

**TÁRCIA REGINA COURA DUTRA**

**GESTÃO DA SAÚDE: O IPSEMG  
E AS PERSPECTIVAS PARA O SÉCULO XXI**

**FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO**  
**Belo Horizonte – 2009**

**TÁRCIA REGINA COURA DUTRA**

**GESTÃO DA SAÚDE: O IPSEMG  
E AS PERSPECTIVAS PARA O SÉCULO XXI**

Monografia apresentada como requisito final à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública relativo ao Curso de Especialização em Gestão Pública do V Programa de Administração Pública da Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho, tendo como orientador o Prof. Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz.

TÁRCIA REGINA COURA DUTRA

GESTÃO DA SAÚDE: O IPSEMG E AS PERSPECTIVAS PARA O SÉCULO XXI

Objetivo: descrever as características do IPSEMG, enquanto uma organização pública e política, sua estruturação e a gestão da prestação de serviço de saúde ao servidor público civil e seus dependentes, bem como as suas perspectivas para o século XXI, em virtude do anúncio da proposição de implantação de um *novo plano* de saúde pelo Governo do Estado.

Fundação João Pinheiro - MG

Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho

V Programa de Administração Pública - Especialização em Gestão Pública

Área de concentração: Gestão Pública

Data de Aprovação: 25 /08/2009

Prof. Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz – FJP

Prof. Silvio Ferreira Júnior – EG/FJP

*Dedico esse trabalho às minhas filhas Michelle e Caroline e minha neta Fernanda, amores constantes e motivação para a caminhada na vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos servidores do IPSEMG-saúde, pela dedicação e por se manterem em atividade numa luta diária, carregando em si um fundinho de esperança pelo local cujo trabalho ajudou a sustentar até o presente momento.

Ao meu pai, por estar me fazendo vivenciar o ato de cuidar. Esse ato está ajudando-me a repensar a importância da atenção do gestor público a todas as políticas públicas, principalmente para o setor saúde. Políticas que devem considerar as necessidades dos cidadãos em geral e as para grupos específicos, como, no caso, os idosos, estimulando a criação de uma rede de amparo social e orientar a rede familiar.

Ao IPSEMG e à Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho, pela oportunidade.

Aos professores e colegas de curso, pela troca de conhecimentos.

Em especial, ao Professor Marcus Vinícius Gonçalves da Cruz, por correr o risco e aceitar meu convite para orientação.

Ao Professor Silvio Ferreira Júnior, pelas proveitosas sugestões.

*“Dentro de um estabelecimento encontramos uma equipe de atores que cooperam para apresentar à platéia uma dada definição da situação. Isso incluirá o conceito da própria equipe e da platéia e princípios relativos à linha de conduta que deverá ser mantida mediante regras de polidez e decoro. Encontramos às vezes uma divisão entre região dos fundos, onde é preparada a representação de uma prática, e região de fachada, onde ela é representada. O acesso a estas regiões é vigiado, a fim de evitar que o auditório veja os bastidores e para impedir que estranhos participem de uma representação que não lhes é endereçada.”*

Erving Goffman, 1985, p. 218.

## RESUMO

O propósito desse estudo foi analisar a gestão do Estado, por meio do IPSEMG, da prestação de serviço de saúde ao servidor e seus dependentes e suas perspectivas para o século XXI, em virtude do anúncio da proposição de implantação de um novo plano de saúde. Para isso, foi realizado um breve histórico da criação do sistema previdenciário nacional até a instituição da assistência à saúde dentro do conceito equitativo como um direito coletivo constitucional. Percorreu-se a criação e o estabelecimento do IPSEMG, no estado de Minas Gerais, analisando sua estrutura e modos de prestação da atenção à saúde na atualidade enquanto gestor da previdência e saúde dos servidores públicos civis. Levantou-se questões sobre as mudanças institucionais e a implementação do novo plano de saúde, tomando com base referencial as alterações ocorridas em outros estados brasileiros. Constatou-se a existência de assimetria informacional sobre o tema, bem como a retenção de dados que poderiam ser eficazes para a produção de conhecimento sobre os planos de saúde autárquicos no modelo autogestionário.

Palavras-chave: saúde, Instituto de Previdência, plano de saúde, serviço médico- hospitalar.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to examine the management of the state, through IPSEMG the provision of health services to the server and their dependents and their prospects for the twenty-first century, due to the announcement of the proposal of implementing a new health plan. For this, we carried out a brief history of the creation of the national pension system until the institution of health care within the concept as a fair collective constitutional right. Some progress has been the creation and establishment of IPSEMG the state of Minas Gerais, analyzing its structure and modes of supply of health care today as manager of pension and health of civil servants. He got up questions about the institutional changes and the implementation of new health plan, taking the theoretical basis of changes in other brazilian states. It was the existence of informational asymmetry on the subject and the retention of data that could be effective for the production of knowledge about the health plans of local self-management model.

**Keywords:** Health, Institute for Social Security, health insurance, medical service and hospital.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio era examinar la gestión del Estado, a través de IPSEMG la prestación de servicios de salud a los servidores y sus dependientes y sus perspectivas para el vigésimo siglo primero, debido al anuncio de la propuesta de aplicar un nuevo plan de salud. Para ello, se realizó una breve historia de la creación del sistema nacional de pensiones, hasta la institución de cuidado de la salud en el concepto como un derecho constitucional justo colectiva. Algunos avances ha sido la creación y el establecimiento de IPSEMG el estado de Minas Gerais, analizando su estructura y modos de suministro de atención de la salud hoy como gerente de pensiones y la salud de los funcionarios. Se levantó preguntas sobre los cambios institucionales y la aplicación de nuevo plan de salud, teniendo en base referencial de los cambios en otros estados brasileños. Fue la existencia de asimetría de la información sobre el tema, y la conservación de datos que podrían ser eficaces para la producción de conocimientos acerca de los planes de salud de auto locales el auto-modelo de gestión.

