

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**FABIANA DEMÉTRIO**

**O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE: um  
princípio a ser conhecido.**

Teresa Kleba Lisboa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 05/08/05

**FLORIANÓPOLIS**

**2005**

**FABIANA DEMÉTRIO**

**O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE: um  
princípio a ser conhecido.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Beatriz Augusto Paiva.

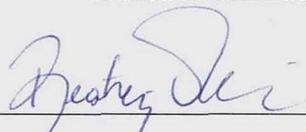
**FLORIANÓPOLIS  
2005**

**FABIANA DEMÉTRIO**

**O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NA TERCEIRIDADE: um  
princípio a ser conhecido.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:



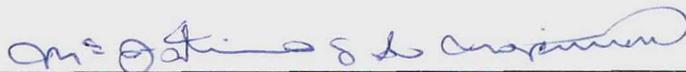
---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Beatriz Augusto Paiva



---

1<sup>º</sup>. Membro: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edaléa Maria Ribeiro.



---

2<sup>º</sup>. Membro: Assistente Social Maria Fátima Souza do Nascimento.

**FLORIANÓPOLIS  
JULHO, 2005.**

## AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por todas as oportunidades que ele me proporcionou e tenho certeza que irá continuar me proporcionando e principalmente por ter me dado a chance de ter por perto duas pessoas muito especiais e importantes na minha vida, que se não fosse por essas pessoas hoje eu não seria a pessoa que sou e muito menos chegaria até aqui...claro que estou falando dos meus pais;*

*Falando neles quero agradecê-los por tudo que fizeram por mim, a minha mãe por ter acreditado em mim e ao meu pai por ter me obrigado a ir fazer a prova do vestibular quando eu queria desistir porque achava que não tinha nenhuma chance de passar... sem esquecer de todo apoio que recebi desses dois durante toda essa caminhada...obrigada por tudo, amo muito vocês;*

*Aos meus irmãos que também me apoiaram muito durante toda a minha vida e principalmente nesses quatro anos que ficamos distantes, a minha vó por ter acreditado em mim e sempre me incluir nas suas orações para que tudo sempre desse certo na minha vida e não podia esquecer do meu cunhado mala que sempre me ajudou a formatar os meus trabalhos da universidade;*

*À UFSC e aos professores que contribuíram com os seus ensinamentos para que hoje eu pudesse estar tão próxima de ser uma assistente social competente e desses que passaram por essa caminhada quero agradecer especialmente a Prof<sup>a</sup> Iliane, pela oportunidade de ter acompanhado o curso de gestores comunitários, que foi meu primeiro contato com a prática, a Prof<sup>a</sup> Bea, por ter acreditado no meu trabalho e por ser essa pessoa maravilhosa que ela é, e a Prof<sup>a</sup>. Edaléa, pelas aulas de processo de trabalho que com toda certeza eu serei outra profissional depois dessas aulas, sem esquecer do carisma e dedicação que a mesma tem para com seus alunos...valeu Iliane, Bea e Edaléa, vou levar vocês sempre no meu coração;*

*Claro que não poderia esquecer da minha supervisora de campo e amiga Arlei, pela oportunidade de ter aprendido muito sobre o trabalho com a terceira idade com ela e pela amizade que nasceu entre nós nesses quase dois anos de convivência, sem esquecer dos meus colegas de estágios o Deivid e a Angela...e claro todos os idosos do SESC pelo carinho e principalmente os idosos participantes do Projeto Saúde Pública que acreditaram no meu trabalho...falando em acreditar no meu trabalho não posso esquecer de agradecer ao SESC por ter apostado no Projeto Saúde Pública e ter me dado a oportunidade de ver o projeto sair do papel;*

*Acharam que eu iria esquecer de agradecer aos amigos, que fiz durante essa caminhada e os que me acompanham há muito tempo, obrigada a todos que fizeram parte da minha vida durante esses quatro anos e aos que fazem parte da minha vida há muito mais tempo: Bel, Kari, Giselia, Aldo, Jú, Márcia, Gi, Grá, Paulinho, Gierry, Gustavo, Xande, Lurdinha, Iane, Patrícia, Ana Paula, David, Claudia, Marcelo, Leco, Henrique, Márcio, Thália, Nane, Renata, Luciana, Dr. Izaltino, Dr. Marcos, Raquel, Seu Felício, Paulinha, Andréa, Juliana, Karise, Lisa, Carlos, Giovane, Catarina, dona Almira, Fernanda, Michel, Flávia...Desculpa se eu esqueci de alguém ta! Meus sinceros agradecimento a todos.*

## RESUMO

O maior avanço no caminho de uma democracia participativa, certamente foi a Constituição Federal de 1988. Mas, não se pode esquecer que as políticas sociais surgem a partir dos movimentos sociais, através de lutas e reivindicações por direitos. Entretanto, a questão do direito é um tema muito recente, que ainda não foi incorporado pela sociedade, a prova disso é o desconhecimento da maior parte da população sobre os seus direitos, como foi analisado neste trabalho, no caso dos idosos. Com relação ao direito à saúde, configura-se como um direito fundamental de todo o cidadão brasileiro e, portanto, dever do Estado responsável pela garantia como acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua proteção e recuperação, mediante políticas sociais e econômicas. Com a implementação do Estatuto do Idoso, em 2004, esse direito vem sendo reforçado para o segmento terceira idade. Através de pesquisas bibliográficas e empíricas, objetivou-se contextualizar a Política Social referente a saúde pública, quanto ao seu surgimento e os determinantes pelos quais o Estado assumiu investimentos em Políticas Sociais voltadas para a saúde e quando essa torna-se cada vez mais mercantilizada e também trazer um breve histórico sobre os primeiros direitos sociais conquistados pelos idosos, principalmente com relação a saúde e a implementação do Estatuto do Idoso. Enfatizando a importância do Projeto Saúde Pública como viabilizador de ações sócio-educativas na perspectiva da efetivação do direito a saúde, levantando através de pesquisas o diagnóstico da saúde dos idosos do Serviço Social do Comércio- SESC de Florianópolis e a questão dos direitos vista pelos idosos participantes da oficina do Projeto Saúde Pública, abordando essas como uma estratégia de conscientização do Serviço Social e trazendo a contribuição do Assistente Social na construção da universalidade no campo do direito a saúde.

**Palavras chaves: Direito; Saúde; Idoso; Serviço Social; Projeto Saúde Pública.**

*“Deixe-me dizer mesmo com o risco de parecer ridículo, que o verdadeiro revolucionário é guiado por grandes sentimentos de amor. É impossível pensar num revolucionário autêntico sem esta qualidade (...). É preciso ter uma grande dose de humanismo, de sentido de justiça e de verdade para não cair em extremismos dogmáticos, em escolasticismo frios, em isolamentos de massas. É preciso lutar todos os dias para que esse amor à humanidade viva, se transforme em atos concretos que sirvam de exemplo e mobilizem”.*

**ERNESTO CHE GUEVARA**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>GRÁFICO 01</b> .....	<b>52</b>
<b>GRÁFICO 02</b> .....	<b>54</b>
<b>GRÁFICO 03</b> .....	<b>55</b>
<b>GRÁFICO 04</b> .....	<b>57</b>
<b>GRÁFICO 05</b> .....	<b>60</b>
<b>GRÁFICO 06</b> .....	<b>62</b>
<b>GRÁFICO 07</b> .....	<b>63</b>
<b>GRÁFICO 08</b> .....	<b>68</b>

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. SAÚDE PÚBLICA UM DEVER DO ESTADO OU MERCADORIA?</b> .....	14
<b>1.1 História da saúde pública.</b> .....	15
<b>1.2 O direito à saúde e os planos de saúde privados</b> .....	25
<b>2 IDOSO, UM CIDADÃO SUJEITO DE DIREITOS.</b> .....	33
<b>2.1 O Idoso e os seus direitos:um breve historico.</b> .....	34
<b>2.2 O Idoso e o seu direito à saúde</b> .....	42
<b>2.3 O Idoso como segmento especial no direito universal</b> .....	45
<b>3 O PROJETO SAÚDE PÚBLICA COMO VIABILIZADOR DE AÇÕES SÓCIO EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE</b> 50	
<b>3.1 Idosos do SESC – Florianópolis: um diagnóstico sobre a questão da saúde.</b> 52	
<b>3.2 A questão dos direitos vista pelos idosos do Projeto Saúde Pública</b> .....	69
<b>3.3 Oficinas do Projeto Saúde Pública:uma estratégia de conscientização do Serviço Social</b> .....	73
<b>3.4 A contribuição do Serviço Social na construção da universalidade do direito à saúde.</b> .....	80
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b> .....	88
<b>APÊNDICE</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>ANEXOS</b> .....	Erro! Indicador não definido.

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto da experiência de Estágio Curricular Não-Obrigatório e Obrigatório, realizado junto aos Grupos de Convivência da Terceira Idade do SESC<sup>1</sup> Florianópolis, entre o período de fevereiro de 2004 até a presente data.

Assim, a partir desse contato com os idosos surgiu a idéia de elaborar o Projeto Saúde Pública<sup>2</sup>, especialmente criado para a disciplina de Planejamento em Serviço Social, em julho de 2004, sendo que logo após a sua apresentação em sala de aula, foi aprovado pela supervisora de campo Arlei Borges e implantado no ano seguinte.

O tema deste trabalho é o direito universal a saúde na terceira idade: um princípio a ser conhecido, com as suas contradições e desafios. Tendo por objetivo de investigação, conhecer mais profundamente a história da saúde pública, os determinantes pelos quais o Estado assumiu o investimento em políticas sociais voltadas para a saúde e quando essa se torna cada vez mais mercantilizada, por conta dos planos de saúde privados. Aprofundando também, os conhecimentos sobre o idoso como cidadão sujeito de direitos, e descrever o Projeto Saúde Pública como viabilizador de ações sócio educativas na perspectiva da efetivação do direito a saúde.

A questão central foi à contradição entre o direito reconhecido legalmente e sua afirmação no cotidiano dos idosos. Tendo como hipóteses de pesquisas:

- 1- Os planos de saúde privados contribuem para a garantia do direito universal?
- 2- O idoso é visto como um segmento especial no direito universal?

---

<sup>1</sup> Serviço Social do Comércio.

<sup>2</sup> Conforme apêndice 1.

3- As oficinas do Projeto Saúde Pública é uma estratégia de conscientização do Serviço Social?

Quanto aos procedimentos metodológicos adotados partiu-se da aplicação do questionário que revelou o diagnóstico sobre a questão da saúde, realizado entre o período de setembro de 2004 a fevereiro de 2005. A grande maioria dos idosos participantes dos Grupos de Convivência respondeu ao questionário.

Nesse questionário, pretendeu-se abordar questões relacionadas à saúde, quanto à utilização da saúde pública e privada e da maneira como os idosos que utilizam medicamentos de uso continuado adquirem esse medicamento.

Para isso, o estudo materializou-se por meio de uma pesquisa social. Esta, segundo Gil (1999, p.42), “pode ser definida como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”. Para alcançar seu objetivo específico, na busca de informações que pudessem dar sustentação e finalidade para a análise do tema a ser estudado, utilizaram-se as seguintes modalidades de pesquisas: bibliográfica, documental, levantamento e estudo de campo<sup>3</sup>.

O universo da pesquisa foi em torno dos 300 idosos participantes dos Grupos de Convivência do SESC Florianópolis, convidados a responder o questionário. Destes, 187 propuseram-se a participar da pesquisa, perfazendo um total de 63%.

Como instrumento para a coleta de dados adotou-se o uso de um questionário com questões abertas e fechadas, considerando ser esta a maneira mais adequada para o

---

<sup>3</sup> A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Já a pesquisa documental assemelha-se com a pesquisa bibliográfica, a única diferença está na natureza das fontes, enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. O levantamento é uma pesquisa que se caracteriza pela interrogação direta cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para em seguida, mediante análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes dos dados coletados. E os estudos de campo apresentam muitas semelhanças com os levantamentos, porém, este tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação (GIL, 1999).

alcance da proposta desta pesquisa. A aplicação da pesquisa foi feita durante as reuniões, onde os questionários foram preenchidos pelos idosos, embora alguns com a ajuda da Assistente Social Arlei Borges e suas estagiárias, quando demonstravam dificuldades para preenchê-los.

Através dele obteve-se informações para problematizar o desconhecimento sobre o direito à saúde, o que motivou o convite para que os idosos participassem da oficina do Projeto Saúde Pública. Este desenvolveu especialmente a realização de Oficinas Sócio-Educativas, baseadas na conscientização dos idosos quanto o seu direito à saúde pública com qualidade, mobilizando-os quanto a importância de que esses façam a defesa desse direito. Tendo como objetivo proporcionar uma melhor compreensão sobre seus direitos, através de palestras, discussões de textos referentes ao tema e a formação de agentes multiplicadores.

O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro traz uma síntese bibliográfica, problematizando a saúde pública como dever do Estado ou Mercadoria. Este contextualiza a Política Social referente à saúde pública, quanto ao seu surgimento e os determinantes pelos quais o Estado assumiu o investimento em Políticas Sociais voltadas para a saúde e quando a saúde torna-se cada vez mais mercantilizada, por conta do Projeto de Saúde articulada à lógica, da lucratividade.

Com relação ao segundo capítulo, esse traz uma pesquisa bibliográfica, porém, com outro foco, contextualizando a história dos primeiros direitos sociais conquistados pelos idosos, principalmente com relação à saúde e a implementação do Estatuto do Idoso. Traz também, a reflexão sobre o idoso como segmento especial no direito universal, tomada como importante desafio no desenho das políticas públicas.

A metodologia do terceiro capítulo foi baseada em uma pesquisa empírica. Este se dedica em apresentar o Projeto Saúde Pública como viabilizador de ações sócio-

educativas na perspectiva da efetivação do direito à saúde, levantando o diagnóstico sobre a questão da saúde dos idosos do SESC e a questão dos direitos vista pelos idosos participantes das Oficinas do Projeto Saúde Pública. Através dos dados coletados nos dois questionários aplicados, delinearão-se o levantamento de categorias e a análise pertinente a cada uma delas.

A análise qualitativa de um dado objeto de pesquisa, foi um recurso adotado porque possibilita a apreensão de categorias que permitirão desenvolver um processo analítico do tema em questão. Não se pode esquecer que o objeto da pesquisa é sujeito, ao mesmo tempo pertencente a uma determinada formação cultural da sociedade, situado num período histórico conjuntural e numa relação política-econômica. Compreender esse contexto é, de fato, fundamental para o estudo em questão.

Ainda nesse capítulo abordar-se-ão as oficinas do Projeto Saúde Pública como uma estratégia de conscientização do Serviço Social. Nos termos de Lima (2004, p.06):

entre as ações profissionais desenvolvidas, as ações sócio-educativas se caracterizam como um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário no sentido de contribuir para que as condições geradoras dos problemas sociais sejam superadas. A intervenção é um movimento de busca de alternativas. Nela, o usuário é entendido como sujeito que, com autonomia, estabelece a forma de alterar a situação que vivencia. A ação transcende para um processo amplo de reflexão, com responsabilização do profissional pela informação, pelo desvelamento dos *ruidos* nela existentes e pelo acompanhamento sistemático no processo de atenção.

E finalmente, no último item tratar-se-á da contribuição do Serviço Social na construção da universalidade do direito à saúde. Afinal, sabe-se que o assistente social é o profissional que, no âmbito da saúde, vem protagonizando as ações que promovem a articulação entre a política de saúde e as demais políticas e serviços que hoje constituem o sistema de seguridade social brasileiro. É, portanto, o profissional que se destaca no

fomento das práticas intersetoriais, hoje uma demanda ligada à atenção que venha responder ao princípio da integralidade nas ações preventivas e nos serviços assistenciais em saúde.

Espera-se, com este trabalho, contribuir de alguma forma para um processo de reflexão a respeito da prática profissional educativa e propositiva, que os profissionais de Serviço Social comecem a pensar em alternativas para contribuir com a universalidade no campo dos direitos sociais, como neste caso do direito à saúde.

## **1. SAÚDE PÚBLICA: UM DEVER DO ESTADO OU MERCADORIA?**

Neste capítulo, julga-se importante contextualizar a Política Social referente à saúde pública, quanto ao seu surgimento, e os determinantes pelos quais o Estado assumiu o investimento em políticas sociais voltadas para a saúde, sem deixar de problematizar o contraditório processo de mutação da saúde que cada vez mais se torna mercantilizada.

Para contextualizar a trajetória da saúde pública, tomar-se-á como referência central para a síntese histórica os trabalhos de Maria Inês Souza Bravo, uma das poucas produções completas e aprofundadas que discute o assunto em questão.

O terreno histórico se organiza, então, em torno do século XIX ao XXI, enfatizando-se o movimento da Reforma Sanitária até a conquista da implantação do Sistema Único de Saúde, representando um grande avanço no tocante às políticas públicas, com a proposta de solidariedade social, universalidade de acesso e integralidade de ação. Tendo os seguintes princípios norteadores:

- Equidade; garantia de atendimento ao cidadão em todos os serviços, em igualdade de condições, respeitando-se a necessidade de saúde de cada caso.
- Integralidade significa a garantia de atendimento integral, reconhecendo o cidadão, as ações e os serviços como um todo.
- Universalidade; garantia de acesso do cidadão aos serviços de saúde pública ou contratada pelo Poder Público.

Ressaltam-se também, as dificuldades que demonstraram a fragilidade do Sistema Único de Saúde, que atualmente, em 2005, vem sendo desconstruído, com a afirmação da hegemonia neoliberal.

É baseando-se nos princípios norteadores que se procura trabalhar o direito à saúde conquistada para toda a população e inclusive ao segmento terceira idade, cujos

direitos vêm sendo reforçados pela Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso recém implementado.

No entanto, percebe-se diante das constantes violações a esses direitos, que ainda estão longe de serem garantidos os atendimentos necessários a esta população. Por consequência, aumenta o risco da saúde ser vista como mercadoria, pois muitos acabam comprando planos de saúde privada, em parte por não ultrapassarem uma visão elitista da saúde, mas também pelo caos que se encontra a saúde pública atualmente.

### **1.1 História da saúde pública**

Sabe-se que, de acordo com a história, existiam fábricas na Europa, muito antes da Revolução Industrial. Mas foi no século XIX que as fábricas começaram a crescer em número tornando-se a forma característica da produção, passando a ser o centro de produção de máquinas, ferramentas e outros artigos de consumo.

Segundo Rosen (1994), com o crescimento do sistema industrial, eram necessários mais e mais trabalhadores. E já não se podia levar a força do vapor e as novas máquinas para os lares dos trabalhadores, como aconteceu com os meios de produção sob formas mais simples de organização, tinha-se que trazer o trabalho para a fábrica.

Nesse século, assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, já que no início deste o Estado não se responsabilizava pela saúde da população, pois fazia parte da ideologia dominante a não intervenção estatal nas políticas sociais.

Os empresários também se omitiam até mesmo da proteção à saúde dos seus empregados, sem nenhuma política pública de saúde, a população era obrigada a se virar como podia. Se alguém fosse vitimado pôr alguma doença mais simples, nessa época, as alternativas mais comuns eram procurar auxílio em alguma instituição filantrópica ou de auxílio mútuo, aos remédios retirados de plantas medicinais, ou procurar ajuda junto aos

curandeiros. Já nos casos de doenças mais graves, sendo necessárias algumas intervenções cirúrgicas de médicos, em função dos altos custos da época, não muito diferente da atualidade, a alternativa era gastar as economias próprias ou de familiares de toda uma vida, ou, para quem não dispunha desses recursos, a alternativa que lhes restavam era encaminhar-se para a morte, sem nenhum atendimento.

Bravo (2001), registra que com a industrialização nos países centrais, a assistência à saúde dos trabalhadores começou a ser assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Já em meados do século XIX, esta interferência foi aprofundada, tendo como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das Políticas Sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Logo, a questão da saúde existente nos anos 20 precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, necessitando transformar-se em questão política, com a intervenção do Estado e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, visto que esses eram caracterizados como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação.

Em 1923, no Brasil, iniciou-se a estrutura do Sistema Público de Saúde, com as CAPs<sup>4</sup>, tendo pôr objetivo, dentre outros, prestar socorros médicos e de medicamentos aos trabalhadores ferroviários. Em 1926, também os trabalhadores estivadores e os marítimos começam a ser atendidos pela CAPs, de forma que as demais categorias apenas conseguem após 1930. Nessa época começaram a surgir algumas iniciativas de organização do setor saúde e a substituição do CAPs pelo IAPs<sup>5</sup>, pretendendo estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

---

<sup>4</sup> Caixas de Aposentadorias e Pensões

<sup>5</sup> Instituto de Aposentadorias e Pensões.

