUS (filas-duplas, agendamentos mais agilizados na Fundação e oferta diferenciada da qualidade dos serviços). Gouveia (1999)

Todo esse sucateamento e abandono da rede pública de saúde têm sido providencial às propostas privatistas. A população freqüentadora dos hospitais e

postos médicos da rede pública muitas vezes colabora com a campanha desfavorável ao SUS. Como cita Vianna (1999) e Boschetti (2004)

Os eleitores que freqüentam os hospitais e postos médicos da rede pública, dispersos e anônimos, não têm condições de vocalização de suas demandas. Embora com freqüência apareçam no noticiário impresso ou televisivo sofrendo nas filas à espera de atendimento – pode-se até aventar a hipótese de que desempenham inocentemente o papel de comparsas de uma campanha de desmoralização do serviço público – e, embora, também, se sintam lesados, como mostram pesquisas de opinião que apontam a saúde como um dos problemas urgentes para a população, não constituem pressão. Vianna (1999:95)

No âmbito da Saúde, apesar do avanço que significou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este está sofrendo um processo de dilapidação, e a baixa qualidade dos serviços cria uma opinião favorável à redução e até extinção da saúde pública e universal. Por sua vez, a regulamentação dos planos privados de saúde, em franca expansão, esvazia o SUS, onera os usuários, mercantiliza a saúde e favorece os empresários do setor. Boschetti (2004:116)

## ***2.2 – Saúde Suplementar***

A precarização e o sucateamento da saúde pública amplia a ascensão do projeto privatista aumentando a participação dos sistemas de medicina de grupo, que se beneficia da opinião desfavorável dos serviços prestados pelo SUS. A PNAD/IBGE 2003 estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por plano de saúde, correspondendo a 24,6% da população do país. A cobertura por plano de saúde era bem maior na população residente em áreas urbanas (28,0%) do que nas áreas rurais (6,0%). As pessoas maiores de 64 anos eram as que possuíam mais planos de saúde (29,8%). A renda familiar também é um fator diferencial na cobertura de planos de saúde. Sendo de 2,9% para a classe de rendimento familiar inferior a 1 salário mínimo e de 83,8% na classe de vinte salários mínimos ou mais. Foi verificado também que em 50,1% dos casos, o pagamento da mensalidade dos planos privados de saúde, nos planos com titulares com 10 anos ou mais (18,5 milhões de pessoas), era efetuado através do trabalho atual ou anterior do titular (planos coletivos).

As características dos beneficiários dos planos de saúde resumem-se da seguinte forma: nas áreas mais desenvolvidas, ou seja, os grandes centros urbanos concentram-se o maior número de beneficiários de planos de saúde. São Paulo e Rio de Janeiro são os campeões com 43% e 31% respectivamente da população detentoras de um plano privado de saúde. Os mais velhos são os maiores usuários da saúde suplementar, característica que pode ser justificada pela informação do IBGE de que os maiores possuidores de plano de saúde são aqueles que se consideram mais doentes. A saúde suplementar é uma mercadoria de classe média e alta e muito vinculada ao trabalho, sendo os empregadores os responsáveis pelo pagamento da metade dos planos privados de saúde.

No Brasil há uma grande quantidade de planos e seguros de saúde que são oferecidos aos consumidores, distinguindo-se pela cobertura da rede de serviços, padrão de conforto, carência e valor. Os planos de saúde privados iniciaram no Brasil na década de 50, quando médicos do ABC Paulista passaram a dar assistência a funcionários de uma companhia, por meio de pré-pagamento. Nos anos 60 houve um forte desenvolvimento das empresas de medicina de grupo. A partir dos anos 80 as operadoras de plano de saúde consolidaram-se no mercado, atendendo uma parcela da classe média e trabalhadores especializados nas regiões mais desenvolvidas e também parte do funcionalismo público. Nessa época de grande expansão e consolidação da Saúde Suplementar o SUS - Sistema Único de Saúde é criado.

Com a criação do SUS com um caráter universal e com diretrizes de integralidade no atendimento à população seria normal que houvesse um enfraquecimento da saúde privada. O contrário tem acontecido, ocorrendo um bom desempenho da saúde privada na década seguinte. Isso deixa claro que se o projeto universalizante do SUS tivesse sido implantado como diz o artigo 196/CF “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e 197/CF onde fica claro que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabe ao poder público regular, fiscalizar e

controlar, a Saúde Suplementar teria realmente uma participação complementar na sociedade brasileira e não seria o “sonho de consumo” daqueles que podem e não podem pagar por ela, devido a quantidade e qualidade dos serviços disponíveis no SUS. A saúde suplementar é entendida nos dias de hoje como essencial, devido às condições de atendimento dos hospitais e postos de saúde. Os empregadores são grandes responsáveis por pagamentos dos planos de saúde da população. Os planos de saúde passam a ser incorporados como parte do salário e um motivador quando são oferecidos aos familiares. A idéia é de que a saúde suplementar é a solução dos problemas de uma população que sofre nas filas dos hospitais. O SUS é evitado a todo o tempo, ficando para aqueles que não podem pagar ou que estejam desempregados.

No Brasil temos cerca de 180 milhões de habitantes, com 43% dessa população utilizando serviços de saúde privados e muitas vezes utilizando o SUS em tratamentos de referência. Hoje, temos um SUS sucateado e que oferece cada vez menos serviços para uma população em expansão, população essa que envelhece a cada dia. Temos uma saúde suplementar com cerca de 2.200 operadoras movimentando cerca de 22,8 bilhões de reais, mas que tem seu mercado estagnado, fazendo com que algumas operadoras de pequeno porte tenham vários problemas com pagamentos aos profissionais terceirizados. Nesse meio está a população segurada que fica impedida de utilizar aquilo que já foi pago e que pede socorro no SUS quando não mais pode arcar com os planos de saúde. ANS (2004)

### ***2.3 - A saúde e os Idosos***

Em meio aos cortes no orçamento da saúde e os mandos e desmandos do mercado estão os idosos brasileiros, alvo da precariedade dos serviços. A Política Nacional do Idoso estabelecida em 1994 – Lei 8.842, criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. O que se vê é a escassez dos serviços domiciliares, e dos centros de convivência e hospitais-dia para o tratamento e acompanhamento dos idosos.

O grupo etário dos 60 anos apresenta maiores índices de morbidade em relação aos outros grupos. Como já foi dito no capítulo anterior os idosos apresentam números mais expressivos de doenças crônicas em relação aos mais jovens, ocasionando um número maior de exames complementares e tratamentos custosos por décadas. *“Qualquer que seja o indicador de saúde analisado, haverá uma proporção maior de agravos e procedimentos médicos entre aqueles de mais de 60 anos, implicando maior utilização dos serviços de saúde e custos mais elevados”,* conforme Veras (2003). Profissionais capacitados, com formação específica faz parte das carências dessa população que envelhece.