Palabras clave: Salud, Instituto de Seguridad Social, seguro médico, servicio médico y hospitalario.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura I – Comunicado sobre a Classificação de Risco .....	30
Figura II – Hospital Governador Israel Pinheiro (Visto do Parque Municipal de Belo Horizonte)..	32
Figura III – Centro de Especialidades Médicas .....	34
Figura IV – Comunicado sobre a Classificação de Risco .....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela I – Modalidades de planos – 2008 .....	25
Tabela II – Custos do Plano IPASGO .....	58
Tabela III – Valores das Contribuições dos Servidores para o Mtsaúde .....	59
Tabela IV – Valores das Contribuições do Agregado para o Mtsaúde .....	60
Tabela V – Valores das Co-participações para o Mtsaúde .....	60
Tabela VI – Contribuição para Beneficiários Titulares e Dependentes – Planserv .....	62
Tabela VII – Contribuição Relativa ao Agregado- Planserv .....	63
Tabela VIII – Valor da Contribuição do Titular – IPESaude SE .....	66
Tabela IX – Valor da Contribuição do dependente – IPESaude SE .....	68
Tabela X – Valor da Contribuição do agregado – IPESaude SE.....	68
Tabela XI – Resumo sobre os dados dos 6 planos selecionados.....	70

**SIGLAS E ABREVIATURAS**

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ALMG – Assembléia Legislativa de Minas Gerais

ANS – Agencia Nacional de Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBI – Conselho Beneficiários do IPSEMG

CEF – Caixa Econômica Federal

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEME – Central de Medicamentos.

CF – Constituição Federal

CODEI – Conselho Deliberativo do IPSEMG

COFIS – Conselho Fiscal

CR – Constituição da República

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

EC – Emenda Constitucional

FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FUNPEMG – Fundo de Previdência do Estado de Minas Gerais

HGIP – Hospital Governador Israel Pinheiro

IAPs – Institutos de Previdência

IAPAS – Administração da Previdência e Assistência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPSEMG – Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

LBA – Leiã Brasileira de Assistência

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MGS – Minas Gerais Administração e Serviços S.A.

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

SAD - Secretaria da Administração de Mato Grosso

SAEB - Secretaria da Administração do Estado da Bahia

SEAD - Secretaria de Estado da Administração

SEAP - Secretaria de Estado da Administração e da Previdência

SEF – Secretaria de Estado da Fazenda

SEF - GO - Secretaria da Fazenda do Estado de Goiás

SEPLAG – Secretaria de Planejamento e Gestão de Minas Gerais

SERJUSMIG – Sindicato dos Servidores da Justiça de 1ª Instância do Estado de Minas Gerais

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMU – Serviço Médico de Urgência

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	14
2.	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL .....	18
2.1.	Breve Histórico.....	18
2.2.	O Movimento Sanitarista, o SUS e seus Dilemas .....	21
2.3.	A Saúde Suplementar Privada .....	23
3.	O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS .....	28
3.1.	Breve Histórico .....	28
3.2.	Características do IPSEMG .....	30
3.3.	O Hospital Governador Israel Pinheiro .....	31
3.4.	O Centro de Especialidades Médicas .....	33
3.5.	O Centro Odontológico .....	34
3.6.	Drogaria Externa.....	35
4.	METODOLOGIA .....	36
5.	BREVE ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO IPSEMG.....	39
5.1.	A Importância do IPSEMG.....	40
5.2.	Objetivos do IPSEMG.....	41
5.3.	Atuação com o Mercado de Trabalho .....	42
5.4.	Influência da Tecnologia .....	42
5.5.	Características Burocráticas .....	44
5.6.	Relações de Poder .....	49
5.7.	Contexto Contemporâneo do IPSEMG.....	50
5.8.	Os servidores da saúde no IPSEMG.....	53
6.	PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES ESTADUAIS NO BRASIL: CASOS SELECIONADOS .....	57
6.1.	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás – IPASGO.....	57
6.2.	Mato Grosso Saúde.....	59
6.3.	Bahia Planserv .....	61
6.4.	Sistema de Assistência à Saúde – SAS do Paraná .....	64
6.5.	Plano de Assistência à Saúde do Estado de Sergipe – IPESAÚDE .....	65
6.6.	Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS-DF .....	68
7.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	71
7.1.	IPSEMG Saúde – Instituto de Medicina Supletiva???	73
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
9.	REFERÊNCIAS .....	85

## I - INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado pelas mudanças do papel do Estado e por suas relações com a sociedade. No Brasil, cuja economia era baseada na exportação de café, acontece a substituição da exportação pelo modelo autárquico de importações. Paralelamente, o Estado passa a adotar políticas de cunho social, instituindo direitos sociais como direitos de cidadania.

Foi a partir da década de 1930 que surgiram as leis de proteção trabalhistas e emergiram os sistemas previdenciários e serviços sociais em massa, sob modelo corporativo preconizado pelo governo de Getúlio Vargas. As modificações previdenciárias resultaram na inserção dos trabalhadores urbanos no jogo político. O suporte ao trabalhador passou a ser a previdência, enquanto a saúde ocupava um lugar secundário (MENICUCCI, 2007). A atenção à saúde era destinada aos trabalhadores formais associados. As pessoas pobres e indigentes dependiam de assistência prestada por entidades filantrópicas.

A questão da passou por lutas de grupos específicos, num campo de intensas mudanças, até se concretizar, na Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). Institucionaliza-se o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, como uma política de inclusão social (FLEURY, 1997; MEDICI, 2004; BRASIL, 2007).

Em sua concepção, o SUS trouxe a noção de sistema e de unicidade das ações distribuídas num conjunto das instituições dos níveis de governo federal, estadual e municipal, bem como do setor privado contratado e conveniado. Todos esses campos interagindo para o fim comum da assistência à saúde, enfrentando dificuldades diversas e evidenciando uma clivagem entre as diversas redes assistenciais (FLEURY, 1997; BRASIL, 2007).

Constata-se que o sistema de saúde brasileiro é marcado por arranjos históricos institucionais em torno da saúde, expressando a pluralidade e a fragmentação. O sistema de saúde assumiu um formato híbrido, dual, numa mistura entre o público e o privado. Essa coexistência, apontando para diferentes formas de acesso ao sistema, mostrando incontestemente como a tomada de decisões nas políticas de saúde foi e é influenciada por ambientes e políticas do passado. A privatização prossegue em contraponto à universalização do sistema de saúde e o próprio setor público cria e consolida a oferta de serviços privados (SANTOS E GERSCHMAN, 2004; MEDICI, 2004; MENICUCCI, 2007, CAMPOS, 2008).

As políticas de saúde implementadas pelo Estado e destinadas ao servidor público, ao longo do século XX, como no caso mineiro, mantiveram característica de assistência médica supletiva pautada no financiamento corporativo, numa tradição identitária de grupo e com forte exigência da “excelência” no desempenho (SANTOS E GERSCHMAN, 2004: 800). Entretanto, sobre os planos de saúde ofertados pelas entidades de direito público no modelo autogestionário, constatamos uma escassez de fontes de dados e informações, situação também encontrada por Balzan (2003).