A intervenção estatal só foi acontecer no Brasil no século XX, mais precisamente nos anos 30, pois a conjuntura dessa época, com suas características econômicas e políticas, possibilitaram o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais. Conforme Braga e Paula (1985, p.41-42): “[...] a saúde emerge como questão social no Brasil, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”.

Bravo (2001), considera que o processo de industrialização sob o domínio do capital industrial teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A política de saúde, formulada nesse período, era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o da saúde pública e a da medicina previdenciária. De acordo com Braga e Paula, (1986, p.53-55), as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940 foram:

- ênfase nas campanhas sanitárias;
- coordenação dos serviços estaduais de saúde dos Estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
- criação de serviços de combate às endemias( Serviço Nacional de Febre amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller de origem norte-americana);
- reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Com relação ao modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil, pode-se dizer que foi o de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente

que dominou o período anterior, de 1923 a 1930. Conforme Oliveira e Teixeira (1986, p. 61-65), um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi:

[...] sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 1930, procurou demarcar a diferença entre previdência e assistência social, que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

No período de 1940 a 1950, consolida-se a Política Nacional de Saúde, por conseguinte, é criado, durante a segunda guerra mundial, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller.

Mas também foi a partir de 1950 que a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, começa a apontar. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor, no momento era a mais organizada e pressionava o financiamento da produção privada de serviços pelo Estado, defendendo claramente a privatização da saúde. Apesar de todas essas pressões, as formas de compra dos serviços médicos por terceiros junto às empresas privadas são fatos minoritários e pouco expressivos no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos, até pelas condições financeiras dos trabalhadores.

Portanto, na ditadura militar o modelo de política de saúde se volta especialmente ao produtor privado.

Para Oliveira e Teixeira (1986, p. 207), o modelo de privilegiamento do produtor privado foi implantado nessa conjuntura do país, com as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, as trabalhadoras rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos.
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar.
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços.
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, composto pelos serviços nacionais de controle das epidemias, embora esse modelo de saúde pública, o qual vigorou até a Constituição Federal de 1988, tenha-se mostrado profundamente problemático.

De acordo com ANFIP<sup>6</sup> (1995), os motivos eram os seguintes:

- A assistência à saúde não possuía fontes próprias de receita, condenando-a a resistir como apêndice da previdência social;
- A dicotomia existente colocando de um lado a assistência médica previdenciária, trabalhadores e suas famílias, e de outro os serviços de saúde pública, para os que não se vincularam ao mercado formal;
- O modelo da prática dos serviços sanitários baseados numa concepção militar e positivista da saúde enquanto campanha, vigilância e combate;
- E a forma de gestão e decisão centralizada no governo federal cuja interferência e ingerência nos estados e municípios era crescente, quase sempre desvinculada das organizações estatais, efetivando duplicidade e irracionalidade financeira e programática nas execuções das ações.

Durante vários anos, foram defendidas pelo movimento sanitarista, várias proposições, as quais serviram de inspiração para a construção do texto constitucional, embora não tenha sido possível atender todas as demandas, quando essas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo.

Para Teixeira (1989), “a análise da política de saúde na década de 1980 teve como aspectos centrais à politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais”. Na mesma direção, afirma Bravo (2001, p.26):

a alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada, tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorporava grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideram que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta tão clara como a saúde.

Borges (2003) afirma que nos anos 80, juntamente com os movimentos em busca da abertura política brasileira contra o regime ditatorial, instaurou-se a crise econômica que persiste até os dias de hoje, passando a saúde a ser discutida não só tecnicamente, mas também numa dimensão política, estando estreitamente ligadas à consolidação da democracia, tornando-se tema de discussão no Congresso Nacional, reivindicação dos movimentos sociais e parte integrante do discurso político de partidos de esquerda.

As principais propostas debatidas por estes sujeitos coletivos, de acordo com Bravo (2001, p. 109), foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor por meio de estratégias do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento

---

<sup>6</sup> Associação Nacional dos Fiscais da Previdência.

setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, por meio de mecanismos de gestão, os Conselhos de Saúde.

Assim, a questão da saúde transcende a análise setorial e passa a se referir a toda a sociedade, propondo-se não somente um Sistema Único de Saúde, mas uma Reforma Sanitária, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988, cujo texto atende a grande parte das reivindicações:

- saúde como direito universal e dever do Estado, sem distinção entre rural e urbano e entre segurado e não segurado;
- atenção a saúde considerada como de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- implantação do Sistema Único de Saúde, de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada e integral, contando com a participação comunitária.

Algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação de Reforma Sanitária começaram então a vir à tona no final da década de 1980, cabendo destacar:

- a fragilidade das medidas reformuladoras em curso;
- a ineficiência do setor público;
- as tensões com os profissionais de saúde;
- a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção a saúde da população brasileira;
- e a reorganização dos setores conservadores contrários a reforma, que começam a dar direção no setor a partir de 1988.

Bravo (1991, p.197), assim sintetiza esse processo:

apesar da consolidação do conceito de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde/ leis 8080/90e 8142/90), a política de saúde no Brasil, na década de 90, passa por momentos distintos em relação à reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normalizações visando consolidar a contra reforma na saúde.

Começa-se, então, nos anos 90, o redirecionamento do papel do Estado para o contexto do avanço das teses neoliberais. Neste contexto, há um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes.

Conforme Antunes apud Bravo (2001, p. 29) “[...] a reforma constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Estas atingem o núcleo dos direitos sociais e políticos, conquistadas pelas classes que vivem do trabalho”.

Desse modo, a retórica neoliberal é a responsável pelas dificuldades do Estado e das classes burguesas para equacionar a crise econômica. Com o agendamento da reforma da Previdência tomada isoladamente, o governo teve por intencionalidade desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Com base nesse preceito, Vianna (2001, p.179) afirma que:

[...] a discussão em torno da seguridade resumiu-se praticamente ao assunto previdência. A reforma da previdência, e não a reforma da seguridade, entrou na agenda desde 1992, quando inúmeros bobbies começaram a se mobilizar visando à revisão da Constituição, prevista pelo artigo 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para outubro de 1993.

As mudanças desejadas não aconteceram nesse momento, mas sobretudo os setores empresariais e políticos ligados à reforma da previdência, ganharam tempo para aperfeiçoar o linguajar especializado e fortalecido pelo discurso tecnicista, passando a

dominar as análises, transpondo o estatuto de reforma estrutural indispensável à estabilidade econômica do país.

Nessa perspectiva, a hegemonia neoliberal afirmada no Brasil reduz os direitos sociais e trabalhistas, causando desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação tendendo a debilitar espaços de representação coletiva e de controle social sobre o Estado. Visto que esses direitos sociais e trabalhistas foram frutos de lutas da sociedade civil, conquistadas com a Constituição de 1988, encontram-se seriamente submetidas à lógica da hegemonia neoliberal.

A partir do exposto, Bravo (2001) identifica atualmente no Brasil formas diferenciadas de gestão das Políticas Sociais, norteados pelos projetos societários em confronto: liberal corporativo × democracia de massa, ou democracia restrita × democracia de massa.

Percebe-se hoje no Brasil dois projetos distintos de saúde, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Articulada ao Mercado ou Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária foi construído na década de 80 e inscrito com a Constituição de 1988, tendo como uma de suas estratégias o SUS, esse fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e principalmente pela saúde. A premissa básica desse projeto consiste em que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado.

Já o projeto de Saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na década de 90, está pautado na política de ajuste fiscal, tendo como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir

um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Porém, como se vê atualmente, o que foi construído na década de 80, com relação à proposta de saúde, vem sendo permanentemente desmontado, principalmente no que se refere ao papel do Estado e sua relação com o mercado. A saúde, sempre disputada pelo mercado, fica capturada por parcerias com a sociedade civil, cuja responsabilização contribui ainda mais para intensificar os custos da crise.

Pode-se exemplificar, como atual contradição, a tentativa de implantação das “Farmácias Populares” no país, cujo objetivo do programa é comercializar remédios junto à população, com preços inferiores aos do mercado. Segundo o Ministério da Saúde, não existe qualquer objetivo de lucro nessa comercialização, que estaria fundamentada na Lei nº 10.858/2004<sup>7</sup>. Entretanto, o procurador da república José Jairo Gomes, acredita que tal medida afronta os princípios que regem a administração pública e o próprio Sistema Único de Saúde, em especial os da universalidade da cobertura e do atendimento integral.

Afinal, sabe-se que o Estado tem o dever de prestar assistência integral e não o de exercer comércio, ainda que, neste caso, à primeira vista justificável. Mas, para aumentar o acesso da população a medicamentos, é necessária a ampliação das Farmácias Básicas, das quais não devem ser confundidas com as Farmácias Populares, pois o que a primeira faz é distribuir gratuitamente medicamentos à população, contemplando assim o direito aos medicamentos garantidos pela LOAS.

Para Bravo (2001, p.30), “[...] com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verifica-se o descumprimento das disposições constitucionais e legais, e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”. Ainda conforme a autora, algumas questões

têm comprometido a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não-unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A atual proposta de reforma do Estado para o setor de saúde insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

A universalidade do direito é um dos fundamentos centrais do SUS e contido no Projeto de Reforma Sanitária, sendo um dos aspectos que tem provocado resistência dos reformuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Considera-se, assim, necessário, que no embate entre esses dois projetos, seja construído uma pauta entre os diversos sujeitos sociais preocupados com a Política Pública de Saúde em torno de questões que possam resgatar o Projeto de Reforma Sanitária na sua totalidade e não apenas ficar restrito ao SUS.

## **1.2 O direito à saúde e os planos de saúde privados**

A Constituição Federal de 1988 propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, propiciando particularidades em aspectos éticos-políticos fundamentais. A Carta Constitucional, através dos artigos 196<sup>8</sup> e 197<sup>9</sup> trazem a concepção de direito tendo a

---

<sup>7</sup> Lei 10.858/20004, artigo 1º: Esta lei trata da disponibilidade de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz mediante ressarcimento, visando assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo.

<sup>8</sup> Art. 196: A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e proteção e recuperação.

<sup>9</sup> Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde [...].

satisfação das necessidades de saúde como um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem.

O direito a saúde independe do mercado na medida em que são propostos os atendimentos universais, integrais e igualitários. A saúde se constitui em um direito essencial que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos.

Conforme Nogueira (2002, p.154):

a aprovação do direito à saúde se expressa em uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirmam ainda, o trânsito para um Estado Institucional-Redistributivo, na medida em que rompem com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão.

Porém, nem bem havia sido promulgada a Constituição de 1988, chega ao Brasil a onda neoliberal, no governo de Fernando Collor. Assim, segundo Soares (1999, p. 45), pode-se definir por neoliberal:

[...] a política implementada a partir da década de cinquenta, tendo como principais representantes à Inglaterra e os Estados Unidos, com a defesa do Estado mínimo como característica principal. Nesse período, as organizações internacionais passam a ter um controle mais intenso das ações dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Controle esse que funciona de maneira mais explícita nas intervenções econômicas por parte do fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, além de intervenções militares. Isso para ressaltar a importância do poder econômico e do poder militar, garantindo que o primeiro se estabeleça.

Com essa onda neoliberal foi necessária muita pressão social para serem aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde (1990) e da Seguridade Social (1991).

Nesses termos, com base na disposição constitucional foi elaborada a Lei Orgânica da Saúde que fixa os princípios básicos do SUS, a saber:

- I- Universalidade: é a garantia de acesso gratuito a todo cidadão, independente de ter ou não carteira assinada, aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie.

No entanto, as fontes de custeio não se viabilizaram e os gastos com a saúde pública chegaram ao fundo do poço nos anos de 1992, 1993 e 1994, levando a um completo caos no atendimento à população em todo o país.

Em 1995, começa-se a implementar, no Brasil, a reforma na área da saúde a partir da ótica dos Organismos Internacionais de Financiamento (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Fundo Monetário Internacional – FMI).

O Banco Mundial analisando a política de saúde brasileira, o SUS, constatam uma série de implicações, que segundo Simionatto (2001, p.18) foram as seguintes:

[...] a extensão da cobertura a todos os cidadãos; a transferência para os municípios, das responsabilidades e da totalidade dos recursos federais referentes à assistência e a saúde: as pesadas cargas financeiras com que o modelo tem onerado o setor público, criando expectativas para a população; além do fato de o sistema unificado e descentralizado continuar, não indicando como ocorrem as relações entre o governo e o setor de privado.

De acordo com Dal Prá (2003), o Banco Mundial aponta, também, como grande falha do SUS a ineficiência no atendimento das camadas mais pobres da população e a concentração de recursos em programas que não atingem as regiões mais empobrecidas.

Crítica a centralidade do modelo no cuidado hospitalar e ambulatorio e em alta tecnologia, com pouco investimento em programas de saúde preventiva.

Diante dessa situação, o Banco Mundial sugere uma agenda para a reforma da política social, incluindo a área da saúde. Segundo Costa (1998, p.35),

[...] aumenta a focalização do gasto público; incluindo a cobrança dos que podem pagar por certos benefícios e o estímulo a oferta pelo setor privado de certos serviços; descentralização da execução dos programas sociais para os estados e governos locais; eliminação de qualquer vínculo de fonte e folha de pagamento; fortalecer o papel do governo federal no controle de qualidade e provisão de informação ao consumidor.

Bravo e Matos (2001) apontam como aspectos importantes da reforma do Estado para o setor saúde às diversas normatizações que surgiram na segunda metade da década de 90, como a Norma Operacional Básica (NOB – 96), a regulamentação dos planos e seguros de saúde e dos preços dos medicamentos, incluindo o estabelecimento dos genéricos.

Ainda segundo os autores, a NOB – 96, ao enfatizar os Programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tem clara orientação focal, priorizando a atenção básica desarticulada da atenção secundária e da terciária. Percebe-se, também, nessa proposição, a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referencia) e o básico, através dos programas focais. Essa proposição, apesar de ser anterior, está articulada ao documento do MARE<sup>10</sup>, de 1998, já apresentado, que deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e o outro sistema para os consumidores.

---

<sup>10</sup> O documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) nº 13, de 1998, em especial o artigo de Bresser Pereira, apresenta uma proposta de reforma para o setor saúde, dirigida para a assistência ambulatorial e hospitalar, afirmada no documento como uma das partes fundamentais e mais caras do SUS.

Conforme Bahia, Santos e Gama (2000), o agendado debate sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde teve dois momentos. O primeiro, no início da década de 90, quando o debate ficou restrito aos meios de divulgação especializados com ênfase em dois pontos: a elaboração de regras para as operadoras e a abertura do setor para o capital estrangeiro. Em meados da década de 90, a agenda se amplia e aparece na mídia e as entidades médicas e de defesa do consumidor assinaram as reivindicações de ampliação da cobertura e controle de preços.

Bravo e Matos (2001) apontam que a nomeação de José Serra para o Ministério da Saúde desloca as funções da regulamentação que estavam destinadas à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) vinculada ao Ministério da Fazenda, para o Ministério da Saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde transforma-se em um órgão capaz de enfrentar tanto a poderosa indústria farmacêutica, através da normatização dos remédios genéricos quanto às empresas de planos e seguros de saúde, conseguindo apoio dos meios de comunicação das Agências Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que são instituições dotadas de autonomias orçamentárias e decisórias, previstas pelo plano diretor de reforma do Estado, de 1995.

Ainda segundo os autores, a criação dessas agências expressa um fortalecimento do Ministério da Saúde no sentido de ditar parâmetros para atuação dos agentes privados (regulamentação dos preços de medicamentos e planos de saúde) e da derrota do Ministério da Fazenda. Ressalta-se, entretanto, que esse fortalecimento do Ministério da Saúde não tem contribuído para melhorar as condições de saúde da população brasileira, para delimitar a base social do financiamento dos planos e seguros de saúde, nem para disciplinar as relações com o setor privado (tanto o contratado como o autônomo). As regulamentações trazem explicitamente uma contradição, que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a

concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do Movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Assim, as propostas de normatizações estão coerentes com a contra-reforma em curso no Brasil.

Sabe-se que nos últimos anos, os recursos para a saúde voltaram a crescer lentamente, mas são ainda completamente insuficientes para garantir uma saúde pública decente e aceitável para todos os brasileiros. Existe ainda um evidente atraso na implantação do SUS em outros aspectos, tais quais a municipalização, controle social entre outros. Por conseguinte o caos na saúde pública resulta da não implantação do SUS, de acordo com o que determina o texto constitucional, abrindo um enorme espaço para a expansão dos planos de saúde privados. De forma que a saúde privada no Brasil já fatura aproximadamente R\$17 bilhões, praticamente a mesma quantia que a União gasta com a saúde pública.

Essa expansão da saúde privada deu-se particularmente junto aos antigos usuários da saúde do sistema previdenciário, ou seja, os trabalhadores do setor formal da economia, que representa hoje 80% da clientela, através dos chamados planos-empresa. Já que com a criação do SUS, pretendia-se acabar com a dicotomia entre a saúde previdenciária e a saúde pública.

Mas com a contra reforma reedita-se à dicotomia entre a saúde pública e saúde privada. Portanto, os antigos usuários do INAMPS começam a pressionar as empresas para implementarem planos de saúde, centenas dessas acabam optando pelos planos de saúde privada para seus funcionários, elecando alguns motivos:

1-Do ponto de vista econômico, a assistência médica tem como função viabilizar a manutenção, a recuperação e a reprodução da força de trabalho.

2- Os incentivos fiscais, recebidos pelos empregadores, com a assistência à saúde, através de abatimentos no Imposto de Renda.

Segundo Dain (2000, p. 180) “[...] a renúncia fiscal na área do imposto de renda através da dedução dos gastos de saúde constitui importante componente do financiamento do sistema privado de saúde”. De acordo com Almeida, (1998, p.47),

dados fornecidos pela Secretaria da Receita Federal indicam que 34,7 mil empresas efetuaram deduções sobre o lucro real relativos a despesas com saúde na declaração de 1997(ano base 1996), totalizando R\$3,2 bilhões, configurando uma renúncia fiscal de R\$168 milhões no IRPF<sup>11</sup> (alíquota base 25%). Quanto às pessoas físicas, na faixa da alíquota de 15%, 2,2 milhões de contribuintes deduziram, em 1997, R\$ 1,1 bilhões, significando uma renúncia fiscal de R\$168 milhões no IRPF<sup>12</sup>, na faixa alíquota de 25%, 1,6 milhões de contribuintes deduziram R\$ 2,9 bilhões, representando outros R\$726 milhões de renúncia fiscal no IRF. Em resumo, as estimativas indicam que, na declaração do IRPJ e IRPF de 1997 (ano base 1996), as deduções relativas a despesas com saúde totalizaram cerca de R\$ 7 bilhões, representando cerca de R\$ 2 bilhões de renúncia fiscal.

3- A assistência médica significa também uma flexibilização da remuneração, funcionando como um complemento de renda (salário indireto), e do consumo básico do trabalhador, com a vantagem para o empresário por estar isento de qualquer encargo previdenciário e trabalhista.

4- E politicamente a adoção de planos de saúde tem a função de reduzir o conflito capital/trabalho, passando a empresa a atuar numa área que é de responsabilidade do Estado, revestido de benefício empresarial.

Com a expansão dos planos de saúde privados, junto aos trabalhadores das médias e grandes empresas, acontecem conseqüências políticas dramáticas; a saúde pública perde a sustentação política dos trabalhadores mais bem organizados e com maior capacidade de pressão política. Goldman (2000, p.27) assim afirma:

não é novidade para ninguém afirmar que as políticas sociais são resultantes da conquista da classe trabalhadora, mesmo quando aparecem como concessão do Estado. Isto porque a esfera das políticas sociais é atravessada pela luta de classes sendo na correlação de forças que ela se

<sup>11</sup> Imposto de Renda Pessoa Jurídica.

<sup>12</sup> Imposto de Renda Pessoa Física.

estabelece e que conquista os direitos. Para garantia dos direitos da classe trabalhadora é fundamental que sua mobilização política seja constantes e, quando necessário, intensificar as leis para a garantia de direitos estabelecidos e/ou para encetar esforços rumo a novas conquistas.

Contraditoriamente, a crítica que setores da classe trabalhadora fazem à saúde pública é, em geral, muito elitista. Não são poucos o que reclamam da extinção do INAMPS e dos serviços de saúde via previdência social. Muitos também não compreenderam o novo formato do sistema de saúde, afirmando que pagam o INPS<sup>13</sup> e não tem retorno, desse modo faz com que estes defendam os planos de saúde privados, alegando que a saúde pública não possui qualidade. Como afirma Neto (1997) apud Bravo e Matos (2001, p.211):

o discurso de que o SUS não deu certo, alardeado pela imprensa e por setores do governo é equivocado e mal intencionado; entretanto, o SUS precisa começar a dar certo, aos olhos da população e da mídia. Para que isso ocorra, precisa-se investir em varias frentes. Uma perspectiva fundamental nessa direção é a reorientação do processo de formação profissional e de comunicação social que aponte na direção de consciência sanitária, proposta por Berlinger (1983), Outra estratégia é a ocupação do Estado, através de partidos de oposição que tenham compromisso com as políticas publicas e ampliação da democracia na esfera da economia, da política e da cultura.