Essa população que consome mais serviços de saúde e que faz parte do maior grupo de beneficiários de saúde suplementar (proporcionalmente), muitas vezes com medo da falta de atendimento da rede pública passam por dificuldades no seu tratamento na rede privada de saúde, pois a carência de profissionais treinados tanto se faz na rede pública quanto privada. Essa população é desrespeitada nos seus direitos e necessidades a todo o momento e as especificidades da idade não são levadas em conta tanto no público como no privado. Situações preconceituosas e constrangedoras são impostas aos velhos, não permitindo que sua autonomia, integração e participação na sociedade sejam garantidas.

Com uma Política de Saúde universal em pleno desmonte e um mercado cada vez mais perverso dentro dos planos de saúde e mais ainda para a população



idosa, o envelhecimento digno está cada vez mais comprometido e a proposta de colocar mais vida aos anos em vez de anos a vida se perde.

### ***Capítulo III – Campo de Estágio***

A partir dos anos 70, o mundo vem apresentando profundas transformações nas relações de trabalho e nos processos produtivos. As respostas dadas pelo capital diante da crise foram o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, acarretando profundas mutações para o trabalho, como: o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, etc. No Brasil, as mudanças se intensificaram a partir dos anos 90, com a adoção do receituário neoliberal. Os efeitos da crise têm um impacto muito forte na área das políticas sociais, nos processos de produção, reprodução, gestão da força de trabalho e na competitividade do mercado.

A queda do emprego formal, a contração dos salários e a precarização das relações de trabalho, é alguns dos problemas que se acentuam, especialmente nas regiões metropolitanas. Aliado a esse novo padrão de produção e mudança no mundo do trabalho vê-se um avanço cada vez maior do Neoliberalismo. As suas críticas se voltam, contra qualquer limite, por parte do Estado, ao funcionamento dos mecanismos do mercado; o “mercado livre” é a garantia da liberdade econômica e política. Portanto, neste caso também, é uma doutrina que se constrói em oposição a uma certa forma de intervenção do Estado, isto é, o chamado Estado de Bem-Estar Social, e tendo por princípio mais geral que a desigualdade é um valor positivo e imprescindível na constituição de uma sociedade democrática, pois é à base da liberdade e da vitalidade da concorrência. É nesse mercado competitivo e livre que a mercadoria saúde é comprada. Essa compra se faz de maneira livre, mas, desigual e com discurso de democracia.

A ofensiva neoliberal reduz as políticas públicas e transformam o cidadão de direitos em consumidor de serviços que nem sempre são prestados de maneira ética e correta aos que a eles recorrem. A saúde suplementar é um desses serviços que

causavam e causam até hoje muitos problemas à população. A falta de regulação e a submissão aos mandos e desmandos dos planos de saúde marcaram e ainda marcam esse mercado.

O início da década de 90 é brindado com o Código de Defesa do Consumidor que entra em vigor e com isso os planos de saúde passam a ser alvos de reclamações por parte dos consumidores. As reclamações mais freqüentes eram: falhas na cobertura e exclusão de procedimentos, exigências indevidas para admissão de paciente, prazos de carência irregulares, descumprimento de normas de atendimentos de emergência, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, erros nas condições de validade e rescisão de contrato, dentre outros. A emergência pela regulação do segmento de planos e seguros-saúde destinava-se, portanto, a corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas. Começa nesse momento o debate sobre a regulamentação do setor.

Somente em 1998 a Lei Federal 9656 é aprovada e passa a dispor sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Os planos e seguros regidos pela Lei são:

- ♦ Seguro-Saúde – surgiu como planos de custeios, isto é, garantia aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais com os reembolsos das despesas.

- ♦ Planos de Empresas – são operadoras que somente trabalham com planos para empresas, elabora-os conforme as necessidades de cada uma delas e de seus funcionários de acordo com a cobertura básica.

- ♦ Medicina de Grupo – é um sistema de criação e administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados.

♦ Cooperativas Médicas – são regidas e organizadas sob a lei do cooperativismo. Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos, familiares e individuais com ampla cobertura médico-hospitalar e laboratorial por profissionais cooperados.

♦ Autogestão – é o plano de saúde próprio, gerenciado pela empresa ou por uma assessoria especializada. A empresa que implanta a autogestão estabelece o formato do plano.

Muitas são as críticas que começam a aparecer por parte do empresariado em relação à Lei 9.656 no que se refere ao controle dos preços dos planos individuais e familiares, imposição de um modelo mínimo de cobertura por meio de um plano referência e a obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS em consultas e internações. O empresariado culpa a lei pela estagnação ocorrida a partir de 2000. A estagnação do setor também se dá pelo fraco desempenho da economia brasileira, apresentando baixos índices de crescimento, aumento do desemprego e diminuição da renda da população.

Já a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar criada em 2000, é uma autarquia sob regime especial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como competência regulamentar e fiscalizar os planos privados de assistência à saúde. Cabe a ANS intervir no mercado de planos de saúde que funcionava até sua criação pela vontade própria das operadoras dada a ausência de um órgão regulador que contivesse seu comportamento, muitas vezes abusivo, nas relações contratuais que assumiam com os compradores de planos coletivos e individuais. A sua ação regulatória é feita por meio de leis, regulamentos e outras regras editadas pelo poder público e por entidades às quais os governos delegam poderes. A ANS é um órgão ainda pouco utilizado e até mesmo conhecido entre os usuários de planos de saúde.

Enquadrando-se como um plano de Saúde de autogestão e regulamentada pela Lei 9656/98 encontra-se a CABERJ – Caixa de Assistência à Saúde. Ela foi criada em 1972, nomeada como CABEG – Caixa do Banco do Estado da Guanabara, iniciando suas atividades com o objetivo de atender aos funcionários e seus dependentes diretos. Com o tempo a Caixa se desenvolveu chegando a 45 mil assistidos em 1976. Com a fusão dos bancos (Berj e o Halles), o número de beneficiários aumentou ainda mais, exigindo modernização por parte da CABERJ. Em 1986 ocorreu uma expansão do plano aos familiares dos funcionários.

A Caixa passou a trabalhar em déficit devido à alta inflação e ao aumento dos custos médicos, mas esse déficit era coberto pelo seu patrocinado Banerj. Em 1996, o Banco Central intervém pela segunda vez no Banerj e o Plano de Demissões Voluntárias faz com que a Caixa perca uma parte de seus associados. Posteriormente em 1997 sob a administração do Bozzano Simonsem, foi lançado mais um plano de incentivo à exoneração, levando a uma redução ainda maior no quadro de assistidos e conseqüentemente da base de contribuição da Caixa.

Quando finalmente o Banco Itaú finalizou o processo de compra do Banco Banerj, o banco deixou de repassar a cota à CABERJ do aposentado (antes financiada pelo Banerj) de 6% de contribuição do salário. Todos os custos antes cedidos pelo banco como: aluguel da sede, serviços de malote, segurança e apoio passam a ser absorvidos pela CABERJ. Com era o esperado o Banco Itaú expressou claramente o seu desinteresse pela manutenção do patrocínio.

A CABERJ passa a se chamar Caixa de Assistência à Saúde, mas ainda mantém a sigla e o regime de autogestão. Os órgãos administrativos da entidade passam a ser composto por escolha dos próprios assistidos. Um Conselho Deliberativo foi instituído e a administração delegada a uma Superintendência subordinada a esse Conselho.