Em Minas Gerais, paralelamente ao processo de implantação do Sistema Nacional de Previdência, foram implementadas ações destinadas aos servidores públicos do Estado no âmbito da assistência previdenciária e à saúde com a consolidação do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG.

Este trabalho busca abordar a gestão da prestação dos serviços de saúde ao servidor público civil e seus dependentes, por meio do IPSEMG, pelo Estado. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo (MARTINS & BICUDO, 1994: 44-7; GIL, 1999, p. 44; MINAYO, 2000) de cunho bibliográfico, cujo eixo trabalhado foi a análise da evolução das políticas de saúde, visando caracterizar a importância do Instituto no contexto do Estado e entender como ele procederá enquanto gestor de assistência à saúde no século XXI.

Para a obtenção dos dados, foram utilizadas diferentes fontes, como: documentos relativos ao IPSEMG; dados orais de participação em reuniões destinadas ao público interno; jornais e notícias eletrônicas; dados em sítios de outros Estados, e, além da *internet* e *intranet*, outras fontes bibliográficas.

Para atingir o objetivo, ante as múltiplas dimensões do Instituto, buscou-se sua contextualização e caracterização utilizando a análise social. O processo analítico deu-se sobre a forma atual de assistência à saúde e as diferenças previstas pelo novo modelo proposto como plano de saúde, denominado IPSEMG Saúde - Empresa de Medicina Supletiva, citadas na proposta da Concorrência Pública IPSEMG/SEPLAG 01/2007 (MINAS GERAIS, 2007), bem como pela verificação do nível informacional dos servidores públicos sobre as mudanças em andamento.

Para embasar a parte do trabalho relativa ao novo plano de saúde, examinaram-se as mudanças recentes ocorridas em outros institutos de previdência dos servidores públicos no Brasil. Foi realizada uma busca através da internet, entre os meses de junho a outubro de 2008,

utilizando como descritores as palavras-chave institutos de previdência e o nome do estado, bem como saúde do servidor público e o nome do estado.

O propósito foi encontrar, em outros estados do Brasil, novos modelos de planos destinados aos servidores públicos com a extinção dos institutos de previdência e a separação das carteiras de previdência da assistência à saúde. Um melhor detalhamento sobre esses denominados novos modelos foi possível nos estados de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Paraná, Sergipe e no Distrito Federal.

Com a perspectiva constitucional da saúde como “direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988), pela idéia de universalização, equidade e integralidade da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde, para muitos, a manutenção do IPSEMG enquanto prestador de assistência à saúde aos servidores públicos civis é vista de um privilégio corporativo. Essa prestação de assistência à saúde é considerada precária pelos servidores, tendo em vista o número de municípios estaduais mineiros, pois muitos dos atendimentos clínicos especializados são centralizados na Capital. Contudo, a compulsoriedade do desconto em folha dos servidores persiste principalmente para os servidores do Poder Executivo.

É fundamental demarcar que, além do desconto compulsório para o IPSEMG-saúde, uma porcentagem dos servidores possui algum outro plano de saúde complementar privado e como todos os cidadãos brasileiros, considerando grande carga tributária imposta no país, contribuem para a sustentação do SUS. Ou seja, é uma forma *tri-contribuição* para prestação de serviços de saúde, muitas vezes precários quando demandados na hora da necessidade.

No ano de 2004, foi impetrada uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) visando a declaração da inconstitucionalidade do artigo 85 da Lei Complementar 64 do Estado de Minas Gerais, cujo julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF) está sendo protelada a cada pedido de vistas pelos ministros. A consideração da ilegalidade desse desconto obrigatório está referenciada à determinação constitucional de que recursos arrecadados com cobrança previdenciária devem ser usados apenas para previdência e assistência social, excluindo o plano de saúde.

No caso, a consideração de inconstitucionalidade da contribuição ao plano de saúde do IPSEMG (TJMG – 3ª CÂM., 2008; MOURA E CASTRO, 2004) e como uma tributação extra (GRECO, 2007; TJMG, 2007) aos servidores públicos estaduais, de certa forma, ameaça a manutenção da prestação dos serviços de saúde, pelo risco de debandada ao ser ofertada a opção

de livre adesão. Fica a questão de como estimular a adesão espontânea dos servidores públicos civis ao novo plano a ser proposto?

A monografia está articulada em oito seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda seção trata do surgimento e evolução das políticas de saúde no nível federal, a importância do movimento sanitário para a criação do Sistema Único de Saúde e a evolução da saúde suplementar privada.

O terceiro item refere-se ao nascimento e evolução do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais no século XX.

A quarta seção apresenta a metodologia usada para embasar o estudo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, descritiva, utilizando como referencial teórico a análise sociológica.

O quinto tópico analisa as características do Instituto, sua importância no âmbito da prestação da assistência médica através do Hospital Governador Israel Pinheiro, Centro de Especialidades Médicas e do Centro Odontológico.

O sexto item caracteriza exemplos de planos estaduais implantados em alguns estados brasileiros, detalhando-se os de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Paraná, Sergipe e do Distrito Federal, para entender como se deram as mudanças nos planos destinados aos servidores.

O sétimo tópico discute as mudanças recentes e características dos novos planos criados para os servidores públicos nesses estados brasileiros, bem como os riscos das alterações nos planos de saúde por não trazerem nada de inovador. Apresenta também o projeto básico que será referencial para a implementação do novo plano de saúde em Minas Gerais.

Nas considerações finais, o oitavo tópico, ficam perguntas e expectativas, pois se constata que os órgãos oficiais registram e disponibilizam poucos dados sobre suas formas evolutivas no fator administrativo e gerencial, desfavorecendo a produção de conhecimento e mantendo o poder informacional nas mãos de poucos.

Esse estudo constituiu um caminho reflexivo sobre a criação e existência do IPSEMG e as decisões que permearam e permeiam o seu percurso histórico, principalmente na área da atenção à saúde do servidor público civil. Sob o ponto de vista ético, longe de ocupar o estatuto de uma verdade absoluta, foi uma tentativa de construção que se fundamenta na produção de conhecimento científico pautada numa reflexão filosófica, cujo propósito é a produção de novos conhecimentos.

## **2. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1 Breve Histórico**

O sistema previdenciário brasileiro tem início através da criação de montepios, onde, por meio de pagamento de cotas, o membro adquiria o direito de deixar o pagamento uma pensão a uma pessoa de sua escolha. Em 1835, foi criado o primeiro montepio destinado aos servidores do Estado, o Mongeral – Montepio Geral dos Servidores do Estado, donde um grupo de pessoas, com o propósito de formar um fundo para situações de necessidade, de desventura (EDUARDO, 2002; CRUZ, 2002; BRASIL, 2007).