É na perspectiva de contribuir para o fortalecimento dessa “consciência sanitária”, ressaltada por Neto, que o Projeto Saúde Pública ganhou relevância político-profissional que será analisada no terceiro capítulo.

No próximo capítulo, será abordado os direitos sociais conquistados pelos idosos, principalmente com relação ao direito à saúde e a implementação do Estatuto do Idoso. Trazendo uma reflexão sobre o idoso como segmento especial no direito universal, tomada como importante desafio no desenho das políticas públicas.

## 2. IDOSO, UM CIDADÃO SUJEITO DE DIREITOS.

Envelhecer no Brasil é uma conquista recente. Para Paz (2000), esse é um momento desejado por uns, impostos a outros, visto inicialmente como ganho de liberdade e logo começa a pesar com as perdas. Conforme Ceconne (2004, p.83), afirma que:

do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente, compõem o elenco de perdas suficientes para um expressivo rebaixamento da sua qualidade de vida. Também do ponto de vista biológico, na idade avançada é mais freqüente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva.

A reconstrução de projetos de vida demanda políticas sociais que garantam ao idoso direitos e o exercício de sua cidadania, visando melhorias na sua qualidade de vida. Em uma sociedade sem a vivência de conviver com uma população idosa, esse contingente populacional emerge com exigências próprias e necessidades de construir seus espaços em uma cultura sem a tradição de pensar o idoso.

Portanto, o envelhecimento populacional brasileiro é um grande desafio. Enfrentá-lo, no momento em que as políticas sociais se fragilizam e em que a seguridade social apresenta um quadro dramático, requer um esforço amplo do Estado e da sociedade civil.

O aparato legal brasileiro, isto é, a Constituição de 1988, o Código Civil, Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso e as inúmeras portarias que concedem aos idosos benefícios na área da saúde, da assistência, da previdência prenunciam a viabilidade

---

<sup>13</sup> Instituto Nacional de Previdência Social.

de uma cidadania possível, ao menos no que se refere à legislação. Mas entre as propostas contidas na lei e a realidade vivenciada pelos idosos há um enorme abismo.

O crescimento do número de idosos em nosso país determina além de medidas de ação individual, uma concentração de esforços, objetivando diminuir, nessa população, as desigualdades sociais e de recursos materiais, tomando-se por base a população economicamente ativa.

Neste capítulo julga-se assim importante abordar os direitos sociais na terceira idade, mas também sem deixar de enfatizar o direito à saúde para esse segmento.

Aprofundando-se em uma análise histórica, face à dinamicidade e profundidade que o tema requer, cabe ainda contextualizar todo o movimento dos aposentados e pensionistas do qual resultaram várias conquistas, entre essas a mais recente é a implantação do Estatuto do Idoso.

## **2.1 O Idoso e os seus direitos: breve histórico**

Pode-se entender, segundo Goldaman (2000), ser fundamental que os sujeitos históricos, indivíduo e coletivo, se incorporem no processo de garantia de usufruto das políticas sociais, lembrando que tal processo acontece se manifestando de forma contraditória no campo de forças em que o capitalismo busca resistir, mas depois é obrigado a recuar e fazer face às lutas das classes trabalhadoras. É nesse embate permanente que a organização da sociedade civil, por meio dos movimentos sociais, que é um instrumento de luta política para garantia dos direitos conquistados e para consecução de novos direitos.

O primeiro direito a Políticas Sociais para o Idoso acontece na área da Previdência Social. Malloy (1986) afirma que foi após a queda de Vargas e com a

instituição de um sistema democrático constitucional, a correlação de forças políticas entre executivo e o legislativo vai marcar a política previdenciária. Entre 1946 e 1947 uma série de alterações no sistema previdenciários foram pleiteados, mas não se realizaram. Para implementar uma nova legislação previdenciária é apresentada em 1947 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que só em 1960 é aprovada, após reformulações e emendas.

Vieira (1985), em uma substancial análise histórica da política previdenciária no 2º período da Era Vargas, aponta não haver preocupações com transformações globais. Pelo contrário: as propostas na Previdência e Assistência Social referem-se às decisões setorizadas, buscando enfrentar somente os problemas localizados mais urgentes, priorizando-se o atendimento individual.

O caráter desmobilizador das políticas trabalhistas e previdenciárias no que exclusivamente entradas na dinâmica do processo de trabalho, de acordo com Goldman (2000, p.31), “reflete-se diretamente nos movimentos dos trabalhadores e impossibilita qualquer organização dos aposentados e dos idosos que se encontram excluídos do processo produtivo”.

Ainda segundo a autora, a aprovação da LOPS talvez tenha sido o evento mais significativo da política previdenciária do governo de Juscelino Kubtschek. A LOPS consagra o benefício da aposentadoria por velhice, por tempo de serviço e a especial.

De acordo com Malloy (1986), em 1964, com o regime autoritário da ditadura militar, a classe trabalhadora é excluída do cenário político nacional. A intervenção do Estado se instala na totalidade dos IAPs e em 1967 ocorre a unificação do sistema através do INPS, inaugurando um sistema centralizador.

Para Goldman (2000, p.32):

algumas mudanças significativas para os idosos surgem com a aprovação do Decreto nº 72.771 de 06/09/1973, que define condições para o

usufruto de pensão por velhice: ter completado 65 anos ou mais (segurado masculino) e 60 anos ou mais (segurada feminina) e, em ambos os casos, se desligar de qualquer atividade remunerada. Como o cálculo da aposentadoria por velhice era proporcional ao tempo de contribuição, o valor do benefício, muitas vezes irrisório, obrigava ao idoso exercer atividades laboratoriais clandestinas para garantia de sua sobrevivência.

Ainda segundo a autora, a lei 6179 de 11 de dezembro de 1974 aprovou o amparo da previdência para os idosos com mais de 70 anos e para os inválidos, desde que cumpram alguns pré-requisitos: não exercer atividade remunerada, não ser mantido por outra pessoa e não ter outro meio de sustento. O valor do benefício correspondia à irrisória quantia de meio salário mínimo, estando longe de prover a subsistência dos idosos.

Foi com a lei 6210/75 que foi extinto a contribuição sobre benefícios previdenciários e suspendeu a aposentadoria de retorno ao trabalho. Um passo adiante se dá com a promulgação da lei 6243/75, ao regulamentar a situação do aposentado que volta à atividade laborativa com a percepção do pecúlio.

Por conseguinte em 1977, o Ministério da Previdência e Assistência Social define a Política Social do Idoso, incluindo os seguintes tópicos:

- Implantação do sistema de mobilização comunitária;
- Atendimento institucionalizado;
- Atendimento médico-social;
- Programa de pré-aposentadoria;
- Treinamento de recursos humanos;
- Dados sobre a situação do Idoso.

Goldaman (2000) afirma que a generalidade do conteúdo desse documento se aproxima mais do modelo de cartas de intenção do que de um programa consistente e viável.

A luta dos movimentos populares e da sociedade organizada continuava no sentido de assegurar à inclusão, aprovação e manutenção de diversos dispositivos que colocassem o cidadão a salvo das arbitrariedades do Estado e dos governos até porque se trata da ruptura com o regime militar. Assim, no ano de 1988 ocorreu a promulgação da Constituição Federal.

Conforme Goldaman (2000,p.24),

[...] como atores e sujeitos históricos, os idosos, reivindicaram participar da Constituição de 1988. Esses iam as comissões técnicas, faziam sugestões, argumentavam, apresentavam substitutos, organizavam protestos em diversas capitais, lotavam o plenário do Congresso Nacional, atraindo a atenção da mídia dos parlamentares e da população em geral [...].

De acordo com Goldaman, pode-se perceber que os idosos são sujeitos de sua própria história, contrariando o pensamento de que o idoso não é um sujeito ativo. Afinal, a história comprova a organização política desse segmento, que através dos movimentos sociais, participam de várias conquistas, inclusive neste caso, participam da elaboração da Constituição Federal de 1988.

Desse modo, a Carta Constitucional de 1988 amplia e consolida direitos a população idosa. As novas conquistas asseguradas por esse dispositivo legal aos idosos são:

- Aposentadoria proporcional por tempo de serviço, para o homem a partir de 30 anos de contribuição previdenciária e para mulher a partir de 25 anos de contribuição;
- Aposentadoria por idade, trabalhador rural, homens 60 anos e mulher 55 anos, e trabalhador urbano, homens 65 anos e mulheres 60 anos.
- Pensão por morte para viúva e viúvo;
- Cálculo do benefício baseado na média dos últimos 36 salários de contribuição corrigidos monetariamente;

- Reajuste dos benefícios vinculados ao salário mínimo até setembro de 1991. A partir daí o reajuste seria corrigido quadrimestralmente pelo INPC<sup>14</sup>. Os segurados ganharam na justiça o reajuste de 147% retroativo a setembro de 1991.

Com relação a esse reajuste de 147%, essa conquista foi uma luta empreendida pelos aposentados e pensionistas, capitaneados por suas associações e federações para garantir o usufruto dos 147%(garantia da irredutibilidade de seus benefícios ao mesmo nível do poder aquisitivo que tinham na data da concessão), amparados legalmente contra a Previdência Social, exigindo o cumprimento da Constituição. Por conseguinte, se constitui numa luta aguerrida dos idosos e cuja conquista marca um dos movimentos sociais mais significativos dos anos 90 (GOLDAMAN, 2000).

Em 4 de janeiro de 1994, o Presidente Itamar Franco, sanciona a lei nº 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, uma prova incontestável de direitos sociais que se tornam direitos positivos.

Segundo Goldaman (2000, p.33):

entre o que propõem a Lei e a realidade vivenciada pela população idosa há um enorme hiato. A consolidação do modelo neoliberal vai colocar em xeque a força política do segmento populacional idoso. Mais do que nunca é preciso lutar para a garantir os direitos contemplados pelo aparato legal (Constituição federal, Código Civil e Lei 8842). É ocupando os espaços como sujeitos históricos que os idosos devem lutar. Eles já demonstraram sua força política na promulgação da Constituição de 1988. No movimento dos aposentados e pensionistas pelos 147% devidos pelo INSS [...].

De forma que foi através de lutas que os idosos conseguem que em 1º de outubro de 2003, que o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sancionasse o Estatuto do Idoso, que além de reforçar os direitos garantidos pela Política Nacional do Idoso, vêm ampliando esses direitos, definindo medidas de proteção às pessoas com idade

---

<sup>14</sup> Índice Nacional de Preço ao Consumidor.

igual ou superior aos 60 anos. Entrando em vigor depois de decorridos noventa dias da sua publicação oficial, 1º de janeiro de 2004. O Estatuto do Idoso vem implementar a participação de uma parcela significativa do povo brasileiro, os idosos.

Mussi e Piardi (2004) presumem que a lei se destina a regular direito especial aos idosos e de dispor de seus direitos fundamentais e de cidadania, bem como a assistência judiciária. Além de se preocupar com a execução dos direitos pelas entidades de atendimento que o promovem, também se volta para a vigilância e defesa, por intermédio de instituições públicas, justificando-se pela condição de fragilidade do idoso em relação às demais pessoas, apontando a proteção à velhice como direito personalíssimo.

Na trilha do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto do Idoso é mais um instrumento para a ampliação da cidadania. Ambos têm o propósito de operacionalizar a garantia dos direitos consagrados, por meio de políticas públicas e mecanismos processuais. Uma vez que, segundo Abreu (2004, p.10) é:

de extrema importância ressaltar que o idoso, diferentemente da criança, encontra-se em pleno exercício de sua cidadania, de sua liberdade e de seus direitos, salvo quando se encontra debilitado, fragilizado, ou incapacitado pelas circunstâncias próprias da idade.

O Estatuto do Idoso contém 119 artigos que regulamentam os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, possuindo o propósito de operacionalizar a garantia dos direitos assegurados por políticas públicas e mecanismos processuais.

O artigo 2º do Estatuto do Idoso, o qual revela que: “o de proteção integral aos idosos para que esses possam ter todas as oportunidades e facilidades, para a preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social em condições de liberdade e dignidade”.

A proteção do idoso é um direito de personalidade, que de acordo com Pereira (2001), falar que a proteção à pessoa idosa é um direito de personalidade, não é simplesmente etiquetá-lo, mas, sobretudo, reconhecer que o idoso carece de proteção especial para concluir a formação e desenvolvimento de sua personalidade, mantendo-a, o quanto possível, saudável do ponto de vista físico, moral, social e psicológico.

No seu artigo 3º, todavia, determina que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder Público assegurar com prioridade absoluta, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar, significando dizer que sempre deverá prevalecer o interesse do idoso, priorizando-se seu atendimento”.

Agustini (2003) afirma que, não basta tornar-se velho, é necessário que a velhice seja digna. Tanto o Estatuto do Idoso, quanto a Constituição Federal de 1988, inseriu como dever da família, da sociedade e do Estado, ampararem as pessoas idosas defendendo sua dignidade e bem estar. Sabe-se que o qualificativo “digno” é subjetivo, mas, neste caso, envolve um mínimo de condições sociais para o idoso poder viver bem nesta última fase da vida, garantindo acesso à saúde, moradia, previdência, entre outros, além, é claro, de mecanismos que permitam sua inclusão e emancipação como ser humano no contexto social.

Conforme Mussi e Piardi (2004), o Estatuto se propõe a regular um sistema de garantias dos direitos fundamentais e de cidadania, sem prejuízo da proteção integral, a descentralização política administrativa e a participação da população.

A participação da população se dá pela via das entidades representativas junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional, consolidando a democracia participativa.

Com relação à descentralização político-administrativa, essa é percebida pela defesa da articulação das ações governamentais e não governamentais da União, dos estados e dos municípios, e na formulação e execução da política de atendimento ao idoso. Por conseguinte, a prioridade absoluta está embasada no princípio da prevalência do melhor interesse. Nesse sentido, Neto (1999, p.392) lembra que “o interesse dela prevalentemente se faz direito, ao ser declarado, ou constituído em uma situação de fato, em uma situação de atendimento pelo poder público”.

Para Mussi e Piardi (2004, p.23), no texto do Estatuto do Idoso a prioridade absoluta é assegurada da seguinte forma:

atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; preferência na formulação e execução de Políticas Sociais Públicas específicas para o idoso; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; viabilização de forma alternativa de participação; ocupação e convívio do idoso com as demais gerações; priorização do atendimento por sua própria família; divulgação de informações de caráter educativo; garantia de acesso à rede de serviços de saúde e assistência social locais.

O Estatuto do Idoso, além de descrever e enumerar os direitos dos idosos e estabelecer a prioridade absoluta, indica os mecanismos de exigibilidade. Segundo Mussi e Piardi (2004) é importante destacar que a prioridade absoluta já foi motivo de muitas demandas judiciais na área da criança e da prioridade do seu atendimento, sendo, inclusive, freqüente a condenação do Poder Público. Isso se reproduzirá certamente, também na área do idoso.

## 2.2 O Idoso e o seu direito à saúde

Conforme já visto anteriormente, a Constituição Federal no artigo 196 assegura: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Já a lei 8080/90 assegura que: “saúde é um direito fundamental de ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis no seu pleno exercício”.

Diante dessas leis que regulamentam a saúde como direito de todos e dever do Estado pode-se afirmar que esse direito contempla todos os cidadãos, independente de contribuição ou não, por se tratar de um direito universal, e principalmente, os idosos, que nesta fase da vida necessitam de uma atenção especial à saúde, que na maioria das vezes, se encontra fragilizada por conta do processo de envelhecimento.

O Estatuto do Idoso define em seu artigo nº 15 que: “é assegurada a atenção integral à saúde dos idosos, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. Mas também no Parágrafo 2º determina que: “incube ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

De acordo com Furlanetto (2004, p.10), “os medicamentos são considerados instrumentos necessários e indispensáveis ao processo de promoção, proteção e recuperação da saúde [...]”.

Principalmente nessa última etapa da vida em que há um declínio físico continuado, e maior frequência de doenças físicas e fenômenos degenerativos.

Dentre outros direitos, o Estatuto assegura aos idosos, preferência de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e impede que os planos de saúde reajustem as mensalidades de acordo com o critério de idade.

Segundo Mussi e Piardi (2004), o direito à acompanhante em caso de internação ou observação em hospitais ganhou status de lei, emergindo da esfera de norma administrativa contida na Portaria nº 280, de 07/04/1999<sup>15</sup> do Ministério da Saúde, para afirmar sua compulsoriedade obrigando, inclusive, a rede hospitalar privada não conveniada ao SUS, ao seu cumprimento.

Ainda segundo os autores, a questão dos planos de saúde, colocaram o Ministro da Saúde, Humberto Costa, em rota de colisão com o Presidente da República, pois o primeiro defendia a proibição de reajustes das mensalidades nos termos da lei atual, ou seja, para que as pessoas com mais de 60 anos de idade que já são clientes a mais de 10 anos de um plano de saúde, enquanto que o art. 15§ 3º do Estatuto do Idoso veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

A Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) criou uma Câmara Técnica para avaliar os impactos do Estatuto sobre os planos de saúde, cujo trabalho resultou na edição da Resolução Normativa – RN nº63, de 22/12/03, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preços por faixa etária nos planos privados de assistência a saúde contratada a partir de 2004<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Art. 1º, da Portaria MS nº 280/99. Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade, quando internados.

<sup>16</sup> Art. 2º, da RN 63/03, da ANS. Deverão ser adotadas, dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela: I-0 a 6 anos; II- 19 a 23 anos; III- 24 a 28 anos; IV- 29 a 33 anos; V- 34 a 38 anos; VI- 39 a 43 anos; VII- 44 a 48 anos e VIII- 49 a 53 anos; IX- 54 a 58 anos; X- 59 ou mais.

Conforme ainda os autores, o Ministro da Saúde afirma que existem hoje no Brasil, tipos distintos de planos de saúde, o anterior a 1988, para os quais valerão as regras estabelecidas no contrato, os regidos pela lei de 1988, onde as pessoas com mais de 60 anos e 10 anos de contribuição, não podem ter aumento na mensalidade em razão da idade e o abrangido pelo Estatuto do Idoso. Para os que têm menos tempo de contribuição, o reajuste tem que ser feito de acordo com as faixas etárias. Pela lei, a diferença entre o preço cobrado entre a primeira faixa e a última não pode ser superior a 500%. Já os planos que foram acertados depois do Estatuto do Idoso terão outra regra, os reajustes não podem ser feitos depois dos 60 anos, qualquer que seja o período de contribuição.

Apesar do Estatuto do Idoso definir leis que priorizam o atendimento de saúde ao idoso e determinam a implementação de políticas públicas para que isso realmente se efetive, pode-se perceber diante das constantes violações aos direitos dos idosos, que ainda estão muito longe de serem garantidos os atendimentos necessários a esta população.

De acordo com Carreirão apud Reuter (2004) esta conclui que: a impunidade do Estado no descumprimento da lei, o desconhecimento dos usuários quanto aos seus direitos, e a pouca cobrança destes nos seus órgãos de defesa parece apontar para um dos motivos desse descaso com a saúde da população.

De forma que vale lembrar, segundo Reuter (2004, p.29), “que a simples existência de leis que proclamem os direitos sociais, por si só não conseguem mudar as estruturas, antes há de se conjugar aos direitos uma política social eficaz, que de fato assegurem materialmente os direitos já positivados”.

### 2.3 O Idoso como segmento especial no direito universal

Sabe-se que o direito á saúde é universal, todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, idade, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc.

Conforme Dal Prá (2003), a universalidade é entendida como um direito de todos os brasileiros à atenção de suas necessidades de saúde, ou seja, o direito de todo o cidadão a ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde rompendo com a desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe.

A diferença de perspectiva é revelada por Nogueira (2002, p.155),

os cidadãos de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso a medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendida unicamente através de um precário sistema constituído pelas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério da Saúde.

Com relação ao idoso pode-se salientar a importância de ver esse segmento como especial dentro do campo do direito universal, visto que o envelhecimento acarreta mudanças no organismo do indivíduo, transformando na maioria das vezes pessoas adultas em indivíduos frágeis, com certo grau de vulnerabilidade e geralmente trazendo consigo algumas doenças crônicas.

Desta forma e devido a todos estes fatores, a grande maioria dos idosos são obrigados a utilizar algum tipo de medicamento de uso continuado, e precisando de uma assistência médica especializada, para que possa garantir qualidade de vida nesta última fase da vida.