Em 2002, a CABERJ reabre o plano em acordo com a aprovação da ANS. O pagamento do plano não mais seria por contribuição percentual e sim por faixa etária. Os planos foram divididos em quatro produtos:

- ♦ Mater Pleno – plano onde o assistido tem direito a alguns benefícios não previstos em lei como: assistência de psicoterapia, fonoaudiologia, musicoterapia, acunputura, terapia ocupacional; assistência a pessoa especial, auxílio na aquisição ou aluguel de equipamentos (órteses e próteses não cirúrgicas), tratamento de dependência química, tratamento de paciente crônico e atendimento médico domiciliar. Acomodação: apartamento ou quarto individual com ampla rede credenciada.

- ♦ Mater Executivo - plano com os mesmos benefícios do Mater Pleno, tendo acomodação em enfermaria com até dois leitos e atendimento na rede credenciada compatível com a cobertura assistencial.

- ♦ Mater Básico – plano sem nenhum benefício extra e as acomodações são em enfermarias com até dois leitos e atendimento na rede credenciada compatível com a cobertura assistencial.

- ♦ Afinidade Pleno (destinado aos dependentes indiretos) – plano que obtém os mesmos benefícios que o usuário do Mater Pleno.

- ♦ Afinidade Básico (destinado aos dependentes indiretos) – plano dá os mesmos direitos que o Mater Básico.

A partir de 2005 a CABERJ passa a ter duas empresas inscritas na ANS – a antiga seguindo ainda o regime de autogestão e a Integral Saúde – Medicina de Grupo, visando atender o mercado de consumidores. Depois de muitas brigas entre as associações que integram o Conselho Deliberativo, foi decidido pelos próprios associados que a responsabilidade e os rumos da nova empresa caberiam somente

a Diretoria da CABERJ e ao Conselho, ficando os associados da Caixa aliçados do processo.

A CABERJ é composta na grande maioria do seu corpo profissional pelos remanescentes do Banerj. Os cargos de Conselheiros são eleitos pelos associados (ex-funcionários) que conseqüentemente elege os cargos de Superintendentes. Isso faz a Caixa ter um caráter particular e diferenciado de outros planos. As ações clientelistas e paternalistas são vistas a todo o momento. Dependendo da influência que o assistido ou seu familiar tem, portas são abertas e fechadas. A resposta “não cobre”, “não tem direito” não se encaixa na CABERJ. Essa é uma questão que cria grande desconforto entre os funcionários e os assistidos.

O atendimento ao público localiza-se no 3º andar do prédio. Neste mesmo andar encontra-se também o Serviço Social da empresa. Informações, procedimentos, senhas para internação e parcelamentos são alguns dos serviços disponíveis. Um andar acima se encontram os Superintendentes da CABERJ (profissionais antigos e influentes do Banerj). Nesse andar alguns assistidos têm livre acesso e outros se quer pensam em entrar. De um andar para o outro, a resposta dada àqueles que procuram a CABERJ pode ser diferente. Esses procedimentos algumas vezes são incentivados pelo próprio profissional sabedor do jogo de poder que ocorre na empresa. Um profissional que entende muito bem esse jogo e que lida com seus embates todos os dias é o Assistente Social.

### ***3.1 - Serviço Social***

O Serviço Social na CABERJ dividiu-se a partir de 2004, sob o comando de duas gerências diferentes. A gerência de Produtos possui uma Assistente Social no Projeto Qualidade de Vida. O profissional do Serviço Social tem como função nessa gerência a concessão de benefícios especiais regulamentados pela Caixa, identificação de demandas para o programa de Atendimento Domiciliar e

Ambulatorial e busca resoluções para problemas que estejam comprometendo ou a saúde do assistido.

O Projeto Qualidade de Vida onde está inserido esse profissional apoia-se na prevenção dos agravos à saúde como principal forma de garantir o bem estar de seus usuários, prevendo assistência integral de cunho preventivo que aborda todos os aspectos inerentes à saúde. Esse projeto engloba um programa em particular que é alvo da atuação do outro Serviço Social.

Esse Serviço Social era subordinado a extinta gerência de benefícios e que atualmente subordina-se à gerência de atendimento e tem como atuação principal acompanhar os pacientes que se internam e, a pedido da Superintendência Geral acompanha também os assistidos do Programa AED – Atendimento Eletivo Domiciliar que faz parte da gerência de produtos.

A atuação do Serviço Social nos hospitais é verificar a demanda dos assistidos, intervir nos casos críticos junto à administração do hospital e CABERJ e “quantificar” a satisfação do cliente com a rede credenciada. A abordagem realizada nos hospitais consiste em avaliação de qualidade dos serviços prestados pelos contratados, visando o melhor atendimento possível de acordo com as regras de seu plano. Essa prática realizada pelo serviço social da CABERJ é citado por lamamoto:

(...) cresce a atuação do Serviço Social na área dos recursos humanos, na esfera da assessoria gerencial e na criação dos comportamentos produtivos favoráveis para a força de trabalho, também denominado de “clima social”. Ampliam-se as demandas ao nível de atuação nos círculos de controle da qualidade (...) lamamoto (2001:47)

No AED – Atendimento Eletivo Domiciliar a atuação do Serviço Social consiste, em identificar a qualidade total dos serviços prestados. O Programa possui cerca de 950 pessoas inscritas, sendo elas na sua maioria idosos com dificuldade de deambular, restritos ao leito ou portadores de doenças crônicas e necessidades especiais independentes da idade. Essas pessoas recebem segundo o regulamento obrigatoriamente uma visita mensal do médico generalista que passa a acompanhá-



lo desde a sua entrada no Programa. O atendimento domiciliar engloba também tratamentos seriados como: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicoterapia e em algumas regiões visitas de especialistas como Neurologistas. Cabe ao Serviço Social realizar visitas aos assistidos inseridos nesse atendimento identificando possíveis falhas e insatisfação com os serviços prestados pelos terceirizados.

Os objetivos das visitas hospitalares e domiciliares possuem um caráter limitado de intervenção devido às barreiras impostas no interior da própria CABERJ, mas, permitem a obtenção de conhecimento sobre o amplo mercado de saúde, sobre os diversos interesses hospitalares, laboratoriais, a influência e dominação impostos pelo saber médico e atuação de outros profissionais. Essa prática vivenciada na CABERJ permitiram uma íntima vinculação com a teoria obtida na academia e em especial a relacionada aos idosos e suas demandas na saúde como explicita Vasquez:

A dependência da teoria em relação à prática e a existência dessa como últimos fundamentos e finalidades da teoria, evidenciam que a prática concebida como uma práxis humana total tem a primazia sobre a teoria; mas esse primado, longe de implicar uma contraposição absoluta à teoria, pressupõe uma íntima vinculação com ela. Vasquez (1968:234)

Para orientar a análise e interpretações das informações, elegi os limites e as possibilidades que são impostas ao idoso na saúde suplementar como unidade de estudo. Utilizarei como instrumento o Diário de Campo, os relatórios e me beneficiarei de reuniões e conversas entre os profissionais. Os questionários utilizados pelo Serviço Social nos hospitais e domicílios também serão fontes de informação.