Em 1888, foi criada a Caixa de Socorros para os trabalhadores das Estradas de Ferro do Império e em 1989 regulamentou-se um montepio, dando direito de aposentadoria aos trabalhadores dos Correios, bem como se criou um fundo de pensões para os trabalhadores da imprensa do Império. Outro marco para a seguridade foi a promulgação da Lei no 3.724 de janeiro de 1919 que tratava da indenização para trabalhadores que sofriam acidentes em virtude do trabalho (EDUARDO, 2002; CRUZ, 2002; BRASIL, 2007).

Em nível nacional, a partir de 1923 foram criados os sistemas de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei Eloy Chaves, considerada um marco na história previdenciária brasileira. Essa criação tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica (BRASIL, 2007). As CAPs eram sustentadas por um sistema tripartite de financiamento: pelo trabalhador, pela empresa e pelo Estado. As caixas eram organizadas pelas categorias profissionais ou pelas empresas e um grande número de pessoas ficou fora desse sistema (MEDICI, 2004; BRASIL, 2007).

Na década de 1930, ocorre uma reorganização do sistema de previdência. As CAPs foram associadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). IAPs eram estruturas organizadas por ramos de atividades profissionais, como, por exemplo, comerciários, bancários, marítimos, dos industriários, estiva, transporte de cargas e passaram a ter caráter nacional (MENICUCCI, 2007).

Por volta de 1940, surgiu o último instituto, o dos servidores públicos. Os IAPs eram autarquias centralizadas no governo federal sob a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria

e Comércio (MEDICI, 2004). Essas modificações previdenciárias são resultados do modelo corporativo do Governo Vargas, momento em que se promulgam as leis trabalhistas e, ao mesmo tempo, funda-se a estrutura sindical do Estado. Essas ações aparecem como dádivas do Governo e do Estado, e não como conquista dos trabalhadores (BRASIL, 2007).

Nesse período ocorre a inserção dos trabalhadores urbanos no jogo político e favorecendo também o surgimento de uma forma regulativa entre o capital e trabalho. O trabalho organizado e os direitos sociais passaram a ser reconhecidos. Nesse contexto, o suporte ao trabalhador passa a ser a previdência, enquanto a saúde persiste num lugar secundário (MENICUCCI, 2007).

A assistência médica prestada pelos IAPs era disponível apenas aos trabalhadores formais associados, excluindo-se os trabalhadores rurais e os informais. A assistência médica era precária em muitos Estados e municípios e aos indigentes e pessoas pobres, a assistência à saúde era ofertada por entidades filantrópicas. As tentativas de unificação dos sistemas de Previdência Social sofreram resistências por parte de lideranças sindicais e corporativistas (MEDICI, 2004).

Nos IAPs, desde sua criação, havia restrições de despesa com benefícios, referendada em bases atuariais, com isso a assistência à saúde vai ser reforçada a partir de pressões e como mecanismo preventivo em virtude de afastamentos por invalidez com o aumento de pagamento de benefícios. A assistência médica não era uma política de saúde nos institutos de previdência. Essa questão foi integrada, a partir da década de 1960, tornando-se um pouco mais extensiva com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), ainda assim, mantendo sob a égide de restrições financeiras (MENICUCCI, 2007).

A promulgação da LOPS, em 1960, foi o primeiro caminho para a unificação e de expansão da cobertura assistencial aos trabalhadores urbanos, sendo incluídos em 1972, compulsoriamente, os empregados domésticos e, facultativamente, os ministros religiosos. Em 1966, os IAPs foram extintos e surge uma nova fase com a expansão da assistência aos trabalhadores rurais com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MEDICI, 2004).

Com expansão da cobertura previdenciária e o aumento da assistência médica, foi necessária a contratação de estabelecimentos privados que passaram a integrar a rede de previdência através de compra e venda de serviços médicos por unidades de serviços. A rede privada precisou ampliar sua rede de estabelecimentos e foi financiada, a partir de 1974, com recursos públicos provenientes do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), formado

por recursos da loteria federal e saldos operacionais da Caixa Econômica Federal-CEF (MEDICI, 2004).

O INPS, em 1974, foi desdobrado em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) formando o Ministério da Assistência e Previdência Social. O IAPAS recolhia e administrava os recursos, o INPS administrava, calculavam concedia e pagava benefícios previdenciários e assistenciais, o INAMPS administrava o sistema de saúde previdenciária (MEDICI, 2004). Essa reestruturação institucional indica a importância da assistência social sobre a assistência à saúde e o pagamento de benefícios previdenciários.

A consolidação da previdência deu-se em 1976 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, financiado pelo Fundo de Previdência e Assistência Social e composto pelas seguintes instituições, além do IAPAS, INPS, INAMPS: LBA – Legião Brasileira de Assistência; FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor; DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social e CEME – Central de Medicamentos (MEDICI, 2004).

A previdência manteve essa estrutura até meados de 1980 e a unificação de alguns dos subsistemas deu-se a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988, ao qual também se incorporou os hospitais universitários, as redes públicas e privadas nos Estados e Municípios.

A assistência à saúde, desenvolvidas através do âmbito previdenciário desde 1930 e estruturada a partir de 1960, manteve características privatistas e era baseada na função curativa e hospitalocêntrica (MENICUCCI, 2007). No período militar, entre os anos de 1964 a 1984, o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil, foi marcado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia técnico-burocrática que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (BRASIL, 2007).

Esse caráter mercantil e privatizante não efetivaram a assunção da atenção à saúde ante a ausência do Estado (MENICUCCI, 2007). A saúde pública tornou-se instrumento ineficiente e conservador, afetado pela carência de recursos públicos produzindo graves conseqüências para a população (BRASIL, 2007). O efeito foi a consolidação de uma assistência à saúde num misto público/privado (MENICUCCI, 2007), impedindo uma verdadeira reforma na questão da atenção

pública.

## 2.2. O Movimento Sanitarista, o SUS e seus Dilemas

A situação precária da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica ampliaram as reações em busca de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Ocorre uma rearticulação paulatina dos movimentos sociais, materializando-se a ação de um grupo de profissionais e intelectuais frente à incorporação da medicina preventiva no currículo das faculdades, em torno da qual começou a se organizar o movimento denominado de reforma sanitária.