Porém, diante de um direito universal, o princípio da igualdade observa que ninguém deve possuir preferências, entretanto, de acordo com o Estatuto do Idoso no seu artigo 3º: “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação [...]. Parágrafo único: a garantia da prioridade compreende; [...] VII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais”. Para garantia da universalidade do direito deve-se, portanto, combinar direitos iguais às medidas de equidade, que partiu do reconhecimento das necessidades especiais, como forma de proteger os diferentes quando essa desigualdade assim o exige, como no caso dos extremos geracionais, crianças e adolescentes por um lado (como preza o Estatuto da Criança e do Adolescente) e idosos de outro.

Logo, o Estatuto do Idoso estabelece a prioridade especial, inclusive no direito universal à saúde. Uma vez que os idosos não podem ficar esperando em uma emergência por horas, para realizar um exame, por muitos meses para fazerem uma cirurgia, e muito menos esperar meses para receber um medicamento de uso continuado para o tratamento de doenças crônicas.

Desse modo, por esse e outros motivos deve-se ser respeitado o direito de prioridade especial concedida a este segmento. Cabe ressaltar, que segundo Abreu e Silva (2004), o setor de saúde pode ser solicitado judicialmente a adequar-se ao Estatuto do Idoso. De acordo com o artigo 58: “deixar de cumprir as determinações desta lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso, resultará em uma pena de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00 e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso”.

Ainda segundo os autores, a alegação de falta de recursos, não poderá mais ser utilizada pelas autoridades públicas. A vontade política deve privilegiar a garantia dos direitos dos idosos acima de outras prioridades governamentais, portanto sabe-se que

existem muitas resistências com relação ao direito universal, existem confrontos de ideologias, setores sociais que almejam que o direito à saúde seja seletivo, defendendo a idéia de que o SUS deve ser somente para pobres, não sendo necessário investir muito dinheiro na saúde pública. Reforçando os pressupostos do neoliberalismo, do Estado mínimo e a abertura máxima para o mercado, de forma que a saúde seja vista como uma mercadoria, e com certeza de muito valor. De outro lado, tal perspectiva incentiva à prática do clientelismo, na medida em que o direito à saúde é transformado em favor, onde o Estado estaria atendendo benemeritamente os que não podem comprá-la no mercado. Segundo afirma Pereira (2002 pág. 39):

[...] muitos autores (intelectuais, políticos, gestores e executores), apoiados em diferenças pessoais e culturais têm privilegiado o subjetivismo e o relativismo no trato das necessidades humanas básicas, abrindo, com isso, flancos para o domínio intelectual da chamada Nova direita (neoliberais e neoconservadores), ao contribuírem para o seguinte entendimento: se não há necessidades comuns que sejam vivenciadas coletivamente e que sirvam de parâmetro para a formulação e implementação de políticas públicas, não haverá melhor mecanismo para satisfazê-la do que o mercado. É o mercado que se apóia no individualismo possessivo, nas aspirações subjetivas de interesses (wants) e, por isso está mais apto que o Estado a atender demandas que nem sempre refletem necessidades sociais, mas preferências, desejos, vícios, compulsões, sonhos de consumo. Da mesma forma, é o mercado que tem interesse e predisposição para maximizar demandas individuais, ampliando o leque de aspirações particular, para manter-se dinâmico, promissor e lucrativo.

De acordo com esse pensamento neoliberal, muitos também defendem a idéia de que o direito ao medicamento deve ser seletivo, devido aos recursos escassos que são destinados para a compra destes, alegando que deveria ter acesso a estes medicamentos apenas quem não tem condições de comprar no mercado.

Um ótimo exemplo é a polêmica com relação à quebra de patentes, que ultimamente está sendo bastante discutida. A revista Época, de 04/07/05, traz uma matéria sobre a pressão contra a quebra de patentes, da qual o entrevistado Ernest Egli, presidente

da indústria farmacêutica, Roche, defende a idéia de que a quebra de patentes traz como impacto para o Brasil uma repercussão muito negativa, afinal o país é a 15ª economia do mundo e, seguramente, quer pertencer ao Primeiro Mundo. Mas, entretanto, segundo o entrevistado, países desenvolvidos respeitam a propriedade intelectual, e são as patentes que permitem a indústria farmacêutica produzir medicamentos inovadores. Diante dessa afirmação, o mesmo, garanti que as indústrias gastam em média US\$ 800 milhões para desenvolver um medicamento complexo, sem as patentes, os laboratórios não têm como arcar com esse custo. Na fala de Ernest Egli, fica evidente o pensamento neoliberal, de um Estado mínimo, que não deve interferir no mercado.

Mas, em contrapartida, Renata Freitas, do Jornal Correio Popular, produz uma matéria que afirma que a quebra de patentes de medicamentos mudará o setor da saúde de forma positiva. O entrevistado, nesse caso, é o coordenador do Núcleo de Estudo e Políticas Públicas e professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Geraldo di Giovanni, que enfatiza que a indústria farmacêutica não saíra prejudicada com a quebra de patentes, contrariando a idéia de Ernest Egli, prevendo uma nova dinâmica, para o setor, o simples fato de ter a possibilidade de quebra de patentes, vai fazer com que as indústrias diminuam seus preços, afinal o remédio hoje é um bem da humanidade e não apenas um produto da indústria farmacêutica.

No entanto, entende-se que o conceito de saúde está muito longe de ser apenas contrário de não ter doenças, não se resume apenas em ter acesso à medicamentos, saúde não é um conceito abstrato e sim um conceito ampliado, que de acordo com Silva, Vianna e Nogueira (1996, p.118-119), dizem que:

a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra, 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 [...].

Uma vez que o dinheiro gasto pelos idosos para comprarem medicamentos de uso continuado poderia ser investido nesses itens citados, isto contribuiria, sem dúvida para a melhoria na qualidade de vida e saúde desses idosos. Desse modo, não seria justo contemplar apenas alguns idosos na aquisição dos medicamentos, visto que o direito a aquisição destes está garantido no Estatuto do Idoso. Lembrando que no Brasil não existe idoso rico, pelos critérios econômicos, menos de 1% da população idosa brasileira pode se enquadrar nesta categoria. E mais, a maioria dos idosos tem baixos rendimentos ao mesmo tempo em que os medicamentos têm alto custo, principalmente os medicamentos de uso continuado.

De forma que, quando se fala da importância de priorizar o atendimento ao idoso dentro do direito universal, entretanto, não está falando nos tradicionais critérios de seletividade. Logo, todos os cidadãos independentes de classe econômica, raça, sexo ou idade estão contemplados na priorização do atendimento, uma vez que se entende saúde como direito e não como uma mercadoria.

### **3 O PROJETO SAÚDE PÚBLICA COMO VIABILIZADOR DE AÇÕES SÓCIO EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DA EFETIVAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE**

Sabe-se que a saúde pública é um direito universal definida pela Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 a 200, regulamentado pela LOS – Lei Orgânica da Saúde e pelo Estatuto do Idoso.

Entretanto, a falta de esclarecimento da população, com relação aos seus direitos, é algo recorrente em nossa sociedade. Esse desconhecimento leva-os a gastar grande parte dos seus salários em planos de saúde privada e na compra de medicamentos de uso continuado, sendo que este direito é garantido pela lei 8080/90- LOS e pelo Estatuto do Idoso.

Nesse sentido, o Projeto Saúde Pública, dedicou-se especialmente a realização de Oficinas Sócio-Educativas, esclarecendo aos idosos sobre o seu direito à saúde pública com qualidade, fazendo com que esses façam valer esse direito.

De acordo com Paz (2000, p.15),

exercer cidadania é dar condições aos idosos de serem sujeitos de sua história pessoal, na constituição de uma nova imagem e de exercerem seus direitos civis, políticos e sociais, também no plano coletivo, de participarem da vida social em todas as suas instituições e movimentos sociais e que sintam motivados a exercer, de forma mais próxima possível, a cidadania efetiva, que dê qualidade à vida e que lhes assegure viver com dignidade.

O objetivo da oficina foi o de proporcionar uma melhor compreensão sobre esses direitos, através de palestras, discussões de textos referentes ao tema e a formação de agentes multiplicadores.

Em termos metodológicos o objetivo geral do Projeto foi o de contribuir para a universalização no campo do direito à saúde com a perspectiva de melhorias no atendimento do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivos específicos:

- levantar o perfil dos idosos usuários do SESC quanto à utilização da saúde pública e privada e da maneira como estes que utilizam medicamentos de uso continuado adquirem esse medicamento;
- esclarecer sobre seus direitos a saúde pública com qualidade;
- estimular os idosos a utilizarem o Sistema Único de Saúde – SUS;
- formar agentes multiplicadores;
- fortalecer através da ação educativa, propositiva e transformadora, a capacidade dos idosos para buscarem, eles mesmos, a viabilização de seus direitos em relação à saúde pública;
- auxiliar os idosos, quando necessário, o encaminhamento de representação junto ao Ministério Público e Ações Civil Pública quando não encontrarem o medicamento que necessitam de uso continuado no SUS;
- incentivar os idosos a uma maior participação e politização.

O Projeto implantado no SESC Florianópolis, em setembro de 2004 iniciou-se a partir da aplicação do questionário para levantamento do perfil dos idosos participantes dos Grupos de Convivência. Em seguida, foram feitas a tabulação dos dados e a divulgação dos mesmos nos Grupos de Convivência, enfatizando a quantidade de usuários da saúde privada e problematizando o resultado obtido, na perspectiva de que a saúde pública é um direito universal e com relação ao idoso esse direito vem sendo reforçado com a regulamentação do Estatuto do Idoso.

Para melhor descrever esse processo, os aspectos investigados nos próximos itens serão descritos e analisados.

### 3.1 Idosos do SESC Florianópolis: um diagnóstico sobre a questão da saúde

A coleta de dados da pesquisa que subsidiou a elaboração do Projeto Saúde Pública foi realizada com 187 idosos participantes dos Grupos de Convivência do SESC Florianópolis, com o objetivo de identificar os usuários da saúde pública e privada e conhecer como os idosos usuários de medicamentos de uso continuado adquirem seus medicamentos. A realização da mesma se deu através do seguinte questionário:

1- Idade:

2- Sexo:

3- Possui plano de saúde? Qual?

4- O que este plano abrange? Cobertura total ou parcial?

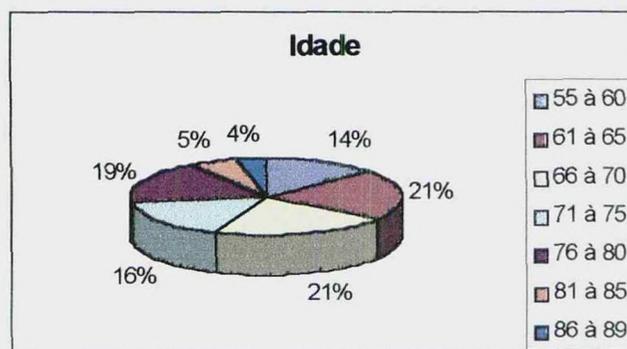
5- Utiliza medicamentos de uso continuado?

6- O medicamento é adquirido nos centros de saúde ou comprado?

7- Você já utilizou os serviços prestados pelo SUS?

O primeiro item da pesquisa abordado foi em relação à idade dos idosos participantes dos Grupos de Convivência do SESC Florianópolis pesquisados.

Gráfico 01<sup>17</sup>



<sup>17</sup> O gráfico 01 e os demais tiveram como fonte a pesquisa realizada no SESC-Florianópolis, no período de setembro de 2004 a março de 2005, com 187 idosos participantes dos Grupos de Convivências da instituição.

Podê-se observar que a faixa etária com maior percentagem dos idosos participantes dos Grupos de Convivência é de 61 anos a 70 anos, quase metade dos idosos pesquisados, alcançando o percentual de 42%.

Dados do IBGE (2001) afirmam que a população idosa, ou seja, as pessoas acima de 60 anos, representam hoje 8% da população total do país. São mais de quatorze milhões de pessoas idosas, dentre as quais 54% são mulheres. Enquanto a população com menos de 20 anos cresceu 12%, no mesmo período, a população de idosos cresceu 46%, passou de 7,3 milhões para 10,7 milhões.

No Brasil a maior expectativa de vida da população idosa é da região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul): 70,4 anos, e a menor é a do Nordeste: 64,8 anos. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025 a população idosa no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total. Crescimento este o mais acelerado do mundo.

Estes dados demonstram que a proporção de idosos do país passará de 7,5% em 1991 para cerca de 15% em 2025, sendo a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus.

Segundo Fraiman (1995, p. 29) “[...] sabe-se, hoje, que hábitos saudáveis associam-se à longevidade. Os pesos proporcionais dos fatores, que fazem uma pessoa viver além dos 65 anos, são: genéticos (17%), ambientais (20%), estilos de vida (53%), assistência médica (10%)”.

Alguns autores como Debert (1994 p. 41) afirmam que:

[...] falam em transição demográfica, quando as taxas de fertilidade e de mortalidade sofrem uma interseção, alterando o perfil demográfico das nações. Quando a população apresenta alta taxa de fertilidade e alta de mortalidade, a presença de pessoas jovens é predominante. Posteriormente, a taxa de fertilidade continua alta, mas a de mortalidade começa a decair e a presença de idosos, então, passa a ser mais significativa. Em seguida, a taxa de mortalidade continua a decrescer e a

taxa de fertilidade também começa a sofrer um declínio, momento em que a presença de jovens decai e aumenta a presença de adultos jovens e de idosos. Quando ambas declinam, o crescimento do número de idosos na composição demográfica é altamente significativo.

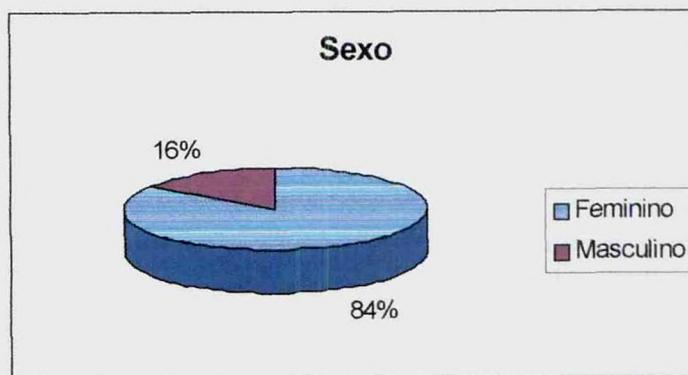
Observa-se, contudo, além do aumento da população idosa, a elevação da expectativa de vida destes idosos, e isto deve ser considerado como um indicador de melhoria da qualidade de vida de uma sociedade.

Porém, é um equívoco pensar que viver muito, é viver bem. Por isso, a preocupação não deve ser somente com a longevidade, a prolongação dos anos. É importante atentar para as reais condições em que vivem muitos idosos, doentes, sozinhos e sem acesso aos seus direitos garantidos em lei.

Para que o envelhecimento não seja visto como uma problemática, faz-se imprescindível à reformulação de algumas ações já existentes, além da criação de novas propostas que possam favorecer o envelhecimento saudável. Deve-se, assim, investir mais em aposentadorias, pensões, assistência social e saúde.

O próximo item pesquisado tratará do perfil desses idosos com relação ao sexo.

Gráfico 02

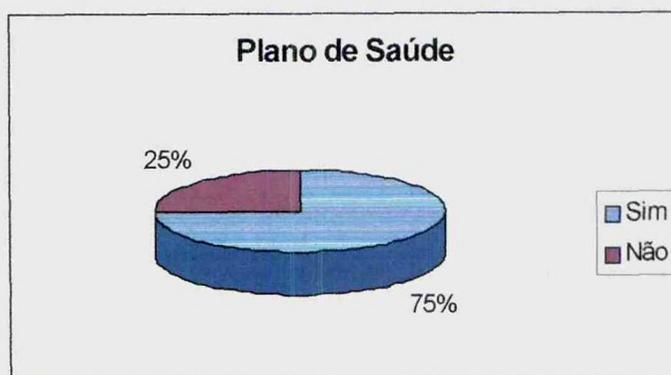


Percebe-se que a imensa maioria dos idosos participantes dos Grupos de Convivência pesquisados é do sexo feminino, ou seja, 84%. Há uma razão específica sabe-se: a maioria dos idosos, da população em geral, como vimos no item acima, se constitui de mulheres. Distinção esta demográfica, pois essa diferença aumenta com a progressão do envelhecimento, já que a expectativa de vida das mulheres tende a ser maior que a dos homens, no Brasil as mulheres chegam a viver em média, mais de cinco anos a mais que eles. É também social, porque o modo de vida que as mulheres (dessa geração) levavam contribuíram para essa maior longevidade. Como afirma Motta (1998, p.139):

[...] estas sofriam menos estresses, menos farras, menor exposição às loucuras da juventude, menos acidentes e violência de turma e rua, em suma, a vida mais regrada; conforme expectativas sociais construídas para elas. Atualmente, esta realidade não condiz mais com a realidade feminina que está cada vez mais igualitária a masculina; mas aquele modo de vida foi o formulador de grande parte da realidade social da geração que hoje se encontra idosa.

Em seguida será analisado o perfil desses idosos com relação à utilização da Saúde Pública e da Saúde Privada.

Gráfico 03



Observa-se pelo gráfico que a grande maioria dos idosos pesquisados possuem plano de saúde privado com um percentual de 75%. O dado obtido nesse item comprova o fortalecimento do Projeto Privatista relacionado à saúde articulada ao mercado. Segundo Bravo e Matos (2001, p.200),

o Projeto Saúde Articulada ao Mercado ou Modelo Médico Assistencial Privatista, está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com insenção de responsabilidade do poder central e a focalização. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Durante a aplicação do questionário, muitos dos idosos pesquisados justificaram que possuem planos de saúde privados, pela seguinte justificativa: *“se não tivesse plano de saúde, já havia morrido na fila de espera por uma consulta médica pelo SUS”*.

Conforme Vianna (2001, p.177),

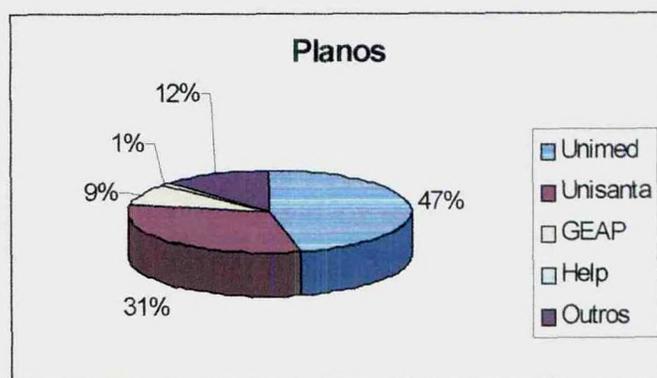
[...] os eleitores que freqüentam os hospitais e postos médicos da rede pública, dispersos e anônimos, não tem condições de vocalização de suas demandas. Embora com freqüência apareçam no noticiário impresso ou televisivo sofrendo nas filas à espera de atendimento, pode-se até avendar a hipótese de que desempenham inocentemente o papel de comparsas de uma campanha de desmoralização do serviço público, e apesar de, também, se sentirem lesados, como mostra pesquisas de opinião que apontam a saúde como um dos problemas urgentes para a população, não constituem grupo de pressão. Nenhum sindicato se levanta em defesa do Sistema Único de Saúde [...].

Ainda segundo a autora, a saúde no Brasil sofreu um processo de americanização, o sistema público é usado pelas camadas mais pobres, carentes de vozes e de canais para fazer valer suas reivindicações, enquanto possuir plano privado (ou não

estatal) integra a estratégia de sobrevivência de cerca de 40 milhões, entre benefícios diretos e indiretos, daqueles que mantêm uma inserção formal (ou não precária) no mercado de trabalho. Sabe-se que, a política de saúde está em fase avançada de descentralização. Sendo um problema dos municípios ou dos próprios estados. Afinal, com a descentralização tanto os municípios, quanto os estados e união tem atribuições designadas no que compete à política de saúde, e o que vem ocorrendo, principalmente na questão da distribuição dos medicamentos é que um culpa o outro pela falta de medicamentos, confundindo a população sobre a quem compete à responsabilidade de fornecer o medicamento.

Em seguida será apresentado o dado obtido na pesquisa referente aos planos de saúde privada utilizados por esses idosos e sua percentagem.

Gráfico 04



Verifica-se com o gráfico que a grande maioria dos idosos pesquisados, 47%, possuem o plano de saúde privada da UNIMED.