### ***3.2 - Visitas Hospitalares***

A CABERJ possui uma rede de credenciados forte na cidade do Rio de Janeiro, com maior destaque para a Zona Norte – área da Tijuca. As visitas hospitalares são divididas por áreas geográficas. Minha atuação se fez em todas as

áreas do Grande Rio e Niterói. O interior do Rio de Janeiro utiliza convênios de reciprocidade como, por exemplo, UNIMED.

As constantes visitas aos credenciados permite classificar e conhecer as falhas e as referências dos hospitais e apontar pontos críticos e problemáticos, ainda mais em relação a população idosa e dependente. A entrada dos idosos nessa rede de hospitais credenciados da CABERJ se faz em grande parte pelo serviço de ambulância que consiste no atendimento de Urgência/Emergência e/ou remoção. Esse serviço é prestado a todos que possuem o plano Pleno ou Executivo (planos com benefícios). O atendimento de emergência é realizado e constatando a necessidade realiza-se a transferência para os hospitais. Nesse momento os pontos críticos das internações começam a aparecer, pois, a maior reclamação dos assistidos é a constante falta de vaga nos hospitais. Há casos em que mais de 1 hora é perdida no domicílio até que se consiga a liberação de uma vaga. Depois da demora e na impossibilidade da internação acontecer nos primeiros hospitais indicados, o idoso é levado para um hospital que a família não conhece ou não gostaria de retornar devido ao mau atendimento. Em alguns casos os assistidos ficam longe da sua residência, dificultando ainda mais a vida dos acompanhantes e do idoso que fica sozinho por vezes.

Essa situação acontece com mais freqüência na Baixada Fluminense, onde a rede de credenciados é menor e a falta de hospitais que possuam estrutura com equipamentos de alta tecnologia, laboratórios especializados e tratamentos complexos faz com que os moradores dessa região optem por hospitais distantes. Essa opção se dá também para evitar deslocamentos na realização de exames e outros procedimentos. Os deslocamentos feitos com os idosos, além de ser mais difícil em alguns quadros como fraturas, obesidades e dificuldades de deambulação necessitam da presença de acompanhamento do familiar. A estrutura familiar nos dias atuais e em especial a de classe média, tem as mulheres inseridas no mercado de trabalho e em busca de uma carreira profissional. As antigas práticas domésticas e entre elas os cuidados com as crianças e idosos passam a configurar em segundo

plano. Essa redefinição da família atinge em cheio ao idoso dependente e ainda mais o idoso internado.

A falta de acompanhante para os idosos nos estabelecimentos de saúde configura-se como um problema que necessita cuidado não só pelos laços familiares, mas, por se tratar da dignidade dessa população. Os estabelecimentos de saúde funcionam com um corpo de profissionais cada vez mais reduzido, trabalhando em duros plantões, com 2 ou até 3 empregos e na maioria sem capacitação alguma para lidar com as especificidades do idoso. Dentro dessa realidade os procedimentos de saúde realizados por esses profissionais restringe-se à administração de medicamentos e suporte médico, ficando a alimentação, banhos e trocas de fraldas deixados para o momento vago. Para o idoso restrito ao leito, em processo de demência e com todas as dificuldades pertinentes ao processo de doença a presença do acompanhante passa a ser imprescindível já que nesse momento ele assume a função do profissional de saúde. Nesses hospitais verifica-se também as diferenças que ocorrem entre a Zona Sul e o subúrbio como: um corpo técnico mais qualificado em um hospital referência na Zona Sul da cidade, onde o número de técnicos é muito pequeno, tendo o corpo de enfermagem na sua quase totalidade com graduação completa e o inverso ocorrendo na Zona Norte com um grande número de técnicos sob a responsabilidade de 1 ou 2 profissionais com graduação de enfermagem.

♦ Visita realizada em 09/06/06 – Homem, 70 anos, internado com seqüelas de AVC, lúcido e amarrado ao leito. Relatou que estava com muita sede, mas, que nenhum enfermeiro passava para atendê-lo.

Esse idoso que morreu durante essa internação, após uma intervenção cirúrgica pagava mais de R\$ 500,00 de mensalidade fora a co-participação. Encontrava-se sem acompanhante, mas, gozando do direito de permanecer em um quarto, mesmo que sozinho. O Estatuto do Idoso dá o direito a permanência do acompanhante no hospital a toda pessoa com idade igual e/ou superior a sessenta anos, mas, como a maioria das políticas públicas o estatuto possui uma atuação

fragmentada de outras políticas desconsiderando a realidade da população e suas transformações como a falta de pessoas na família para acompanhar ao idoso dependentes.

Na CABERJ existe um serviço chamado GH - Gestor Hospitalar, que é o médico contratado para atuar em alguns hospitais credenciados atendendo os assistidos do plano. Quando há uma internação esses médicos são acionados e passam a ser os responsáveis pela parte clínica do paciente. Normalmente esse médico realiza uma visita ao paciente e ao posto de enfermagem para prescrever medicamentos e procedimentos. Esse serviço é muito elogiado por alguns assistidos, fazendo com que esses médicos sejam procurados por essas pessoas pós-internação para acompanhamento ambulatorial. Esse médico também é visto de outra forma como relata um assistido – *“Esse médico é uma forma da CABERJ controlar os abusos dos hospitais”* reclamando da retirada de um GH de um grande hospital da Zona Norte.

♦ Visita realizada em 09/08/05 – Mulher, 76 anos, internada com quadro grave de hipertensão, lúcida. Realizei visita no 6º dia de internação e 3º de quarto. Sua filha relatou o seguinte em relação ao GH *“Ele não toca na minha mãe, chega da porta e só fala em alta o tempo todo”*.

♦ Visita realizada em 03/10/05 – Idosa, lúcida, internada em uma clínica na Barra da Tijuca com quadro de tontura, náuseas e vazios na cabeça. A neta reclamou que sua avó estaria na clínica há mais de dois dias e nenhum exame havia sido realizado. Um médico (Neurologista) da família teria informado que seria bom realizar uma tomografia antes de voltar para casa. Quando passou a informação para o GH ele teria se irritado e dito que já daria alta para ela naquele momento, mas, que estava saindo do caso e a família que procurasse outro médico.

♦ Visita realizada em 06/11/06 – Mulher, 86 anos, internada em uma clínica na Barra da Tijuca com quadro de DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica há mais de 2 meses com várias entradas e saídas de CTI. Sua nora teria sido

procurada pelo GH dizendo que sua sogra teria que ser levada para casa, pois, se continuasse no hospital pegaria uma infecção hospitalar. Relatou que a mesma faria uma gastrostomia e após o procedimento seria dada a alta. Informou ao familiar que ela iria com HOME-CARE para casa, mas, que caberia a família aprender os procedimentos em relação a gastrostomia, pois, a enfermagem seria retirada dias depois.