O objetivo desse movimento era incorporar as demandas da sociedade ante a precariedade da saúde, estimulando sua participação e possibilitando sua influência nos processos decisórios de modo a ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade. A idéia de base seria a universalização da saúde fundamentada no atendimento público fornecido pelo Estado (PAIM, 1997, BRASIL, 2007).

O projeto desse movimento sanitaria portava um modelo de democracia baseado na formulação de utopia igualitária, na garantia da saúde como direito individual e na construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática, promulgando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade (PAIM, 1997).

Segundo Fleury (1997), o movimento de reforma sanitária foi vitorioso na construção de uma nova base de relação Estado-Sociedade; no *empowerment* de novos atores, na descentralização com a construção de nova base técnica no nível municipal, na difusão de uma consciência sanitária e introjeção do conceito do direito à saúde pela população usuária; além de reduzir o consumo de serviços curativos, exames, medicamentos.

Após longa caminhada, o Sistema Único de Saúde (SUS) materializa-se e a saúde constitui-se como direito da cidadania garantido pelo Estado. Essa transformação acontece através de uma base legal via Constituição Federal, Lei Orgânica, Constituições Estaduais, Normas Operacionais Básicas, etc. A cidadania, então, postulada como eixo paradigmático da reforma sanitária, estabelece-se através de uma estrutura jurídica e institucional própria. Essa ênfase no aspecto formal da democracia, não favoreceu a concomitância entre o mundo da norma legal e o “mundo da vida” (PAIM, 1997; MELO, 2005), persistindo a saúde como matéria

relacionada a custo/benefício para o capital.

O movimento de reforma sanitária, por ser uma proposta formulada em uma sociedade desigual e de exclusão social, ao adotar a utopia democrática igualitária, teve caráter de contestação à ordem política estabelecida para além das formas jurídicas. Os atores coletivos lutaram por um sistema de saúde de acesso universal e igualitário. Entretanto, a existência de uma sociedade hierarquizada e discriminadora, assim como a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a desigualdade e exclusão como cerne da questão democrática, minou as possibilidades de concretizar um sistema igualitário de saúde (FLEURY, 1997).

A somatória desses fatores trouxe conseqüências para a organização do sistema de saúde, onde cada um dos atores, grupo ou instituições, buscou fugir do SUS com suas regras uniformizadoras. Assim, a política de universalização se transformou em focalização perversa e a equidade se deformou em um sistema segmentado, com a publicização se revelando uma articulação complexa e descontrolada entre o público e o privado (FLEURY, 1997).

O SUS é uma política pública que perpassa os três níveis de governos e, desde sua criação, ainda enfrenta diversos dilemas para efetivar seus princípios e diretrizes. São fatores limitadores: as características federalistas e heterogeneidade do país, as desigualdades econômicas sociais e regionais, o seu financiamento, as mudanças epidemiológicas, o despreparo dos profissionais e a corrupção (CUNHA, 2001).

De qualquer forma, é preciso cuidado e objetividade ao analisar o SUS, como Mendes (1996) explicitou, “entendendo-o como processo social em construção permanente” e não como uma solução miraculosa. Para a concretização do SUS torna-se necessária a “formulação estratégica de uma agenda para a saúde a ser perseguida”. O autor ainda postula que a crítica ao SUS, no Brasil, como causa principal da crise da saúde é defendida por grupos de interesses que querem eliminar a universalidade do sistema, “*de modo a reduzi-lo a populações economicamente desintegradas, um medicaid à brasileira, ou mesmo substituí-lo por um sistema alternativo baseado na racionalidade do mercado*” (MENDES, 1996).

Além disso, na atualidade, como aponta Viacava et al. (2004), apesar do número de ações e implementação de projetos inovadores voltados para a consolidação do SUS, são raras as iniciativas governamentais no sentido de avaliar o desempenho do sistema em seu conjunto. Pouco se sabe sobre o impacto dessas ações, exceto sobre o processo de descentralização ou sobre a implantação de programas específicos, como o Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

### 2.3. A Saúde Suplementar Privada

As primeiras empresas de medicina de grupo surgiram no Brasil na década de 1960, apesar do embrião ter crescido a partir da década de 1930 e amadurecido a partir de 1956 na região do ABC paulista, como produto do crescimento industrial automobilístico. A saúde suplementar, no Brasil, desde sua origem, apresenta um sistema estrutural diversificado. (PEREIRA FILHO, 1999; ALMEIDA, 1999).

A característica do atendimento médico-hospitalar ofertado pelo setor público era marcada por longas filas de espera e superlotação hospitalar gerando uma baixa qualidade na atenção à população. Ocupando, em parte, esse vazio deixado pelo Estado, limitado em acompanhar as novas situações emergentes no país, médicos se organizaram em grupos, criando estruturas de atendimento com custos fixos e previsíveis (ALMEIDA, 1999).

Medici (2004) descreve como principais modelos de serviço de saúde suplementar:

*“a medicina de grupo, que funciona como um sistema de pré-pagamento, oferecendo planos de saúde para empresas e famílias de forma semelhante às HMO's americanas; as cooperativas médicas, que também oferecem planos de saúde em regime de pré-pagamento, embora tenham estruturas próprias de oferta de serviços baseadas nos médicos cooperados e em hospitais próprios e/ou contratados; os sistemas próprios das empresas (especialmente as de maior porte), também conhecidos como Planos Auto-administrados, que em geral funcionam contratando serviços de saúde em regime de pós-pagamento; e os planos de seguro saúde, que funcionam sob diversas modalidades, segundo o tipo de cobertura que o cliente deseja, permitindo em alguns casos regimes de livre-escolha”.*

O conceito de medicina de grupo evoluiu e espalhou por todo o país, inicialmente, ligado diretamente às relações de trabalho numa modelagem de planos coletivos de saúde, com característica de benefício concedido pelas empresas, subordinados a contratos trabalhistas. Na sequência, a expansão da assistência privada será estimulada com a participação direta e indireta do Estado (MENICUCCI, 2007).

Os incentivos públicos para que as empresas assumissem a assistência médica dos funcionários deu-se por mecanismos como o convênio-empresa com financiamento público parcial para os empregados e em seguida através de subsídios diretos e posteriormente por facilidades tributárias às empresas. Com isso, o sistema privado foi legitimado e

institucionalizado, ampliando sua inserção no mercado de trabalho privilegiado, ligado a grandes empresas (MENICUCCI, 2007).