O mercado privado de saúde no Brasil é composto por vários segmentos, conforme Almeida (1998, p.27), sendo esses:

- segmento privado ( clínicas ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico e hospitais lucrativos e filantrópicos ) contratado pelo setor público, para o atendimento de uma clientela indiferenciada;
- médico-assistencial das empresas que, por meio de diversas modalidades, atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho;
- médico-assistencial das famílias, cujas modalidades atendem a indivíduos e/ou famílias que voluntariamente compram serviços diretamente aos prestadores ou estabelecem contratos por meio de planos e seguros de saúde;
- Beneficente filantrópico, voltado para clientelas abertas e fechada.

Dentro desses segmentos existem as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPAS), essas constituem os agentes intermediários entre os agentes demandantes de serviços privados de saúde (família e empresa) e os agentes prestadores desses serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos etc).

De acordo com Almeida (1998), atualmente, existem no Brasil as seguintes modalidades de OPAS:

- Medicina de Grupo, constituída por empresas médicas, que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias e trabalham com vários tipos de planos. Estimativos da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (BRAMGE, 1999) realizadas para o ano de 1998 apontavam que esse setor atendia 18,3 milhões de usuários, através de 740 empresas, com faturamento de US\$ 3,9 bilhões. Cerca de 80% dessa população é coberto por planos com pessoa jurídica contratados diretamente pelos empregadores, em benefício de seus empregados e dependentes.
- Planos Próprios das empresas (autogestão), em que as empresas (na maior parte dos casos empresas/instituições estatais e da administração pública) administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou então contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração, administrada através de empresas de Medicina de Grupo ou Cooperativa Médica), com financiamento através das empresas

juntamente com seus funcionários. Estimativas da ABRASBE/CIEFAS, entidades representativas do setor, realizadas para o ano de 1997 apontavam que esse setor atendia 8,0 milhões de usuários, com faturamento de US\$ 4,6 bilhões de usuários, com faturamento de US\$ 4,6 bilhões (recursos despendidos no custeio dos planos de autogestão).

- Seguro saúde, modalidade em que há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica, ao prestador ou segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato. A Federação das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (FENASEG) estimam que no ano de 1997 esse setor atendeu 4,0 milhões de usuários, através de 40 empresas. Com faturamento de US\$ 4,0 bilhões.
- E as Cooperativas Médicas, modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um (tipo e quantidade de atendimento), além de participarem do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas singulares).

A UNIMED, plano de saúde que teve maior percentagem na pesquisa com relação aos idosos que utilizam planos de saúde privados, representa a quase totalidade desse segmento no mercado, explicando assim a quantidade de idosos usuários desse plano, sendo a Confederação das UNIMEDs a entidade de representação nacional. Estimativas das UNIMEDs realizadas para o ano de 1998 apontaram que essas atendiam 10,6 milhões de usuários, através de 360 empresas, com faturamento de US\$ 3,5 bilhões.

Ainda segundo o autor, a Medicina de Grupo, as Cooperativas Médicas e o Seguro-Saúde são financiados por meio de sistemas de pré-pagamento per capita (diretamente dos indivíduos/dependentes ou através das empresas). Nos Planos Próprios das Empresas geralmente utiliza-se o sistema de pós-pagamento (o valor pago

mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde efetivamente realizada, no mês anterior, pela população de empregados coberta pelo plano).

No item seguinte será apresentada a cobertura desses planos.

Gráfico 05



Pode-se perceber com esse gráfico que 52% dos planos possuem cobertura parcial, e 48% possuem cobertura total, ou seja, menos da metade. Compreende-se por cobertura total a cobertura que é oferecida pelo SUS, através de um dos seus três princípios doutrinários, a integralidade, que segundo ALMEIDA E WESTPHAL (2001, p. 35) é entendida por:

[...] as ações de saúde que devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida.

Diante dessa citação pode-se dizer que, o atendimento deve ser feito para a saúde e não só para o tratamento de doenças, ou seja, é preciso garantir acesso as ações de promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc); proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária, etc); recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para doentes).

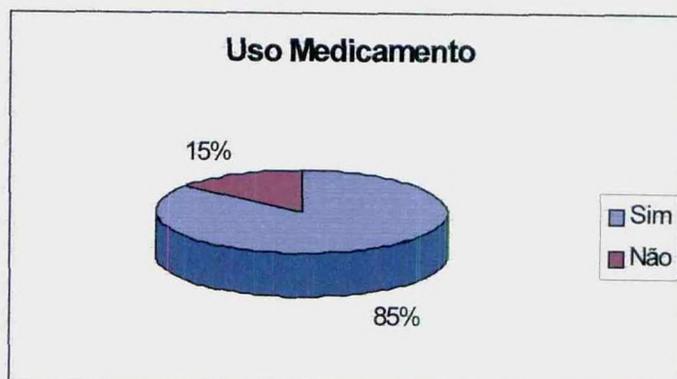
Uma vez que nessa ótica da integralidade nenhum plano de saúde privado teria cobertura total, mas classifica-se na pesquisa como cobertura total os que contemplam o item da recuperação em sua totalidade, incluindo todos os tipos de serviços médicos para que esse item seja contemplado na sua totalidade, dessa forma a minoria dos planos privados de saúde oferecem esse tipo de cobertura.

A maioria dos planos de saúde privados tem cobertura parcial, não contemplando o atendimento médico em sua totalidade. Isso significa que além de pagarem mensalidades com valores muitas vezes altos, para alguns serviços médicos esses são obrigados a pagarem particular ou procurar complemento no SUS, pois o plano não possui cobertura total.

Tornando esse fato, mais um motivo de luta para que o Sistema Único de Saúde continue sendo um direito universal. Afinal, sabe-se que o único plano de saúde que tem cobertura total é o SUS, mesmo com todas as suas dificuldades, é o único que se propõe em atender o indivíduo em sua totalidade, desenvolvendo ações de saúde tanto para a prevenção quanto para a recuperação.

No seguinte item será mostrado o perfil desses idosos com relação à utilização de medicamento de uso continuado.

GRÁFICO 06



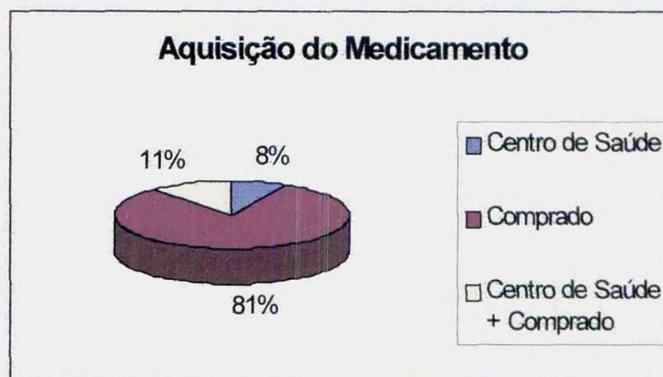
Com relação ao gráfico acima, observa-se que 85% dos idosos pesquisados utilizam algum tipo de medicamento de uso continuado. Afinal, sabe-se que o envelhecimento acarreta mudanças no organismo do indivíduo, momento em que a evolução biológica deixa de ser progressiva e começa a regredir, iniciando o envelhecimento, transformando pessoas adultas em indivíduos mais frágeis, com certo grau de vulnerabilidade, e que, geralmente apresentam algumas doenças.

Segundo Ramos, diretor-científico da Sociedade Brasileira de Geriatria: “[...] estudos indicam que quase todas as pessoas estão propensas a ter pelo menos uma doença crônica quando ficarem mais velhas. A incidência de doenças crônico-degenerativas tem sido significativa hoje em dia e freqüente nos idosos”.

O envelhecimento será bem ou mal sucedido de acordo com a capacidade funcional que a pessoa conseguir manter ao chegar a terceira idade. Devido a todos estes fatores, a grande maioria dos idosos, neste caso, os pesquisados, são obrigados a utilizarem algum tipo de medicamento de uso continuado para garantir a qualidade de vida nesta última fase da vida.

No próximo item será enfocada a forma como esses medicamentos são adquiridos.

Gráfico 07



A grande maioria dos idosos pesquisados compram os medicamentos de uso continuado, e observa-se que é um percentual bastante significativo 81%. Desse modo, os dados obtidos mais uma vez confirmam o fortalecimento do Projeto Privatista, de Saúde voltada para o mercado.

Durante a aplicação do questionário, foram elencados pelos idosos, três motivos que justificam o motivo pelo qual esses compram o medicamento de uso contínuo, do qual serão comentados um a um a seguir:

O primeiro foi a falta de esclarecimento sobre o direito ao medicamento de uso continuado;

Com relação a essa sentença, cabe lembrar que o Estatuto do Idoso é uma lei federal que dispõe sobre os direitos de todos os idosos no Brasil, não somente aqueles desamparados, mas todos os idosos e idosas, enquanto sujeitos de direitos e de garantia da prioridade absoluta em sua defesa.

Portanto, o direito ao medicamento de uso contínuo está garantido por lei no Estatuto do Idoso, o qual estabelece em seu capítulo IV – Do Direito à Saúde, Parág. 2º que “incube ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente medicamentos,

especialmente os de uso continuado, assim como próteses, orteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

Durante o período de estágio nos Grupos de Convivência do SESC Florianópolis, pode-se observar o desconhecimento da maior parte dos idosos, sobre os seus direitos, principalmente os relacionados à saúde.

De acordo com Silva (2000, p.114),

os usuários do Serviço Social em geral, não têm acesso ou domínio do conhecimento sobre os seus direitos (civis, políticos e sociais); a lógica a partir da qual esses se estruturam e os meios de exercê-los. O resultado é que não acessam, nem usufruem desses direitos. É a não efetivação desses direitos como instrumentos de participação política nas decisões sobre a vida do país e usufruto dos bens e serviços produzidos socialmente, ou seja, é o não exercício da cidadania.

Ainda segundo o autor, o Serviço Social ao socializar as informações que subsidiem a formulação e a gestão de políticas e o acesso a direitos sociais, fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, na direção e ampliação dos direitos e efetivação da cidadania. Dessa forma, define-se como um processo democrático e político pelo qual se originam e se estruturam na sociedade bem como os meios de acessá-las. É, portanto, uma informação de qualidade superior que se diferencia da simples orientação sobre a legislação e atos normativos.

É impossível atualmente, trabalhar na ótica dos direitos sem conhecê-los, pensar na sua ampliação se não estiver atento às dificuldades de sua implementação, nesta ótica fundasse o referido projeto, visando possibilidades de conhecimento e informações aos idosos participantes.

Desse modo, resgatar-se-á o pensamento de Couto (1999), quando expõe que cabe ao assistente social dar visibilidade ao seu Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão, ou seja, trabalhar na perspectiva da construção de um

mundo solidário e na inclusão das demandas dos usuários dos serviços sociais como um direito.

O segundo item apontado pelos idosos para justificar o motivo pelo qual esses compram os medicamentos de uso continuado foi: a confusão sobre o que são políticas sociais, pensando que só tem direito aos medicamentos de uso continuado, quem não tiver condições de comprá-los no mercado.

Por conseguinte, essa afirmação vem mais uma vez ao encontro da lógica do projeto de saúde voltada para o Mercado, fortalecendo a idéia do estado mínimo e abrindo cada vez mais espaço para o mercado.

Bravo e Matos (2001, p.212) explicam como o cidadão é visto na lógica neoliberal:

o cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde prevista pelo Banco mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado.

Nesse contexto, ainda segundo os autores, são fundamentais na contracorrente, a defesa da democracia, da ampliação do Estado para a participação da sociedade nas políticas públicas e a socialização das informações.

Sobre essas informações Yamamoto (2002, p. 69) expõe que:

os profissionais de Serviço social contribuem ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; ao interferirem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso à informação a indivíduos sociais para que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade.

Por isso é de extrema importância desfazer essa confusão sobre o que é política social, em termos da conscientização da população, neste caso dos idosos. Trata-se de insistir na concepção de que política social é um direito de todos e dever do Estado, elaborado na luta pela Reforma Sanitária, que tem como proposta uma saúde pública para todos e com qualidade.

Como terceiro motivo, os idosos reclamaram sobre a falta dos medicamentos utilizados pelos idosos, nos Centros de Saúde.

No contexto da política de saúde, de acordo com Furlanetto (2004), existem três formas principais de suprimento de medicamentos que garantem o acesso da população, que são:

*A assistência farmacêutica básica – medicamentos essenciais:* de acordo com a organização da Assistência Farmacêutica Básica e pautada na NOB 96, situa essa no Plano de Saúde e Programa Anual dos Estados e Municípios. A transferência deste incentivo fica condicionada a elaboração de um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, do qual devem ser elencados os medicamentos básicos que atendam o quadro de doenças emergentes no âmbito regional. Esse incentivo financeiro à Assistência Farmacêutica Básica, por apresentar-se de forma pactuada entre as três esferas de governo é operacionalizada da seguinte forma: o Ministério da Saúde contribui com R\$ 1,00 ao ano por cada brasileiro, enquanto os Estados e Município contribuem com R\$0,50 cada.

*Os programas nacionais de medicamentos estratégicos ou especiais:* esses são de responsabilidade do Ministério da Saúde, através da sua secretaria executiva, adquirindo e distribuindo diretamente para as suas Secretarias Estaduais de Saúde, e esta, por sua vez, os disponibilizará através de programas de atenção à população que convive com determinada doença. Esses medicamentos são assim denominados por apresentarem um caráter de controle estratégico sobre determinadas doenças, as quais podem não estar

atingindo um grande volume da população, mas, se não forem controladas podem se disseminar, implicando num problema de saúde coletiva, como uma grande epidemia.

*E os programas de medicamentos com dispensação em caráter excepcional – medicamentos excepcionais*, são assim denominados por apresentarem um elevado custo unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento se torna excessivamente caros para serem suportados pela população. Também porque seu uso é extremamente restrito, necessitando o desprendimento de maiores cuidados. Em termos operacionais, os medicamentos excepcionais, por se enquadrarem no rol dos procedimentos de alto custo, são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Assim, os recursos para a aquisição destes medicamentos são transferidos do Ministério para os Estados, todos os meses e de forma antecipada, desde que os Estados cumpram com certos requisitos de gestão definidos na portaria GM/MS nº 254/99. Dentre os critérios aponta-se o planejamento das ações e a aquisição dos medicamentos a partir das necessidades da população e, o controle e estabelecimento de uma rede regionalizada de distribuição.

Segundo Furlanetto (2004), o município é o responsável por disponibilizar os medicamentos à sua população, considerando as competências pactuadas entre as esferas governamentais, devendo, para tanto, organizar sua Política Municipal de Assistência Farmacêutica como parte do Plano Municipal de Saúde.

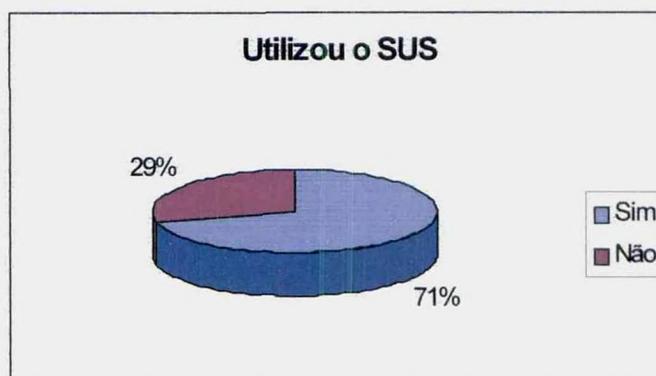
Como já visto em item anterior, os idosos possuem o direito de prioridade principal, ressaltando que o Setor de Saúde deve-se adequar ao Estatuto do Idoso. Portanto, a alegação de falta de recursos não poderá mais ser utilizada pelas autoridades pública. A vontade política deve privilegiar a garantia dos direitos dos idosos acima de outras prioridades governamentais.

Na falta desses medicamentos, cabe aos idosos lutarem para a efetivação de seus direitos, através dos Conselhos Locais de Saúde, exigindo que seja fiscalizada a falta

desse medicamento, se não alcançarem êxito nessa tentativa, deve-se entrar com uma representação junto ao Ministério Público e em última instância entrar com uma ação civil pública contra o Estado.

No próximo item será mostrado o percentual de idosos que utilizam ou já utilizaram algum serviço prestado pelo SUS.

Gráfico 08



De acordo com o gráfico acima, 71% dos idosos pesquisados já utilizaram o SUS, mas ao mesmo tempo sabe-se que 75% dos idosos pesquisados possuem planos de saúde privados. No entanto, mas como já abordado em item anterior, muitos desses planos não possuem cobertura total, fazendo com que estes idosos procurem complementares os serviços de saúde no SUS.

Entretanto, sabe-se que a abertura para o setor privado, na área da saúde, foi concedida com a intencionalidade de complementar os serviços de saúde não disponíveis no SUS, exames, entre outras intervenções médicas de alto custo. No entanto, isso vem acontecendo de maneira contrária, o SUS é quem está complementando os serviços não disponibilizados pelos planos de saúde privados aos seus usuários.

Uma vez que, de acordo com os três princípios doutrinários do SUS, um deles se refere à universalidade, que todas as pessoas têm direito ao atendimento independente

de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego. E, neste caso, independente de ter plano de saúde privado ou não todos têm o mesmo direito de atendimento no SUS

### **3.2 A questão dos direitos vista pelos idosos do Projeto Saúde Pública**

No primeiro dia da oficina do Projeto Saúde Pública foi aplicado, com os participantes, questionários qualitativos, tendo por objetivo conhecer a visão destes com relação aos seus direitos. Os sujeitos desta pesquisa foram, portanto todos os participantes da oficina do Projeto Saúde Pública, ou seja, os dezoito participantes.

A primeira questão proposta, indaga se estes possuem planos de saúde privados. A grande maioria, doze idosos, responderam que sim, logo o dado obtido se caracteriza como ponto positivo para o projeto, uma vez que uma das finalidades desse, é de mobilizar e conscientizar as pessoas que estão utilizando os serviços de saúde oferecidos pelo mercado comecem a utilizar e lutar pelos serviços de saúde pública. Contribuindo para que a universalidade do direito à saúde seja efetivada, a fim de que, por consequência melhore o atendimento e os serviços ofertados pelo SUS.

E, com relação aos que não possuem plano de saúde privado, o objetivo desses em estarem participando da oficina é que continuem sendo usuários da saúde pública, porém, estejam esclarecidos com relação aos seus direitos e o funcionamento do SUS, afim de que possam lutar por atendimento de qualidade, com base no principio de que esse é um direito garantido por leis.

Desse modo, o assistente social atende as requisições apresentadas para esse profissional pelo Projeto de Reforma Sanitária. Conforme Matos (2000, p.65),

[...] o projeto de reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: construção de novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistencia; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde

com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático as informações e estímulo a participação cidadã.

A atuação do profissional de serviço social, nas Oficinas do Projeto Saúde Pública, comprova que esse vem atendendo as demandas propostas pelo Projeto de Reforma Sanitária, na articulação entre ensino (as ações sócio-educativas), pesquisa (a pesquisa realizada para comprovar o desconhecimento dos idosos pesquisados com relação aos seus direitos), e a assistência (auxiliando, quando necessário, para que estes acionem os mecanismos de exigibilidade para a efetivação dos seus direitos). Estimulando através dessas ações a participação cidadã desses idosos.

A segunda pergunta indaga como esses idosos se sentem em relação ao SUS e por que. A minoria, três idosos, disseram se sentirem protegidos com relação ao SUS, usando como justificativa que esse é “*o único plano de saúde que tinham acesso*”. No entanto, os demais responderam que se sentiam desprotegidos, pois “*o SUS não possui um bom atendimento, de forma que acabava agravando a doença pela interminável espera*”.

Pode-se observar pelas falas, uma contradição, os usuários da saúde pública pesquisados, estão satisfeitos com os serviços do SUS, já os usuários da saúde privada pesquisados, não se sentem satisfeitos, porém não utilizam os serviços de saúde pública. Diante dessa contradição, fica evidente que a campanha da mídia e das corporações contra o SUS, é um dos fatores que influencia estes idosos usuários da saúde privada, a criticarem os serviços do Sistema Único de Saúde.

Diante dessa afirmação pode-se retomar a idéia de Neto (1997) de que o discurso de que o SUS não deu certo, alardeado pela imprensa e por setores do governo é equivocado e mal intencionado, entretanto, o SUS precisa começar a dar certo, aos olhos da população e da mídia. Por isso, a importância de se ouvir os verdadeiros usuários do SUS, que apesar de todas as dificuldades do sistema, declaram que se sentem protegidos com a cobertura do SUS.

Em relação à terceira pergunta, foi questionado como os idosos se sentem com relação à Previdência Social e por que. A grande maioria respondeu que não se sente protegida por dois motivos: “*não funciona como deveria e os salários estão em defasagem*”. Entretanto, uma minoria respondeu que se sentia protegida, pois “*contribuíram e agora estavam usufruindo dessa contribuição*”.