O sistema de HOME-CARE na CABERJ é gratuito por 3 meses, passando a ter co-participação a partir do terceiro mês e chegando ao pagamento integral com um ano corrido. Se a família resolver levar a assistida para casa terá que aprender a lidar com procedimentos que requer cuidados profissionais ou na hipótese de ter condições financeiras arcar com um profissional no domicílio. No caso específico dessa idosa que paga mais caro por um plano que lhe dê direito ao atendimento médico domiciliar e tratamentos seriados o retorno para casa, mesmo com todas as limitações é acompanhado por uma estrutura mínima de intermediação entre a alta hospitalar e o domicílio.

Nos casos dos idosos que possuem planos básicos, sem direito a nenhum benefício como: enfermagem e fisioterapia domiciliar não existe a possibilidade de posterior tratamento em casa.

♦ Visita realizada em 30/11/05 – Homem, 81 anos internado com segunda isquemia, restrito ao leito. Familiar procurou o Serviço Social, pois, não tinha confiança nenhuma na clínica onde seu pai encontrava-se internado. Alegou descaso e tratamento hostil por parte dos profissionais de enfermagem. Ao acionar a Auditoria Médica para uma visita ao paciente e posterior orientação à família sobre o tratamento, o Serviço Social foi informado que não havia mais o que fazer em relação ao paciente. Era um caso de alta hospitalar e a informação foi completada da seguinte forma – *“já passei o caso para a gerência médica, temos que retirá-lo do hospital o mais rápido porque depois vai ser difícil”*.

Por possuir um plano básico que não lhe dá direito a nenhum suporte fora do hospital cabe a família leva-lo para casa e arcar com todas as despesas de medicamentos e outros suportes ou deixa-lo no hospital onde tudo é coberto pelo plano, exceto fraldas. Cabe ao Auditor Médico sinalizar casos como esses e decretar o veredicto a ser dado. Cabe a CABERJ pressionar os hospitais para que alta seja dada, cabe a família recusar ou não. Na maioria das vezes a família acata o veredicto do médico, pois, sente-se incapaz em alguns casos de formular uma pergunta decente diante do saber médico.

Em relação a CABERJ, a percepção que tenho é que ocorre uma pressão seja ao GH ou ao credenciado para o esvaziamento do leito, e do número de pedidos de exames. Se essa realmente for a lógica do mercado o idoso será afetado cada vez mais, devido as grandes chances de internação por consequência das doenças crônico-degenerativas que exigem do sistema de saúde muito mais cuidado e tempo de utilização<sup>13</sup>.

### **3.3 - *Visitas Domiciliares***

O AED – Atendimento Eletivo Domiciliar foi criado em 2000, pela Superintendência Geral com a expectativa de proporcionar mais qualidade de vida aos idosos com um melhor acompanhamento dos casos, possibilitando com isso a diminuição de riscos de internações de longa permanência nos hospitais, viabilizando assim a diminuição dos custos. A CABERJ foi uma das precursoras da disponibilização desse serviço a sua carteira de associados.

Ao ingressar no Programa, o familiar do paciente é chamado na sede da CABERJ para assinar um termo de adesão e para que sejam explicitados todos os procedimentos. As informações que são dadas à família quase sempre se perdem, ficando sob a responsabilidade do médico as dúvidas a serem dirimidas. As

---

<sup>13</sup> Código de Ética Médica – Capítulo I – Princípios Fundamentais - Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

principais dúvidas são os direitos dos idosos e o proceder diante das situações que surgem, principalmente em casos de emergência.

A figura do médico não cria nenhuma estranheza em algumas residências, ocorrendo uma empatia tão grande que o gestor passa a ser um amigo e referência para outros membros da família. Em outras residências algumas dificuldades surgem principalmente no começo, quando o paciente é obrigado pela família a aceitar o atendimento. Isso ocorre, pois, muitos idosos já são acompanhados por outros médicos há muitos anos, neles confiam e simpatizam. A família muitas vezes adia a inscrição pensando em como vai ser difícil para o idoso a mudança. Quando o idoso chega em um processo de doença onde não deambula ou está restrito ao leito a inscrição configura-se como única saída, pois, as visitas particulares de médicos são muito caras e, isso quando o médico realiza visita no domicílio. Em alguns domicílios ainda ocorre a adoração ao saber do médico. Idosos passam a respeitar a opinião do médico não permitindo contestação da família e de outros profissionais.

Os idosos atendidos no programa, pertencentes na sua grande maioria a classe média detentora de um poder aquisitivo que permite a compra de plano de saúde possuem como a maioria da população brasileira nessa faixa etária um número reduzido de anos estudados. Essa condição permite que o médico seja o detentor absoluto do saber para essas pessoas. A forma como se dá o relacionamento médico-idoso-família faz com que os mesmos problemas, dificuldades e acertos sejam entendidos de maneira distinta em cada domicílio.

A idéia do Programa desde sua criação é que o GD – Gestor Domiciliar administre a sua carteira de pacientes. Esse médico gestor coloca-se a disposição da família 24 h por dia e já na primeira visita é passada aos familiares que qualquer intercorrência o primeiro passo é entrar em contato com o médico. Todos os tratamentos seriados realizados no domicílio têm que ter a autorização do GD.

O médico passa em alguns casos a ser o único canal de ligação com a CABERJ, alijando o idoso e até mesmo o familiar de algumas decisões sobre sua saúde. Esse alijamento é tão grande que em algumas casas foi verificado até mesmo o desconhecimento do telefone da operadora de saúde. A idéia de um médico que monitore e melhore às condições de vida dessa população e conseqüentemente diminua os custos passa a dar certo. A pergunta que se faz é – A custa de quê ou de quem?

Nas visitas realizadas, algumas questões de extrema importância à pessoa idosa portadora de doenças crônicas e restrita ao leito eram desconhecidas como: atendimento de emergência, realização de exames e coletas domiciliares, existência dos tratamentos seriados e serviço de remoção para realização de exames que não podem ser realizados em casa.

Constatamos diversos casos de idosos que passam anos sem realizar exames laboratoriais simples, alguns com problemas neurológicos e que depois do ingresso no programa nunca mais tiveram acompanhamento do especialista. Verificamos cortes prematuros de fisioterapia e fonoaudiologia (relato dos próprios profissionais aos familiares) e impedimento na realização de exames em laboratórios que não sejam o indicado pelo programa.

Outro problema grave constatado entre os beneficiários da CABERJ é a falta de recursos para adquirir os medicamentos. Medicamentos para diabetes e hipertensão, por exemplo, são muito caros e para alguns idosos o uso diário torna-se impossível.

♦ Visita realizada em 27/06/05 – Idosa, motivo da última internação foi uma crise hipertensiva após assassinato de seu neto. Moradora de São Gonçalo em um quintal com os filhos, netos e o irmão de seu ex-marido. Dividia uma pensão de 4 mil reais com a companheira de seu ex-esposo. Mostrou uma receita passada pela



médica domiciliar com mais de cinco remédios que não havia comprado por falta de dinheiro. Relatou que ajuda seus filhos e netos e também seu cunhado.

Estratégias são realizadas por outros idosos, utilizando o plano somente nos casos de internação e realização de exames (que aguardariam meses no SUS) e recorrendo aos postos de saúde do Município para o acompanhamento clínico, pois, assim passam a receber os medicamentos gratuitamente. Há casos também de utilização do Sistema de Saúde Público nos tratamentos de referência.