O sistema privado autônomo manteve-se em contínua expansão desde o final da década de 1980. A possibilidade de contratação individual de plano de saúde fora do campo de ação das empresas empregadoras estabeleceu relações típicas de consumo. As decisões governamentais, numa tentativa de viabilizar a assistência, acabaram fortalecendo o sistema privado. A aquisição dos serviços privados de saúde pelo setor público aumentou a lacuna entre os dois sistemas. Na época, medicina privada deixa de ser complementar e passa a suplementar, agindo de modo autônomo na busca de clientela e de financiamento (MENICUCCI, 2007).

Segundo Médici (2004), houve um aumento na clientela do sistema supletivo entre 1987 e 1994 de 54%, gerando um faturamento de aproximadamente de 258% para o sistema privado autônomo de saúde. Já os recursos destinados ao SUS, nessa mesma época, só foram crescentes até o ano de 1989.

Na primeira metade da década de 90, aconteceu um forte retraimento do gasto público e o crescimento dos modelos de saúde privados acabou por evidenciar a debilidade assistencial dos serviços públicos de saúde (MÉDICI, 2004). Portanto, embora o apoio ao SUS tenha se mantido formalmente no período de sua implantação, o incentivo e apoio à política de assistência à saúde pública foram precários, indicando que esse projeto não se constituiu como objetivo governamental (MENICUCCI, 2007).

Enquanto isso, o sistema privado autônomo, principalmente os segmentos de seguro-saúde, medicina de grupo e cooperativas médicas, vem se mantendo, ao longo dos anos, basicamente de valores de pré-pagamento per capita (MÉDICI, 2004). Apesar disso, o mercado encontra-se estagnado, com pouca ou nenhuma expansão (MENICUCCI, 2007).

A criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), em dezembro de 1999, como mecanismo regulador, foi um instrumental com o objetivo de corrigir as falhas e melhorar a eficiência do mercado, equalizar a relação entre os prestadores e consumidores e um modo dar sustentabilidade às empresas. Ao mesmo tempo, a ANS abriu canais comunicativos como espaços redutores da assimetria informativa entre as operadoras e usuários. Apesar de resistências e controvérsias, as operadoras e os segmentos e planos vêm se adaptando ao processo regulatório, em contraponto com um mercado com baixa expansão (MENICUCCI, 2007).

Para simples conferência, em 2008, segundo dados da ANS, houve a adesão de cerca de

49.280.000 (quarenta e nove milhões e duzentos e oitenta mil) beneficiários aos modelos nela registrados obrigatoriamente, a saber: autogestão, cooperativa médica, filantropia, cooperativa odontológica, medicina de grupo, odontologia de grupo, seguradora especializada em saúde, conforme tabela I (ANS, 2008) abaixo apresentada:

**Tabela I – Modalidades de planos - 2008**

<b>Planos de saúde com beneficiários por tipo de contratação, segundo a modalidade da operadora - Brasil - junho/2008</b>							
Modalidade da operadora	Total	Planos de saúde novos registrados			Planos de saúde antigos cadastrados		
		Total	Coletivo	Individual	Total	Coletivo	Individual
<b>Total</b>	<b>21.851</b>	<b>13.801</b>	<b>8.287</b>	<b>5.514</b>	<b>8.050</b>	<b>4.031</b>	<b>4.019</b>
Autogestão	402	318	318	0	84	84	0
Cooperativa médica	10.878	6.247	3.442	2.805	4631	2.354	2277
Cooperativa odontológica	782	653	407	246	129	114	15
Filantropia	1.133	757	414	343	376	95	281
Medicina de grupo	6.247	4.274	2.514	1.760	1973	884	1089
Odontologia de grupo	1.021	994	663	331	27	20	7
Seguradora especializada em saúde	1.388	558	529	29	830	480	350

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008, RPS - ANS/MS - 06/2008 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS- 06/2008.  
Nota: O registro da ANS só é obrigatório para os planos comercializados após a Lei 9656/98.

Pode-se afirmar que ao longo das últimas quatro décadas, o sistema de saúde brasileiro configurou-se numa lógica público/privada. De um lado, a perspectiva é implementar o SUS, destinando-o aos segmentos de baixa renda e, por outro, o incentivo à eficiência dos planos e seguros de saúde através da regulamentação do mercado, acabou reforçando a privatização e consolidando a segmentação do sistema (MENICUCCI, 2007).

Esses fatores remetem ao estudo de Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2006), no qual trabalham a hipótese do mercado de planos de saúde privados no Brasil terem se consolidado com o apoio do poder público. Os autores afirmam que nesses últimos quarenta anos, os planos de saúde expandiram com o financiamento estatal, mantendo-se a partir de subsídios fiscais, persistindo o conflito no Estado entre a publicização do sistema de saúde e a subvenção das atividades privatistas.

Como as empresas do setor saúde estão ligadas ao mercado de capitais, Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2006) delineiam o risco de captura da ANS pelos grandes grupos econômicos conjugada com o risco de insolvência das pequenas e médias empresas. Inclusive, a ANS estaria abrindo linhas de crédito para socorrer as empresas via Banco do Brasil e Banco

Nacional de Desenvolvimento Social.

Esse fato gera questionamentos, pois é uma forma de manter o patrocínio ao setor privado, principalmente quando a economia brasileira, num contexto de baixos salários e desemprego, eleva o risco de migração dos usuários para o SUS. O planejamento para essa possibilidade inexistente. Além disso, o setor privado resiste em ressarcir à ANS os recursos dos serviços prestados pelo SUS à sua clientela.

Constata-se que essa modelagem de política de saúde, delineada nessa mistura entre o público e o privado, não significou a saída do Estado do fornecimento dos serviços de saúde nem mesmo a implementação da política do SUS. A segmentação oficializada e a cisão entre os dois sistemas indicam o enfraquecimento da proposição de um sistema universalista de cobertura para a saúde (MENICUCCI, 2007).

O sistema de saúde assumiu um formato híbrido, dual, numa coexistência apontando para diferentes formas de acesso ao sistema. Fator incontestado, demonstrando como a tomada de decisões nas políticas de saúde foi e é influenciada por ambientes e políticas do passado.

A privatização prossegue em contraponto à universalização do sistema de saúde e o próprio setor público cria e consolida a oferta de serviços privados (SANTOS E GERSCHMAN, 2004; OCKÉ-REIS, ANDREAZZI E SILVEIRA, 2006; MENICUCCI, 2007, CAMPOS, 2008). Com isso, o art. 196 da Constituição Federal de 1988 que indica a saúde como um direito de todos e dever do Estado fica como um conceito formal ante aos modos decisórios do Estado.