Com relação a essas falas, é evidente que a maioria dos idosos pesquisados, não estão satisfeitos com relação à Previdência Social. Sendo essa uma política caracterizada por ser contributiva, pois só tem direito ao benefício aqueles que contribuírem previamente e o montante dos benefícios é proporcional à contribuição.

Segundo Borges (2003, p. 95), em relação ao financiamento, “a Previdência Social tem uma lógica regressiva e não progressiva, por serem suas fontes de recursos garantidos pelos próprios trabalhadores, não funcionando como fator de redistribuição de renda do capital para o trabalho”.

Entretanto, percebe-se que esse direito social, não está sendo respeitado da maneira que deveria, a defasagem dos salários dos aposentados, indica o quanto o benefício não está sendo proporcional à contribuição.

Ficando presente, também, na fala desses idosos que pelo fato do direito a Previdência Social precisar de contribuição direta dos trabalhadores, para que esses possam ter acesso, eles se sentem merecedores desse benefício. Diferentemente da visão que esses tem com relação ao direito à saúde, sendo esse um direito universal, independente de contribuição, muitos acabam pensando que é um direito só para pobres, da mesma maneira acontece com o direito a Assistência Social que será comentada no próximo item.

A quarta questão consistiu em saber como esses idosos se sentem em relação à Assistência Social e por que. Em sua grande maioria, ou seja, treze pesquisados responderam que se sentiam desprotegidos, e justificaram que para serem contemplados

nessa política, têm que apresentar um atestado de miserabilidade. E três responderam que nem sabiam que essa política existia.

A outra parte do tripé da Seguridade Social, do qual a Saúde e a Previdência fazem parte, é a Assistência Social, prevista com novo formato pela Constituição Federal de 1988, sendo considerada como direito do cidadão e dever do Estado. Consistindo em ser fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população idosa e da sociedade em geral, considerando a realidade brasileira com intensa disparidade na distribuição de renda e sérias injustiças sociais.

Esse novo formato foi fundamental para que a assistência deixasse de ser encarada como benesse ou como dever moral e passasse a ser considerada como dever legal que garanta o acesso a benefícios e serviços sociais que podem ser reclamados judicialmente, caso não sejam adequadamente implementados.

Entretanto, de acordo com Pereira (1996) freqüentemente a Assistência Social se divide entre os princípios da seletividade em contraposição ao da universalidade, correndo o risco de limitar os direitos sociais aos níveis mínimos de sobrevivência, normalmente aos inaptos para o trabalho como crianças, idosos e pessoas com deficiências, assume, assim, caráter totalmente seletivo, estimulando situação de discriminação e aliando a Assistência a uma perspectiva de pobreza absoluta.

Diante dessas afirmações, pode-se justificar o porquê do desconhecimento, por parte dos idosos pesquisados, com relação ao direito a Assistência, pois se existe um desconhecimento com relação ao direito universal a saúde, com a assistência não seria diferente, principalmente, porque essa muitas vezes é vista como um favor que o Estado faz para os pobres, por isso a idéia do atestado de miserabilidade, e não como um direito que os cidadãos tem, quando dessa necessitarem.

Encerrando o questionário, a quinta questão procura levantar os motivos que fizeram esses idosos participarem da oficina do Projeto Saúde Pública. A maioria dos idosos pesquisados, responderam que vieram conhecer melhor seu direito, principalmente relacionado à saúde. Outros idosos responderam que vieram participar das oficinas para se informarem e poder lutar pelos seus direitos como cidadão e idoso. Por conseguinte, outros colocaram como resposta que gostariam de poder ter maiores esclarecimentos sobre como funciona a saúde pública no Brasil.

Diante dessas justificativas, pode-se afirmar conforme Boaretto e Hermann (2003) que o processo de participação dos segmentos sociais, tem implicações históricas, e que os idosos estão diretamente envolvidos. Para que o movimento de idosos tenham condições de dialogar com o poder público e, a partir dessa relação, criar a estratégia para a conquista de direitos, é necessário que se incentive e fortaleça a prática da participação, fazendo com que os idosos exerçam sua função social como cidadãos e suas ações tenham influencia direta na esfera política. As Oficinas do Projeto Saúde Pública é uma estratégia de dar condições a esses idosos dialogar com o poder público e lutarem para que seus direitos sejam realmente respeitados.

### **3.3 Oficinas do Projeto Saúde Pública: uma estratégia de conscientização do Serviço Social**

As oficinas do Projeto Saúde Pública com os idosos usuários do SESC Florianópolis, coordenado pela Assistente Social Arlei Borges e sua estagiária Fabiana Demétrio, utilizaram como justificativa de implementação dois dos processos de trabalho do Serviço Social, o Processo Político Organizativo e o Processo Sócio-Assistenciais, conforme categorização de Miotto (2004), fundamenta que o Serviço Social organiza seu processo de trabalho em três eixos de intervenção: Processos Políticos Organizativos,

Processos de Planejamento e Gestão e Processo Sócio-Assistenciais. A proposição desses três eixos de intervenção ocorreu a partir dos eixos de formação profissional que dão base ao currículo do curso de graduação em Serviço Social na UFSC<sup>18</sup>: Movimentos Sociais, Instituição e Organizações, e Família e Segmentos Sociais Vulneráveis.

A intervenção em Processos Sócio-Assistenciais está orientada para a intervenção direta com as demandas apresentadas pelos usuários. Acontecendo privilegiadamente no contexto institucional. Seu objetivo é contribuir para que o usuário consiga articular respostas às demandas relativas à cidadania e aos direitos. Conforme Miotto (2004) integram este eixo três ações: as sócio-educativas, sócio-emergenciais e sócio-terapêuticas.

Destaca-se no caso das oficinas, as ações sócio-educativas que de acordo com Lima, 2004, se caracteriza como um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário no sentido de contribuir para que as condições geradoras dos problemas sociais sejam superadas.

Nesse sentido, Arcoverde apud Silva e Silva (1995, p.179), salienta que:

Nas ações educativas, os assistentes sociais pretendem não apenas transmitir informações, esclarecer ou orientar as pessoas e grupos a partir das posições pré-definidas, mas examinar essas posições referendando a validade da produção coletiva de conhecimentos, respeitando a autonomia dos participantes.

As ações sócio-educativas são bastante utilizadas pelos Assistentes Sociais, tornando-se fundamentais para a concretização do atual projeto ético-político da profissão. Para Lima (2004,p.4) estas:

[...] podem ser desenvolvidas tanto em caráter de enquadramento disciplinar destinado a moldar o usuário com sua inserção institucional e

---

<sup>18</sup> Universidade Federal de Santa Catarina.

na sua vida sócio-política-cultural, como podem estar direcionadas ao fortalecimento dos projetos e lutas da classe trabalhadora, contribuindo para a reconstrução das relações sociais ao introduzi os valores éticos-políticos, os modos de pensar e agir da classe, o que implica na defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça, da autonomia e da democracia.

É a partir das ações sócio-educativas, no caso do Projeto Saúde Pública, que acontece o Processo Político Organizativo. Podemos definir esse processo de acordo com Miotto (2004), como as ações profissionais que têm por objetivo principal a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada ao fortalecimento da sociedade civil para a transformação da realidade social, ou, seja, uma participação que se efetive sob um paradigma democrático radical.

Nesse sentido, o profissional do Serviço Social, na instituição SESC Florianópolis, desenvolve as oficinas do Projeto Saúde Pública, promovendo a articulação das discussões relacionadas ao direito universal a saúde, orientando os idosos sobre os seus direitos e mostrando os mecanismos de exigibilidade para que esses direitos sejam realmente efetivados.

Conforme Bravo (2001) o fortalecimento dos conselhos locais, a elaboração de planos com a participação dos sujeitos e a mobilização para a sua ação junto a estes espaços são fatores importantes na construção democrática, principalmente no que tange à consecução do Projeto de Reforma Sanitária.

Segundo Alves (2004) estes são os elementos que potencializam à intervenção profissional do Serviço social em Processo Político Organizativos. As ações privilegiadas pelo Serviço Social nesse espaço são os da acessória e mobilização.

Através dessas ações busca-se o fortalecimento da sociedade civil, informando esses idosos através de assessoria, sobre seus direitos e incentivando-os a se mobilizarem

com o objetivo de fortalecer a sociedade civil na busca pela efetivação dos seus direitos, nesse caso, o da saúde. De acordo com Vasconcelos, (2002, p.450),

O assistente social, inserido na área da saúde, tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Também no trabalho com os usuários como sujeitos de direito, contribui para o acesso à saúde como direito social. Este trabalho, no entanto, exige do assistente social a capacidade de captar o que há de social relacionado à questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, [...] mínimos para a sobrevivência, explicitando que a ausência de trabalho, educação, saneamento básico, habitação e alimentação adequada, cultura e lazer no cotidiano significam ausência de doença.

Dessa forma, o Projeto Saúde Pública insere-se no SESC Florianópolis, Setor de Grupos, como fruto da observação do Assistente Social inserido nos Grupos de Convivência do SESC, juntamente com as reuniões de supervisão de estágio com discussões sobre a prática e a pesquisa social realizada anteriormente ao início das oficinas, buscando oferecer um espaço de informação e discussão e mobilização para os idosos envolvidos nas oficinas.

Através das oficinas pretendeu-se:

- Contribuir com informações referentes aos direitos sociais para os idosos, neste caso o direito à saúde;
- Incentivar esses idosos a serem agentes multiplicadores;
- Salientar a importância dos conselhos de saúde, incentivando estes idosos a fazerem parte dos Conselhos Locais de Saúde da sua comunidade;

- Mobilizar para que esses através do conhecimento adquirido nas oficinas sobre os seus direitos acionem todos os mecanismos de exigibilidade para que esses direitos sejam realmente efetivados.

As oficinas do Projeto Saúde Pública estão sendo desenvolvidas com encontros quinzenais na sala 05 do SESC Florianópolis, com duração de 2 horas, tendo início em março de 2005 e previsão de término para julho de 2005.

Os encontros foram construídos pedagogicamente através de parcerias para palestras informativas, que tentam aprofundar o conhecimento e a discussão desses idosos com relação aos seus direitos.

Fundamentado nos princípios das ações sócio-educativas e Político Organizativo, constituiu-se além de conscientizar estes idosos com relação aos seus direitos, orientá-los politicamente para lutarem pela universalidade do direito a saúde com o intuito de melhorias no atendimento e prestação de serviços oferecidos pelo SUS. Fortalecendo o Projeto de Reforma Sanitarista e enfraquecendo o Projeto de Saúde Articulada ao Mercado.

Os conteúdos tratados nos encontros pedagógicos foram os seguintes:

- Problematização do conceito de serviços públicos;
- O que é ser um agente multiplicador e qual a sua importância;
- Explicação sobre o que é a Seguridade Social e como aconteceu o seu surgimento;
- História da Saúde Pública;
- O que é o SUS e o que significa os seus princípios norteadores;
- Financiamento da saúde pública;
- Direito aos medicamentos de uso continuado;
- O que é o Conselho de Saúde e qual a sua importância;

- O que é uma representação junto ao Ministério Público e Ação Civil Pública contra o Estado, e quando e como acionar estes mecanismos de exigibilidade.

O Projeto Saúde Pública foi construído respeitando algumas etapas a seguir arroladas:

- Aplicação do questionário em todos os Grupos de Convivência, do qual possibilitou um diagnóstico sobre a questão da saúde desses idosos pesquisados;
- Divulgação nos Grupos de Convivência, dos dados coletados na pesquisa social, enfatizando a quantidade de usuários da saúde privada e problematizando a questão do direito a saúde;
- Promoção de um debate nos Grupos de Convivência sobre o direito universal a saúde, e em seguida foi feito o convite, aos idosos interessados em aprofundar melhor seus conhecimentos sobre esse direito, a participarem das oficinas do Projeto Saúde Pública;
- Aplicação de um questionário qualitativo, com os idosos participantes das Oficinas do Projeto Saúde Pública, com o objetivo de descobrir qual a visão que esses possuem com relação à questão dos direitos;
- Encontros – Oficinas. Foram realizadas 6 oficinas, com parcerias com profissionais da saúde e advogados. Uma visita a Policlínica para conhecer o seu funcionamento, seus programas voltados para a terceira idade e uma palestra para a população em geral sobre a importância das ações civil públicas.<sup>19</sup>
- A avaliação está sendo feita durante todos os encontros e com a observação das falas feitas sobre o Projeto, pelos idosos participantes da oficina, nos Grupos de Convivência do qual fazem parte.
- Cerimônia de entrega dos certificados está prevista para o final do mês de julho.

Iamamoto (2001) aponta como um dos maiores desafios do Assistente Social na atualidade é o de desenvolver a sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas

---

<sup>19</sup> Conforme anexo I.

criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano.

As Oficinas do Projeto Saúde Pública, confirmam a visão da autora, demonstrando que é possível decifrar a realidade, o profissional do Serviço Social do SESC, juntamente com seus estagiários, percebeu o desconhecimento sobre o direito universal a saúde e construíram uma proposta criativa.

Nesta direção, considerando a referida proposta para os idosos, o assistente social em seu processo de trabalho realiza a conexão das necessidades de saúde da população, com as demais políticas de seguridade social, na perspectiva dos princípios do SUS e na materialização do seu projeto ético-político profissional.

Levando-se em conta que o exercício profissional do assistente social se dá principalmente no âmbito das relações Estado e a sociedade civil, exige-se que este profissional vá além das rotinas institucionais, buscando a partir da realidade de seus usuários, detectar tendências e possibilidades de serviços sociais que atendam as necessidades dos mesmos (IAMAMOTO, 2001).

### **3.4 A contribuição do Serviço Social na construção da universalidade do direito à saúde**

Ao se pensar sobre a contribuição do Serviço Social na atualidade, considerando qualquer área de sua inserção é imperiosa a necessidade de se buscar alguns antecedentes históricos que vem embasando a compreensão desta profissão no campo das garantias de direitos.

Reporta-se ao final da década de 60, momento em que houve o Movimento de Reconceituação do Serviço Social e desta época em diante se tem uma perspectiva modernizadora. Que, segundo Simionato (1995, p. 179),

As ações repressivas que atingiam toda a sociedade e se manifestavam igualmente no Serviço Social, se, por um lado dificultavam o encaminhamento de reflexões de natureza ideopolítica, por outro não impediram que se gestassem algumas formas de crítica ao poder constituído e aos aportes teóricos que permeavam o Serviço Social no período.

É nesse momento que acontece uma maior aproximação do Serviço Social com a tradição marxista, e que mais tarde acaba se fortalecendo. Com intensas modificações sofridas na sociedade brasileira os espaços de inserção do assistente social se ampliam. Simionato (1995, p. 183) aponta que,

Frente às novas situações históricas, a prática profissional, como parte da realidade, vai se redefinindo, observando-se um desligamento da perspectiva modernizadora que caracterizou a profissão nas décadas anteriores (...) as reflexões profissionais mudam de direção, na medida em que se colocam frente a frente com a realidade e com as contradições da existência das camadas exploradas da população.

Portanto, o Serviço social nas últimas duas décadas, como profissão, materializou novas conquistas teórico-práticas e ético-políticas rompendo com as fundamentações tradicionais e conservadoras, reafirmando um novo perfil que substituiu o aspecto predominante histórico do assistente social que implementa e executa, de forma terminal, as políticas sociais e que atua diretamente com a população usuária por um profissional competente teórica, técnica e politicamente (SARMENTO, 2000).

Também segundo Sarmiento (2000), o Serviço Social, passa a ser visto, enquanto profissão, como uma atividade prática mediadora no seio da prática social, no conjunto dos mecanismos constitutivos de um projeto de controle social e de bases políticas e sociais definidas.

Porém, reconhecendo que são inúmeros os obstáculos que a profissão enfrenta para uma prática transformadora, este é um profissional que busca na realidade social elementos que viabilizem um processo de ruptura com status quo (DAL PRÁ, 2003).

Vasconcelos (2002, p. 450), afirma que:

O assistente social, inserido na área da saúde, tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Também no trabalho com os usuários contribuir para o acesso à saúde como direito social.

O profissional do Serviço social, tem como dever ético-político defender que suas demandas sejam atendidas pelas políticas sociais, que os serviços de saúde as considerem como prioritárias. A busca pela garantia da qualidade na prestação dos serviços de saúde, na perspectiva da assistência universal e integral à população pressupõe ainda que o assistente social, conforme segurado pela lei de regulamentação da profissão e pelo código de ética profissional, potencialize a participação direta ou indireta dos usuários nos Conselhos de Saúde.

Partindo-se da premissa de que o campo de atuação do profissional de Serviço Social está inscrito nas demandas apresentadas pelos diferentes seguimentos da população, que ora se encontram à margem de acesso e garantia de direitos asseguradas por políticas públicas ou privadas, passa-se a evidenciar o olhar do assistente social no contexto do SESC Florianópolis, no que concerne à questão do direito a saúde dos idosos participantes dos Grupos de Convivência.

Compreendendo a saúde dentro de uma concepção mais ampla, conforme já explicitado neste trabalho, o Serviço Social do SESC Florianópolis, parte da observação e é remetida a intencionalidade de proporcionar conhecimentos e informações para os idosos sobre os seus direitos no que tange a questão saúde.

Ao se confirmar com a pesquisa, o grande número de idosos, que compram medicamentos de uso continuado, do qual é garantido por lei gratuitamente, tornou-se imperioso apontar uma ação que dessa conta de trabalhar com os idosos o direito a saúde.

Neste momento resgata-se a análise de Yamamoto (2001), quando essa aponta como um dos maiores desafios do assistente social na atualidade, o de desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano. Neste caso, o número alarmante de idosos que pagam planos de saúde privados e compram medicamentos de uso continuado, sendo que o direito a saúde é um direito universal. Cabe aqui ressaltar a fala de uma idosa participante das Oficinas do Projeto Saúde Pública, que exemplifica a efetivação do direito a saúde através da proposta criativa elaborada pelo profissional de Serviço Social nessa instituição: *“depois que tive acesso à informação sobre o meu direito à saúde pública e principalmente quando recebi a lista dos medicamentos de uso continuado<sup>20</sup> disponível nos Centros de Saúde, passei a não gastar mais dinheiro com a compra dos meus remédios, pois todos eles eu posso pegar no Centro de Saúde, e mais, não tenho mais vergonha de ir buscá-los, pois sei que é um direito meu”*.

Um dos aspectos fundamentais a ser considerado em relação à interface Serviço Social e Saúde referem-se à semelhança dos princípios e diretrizes ético-políticas entre o Sistema Único de Saúde e o projeto ético-político da categoria profissional, quando ambos têm como horizonte à universalização dos direitos sociais através da democratização das

---

<sup>20</sup> Conforme anexo 2.

ações e serviços. Desta forma, o Serviço Social tem muito a contribuir na construção da universalidade no campo do direito a saúde, através de seu compromisso ético-político, formulando ações sócio-educativas que venham esclarecer seus usuários com relação aos seus direitos, mostrando e incentivando a importância de esses usarem os mecanismos de exigibilidade para que esses princípios sejam realmente efetivados.

Conclui-se que, o Serviço Social deve procurar garantir e ampliar os direitos sociais, a todos os níveis e em todas as ocasiões. Intervindo, conscientizando, assistindo, promovendo, capacitando e defendendo seus usuários, na inovação e participação nas políticas sociais em busca da consolidação da democracia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações expostas a seguir foram elaboradas com o objetivo de apresentar elementos que possam contribuir para responder as principais questões abordadas no trabalho, quanto aos objetivos propostos e os resultados alcançados na pesquisa.

Pode-se dizer que a promulgação da Constituição Federal de 1988 coloca no cenário social a questão dos direitos, instaurando um novo ordenamento constitucional através de uma consciência de direitos e cidadania, não esquecendo que a conquista desses direitos foi fruto de lutas e reivindicações dos movimentos sociais. Entretanto, a questão do direito é um tema muito recente, que ainda não foi incorporado pela sociedade, a prova disso é o desconhecimento da maior parte da população sobre os seus direitos, no caso deste trabalho, dos idosos.

Porém, como visto no decorrer deste trabalho, estes direitos acabaram tornando-se referências legais importantes, porém sem uma tradução concreta. Visto que, esses não estão sendo contemplados como determina a lei, principalmente no campo da saúde.

Na saúde, em especial, pode-se identificar que esse direito está perdendo seu princípio de universalidade, pois cada vez mais a saúde está sendo mercantilizada, por conta de um projeto de saúde articulada a lógica da lucratividade, com isso, reedita-se a disputa entre saúde pública e saúde privada, e com isso o princípio da universalidade no campo da saúde começa a ser esquecido ou confundido como um direito para quem não tem condições de ser atendido pelo mercado. Um grande exemplo é a quantidade de idosos que tem plano de saúde privado e que compram os medicamentos de uso continuado, por conta do desconhecimento, ou falta de entendimento, sobre o que é um direito universal.