♦ Visita realizada em 08/06/06 – Idoso, com câncer há muitos anos. Possui o atendimento domiciliar da CABERJ e faz acompanhamento no INCA, tendo inclusive visitas de enfermeiras do INCA em sua residência.

Em geral alguns planos de saúde aplicam estratégias para conter os custos em relação a seus usuários. Com a finalidade de controle de sua utilização alguns planos de saúde aderiram aos seguintes esquemas:

♦ Co-participação: é a participação do usuário nos valores referente a consultas, exames e até mesmo de internação. As pessoas que mais precisam usar o plano ficam coibidas de realizá-lo com medo de onerar ainda mais os valores pagos (mensalidade + co-participação).

♦ Descredenciamento da rede ambulatorial: por não ter como controlar o volume de atendimento ambulatorial, alguns planos de saúde aderiram a exclusão do credenciamento de ambulatório nos hospitais.

♦ Consultórios Médicos: Uma forma de atingir na regra do mercado a relação consulta exames que é imposta, que para cada consulta médica são solicitados dois exames, alguns planos distribuem de forma precária o formulário para atendimento dos seus usuários.

Essa estratégia co-participativa de (30%) em exames e consultas, também utilizada pela CABERJ representa um outro problema. Alguns assistidos mantêm o plano e encontra-se sem utilizá-lo com receio do valor adicional com despesas médicas na fatura.

♦ Visita realizada em 17/08/06 – Idoso, com patologia de Alzheimer e Parkinson. Sua esposa relatou que não usava o plano por mais de três anos com medo da co-participação. Lamentava o tempo todo a falta de dinheiro e relatou por várias vezes que o filho não podia ajudá-la, pois, estava desempregado há anos. Indaguei sobre os exames ginecológicos e ela disse: - *“Nem isso posso fazer”*. Relatou que estava enlouquecendo, não tinha dinheiro para pagar uma cuidadora para o esposo e não estava mais conseguindo pagar os dois planos de saúde. Indagou sobre um plano mais barato, se não teria que deixar só o marido no plano. Meses depois, na impossibilidade de continuar arcando com as despesas a idosa abandonou o plano após dez anos de pagamento e três sem utilizar.

A idéia de segurança que um plano de saúde traz às pessoas só pode ser explicada comparada ao horror que essas mesmas pessoas têm de depender integralmente do SUS. Pagar e caro por um plano de saúde e não utilizá-lo demonstra claramente como é perversa a capacidade de alienação do mercado. Alguns idosos contribuem por toda sua vida produtiva e quando chega o momento em que realmente passam a necessitar do plano de saúde, esbarram em estratégias, barreiras e até mesmo programas são criadas como empecilhos nessa utilização.

Casos como este de abandono de idosos da saúde privada depois de anos de contribuição é cada vez mais freqüente. De Janeiro desse ano até Junho 57 idosos foram excluídos do plano da CABERJ alegando falta de condições financeiras, fora àqueles que alegam motivos particulares. Dentre esses 57 idosos, três mantinham o plano por mais de 30 anos, quinze por mais de 20 anos e quinze por mais de 10 anos.

A participação em um plano de saúde é entendida na sociedade como uma necessidade básica tais como a comida e moradia. A obtenção dos planos se faz de forma individual ou através do trabalho formal que vêm apresentando a saúde como um benefício ao trabalhador. As empresas desenham os planos que oferecerão aos seus empregados com benefícios extras ou não, respeitando ao pacote básico estabelecido pela ANS. Essas empresas permitem em alguns casos a inscrição de familiares nos planos. Ao empregado ativo o pacote básico de consultas, exames e internações atende bem de um modo geral, mas, os agregados idosos desses trabalhadores que dependem de serviços específicos como serviços domiciliares esses planos não dão nenhum suporte.

No país hoje, 50% dos planos de saúde são pagos por empregadores. Esses empregadores podem estar oferecendo ao seu grupo de funcionários e agregados um plano de saúde com ampla cobertura e excelente rede credenciada ou planos pobres e precários.

Quem possui um plano de saúde sente-se mais seguro, devido a grande propaganda disseminada contra o Sistema Único de Saúde. Como toda mercadoria a saúde é oferecida em vários preços e para vários públicos. Saúde para a classe média alta com número de credenciados elevados e de altíssimo nível. Saúde para o setor empresarial e para a classe média em geral (público atendido pela CABERJ) com credenciamento em bons hospitais, mas, onde o cliente encontra algumas dificuldades para conseguir o atendimento e em clínicas e hospitais menores com estrutura precária e com profissionais mal qualificados.

Os planos da CABERJ são oferecidos ao idoso em três modalidades: Pleno, Executivo e Básico. Mesmo o idoso que possui um plano de saúde pleno, com vários benefícios extras sofre constrangimentos e tem seus direitos violados e escamoteados. Sofre constrangimento quando tem que suplicar por parcelamentos com juros altos, quando suplica por água sozinho em um quarto de hospital, quando sozinho no leito é ignorado em suas necessidades básicas de higiene, quando não tem prioridade no atendimento em hospitais, pagando o mesmo valor que um

morador da zona sul e não tendo uma rede de credenciados próximo à sua residência, ao receber altas hospitalares sem suporte nenhum, ao lhe retirarem o direito de escolha para realização de qualquer procedimento, ao pagarem um valor altíssimo pelo plano e se vê sem condições de comprar os medicamentos necessários ao seu tratamento e principalmente quando passam a vida produtiva contribuindo e ao chegar a aposentadoria vê que seus benefícios não podem mais arcar com despesas como a saúde.

Diante da população idosa em franco crescimento é premente a necessidade de um atendimento especializado aos idosos, seja na formulação de políticas públicas ou em uma maior regulação dos serviços disponíveis no mercado para esses idosos. Há também uma grande necessidade de capacitação específica para o atendimento dessa população.

Diante disso se faz um controle mais eficaz do órgão responsável pela saúde suplementar no país e também mais decência nas políticas públicas de saúde que são oferecidas a toda a população. Assim conseqüentemente a pessoa idosa terá mais serviços destinados às suas necessidades.

### ***CONSIDERAÇÕES FINAIS:***

Atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para àquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem estar é a meta final da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada em Outubro de 2006.

Essa meta destinada à saúde dos idosos requer estruturas adequadas, recursos financeiros disponíveis e capacitação de profissionais. Na prática essa

política está longe de ser efetivada. Alia-se a isso o grande desconhecimento por parte do SUS – Sistema Único de Saúde da qualidade e real efetividade dos serviços oferecidos pela saúde suplementar e, especificamente àqueles oferecidos aos idosos. Não se sabe se estes têm acesso a melhores serviços de saúde, sabendo-se, apenas, que devido à posse do plano, têm mais fácil acesso aos serviços que os demais idosos brasileiros dependentes da saúde pública.