Dados esses pressupostos sobre os percursos históricos da assistência à saúde, é possível entender a motivação de muitos servidores públicos, parte ainda remidos desses dois sistemas público/privado e ligados a modelos previdenciários de saúde, virem tentando defender o modelo de plano que possuem, sem sucesso.

Os planos de servidores públicos, ligados a institutos de previdência existentes no país, cujas contribuições tinham o caráter compulsório, tem sido modificados. Essas mudanças, implantadas após a determinação da separação entre a parte de atenção à saúde da atenção previdenciária, seguem o que preconiza a Emenda Constitucional n.º20 (BRASIL, 1988), bem como a modificação inserida pela Emenda Constitucional n.º 41/2003, no artigo 149, § 1º, da Constituição Federal de 1988, que autoriza os estados a somente instituírem contribuição previdenciária e não para a saúde.

Em Minas Gerais, essas mudanças estão aos poucos sendo implantadas e afetarão os

servidores do IPSEMG - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, cujos aspectos são objeto desse estudo e apresentados a seguir.

### **3. O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

#### **3.1. Breve Histórico**

Em Minas Gerais, em 06 de setembro de 1912 pela Lei nº. 588, foi fundada a Caixa Beneficente dos Servidores Públicos do Estado, que era filiada à Secretaria de Finanças, hoje, Secretaria de Estado da Fazenda (VIEIRA, 1992: 31). Inicialmente, a Caixa Beneficente objetivava amparar o funcionário público inválido e os dependentes do servidor falecido através do pagamento de um pecúlio. Por meio de desconto em folha de pagamento, o sócio pagava uma contribuição mensal equivalente a um dia do seu vencimento, sendo a sua inscrição facultativa (IPSEMG, 1999: 3; IPSEMG, 2004).

Em 01 de outubro de 1914, a Lei nº. 645, o pecúlio, que era pago de uma só vez passou a ser pago à família do ex-funcionário público falecido e sócio da Caixa Beneficente, como uma pensão mensal. Em 12 de setembro de 1916, a Lei nº. 681 gerou alterações, tais como a exigência de prova de condições de boa saúde pelo funcionário para associar-se, idade inferior a 50 anos, assim como instituiu o auxílio-funeral (IPSEMG, 1999: 3; IPSEMG, 2004). Essa experiência, apesar de pioneira no sentido do mutualismo, falhou, pois a legislação demarcava que o Estado tinha a função arrecadadora, administrativa e guardadora do patrimônio pertencente à Caixa, não sendo responsabilizando pelo pagamento do pecúlio (VIEIRA, 1992: 31).

Em maio de 1924, o Decreto nº. 6.600 transformou a Caixa Beneficente em Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Instituiu-lhe personalidade jurídica própria bem como, ampliou os benefícios como a assistência financeira, médica ambulatorial e odontológica. O Decreto também favoreceu a criação de uma cooperativa composta por armazéns, alfaiataria e farmácia para o fornecimento de remédios.

Em 24 de novembro de 1945, pelo Decreto-Lei 1.416, altera-se para Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG – a denominação da “Previdência”, alterando o regulamento e instituindo a obrigatoriedade da inscrição dos servidores públicos civis do Estado com idade inferior a cinquenta anos de idade. Foi proposta pagamento de pensão para a família do servidor falecido, aposentadoria por invalidez aos operários do Estado (IPSEMG, 1999: 3; IPSEMG, 2004).

A contribuição do Estado, enquanto empregador, e dos municípios era de 50% do total da folha de pagamento, de modo a garantir o pagamento das pensões. Determinou-se também a construção do Hospital de Base da Previdência. O valor da contribuição do beneficiário também foi alterado, conforme o vencimento, variando entre 4% e 5%. O hospital para os servidores foi inaugurado em 1971 e iniciou suas atividades em março de 1972 (IPSEMG, 1999: 3; IPSEMG, 2004).

O IPSEMG, que havia tornado-se uma entidade de direito público e com personalidade jurídica, administrativa e financeira próprias, pela Lei 1.195 de dezembro de 1954, tem seu Estatuto criado pela Lei 9.380 em 18 de dezembro de 1986. O Estatuto foi regulamentado em 19 de fevereiro de 1987 pelo Decreto 26.562. Nesse, sua finalidade assistencial foi determinada e passou a estender-se a todos os servidores estaduais civis dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, aos órgãos autônomos e autarquias e a seus dependentes legais. Com isso, reafirmou-se seu objetivo de prestar assistência previdenciária, médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e complementar, incluindo, ainda, auxílios funeral, pensão, empréstimos bancários e habitacionais (IPSEMG, 1999: 3; IPSEMG, 2004).

A contribuição para o IPSEMG englobava pagamento de pensão e a atenção à saúde, sendo a contribuição 8% da remuneração do servidor. O servidor, bem como seus dependentes, contribuía com o IPSEMG e ao fazer qualquer exame complementar, exceto os laboratoriais, pagava cerca de 70% dos custos da assistência recebida via desconto em folha de pagamento ou com 25% de desconto caso os pagasse à vista.

A partir do Decreto nº. 41.094/00 (IPSEMG, 2008a), de 01 de junho de 2000 ocorreu mudança em alguns artigos do Estatuto do Servidor e a prestação da assistência médico-hospitalar passou a ter caráter de gratuidade e integralidade, exceto nos quesitos de atendimento odontológico e farmacêutico. Nesse mesmo Decreto, alterou-se também a denominação de beneficiário para segurado e de conveniado para credenciado.

Em janeiro de 2002, a Lei Complementar 64 (MINAS GERAIS, 2002) criou o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos Servidores Públicos de Minas Gerais, separando a áreas de assistência à saúde e a da concessão de benefícios e aposentadorias. Ficou determinado o desconto sobre os proventos de 3,2% sobre a base salarial destinada a atenção à saúde e de 11% à aposentadoria. Nesse caso, o Instituto passou a ser responsável também pelo pagamento das aposentadorias dos servidores efetivos que ingressaram no Estado, a partir dessa data, através do

Fundo de Previdência do Estado de Minas Gerais – FUNPEMG (IPSEMG, 1999: 3; IPSEMG, 2004).

### 3.2. Características do IPSEMG

O IPSEMG é uma autarquia estadual e foi constituído pela Lei Estadual 9.380, de 18 de dezembro de 1986 e suas alterações posteriores, com patrimônio e recursos próprios, para prestar e atender a serviços específicos da Administração Pública, visando melhor desempenho. Nessa condição, gozaria de privilégios e imunidades de órgão de serviço público estadual descentralizado, previstos na Constituição Federal, ou seja, teria capacidade de auto-administração sob controle estatal.