Pode-se dizer que os planos de saúde privados não contribuem com a garantia do direito universal a saúde, afinal, de acordo com o primeiro capítulo deste trabalho, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e os planos de saúde privados apenas contribuem para que a saúde seja cada vez mais vista como uma mercadoria e não como um direito.

Com relação aos idosos, como segmento especial no direito universal, sabe-se que existem leis priorizando o atendimento desses no Sistema Único de Saúde, porém, esse direito não vem sendo respeitado. Entretanto, entende-se a necessidade de ações que viabilizem esse acesso especial no direito universal à saúde, pois os idosos, nesta fase da vida, encontram-se com a saúde fragilizada por conta do processo natural de envelhecimento.

Diante dessas necessidades, do direito universal a saúde ser reconhecido enquanto direito de todos e dever do Estado, e dos idosos serem vistos como um segmento especial no direito universal a saúde, entende-se que as oficinas do Projeto Saúde pública, foram uma estratégia de conscientização, para os idosos participantes do projeto, desenvolvida pelo profissional do Serviço Social. Nesse sentido, reafirmando a ideia de saúde como direito e não como mercadoria.

Sabe-se que, de acordo com, Geraldo di Giovanni, que a questão dos bens relativos à saúde é um campo da existência humana que deveria ter um baixíssimo grau de mercantilização, por fim, os próprios economistas reconhecem que os mercados de bens de saúde não são perfeitos, eles têm uma série de imperfeições, no caso dos medicamentos, o consumidor não toma a decisão a respeito do consumo e sim o médico ou uma terceira pessoa. Isso faz com que a racionalidade do consumidor seja quebrada, e não se pode esquecer que os medicamentos na atualidade são um bem da humanidade, assim como as

tecnologias na área médica para a recuperação e promoção da saúde, e que não devem ser confundidos com mercadorias, e sim como direito de todo cidadão.

Conforme Iamamoto (1994), expõe que o desafio do Serviço Social é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional, traçando horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daquelas que vivenciam, não como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista de sua vida.

O Código de Ética do Assistente Social, nos princípios fundamentais, traz que este profissional deve se posicionar em favor da equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

Diante dessas afirmações, pode-se dizer que o Projeto Saúde Pública vem ao encontro das demandas encontradas na Instituição SESC Florianópolis, através desse, foi possível detectar o desconhecimento do direito universal a saúde, com relação aos idosos participantes dos Grupos de Convivência de SESC Florianópolis, e as oficinas foram uma estratégia utilizada pelo profissional do Serviço Social dessa instituição, para conscientizar os idosos sobre seus direitos, neste caso, especialmente o da saúde.

Pode-se destacar, ainda a título de conclusão que o idoso deve ser apoiado como sujeito das grandes conquistas e contribuições, com relação à garantia de seus direitos. Tanto que algumas mudanças significativas quanto ao desenvolvimento de ações direcionadas aos idosos, segundo Borges (2003), tem como prerrogativa a ampliação da discussão sobre as políticas sociais, entendidas como direitos de cidadania e não simplesmente como benefícios, ampliando a análise da questão além do âmbito público, atingindo toda a sociedade, visando à redefinição de espaços sociais significativos e a melhoria na dignidade e nas condições de vida dos idosos e do conjunto de brasileiros.

Assim, o presente trabalho procurou contribuir com a compreensão do que é um direito universal, neste caso, no campo da saúde, enfatizando a importância da consciência sanitária e principalmente de ações sócio-educativas que contribuam para a conscientização da população sobre os seus direitos, e com isso fazer com que o Sistema Único de Saúde comece a dar certo aos olhos da mídia e da população, para que não se perca a idéia de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Entende-se que o Assistente Social deve ser um profissional propositivo, nesse sentido, portanto, deixa-se como sugestão que o Projeto Saúde Pública tenha continuidade, ampliando seu atendimento para idosos de outras comunidades; que seja feito um estudo sobre como os idosos participantes das oficinas estão vendo hoje a questão do direito à saúde, e principalmente a realização de um estudo que possa aprofundar a questão da concretização desses direitos, fazendo uma pesquisa nos Centros de Saúde de Florianópolis para entender como esses medicamentos e serviços são disponibilizados para a população, se esses são entendidos como um direito ou como um favor do governo para com os que não podem buscar no mercado esse acesso.

Para viabilizar a democracia na saúde, na direção das conquistas sociais necessárias, sugere-se o aprofundamento do controle social, que significa a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, visando a construção de uma esfera pública democrática na saúde (BRAVO, 2001 p.31).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ABREU, H. F., org. **Comentários sobre o Estatuto do Idoso**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

ABREU, H. F. e SILVA, F. B. F. **Mecanismos de exigibilidade**. In: ABREU, H. F., org. **Comentários sobre o Estatuto do Idoso**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

AGUSTINE, F. C. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boitex, 2005.

ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. org. **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001.

ALMEIDA, C. O. **Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Brasília: IPEA, 1998.

ALVES, F. C. **Participação e gestão democrática das políticas públicas: a inserção e os desafios do trabalho do Assistente Social nos Conselhos de Saúde**. Florianópolis, UFSC/CSE/DSS, 2004.

ANFIP. **Legislação Previdenciária**. Brasília, 1997.

BAHIA, L.; SANTOS, I.; GAMA, A. **A agenda de regulamentação dos planos e seguros de saúde: notas sobre o debate do legislativo e executivo**. Rio de Janeiro, 2000.

BERTOIA, H. **Guia Serasa de orientação ao cidadão: saiba como amadurecer mantendo a saúde, os direitos, o prazer e o bom humor**. São Paulo: VICTORIA ROSA BUSTAMANTE ITURIETA, 2003.

BOARETTO, R. C.; HEIMANN, L.S. **Conselhos de Representação e Estratégias de Participação**. In: VON, O.S; NERI, A. L.; CACHION, M. org. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. São Paulo, 2003.

BONETTI, D. A. org. **Serviço Social e ética: um convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 2003.

BORGES, M. C. M. **O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil**. In: VON, O. S; NERI, A. L.; CACHION, M. org. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. São Paulo: Editora Alínea, 2003.

BRAGA, J. C. S. e PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas EC de n.1, de 1992, a n. 31 de 2000 e pelas EC de Revisão de n.1 a 6, de 1994. 16 ed. Brasília; Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Estatuto do Idoso. Brasília, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde:** Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde:** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 203 de 5 de novembro de 1996. Brasília, 1996.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social-saúde. In: **Capacitação em Serviço Social e política social.** Brasília; MPAS,SAS, 2000.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. **A Saúde no Brasil:** Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P.ª P., orgs. Política Social e Democracia São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. e ARAÚJO, P. S. X. **Capacitação para Conselheiros de Saúde:** textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Gestão Democrática na Saúde:** O potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P.ª orgs. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CECCONE, J. **Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade.** In: ABREU, H. F. org. Comentários sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

COHN, A. **Previdência Social e Processo no Brasil.** São Paulo: Moderna, 1980.

COSTA, M. D. H. **Políticas Públicas, justiça Distributiva e Inovação.** Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: HUCITEC, 1998.

COUTO, B. R. **O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal.** Capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea e questão social. Brasília: UNB, 1999.

DAIN, S. **Do direito Social à Mercadoria.** Tese (Concurso Professor Titular). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UFRJ, 2000.

DAL PRÁ, K. R. D. **As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do sistema Único de Saúde.** Florianópolis, UFSC/ CSE/ DSS, 2003.

DEBERT, G. G. e SIMÕES, J. A. **Aposentadoria e a invenção da Terceira Idade.** Textos Didáticos. São Paulo: IFCH/UNICAMP, 1994.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da Idade.** São Paulo: GENTE, 1995.

FREITAS, R. **Quedas de patentes mudará o setor da saúde.** São Paulo: Correio Popular, 2005.

FURLANETTO, C. A. **O acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde:** Demanda para o Serviço Social. Florianópolis, UFSC/CSE/DSS, 2004.

GOLDAMAN, S. N. **Velhice e Direitos Sociais.** In: PAZ, S. F. orgs. Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: ANG. Rio/ CBCISS, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2001.** Rio de Janeiro; IBGE, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **Trabalho e Individuo Social.** São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do Serviço social no contexto da cidadania e dos direitos:** pensando ações sócio-educativas. Trabalho de Conclusão de Curso. DSS, UFSC, Florianópolis, 2004.

MALLOY, J. **Políticas de Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MIOTO, R. C. T. **Reconstruindo o processo**: a construção de uma outra cartografia para a intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. Relatório de Pesquisa. DSS, UFSC, Florianópolis, 2004.

MOTTA, A. B. D. **As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento**. In: Cadernos Pagu (13)- gênero e gerações. Núcleo de estudo de gênero/ UNICAMP, Campinas, 1999.

MUSSI, P. R. e PIARD, S. M. D. G. **Considerações Iniciais sobre o Estatuto do Idoso**. In: ABREU, H. F. org. Comentários sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

NETO, S. **O Estatuto da Criança e do Adolescente**: Princípios, Diretrizes Gerais e Lição de Ação. In: Sistema de garantia de direitos: um caminho para a proteção integral. Brasília: CENDHEC, 1999.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito a saúde na reforma do Estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese de doutorado em enfermagem. UFSC, Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEXEIRA, S. M. F. **Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

PAZ, S. P. org. **Envelhecer com cidadania**: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

PEREIRA, A. P. P. **A Assistência Social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres do Brasil. Brasília: Theasaurus, 1996.

PEREIRA, A. P. P. **Necessidades Humanas**: subsídios á crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

PEREIRA, D. M. A. O Ministério público e a Proteção ao Idoso como direito de personalidade. [www.mppr.com.br/teses](http://www.mppr.com.br/teses) acesso em 13/05/2001.

REUTER, E. C. S. P. **O Papel do Serviço Social na efetivação do direito ao atendimento público de saúde aos adolescentes**: a experiência do Centro de referência em saúde do adolescente. Florianópolis, UFSC/CSE/DSS, 2004.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SARMENTO, H. B. M. Serviço Social das tradicionais formas de regulação política ao redimensionamento de suas funções sociais. Caderno de Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: UNB, módulo 04, 2000.

SILVA, G. R.; VIANNA, S. M. e NOGUEIRA, R. P. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

SILVA, M. L. **Um novo fazer profissional**. Caderno de capacitação em Serviço Social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília; UNB, módulo 04, 2000.

SILVA e SILVA, M. O. da. **O Serviço Social e o Popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Cortez, 1995.

SIMIONATTO, I. **Gramsci sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis: editora da UFSC; São Paulo: Cortez, 1995.

SIMIONATTO, I. **Mercosul e Reforma do Estado**: implicações nas políticas sociais públicas. Relatório de Pesquisa. Florianópolis, 2001.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro, 1999.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária**. In: BRAVO, M. I. Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de Saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo; HUCITEC, 1999.

VIANNA, M. L. T. W. **O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil**. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. orgs. Política Social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VIEIRA, E. **O Estado e Miséria Social no Brasil**: de Getulio a Geisel. São Paulo: Cortez, 1985.

APÊNDICES

## APÊNDICE 1

## **Projeto Saúde Pública**

O Projeto Saúde Pública foi elaborado a partir de um conhecimento prévio dos Grupos de Convivência do SESC - Florianópolis, observou-se que a maioria dos idosos utilizam os serviços de saúde privado.

Sabemos que a saúde pública é um direito universal definida pela Constituição Federal de 1988, em seus art. 196 a 200, regulamentada pela LOS – Lei Orgânica da Saúde e pelo Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso, em seu art.15 define que: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”.

Desta forma, observou-se a falta de esclarecimento da maioria dos idosos com relação aos seus direitos, levando-os a gastar grande parte dos seus salários em planos de saúde privado e na compra de medicamentos de uso continuado, sendo que este direito é garantido pela Lei 8080/90 – LOS, em seu art.6, “Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”.

Sendo assim, observamos a necessidade da realização de Oficinas Sócio-Educativas, esclarecendo aos Idosos sobre o direito à saúde pública com qualidade, fazendo com que esses façam valer esse direito.

Estas oficinas proporcionarão uma melhor compreensão sobre esses direitos, através de palestras, discussões de textos referentes ao tema e a formação de agentes multiplicadores.

- O objetivo geral do projeto é garantir ao cidadão da Terceira Idade a saúde pública com qualidade, tendo como objetivo específico o levantamento do perfil dos idosos usuários do SESC quanto a utilização da saúde privada ou pública; esclarecer à Terceira Idade sobre seus direitos a saúde; estimular os idosos a utilizarem o Sistema Único de Saúde – SUS; formar agentes multiplicadores; fortalecer, através da ação educativa, propositiva e transformadora, a capacidade dos idosos para buscarem, eles mesmos, a viabilização de seus direitos em relação a saúde pública; auxiliar os idosos, quando necessário, o encaminhamento de representação junto ao Ministério Público e ações civil pública quando não encontrarem o medicamento que necessitam de uso continuado no SUS e incentivar os idosos a uma maior participação e politização.

### **Estratégias de Ação**

Trabalhar a efetivação dos direitos da Terceira Idade, não é uma atividade fácil de ser realizada, exige uma grande interação e mobilidade dos profissionais responsáveis e ainda é extremamente necessário a participação dos idosos, já que o processo de aprendizagem não se dá de forma coercitiva, mas sim de forma espontânea e comprometida.

O Projeto foi iniciado com uma **pesquisa de coleta de dados** que foi realizada com os participantes dos Grupos de Convivência do SESC – Florianópolis, com objetivo de identificar os usuários da saúde privada ou pública. A realização do mesmo foi feita através do seguinte questionário:

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Possui plano de saúde? Qual?

5. O que este plano abrange?
6. Utiliza medicamentos de uso continuado?
7. O medicamento é comprado ou adquirido nos Centros de Saúde?
8. Você já utilizou os serviços prestados pelo SUS?

Em seguida, foi feito o **processamento e divulgação dos dados coletados** nos Grupos de Convivência, enfatizando a quantidade de usuários da saúde pública e privada e problematizando o resultado obtido, bem como os conceitos de saúde e público.

Na ocasião, convidamos os idosos a participar do Projeto Saúde Pública, que estará sendo realizado no SESC - Florianópolis, quinzenalmente, às terças-feiras, das 15:00h às 17:00h, com duração de três meses.

O primeiro encontro será para **formação do grupo**, através de dinâmicas de apresentação e integração, além da apresentação do Projeto e reforço dos dados obtidos na coleta e discussão do material pedagógico norteador das oficinas.

No segundo encontro promoveremos uma **Palestra** com Douglas Francisco Kowaleski, colaborador do Departamento Regional do SESC, dentista com mestrado em Saúde Pública que irá contextualizar a história da Saúde Pública e falar sobre o que é o SUS. Em seguida será feita uma discussão sobre o assunto.

O terceiro encontro será dedicado à realização de uma **Palestra** sobre a aquisição dos medicamentos de uso continuado pelo SUS. Em seguida abriremos para discussão sobre o tema.

No quarto encontro teremos uma **Palestra** com representante do Conselho de Saúde para falar sobre o que é o Conselho e quais as suas atribuições. Logo após a palestra debateremos sobre o tema.

No próximo encontro o tema central para debate será as **Representações Públicas junto ao Ministério Público e as Ações Civil Pública contra o Estado** como mecanismos de exigibilidade do direito a saúde.

O último encontro será destinado para colocarmos em prática **as estratégias de efetivação do direito á Saúde Pública, avaliação das oficinas e a confraternização com entrega de certificados.**

### **Cronograma de Atividades**

O Projeto Saúde Pública com Qualidade para a Terceira Idade, será realizado no SESC - Florianópolis, quinzenalmente, às terças-feiras , das 15:00h às 17:00h., com duração de três meses.

<b>Atividades</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAIO</b>
Formação do Grupo	X		
Conversa sobre os objetivos do Projeto e discussão do material pedagógico norteador do Projeto	X		
Palestra com Douglas F. Kovalski sobre a história da Saúde Pública e sobre o que é o SUS	X		
Palestra com ***** sobre aquisição dos medicamentos de uso continuado no SUS.		X	
Palestra com ***** sobre os Conselhos de Saúde.		X	
Palestra sobre representação pública e ação civil pública.			X
Estratégias de efetivação do direito a saúde pública/ avaliação das oficinas/ confraternização com entrega de certificados.			X

## APÊNDICE 2



## APÊNDICE 3

# QUESTIONÁRIO DO PROJETO SAÚDE PÚBLICA

- 1- Grupo: \_\_\_\_\_
- 2- Idade: 55 à 60 ( ) 61 à 65 ( ) 66 à 70 ( ) 71 à 75 ( ) 76 a 80 ( ) 81 à 85 ( ) + 85 ( )
- 3- Sexo: F ( ) M ( )
- 4 - Plano de saúde? Sim ( ) Não ( )
- Unimed ( ) Unisanta ( ) GEAP ( ) Clínica Dr. Casuo ( ) Tractebel ( ) Help ( )  
Eletrosul ( ) Cassi ( ) Funcef ( ) Sidesc ( ) Outros ( )
- 4- O que este plano abrange? Cobertura Total ( ) Cobertura Parcial ( )
- 5- Mensalidade: 10,0 à 99,00 ( ) 100,00 à 200,00 ( )  
201,00 a 300,00 ( ) 301,00 à 400,00 ( ) +401,00 ( )
- 7-Utiliza medicamentos de uso continuado? Sim ( ) Não ( )  
(Fazer listagem a parte ...)
- 8- Medicamento é comprado? Sim ( ) Não ( ) Adquirido nos Centros Saúde? Sim ( ) Não ( )
- 9- Valor mensal gasto com medicamentos de uso continuado: Nenhum ( )  
10,00 à 100,00 ( ) 101, 00 à 200,00 ( ) 201, 00 à 300,00 ( ) + 301,00 ( )
- 10- Você já utilizou os serviços prestados pelo SUS? Sim ( ) Não ( )
- 11- Gostou do serviço prestado? Sim ( ) Não ( )

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

ceiros isolados na  
cio da manhã. Sol com  
Domingo: Durante o  
sol com mais nuvens.  
xima de 26°C

# O ESTADO

www.oestado.com.br

ANÓPOLIS – Santa Catarina – 28 e 29 de Maio de 2005, **Sábado e Domingo** – Ano 91 – Nº

Marcelo Bittencourt/OE



Justiça pode garantir medicamentos de uso contínuo

## SESC esclarece idosos sobre remédios gratuitos

PÁGINA 7

## Idosos: remédios pagos pelo SUS

Marcelo Bittencourt

Na próxima segunda-feira, 30 de maio, o Serviço Social do Comércio (SESC) promove uma palestra, às 14h, voltada a idosos e demais interessados, sobre maneiras judiciais de garantir gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), medicamentos de uso contínuo.

De acordo com a técnica do SESC, Arli Borges, a palestra terá a função de orientar as pessoas em geral para questão da gratuidade de medicamentos a idosos, em especial os de uso continuado. "Muitos idosos não conseguem os remédios. O que se pode fazer é entrar na Justiça com uma representação ou ação civil pública", acrescenta.

A Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, garante o acesso gratuito de idosos a medicamentos. A lei também assegura a preferência no atendimento de ido



**Gratuidade** é para medicamentos de uso contínuo

fazerem reajustes, levando em conta cobrança diferenciada por idade.