As questões levantadas neste trabalho sugerem que o mercado de Saúde Suplementar que atende aos idosos tem atuado de maneira limitada com ações pontuais e fragmentadas em relação à saúde da pessoa idosa, desconsiderando as especificidades da idade e também de sua condição econômica precária no país. Faz-se necessário cada vez mais o fortalecimento do espaço de atuação e participação da população e dos Conselhos de Idosos no órgão de regulação do setor de saúde suplementar. Fazem-se necessários maiores investimentos na mobilização e organização de espaços de controle social em que os idosos sejam protagonistas e participem ativamente no processo decisório desse mercado tão pouco regulado e conhecido.

As limitações à saúde do idoso não podem ser aquelas impostas e estabelecidas pelo mercado, fazendo com que muitos idosos sejam lesados nos seus direitos e alienados pelo saber de uma profissão que como princípio visa a saúde do ser humano e da coletividade sem nenhuma discriminação. Mais do que isso deve prevalecer o preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do estado. Para isso há que se romper, por um lado, a hegemonia do saber médico, que algumas vezes retira do idoso a possibilidade de autonomia, e por outro, garantir a participação efetiva do idoso na sociedade enquanto cidadão, garantindo-lhe o usufruto de direitos, sejam eles, adquiridos através da rede pública ou comprados no mercado de saúde suplementar.

É certo que o idoso comprador de saúde suplementar tem maiores acessos aos serviços de reabilitação da saúde e até mesmo de prevenção do que a grande maioria dos idosos que são atendidos exclusivamente pelo SUS. Essa condição

pode ser considerada como um benefício, diante da escassez de serviços públicos de saúde. A questão que se coloca hoje é que juntamente com os benefícios o idoso brasileiro adquire algumas desvantagens na compra da mercadoria saúde. Como o órgão regulador desse sistema ainda é muito novo e fragilizado essas desvantagens não são corrigidas e tendem a se agravar cada vez mais com o crescimento da população idosa.

### ***Referências Bibliográficas***

Almeida, Vera Lucia Valsecchi de – **Modernidade e velhice** – Revista Serviço Social & Sociedade n 75, São Paulo, Cortez, ano XXIV, 2003.

Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde – **Relatório Final**. Brasília, 1987.

Barreto, Maria Letícia – **Admirável mundo Velho** - Velhice, fantasia e realidade social. São Paulo, Ática, 1992.

Barros, Myriam Moraes Lins de – Envelhecimento, cultura e transformações sociais. In: Py, Ligia (et all) **Tempo de envelhecer** , Rio de Janeiro, NAU Editora, 2004, p 39-60.

Beavoir, S. – **A velhice**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990.

Benjamin, Cesar – **Reforma ou contra-reforma?** – Revista Caros Amigos, n 71, Fev. 2003.

Bobbio, Norberto – **A era dos direitos** / Norberto Bobbio: tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Campus, 1992.

Boschetti, Ivanete – **Seguridade Social no Brasil e perspectivas do governo Lula**. Revista Universidade e Sociedade, Brasília, n 30. ano XIII, Jun de 2003.

\_\_\_\_\_ **Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social:** que direitos para qual cidadania? Revista Serviço Social & Sociedade n 79, São Paulo, Cortez, ano XXV, 2004.

Brasil. Lei Orgânica da Assistência Social (1993) – **LOAS**: lei orgânica da assistência social: legislação suplementar / Ministério da Assistência Social; 3. ed – Brasília : MAS, 2003 .

Bravo, Maria Inês de Souza – **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo, Cortez, 1996.

Chaimowicz, Flavio – **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v.31, n.2, abr. 1997.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – **Código de Ética Médica** – Legislação dos Conselhos de Medicina, Rio de Janeiro, 1988.

Cohn, Amélia – **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo, Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_ **Questão social e direitos sociais:** cidadania e trabalho, São Paulo, Senac/Sesc, v .2, 2000.

\_\_\_\_\_ Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurel, Asa Cristina (org.) **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.** São Paulo, Cortez, 2002.

Cordeiro, Hesio - **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.** Revista Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Rio de Janeiro , 2001.

Draibe, Sonia M. – **As políticas sociais e o Neoliberalismo:** reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. Revista USP, São Paulo, n 17, Mai 1993.

Filho, Paulo Fravret , Oliveira, Pedro Jorge (et all ) – **A universalização excludente:** Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Revista de Ciências Sociais v. 33, n. 2, 1990.

Finkelman, Jacobo – **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.



Freitas, Elizabete Viana de - **Demografia e epidemiologia do envelhecimento**. In: Py, Ligia (et all) **Tempo de envelhecer**, Rio de Janeiro, NAU, 2004, p 19-38.

Goldman, Sara Nigri – **Universidade para a Terceira Idade** : uma lição de Cidadania. Olinda, Ecológica, 2003.

\_\_\_\_\_ Velhice e direitos Sociais. In: Paes, Serafim Paz. **Envelhecer com Cidadania**: quem sabe um dia?. Rio de Janeiro, CBCISS;ANG/Seção de Rio de Janeiro, 2000.

Gouveia, Roberto; Palma, Jose João (et all ) – **SUS**: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estudos avançados, São Paulo, v.13, n 35, Jan/Apr. 1999.

Haddad, Eneida Gonçalves de Macedo – **A ideologia da velhice**. São Paulo Cortez, 1986.

Hutchinson, B. - **The migrant population of urban Brazil**. *Amer.Lat.*, 6 : 41-71, 1963.

Iamamoto, Marilda Villela – **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica, São Paulo, Cortez, 1983.

\_\_\_\_\_ **O Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 2003.

Malloy, James – **Políticas de Previdência social no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

Magalhães, Dirceu Nogueira – **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro, Papagaio, 1987.

Morelli, Alberto C. – **Política para la ancianidad em las grandes ciudades del Cono Sur**. Anais Brasileiros de Geriatria & Gerontologia, São Paulo, v. 3, 1981.

Motta, Luciana Branco da – O que determina nosso envelhecimento? Que é envelhecimento? . In : Caldas, Celia Pereira (org.) – **A saúde do Idoso: a arte de cuidar**, Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998, p 57-59 .

Netto, José Paulo – **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Nogueira, Marco Aurélio – **A dialética Estado/Sociedade e a construção da Seguridade pública**. Cadernos ABONG, São Paulo, n 30, nov. 2001.

Pastorini, Alejandra – **A categoria “questão social” em debate**, São Paulo, Cortez, 2004. (Coleção Questões da Nossa Época; v.109)

Pereira, Potyara A. – **A assistência social no Brasil contemporâneo**; dilemas e perspectivas de uma política social relutante – Núcleo de Seguridade Social. Polêmicas e perspectivas. São Paulo, mai. 1994.

Raichelis, Raquel – **Esfera pública e Conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática 2. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

Serra, Rose M. S – **Crise de materialidade do Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 2000.

Simões, Julio Assis – A maior categoria do país : o aposentado como ator político . In: Barros, Myriam Moraes Lins de (org.) - **Velhice ou Terceira Idade/ Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 13-34.

Teixeira, Sonia Fleury – Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária.  
In: Teixeira, Sonia Fleury (org.) **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**.  
Cortez, São Paulo, 1989 p 17- 46.

\_\_\_\_\_ **Saúde e Democracia** – a luta do CEBES. São Paulo,  
Lemos, 1997.

Vásquez, Adolfo S. - **Filosofia da Práxis**, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1968.

Veras, Renato – **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso:**  
revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e  
previsibilidade de agravos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19 n 3,  
Junho de 2003.

\_\_\_\_\_ (et all) **Terceira idade:** um envelhecimento digno para o  
cidadão do futuro – UNATI/UERJ, 1995.

Vianna, Maria Lucia Teixeira Werneck – As armas que abateram a seguridade  
social. in: Ivo Lesbaupin (org.) **O desmonte da nação:** Balanço do Governo FHC  
Petrópolis, Vozes, 1999.

**Sites Usados:**

**[www.ibge.org.br](http://www.ibge.org.br)**

**[www.ensp.fiocruz.org.br](http://www.ensp.fiocruz.org.br)**

**[www.comciencia.br](http://www.comciencia.br)**

**[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)**

**[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)**

**ANEXOS**





## FICHA DE PERFORMANCE DO AED

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estag. S. Social \_\_\_\_\_

Entrevista com: ( ) Próprio ( ) Cuidador ( ) Familiar Parentesco: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Plano: \_\_\_\_\_ Moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Instituição ( ) Familiares  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### DADOS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

#### Médico

Médico Assistente: Dr(a) \_\_\_\_\_

Periodicidade das visitas: ( ) 1 vez/mês ( ) 2 vez /mês ( ) semanal

( ) agenda e cumpre a data e os horários ( ) agenda e não cumpre os horários ( ) Não agenda

O horário é adequado? ( ) Sim ( ) Não Por que? \_\_\_\_\_

Qual a duração da visita: ( ) < 30 min ( ) 30 min ( ) 60 min ( ) > 60 min

( ) facilidade contato telefônico ( ) telefone caixa postal/retorna ( ) telefone caixa posta/não retorna

Durante as visitas são passadas as informações claras sobre o tratamento? ( ) sim ( ) não ( ) às vezes

( ) Família orientada sobre o tratamento ( ) família não orientada sobre o tratamento

Qual o grau de satisfação com o trabalho médico? ( ) Excelente ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

#### Tratamento Seriado

Faz algum tratamento seriado? ( ) Não ( ) Sim Quantos? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4

Fisioterapia ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Insatisfatório

Fonoaudiologia ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Insatisfatório

Psicoterapia ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Insatisfatório

Enfermagem ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Insatisfatório

( ) Relaciona-se c/ equipe ( ) Não se relaciona com equipe ( ) Relaciona com restrições

### DADOS DOS REFERENCIADOS DO PROGRAMA

Já utilizou algum serviço domiciliar? ( ) Sim ( ) Não Qual: ( ) Laboratório ( ) Raio X ( ) VIDA

Avaliação: ( ) Excelente ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Ruim

Já utilizou os serviços dos gestores hospitalares? ( ) Sim ( ) Não

Avaliação: ( ) Excelente ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Ruim

Satisfação com o Programa: ( ) Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

### SUGESTÃO AO PROGRAMA

### CONCLUSÃO DA ENTREVISTA

O paciente necessita permanecer em acompanhamento com equipe Técnica? ( ) Sim ( ) Não

Problemas sociais identificados: ( ) Falta de estrutura Familiar ( ) Ambiente inadequado  
( ) Problemas sócio-econômicos ( ) Falta de fidelização ao AED

Ações propostas: ( ) Programar re-visita pelo período de 3 meses

( ) Convocar familiares

( ) Discussão do caso com equipe técnica

( ) Consulta ao Jurídico

( ) Avaliar Inclusão em programa especiais



## FICHA DE ENTREVISTA HOSPITALAR

Data da entrevista : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assistente Social \_\_\_\_\_  
Entrevista com: ( ) Próprio ( ) Cuidador ( ) Familiar Parentesco : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
ID: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Plano : \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

### ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Realiza acompanhamento médico? ( ) sim ( ) não Médico Assistente: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_ Tipo: ( ) Credenciado ( ) Particular ( ) AED ( ) STAFF  
Frequência: ( ) Mensal ( ) Bimensal ( ) Trimestral ( ) Semestral ( ) Anual

### DADOS DA INTERNAÇÃO

Patologia Principal: \_\_\_\_\_  
Internação: ( ) Clínica ( ) Cirúrgica Data internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
Opção do hospital: ( ) Vida ( ) Família ( ) Médico Assistente ( ) Proximidade ( ) Outros  
Houve dificuldade na internação? ( ) sim ( ) não Qual ? ( ) Vaga ( ) At. Emergência ( ) Liberação  
A remoção até a internação foi: ( ) Caberj vida ( ) Meios próprios ( ) Transferência  
Por que não utilizou a vida ? ( ) Desconhecimento ( ) Demora ( ) Experiências ruins ( ) Sem perfil  
( ) Cirurgia eletiva ( ) Negativa da vida ( ) Outros \_\_\_\_\_

#### Em caso de ter utilizado a Caberj Vida responda:

O atendimento telefônico foi imediato? ( ) sim ( ) não  
Qual o tempo de chegada? ( ) <20 min ( ) 20/40 min ( ) > 40 min  
Em caso positivo, como foi a assistência prestada? ( ) Muito Boa ( ) Boa ( ) Razoável ( ) Insatisfatória

### PESQUISA DE QUALIDADE

Como está sendo o atendimento do hospital? ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Insatisfatório  
Em caso de insatisfação, a principal queixa é em relação a:  
( ) Hotelaria ( ) Limpeza ( ) Alimentação ( ) Equipe Médica ( ) Enfermagem ( ) Outros \_\_\_\_\_

### ATUAÇÃO TÉCNICA

Previsão de alta? ( ) sim ( ) não Prazo? ( ) 1-5 dias ( ) 5-7 dias ( ) 8- 15 dias ( ) >15 dias  
Identificados problemas sócio/familiares? ( ) sim ( ) não Quais? \_\_\_\_\_  
Houve necessidade de intervenção junto a Administração do Hospital? ( ) sim ( ) não Motivo ? \_\_\_\_\_  
Possibilidade (s) de indicação no pós-alta: ( ) AMBULATÓRIO ( ) AED

### DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

Médico Assistente: ( ) Credenciado ( ) STAFF ( ) Particular ( ) G Hospitalar \_\_\_\_\_  
Qual o tempo levado para o primeiro contato do médico assistente ? \_\_\_\_\_  
Periodicidade das visitas: Diária Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_  
O horário é adequado? ( ) Sim ( ) Não Por que? \_\_\_\_\_  
Qual a duração da visita: ( ) < 15 min ( ) 30 min ( ) 60 min ( ) > 60 min \_\_\_\_\_  
Possui o número do telefone do médico assistente ? Sim ( ) Não ( )  
O acesso telefônico ao médico é: ( ) fácil ( ) demorado ( ) difícil  
Durante as visitas são passadas as informações claras sobre o tratamento? ( ) sim ( ) não ( ) às vezes  
Qual o grau de satisfação com o trabalho médico? ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Insatisfatório