A palestra acontece no auditório

## **ANEXO 2**

## LISTA COMPLETA

11001	ACETOFENIDO DE ALGESTONA + ESTRADIOL INJ	AMP
11003	ACICLOVIR 200 MG	COM
11004	ACICLOVIR CREME 5%	BIS
11010	ÁCIDO ACETIL SALICILICO 100 MG	COM
11020	ÁCIDO ACETIL SALICILICO 500 MG	COM
11021	ÁCIDO FÓLICO 5 MG	COM
12163	ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG.	COM
11023	ÁCIDO FUSÍDICO CREME	BIS
12119	ÁCIDO LÁCTICO + ÁCIDO SALICÍLICO	FRA
11024	ÁCIDO NALIDIXICO 500 MG	COM
11025	ÁCIDO NALIDIXICO SUSP. ORAL	FRS
11026	ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG (PORT.344/C1)	CAP
11030	ADRENALINA 1 MG INJETÁVEL	AMP
12103	AGUA P/ INJEÇÃO	AMP
11035	ALBENDAZOL 400 MG	COM
11036	ALBENDAZOL SUSPENSÃO	FRA
12120	ALENDRONATO DE SÓDIO (SÓDICO) 10 MG.	COM
12121	ALOPURINOL 100 MG	COM
11060	AMINOFILINA 240 MG INJETÁVEL	AMP
11070	AMINOFILINA 100 MG	COM
12122	AMIODARONA 200 MG.	COM
11080	AMITRIPTILINA 25 MG (PORT.344/C1)	COM
12123	AMOXICILINA 125 MG + AC. CLAVULÂNICO 31,25 MG/5 ML SUSP. ORA	FRA
11103	AMOXICILINA 500 MG	CAP
12124	AMOXICILINA 500 MG + ÁCIDO CLAVULÂNICO 125 MG.	COM
11105	AMOXICILINA SOL. ORAL 250 MG/5 ML-FRAS/60 ML	FRA
11106	AMOXICILINA SOL. ORAL 250 MG/5 ML-FRAS C/150 ML	FRA
11090	AMPICILINA 500 MG	COM
12125	ATENÓLOL 50 MG.	COM
12110	ATRÓPINA, SULFATO - 0,250 MG - INJETÁVEL	AMP
11091	AZITROMICINA 500 MG	COM
11092	AZITROMICINA SUSP. ORAL	FRA
12113	BECLÔMETASONA, DIPROPIONATO 250 MCG SPRAY ORAL.	FRA
12112	BECLÔMETASONA, DIPROPIONATO 50 MCG SPRAY ORAL.	FRA
11120	BENZOATO DE BENZILA	FRA
12164	BEZAFIBRATO 400 MG RETARD.	COM
12105	BIPERIDENO, CLORIDRATO - 2MG (PORT.344/C1)	COM
12165	BISMUTO, CITRATO, 120 MG.	COM
12166	BROMAZEPAM 3 MG (PORT. 344/B1).	COM
12129	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,025% GOTAS.	FRA
11125	BROMIDRATO DE FENOTEROL GOTAS	FRA
12130	BROMOPRIDA 10 MG INJETÁVEL	AMP
12131	BROMOPRIDA 4 MG/ML GOTAS.	FRA
		FRA

11159	CEFALEXINA SUS. ORAL 125 MG/5 ML	FRA
12169	CEFPROZIL MONOHIDRATO 250 MG/ 5 ML - SUSP. ORAL.	FRA
11160	CIMETIDINA 200 MG	COM
11170	CINARIZINA 75 MG	COM
11182	CLOROQUINA 150 MG	COM
11200	CLORPROMAZINA 100 MG, CLORIDRATO (PORT. 344/C1))	COM
11210	CLORPROMAZINA 25 MG, CLORIDRATO (PORT. 344/C1)	COM
11225	CLOTRIMAZOL TOPICO	BIS
12170	CODEÍNA, FOSFATO 30 MG + PARACETAMOL 500 MG (PORT. 344/A1).	COM
12171	COLCHICINA 0,5 MG.	COM
12172	COMPL. HIDRÓXIDO FE, POLIMALTOSADO (EQUIV. 100 MG FE).	FRA
11239	DELTAMETRINA LOÇÃO	FRA
11240	DEXAMETASONA 0,1% -CREME	BIS
12173	DEXAMETASONA + VITAMINA B1, B6 E B12. INJETÁVEL.	AMP
12174	DEXAMETASONA SOL. OFTÁLMICA.	FRA
11265	DIAFRAGMA NO. 60	UND
11270	DIAFRAGMA NO. 65	UND
11280	DIAFRAGMA NO. 70	UND
11290	DIAFRAGMA NO. 75	UND
11300	DIAFRAGMA NO. 80	UND
11310	DIAFRAGMA NO. 85	UND
11320	DIAZEPAM 10 MG (PORT.344 / B1)	COM
11340	DIAZEPAM 5 MG (PORT.344/B1))	COM
12115	DIAZEPAM INJETÁVEL 10 MG (PORT.344 / B1)	AMP
11264	DICLOFENACO POTÁSSICO 50 MG	COM
11262	DICLOFENACO POTÁSSICO GTS	FRA
11263	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG	COM
11350	DIGOXINA 0,25 MG	COM
11351	DIGOXINA 0,5 MG/ML GOTAS	FRA
12175	DILTIAZEM, CLORIDRATO DE, 90 MG - RETARD.	CAP
11355	DIMENIDRATO 100 MG	COM
11370	DIPIRONA - 500 MG/ML GOTAS	FRA
11380	DIPIRONA 500 MG	COM
11390	DIPIRONA 500 MG INJETÁVEL	AMP
11400	DIU/MS	UND
12176	ENALAPRIL, MALEATO DE, 10 MG.	COM
12111	ENANTATO NORETISTERONA + VALERATO ESTRADIOL INJET	CAX
11411	ERITROMICINA (ESTEARATO) SUSP. 2,5%	FRA
11410	ERITROMICINA 250 MG	COM
11423	ESPIRAMICINA 1,5 MUI	COM
12177	ESPIRONOLACTONA 25 MG.	COM
11425	ESTROGENIO CONJUGADO 0,625 MG	COM
12178	ESTROGÊNIO CONJUGADO 0,3 MG.	DRG
11427	ESTROGÊNIO CONJUGADO CREME VAGINAL	BIS
12180	ETINILESTRADIOL 0,03 MG + DESOGESTREL 0,15 MG.	CART
12179	ETINILESTRADIOL 0,05 MG + GESTODENO 0,075 MG.	CART
11430	FENITOÍNA 100 MG (PORT 344/C1)	COM
12108	FENITOÍNA SÓDICA 250 MG, INJETÁVEL (PORT.344 / C1)	AMP
11431	FENITOÍNA SUSP. ORAL (PORT.344/C1)	FRA
11440	FENOBARBITAL 100 MG (PORT 344/C1))	COM
12116	FENOBARBITAL 200 MG - INJETÁVEL (PORT.344 / C1)	AMP
11441	FENOBARBITAL SOL. ORAL GTS (PORT.344/C1)	FRA
12181	FEXOFENADINA, CLORIDRATO, 120 MG.	COM
12100	FITA REATIVA P/ GLICEMIA	UND
11455	FLUCONAZOL 150 MG	CAP
11456	FLUOXETINA 20 MG, CLORIDRATO (PORT.344/C1)	CAP

A/C Cristina

## LISTA COMPLETA

001	ACETOFENIDO DE ALGESTONA + ESTRADIOL INJ	AMP
003	ACICLOVIR 200 MG	COM
004	ACICLOVIR CREME 5%	BIS
010	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG	COM
020	ACIDO ACETIL SALICILICO 500 MG	COM
021	ACIDO FOLICO 5 MG	COM
163	ACIDO FOLINICO 15 MG.	COM
023	ACIDO FUSIDICO CREME	BIS
119	ACIDO LACTICO + ACIDO SALICILICO	FRA
024	ACIDO NALIDIXICO 500 MG	COM
025	ACIDO NALIDIXICO SUSP. ORAL	FRS
026	ACIDO VALPROICO 250 MG (PORT.344/C1)	CAP
030	ADRENALINA 1 MG INJETAVEL	AMP
103	AGUA P/ INJEÇÃO	AMP
035	ALBENDAZOL 400 MG	COM
036	ALBENDAZOL SUSPENSÃO	FRA
120	ALENDRONATO DE SODIO (SODICO) 10 MG.	COM
121	ALOPURINOL 100 MG	COM
060	AMINOFILINA 240 MG INJETAVEL	AMP
070	AMINOFILINA 100 MG	COM
122	AMIODARONA 200 MG.	COM
080	AMITRIPTILINA 25 MG (PORT.344/C1))	COM
123	AMOXICILINA 125 MG + AC. CLAVULANICO 31,25 MG/5 ML SUSP. ORA	FRA
103	AMOXICILINA 500 MG	CAP
124	AMOXICILINA 500 MG + ACIDO CLAVULANICO 125 MG.	COM
105	AMOXICILINA SOL. ORAL 250 MG/5 ML-FRAS/60 ML	FRA
106	AMOXICILINA SOL. ORAL 250 MG/5 ML-FRAS C/150 ML	FRA
090	AMPICILINA 500 MG	COM
125	ATENOLOL 50 MG.	COM
110	ATROPINA, SULFATO - 0,250 MG - INJETAVEL	AMP
091	AZITROMICINA 500 MG	COM
092	AZITROMICINA SUSP. ORAL	FRA
113	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 250 MCG SPRAY ORAL.	FRA
112	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 50 MCG SPRAY ORAL.	FRA
120	BENZOATO DE BENZILA	FRA
164	BEZAFIBRATO 400 MG RETARD.	COM
105	BIPERIDENO, CLORIDRATO - 2MG (PORT.344/C1)	COM
165	BISMUTO, CITRATO, 120 MG.	COM
166	BROMAZEPAM 3 MG (PORT. 344/B1).	COM
129	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,025% GOTAS.	FRA
125	BROMIDRATO DE FENOTEROL GOTAS	FRA
130	BROMOPRIDA 10 MG INJETAVEL.	AMP
131	BROMOPRIDA 4 MG/ML GOTAS.	FRA
132	BUDESONIDA 100 MCG SPRAY NASAL.	FRA
117	CALCIO, GLUCONATO (10%) - INJETAVEL	AMP
136	CAPTÓPRIL 25 MG	COM
131	CARBAMAZEPINA SUSP. ORAL 2% (PORT.344/C1)	FRA
130	CARBAMAZEPINA 200 MG (PORT.344/C1))	COM
133	CARBONATO DE CALCIO 1.250 MG. (EQUIV. 500 MG DE CALCIO).	COM
104	CARBONATO DE LITIO 300 MG (PORT.344/C1)	COM
134	CARVEDILOL 3.125 MG.	COM
167	CASTANHA DA INDIA, EXTRATO SECO, 250 MG.	DRG
158	CEFALEXINA 500 MG	CAP
168	CEFALEXINA GOTAS.	FRA

12118	FLUTICASONA, PROPIONATO 50 MCG SPRAY ORAL.	FRA
12182	FLUTICASONA, PROPIONATO DE, 250 MCG - SPRAY ORAL..	FRA
12126	FORMOTEROL, FUMARATO 12 MCG - ORAL.	CAX
12127	FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G GRANULADO	ENV
11470	FUROSEMIDA 20 MG INJETAVEL	AMP
11460	FUROSEMIDA 40 MG	COM
12128	GINKO BILOBA 40 MG	COM
11490	GLIBENCLAMIDA 5 MG	COM
12136	GLICLAZIDA 80 MG	COM
11492	GLICOSE 25%	AMP
11493	GLICOSE 50% - AMP 10 ML	AMP
11510	HALOPERIDOL 5 MG (PORT.344/C1))	COM
11521	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	COM
11520	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	COM
11530	HIDROCORTIZONA 100 MG --INJETAVEL	FRA
11531	HIDROCORTIZONA 1% CREME	BIS
11550	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6,2% SUSPENSAO	FRA
12137	HIDROXIZINA, CLORIDRATO 25 MG	COM
12135	HIDROXIZINA, CLORIDRATO 2MG/ML	FRA
11580	HIOSCINA 20 MG -INJETAVEL	AMP
11560	HIOSCINA 10 MG	COM
11590	IMIPRAMINA 25 MG, CLORIDRATO (PORT.344/C1))	COM
12138	INSULINA 70/30 HUMANA	FRA
12139	INSULINA 80/20 HUMANA	FRA
11605	INSULINA NPH HUMANA U100	FRA
11620	INSULINA REGULAR HUMANA U100	FRA
11625	ISOSSORBIDA 20 MG	COM
12140	IVERMECTINA 6 MG	COM
12102	LANCETA	UND
11635	LEVODOPA + CARBIDOPA (PORT. 344-C1)	COM
11640	LEVOMEPRMAZINA 25 MG (PORT 344/C1)	COM
11770	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL	CAR
12141	LEVOTIROXINA DE SODIO 25 MCG	COM
12142	LEVOTIROXINA DE SODIO 50 MCG.	COM
11650	LIDOCAINA 2%INJETAVEL	FRA
11655	LORATADINA 10 MG	COM
11656	LORATADINA XAROPE	FRA
12143	LOSARTAN POTASSICO 50 MG.	COM
11670	MEBENDAZOL 2% SUSPENCAO ORAL	FRA
11660	MEBENDAZOL 100 MG	COM
11676	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO 2,5 MG	COM
11675	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO DE - 150MG - INJETAVEL	AMP
12145	MELOXICAM 15 MG, INJETAVEL.	AMP
12144	MELOXICAM 15 MG.	COM
12146	MESILATO DE DIIDROERGOTAMINA 1 MG + CAFEINA + PRACETAMOL.	COM
11679	METFORMINA 500 MG	COM
11678	METFORMINA 850 MG	COM
11681	METILDOPA 250 MG	COM
11680	METILDOPA 500 MG	COM
11700	METOCLOPRAMIDA 10 MG INJETAVEL	AMP
11690	METOCLOPRAMIDA 10 MG	COM
11710	METOCLOPRAMIDA SOLUCAO ORAL 0,4%	FRA
12147	METOPROLOL, SUCCINATO DE, 100 MG - RETARD.	COM
11720	METRONIDAZOL 250 MG	COM
11730	METRONIDAZOL GELÉIA VAGINAL	BIS
11740	METRONIDAZOL SUSPENCAO ORAL 0,4%	FRA

11750	MICONAZOL CREME VAGINAL	BIS
12148	MOMETASONA, FUROATO DE - SPRAY NASAL.	FRA
12149	MONTELUCASTE DE SODIO 5 MG.	COM
11780	NEOMICINA+BACITRACINA POMADA	BIS
11791	NIFEDIPINA 20 MG RETARD	COM
12150	NIMESULIDA 100 MG.	COM
11800	NISTATINA CREME VAGINAL	BIS
11810	NISTATINA SUSP. ORAL	FRA
11815	NITRATO DE PRATA 2% (C/5 UND)	FRA
12151	NITROFURANTOINA 100 MG.	CAP
12152	NITROFURANTOINA 5 MG/ML - SUSP ORAL.	FRA
11480	NONOXINOL - GEL ESPERMICIDA 5%	BIS
11760	NORETISTERONA 0,35 MG	CAX
12153	NORFLOXACINO 400 MG.	COM
12109	OMEPRAZOL 10 MG	CAP
11817	OMEPRAZOL 20 MG	CAP
11820	OXIDO ZINCO POM	BIS
11825	PARACETAMOL 500 MG	COM
11827	PARACETAMOL SOL. ORAL GOTAS 200MG/ML	FRA
11826	PARACETAMOL SOL. ORAL GOTAS 100 MG/ML	FRA
11830	PASTA D'AGUA	BIS
11840	PENIC POTAS. + PENIC PROC 400.000 UI	FRA
11850	PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI	FRA
11860	PENICILINA G BENZATINA 600.000 UI	FRA
11880	PIROXICAM 20 MG	COM
12154	POTASSIO, CLORETO, 600 MG - RETARD.	DRG
12155	PREDNISOLONA 3 MG/ML, SOL. ORAL.	FRA
11890	PREDNISONA 5 MG	COM
11892	PRESERVATIVO ADOLESCENTE - 49MM	UND
12107	PRESERVATIVO ADULTO EXTRA GRANDE 55MM	UND
12106	PRESERVATIVO FEMININO	UND
11230	PRESERVATIVOS ADULTO 52MM	UND
12156	PROMETAZINA 50 MG - INJETAVEL.	AMP
12158	PROPATILNITRATO 10 MG.	COM
11910	PROPRANOLOL 40 MG	COM
12157	PROPRANOLOL, CLORIDRATO, 10 MG.	COM
11906	RANITIDINA 150 MG	COM
11920	SAL PARA REIDRATAÇÃO ORAL - PO	ENV
11950	SALBUTAMOL 0,04 % XAROPE	FRA
11930	SALBUTAMOL 2 MG	COM
12114	SALBUTAMOL, SULFATO -100 MCG SPRAY ORAL.	FRA
12159	SINVASTATINA 10 MG.	COM
11960	SOL.FISIOLOG NASAL	FRA
11980	SULFAMETOXAZOL+TRIMET. SUSP. ORAL 40:80MG/ML	FRA
11970	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 400:80 MG	COM
11990	SULFATO FERROSO - GOTAS	FRA
12000	SULFATO FERROSO 40 MG	COM
12160	TETRAZOLINA, CLORID. + SULF. DE ZINCO - SOL. OFTALMICA	FRA
12030	TIABENDAZOL 500 MG	COM
12040	TIABENDAZOL POMADA 0,5%	BIS
12050	TINIDAZOL 500 MG	COM
12052	TOBRAMICINA SOL OFTALMICA	FRA
12161	TRITANOLAMINA + BORATO DE 8-HIDROXIQUINOTEINA.	FRA
12055	VALPROATO DE SODIO XAROPE ( PORT 344/C1)	FRA
12070	VIOLETA DE GENCIANA SOLUCAO 1%	FRA
12080	VITAMINA A+D GOTAS	FRA

081	VITAMINA C 500 MG	COM
082	VITAMINA C GOTAS	FRA
092	VITAMINA DO COMPLEXO B COMPRIMIDO	COM
090	VITAMINA DO COMPLEXO B GOTAS	FRA
093	VITAMINA E 400 MG	CAP
905	VITAMINAS + SAIS MINERAIS	COM
094	XAROPE DE PIPERAZINA 100 MG/ML (LICOR DE CACAU)	FRA
162	XINAFOATO DE SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 100 MCG - ORAL..	UND

Estado de Santa Catarina

 - Secretaria de Estado da Saúde  
Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIAF  
Gerência de Programação - GEPRO

**MEDICAMENTOS PADRONIZADOS/SES/SC - APAC**

to de Glatiramer 20mg
to de Leuprolida 3,75mg
tina 10mg
tina 25mg
ronato de Sódio 10mg
astina 10mg
oprina 50mg
metasona, Dipropionato 250mcg/200doses
ocriptina 2,5mg para o CID G20
ocriptina 2,5mg para os CID's E22.0 e E22.1
sonida 100mcg/200doses
sonida 200mcg/100doses
riol 0,25mcg
sporina Sol. Oral 100mg/ml
sporina 100mg
sporina 50mg
sporina 25mg
trato de Ciprofloxacina 500mg
pina 100mg
lemento Alimentar para Fenilcetonúricos/menores de 1 ano
lemento Alimentar para Fenilcetonúricos/maiores de 1 ano
zol 100mg
oxamina, Acetato 500mg ( Ver na Port nº 1.3818/02 os CID.s)
oxamina, Acetato 500mg para os CID.s N18.0, N18.8 , N18.9 )
opressina 0,1mg/ml, Acetato
pezil 10mg
pezil 5mg
ase Alfa 2,5mg
na Pancreática 4.000UI (Lipase, Amilase, Protease)
na Pancreática 12.000UI (Lipase,Amilase, Protease)
na Pancreática 18.000UI (Lipase,Amilase, Protease)
poetina Humana Recombinante 2000U
poetina Humana Recombinante 3000U
poetina Humana Recombinante 4000U
astima 300mcg
ocortisona 0,1mg
arato de Formoterol 12 mcg / Pó Inalante 60 doses ( turbuhaler )
arato de Formoterol 12 mcg / Pó Inalante 30 doses (capsula c/ inalador)
arato de Formoterol 12 mcg / Pó Inalante 60 doses (capsula c/ inalador)
relina 3,6mg
relina 10,8mg
ocloreto de Sevelamer 800mg
óxido de Ferro 100mg
oxiuréia 500mg
ucerase 200UI
oglobulina Hepatite B 100mg
oglobulina Humana 1g
oglobulina Humana 5g
imab 100mg (Amp) <i>Remicade</i>
feron Alfa 2a ou 2b 3.000.000UI
feron Alfa Peguilado 80mcg
feron Alfa Peguilado 100mcg
feron Alfa Peguilado 120mcg

on Alfa Peguilado 180mcg
on Beta 1a 6.000.000UI ( 22mcg)
on Beta 1a 6.000.000UI (30 mcg)
on Beta 1b 9.600.000UI
on Beta 1a 12.000.000UI (44 mcg)
noína 10mg
noína 20mg
udina 150mg
igina 100mg
omide 20mg <i>ARAVA</i>
oxina Sódica 25mg
oxina Sódica 50mg
oxina Sódica 100mg
zina 500mg
nolato Mofetil 500mg
tida Lar 10mg
pina 5mg
pina 10mg
amina 250mg
exol 0,125mg
exol 0.25mg
exol 1mg
rina 250mg
50mg
idona 1mg
gmina 1,5mg <i>EXCELON</i>
gmina 3,0mg
gmina 4,5mg
elina 5mg
tatina 20mg
os Sol. Oral 1mg/ml
otrofina Recombinante Humana 4UI
salazina 500mg
o de Hidroxicloroquina 400mg
imus 1mg
imus 5mg
Botulínica Tipo A 100UI
atrina 500mg
idona 40mg
idona 80mg

amento Não APAC : Hidrocortisona 10mg (Cp)  
Hidrocortisona 20mg (Cp)  
Metotrexato 2,5mg (Cp)

ende do peso do paciente.  
n parâmetros no momento. Quantidade máxima e acordo com cada patologia