Em 25 de janeiro de 2007, a partir da Lei Delegada 126/2007 (MINAS GERAIS, 2007a), o Instituto, por vinculação, passou a integrar a área de competência da Secretaria de Gestão e Planejamento – SEPLAG.

O Instituto é constituído por uma cadeia de comando escalonar. A partir da Lei Delegada n.º 109, de 30 de janeiro de 2003, passou a ser composta pelas Unidades Colegiadas denominadas Conselho Beneficiários do IPSEMG - CBI, Conselho Deliberativo do IPSEMG – CODEI e o Conselho Fiscal – COFIS, seguido pela presidência, diretorias, divisões, coordenações oficiais e não-oficiais e seções.

A estrutura organizacional do IPSEMG sofreu nova reforma denominativa nas unidades administrativas que o compõem. Instituiu-se a vice-presidência e alteraram-se as denominações de diretorias para gerências, das divisões para departamentos.

Na Capital, a Sede do Instituto localiza-se na Praça da Liberdade em Belo Horizonte, até a transferência para o novo Centro Administrativo do Governo em construção no bairro Serra Verde em Belo Horizonte.

**Figura I – Sede do IPSEMG (Praça da Liberdade - MG)**



Fonte: Site do IPSEMG, 2009

A parte de assistência à saúde do Instituto é composta por um Hospital de Referência de nível terciário e quaternário, um Centro de Especialidades Médicas para atendimento ambulatorial e um Centro Odontológico, uma Drogeria externa.

O Instituto também é composto por Agências e Centros Regionais. Segundo dados encontrados eram 84(ALMG, 2005a) e, atualmente, elas existem apenas em aproximadamente 74 municípios do Estado (IPSEMG, 2008a). Muitas dessas unidades funcionam de forma precária. Desde 2003, algumas foram fechadas com a justificativa de não apresentarem resultado (REGIONAIS, 2004) e, mais recentemente, sob a alegação de racionalização dos custos. Inclusive, as duas agências ambulatoriais existentes na Capital, uma localizada no bairro Venda Nova e o Ambulatório Dario Tavares localizado no bairro Gameleira, foram fechadas.

Outros serviços oferecidos na Capital são: Serviço Médico de Urgência (SMU), Cirurgia, Consultas Médicas, Exames Externos, Fisioterapia, Hemodiálise, Internação, Psicologia, Psiquiatria (Casa Verde), Quimioterapia, Vacinação. Existem convênios com outros hospitais e, inclusive, Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

O SMU funciona com plantões médicos de diversas especialidades nas 24 horas do dia, bem como assistência de enfermagem, dispondo de leitos de observação para adultos, leitos na Unidade de Dor Torácica (UDT), destinada ao atendimento e observação de pacientes cardíacos, sala para procedimentos de emergência, sala de pequenas cirurgia e sala de micronebulização. Complementando, é possível contar com a infra-estrutura do Hospital Governador Israel Pinheiro para exames complementares de diagnóstico e para internação. Para atenção às crianças foi criado o Pronto Atendimento Infantil separado do adulto.

### **3.3. O Hospital Governador Israel Pinheiro**

O Hospital Governador Israel Pinheiro, também conhecido como Hospital do IPSEMG ou Hospital da Previdência, está localizado na região hospitalar de Belo Horizonte, à Alameda Ezequiel Dias, 225, no bairro Santa Efigênia. É considerado um serviço de excelência na área médico-hospitalar, sendo um marco referencial do Instituto.

O Hospital iniciou seu funcionamento provisoriamente em um prédio alugado na Escola Universitária até 1972. Seu propósito era ofertar um serviço médico de excelência aos associados do IPSEMG, que se destacasse no contexto das redes hospitalares, num regime de empresa

referenciado pela administração científica (VIEIRA, 1992), visando aumentar a eficiência e reduzir os custos.

A construção do “Hospital de Base” iniciou-se em 1963, com a elevação do teto de contribuição dos servidores. Com uma área total de 3.400m<sup>2</sup>, em três torres denominadas alas “A”, “B” e “C”, suas unidades foram gradualmente inauguradas até o término das obras em 1977. Constituído de 13 andares, sendo 8 destinados a unidades de internação de pacientes, as demais áreas foram subdividas Ambulatório, Bloco Cirúrgico, Central de Esterilização de Materiais, Centro de Tratamento Intensivo Adulto, Centro Obstétrico, Serviço de Nutrição e Dietética, Lavanderia e Rouparia, Manutenção e Serviços Administrativos em geral. Aos poucos o Hospital foi sendo dotado de demais áreas como Centro de Estudos, Residência Médica, CTI Pediátrico.

**Figura II – Hospital Governador Israel Pinheiro** (Visto do Parque Municipal de Belo Horizonte)



Fonte: Arquivo pessoal de Tércia Regina Coura Dutra. Foto de Michelle Dutra Silva

Além do tratamento médico e de internação, o HGIP passou a funcionar como Hospital-Escola, com Residência Médica, aprovada pelo MEC, em diversas especialidades nas áreas da medicina, bem como campo de estágios nas áreas da medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, inclusive na área de informática. Recentemente foi implantado o curso de mestrado em Ciências da Saúde, aprovado pelo MEC/Capes e residência em Fisioterapia através de convênio com um centro universitário particular.

A estrutura do HGIP é composta por 534 leitos de enfermarias; 30 leitos no CTI Adulto –

com possibilidade de expansão para 45; 06 leitos de CTI Infantil – podendo ser extensivos a 10. Ressalte-se que essas expansões dependem do aumento do número de funcionários para ambas as unidades e da aquisição de equipamentos adequados, como incubadoras, monitores e respiradores para o CTIP. Ele possui unidades como Centro Obstétrico e Berçário; Bloco Cirúrgico; Unidade de Quimioterapia; Centro de Atendimento Oftalmológico; Hemodiálise; Serviço Médico de Urgência, 24 horas por dia, com atendimento especializado, além de Laboratório de Análises Clínicas credenciado pela ISO 9000 e Centro de Imagem apto a fornecer uma extensa variedade de exames complementares para apoio ao diagnóstico (ultrassom, tomografia, raios-X), Central de Esterilização de Materiais (IPSEMG, 2004).

O HGIP possui, ainda, uma clínica de internação psiquiátrica, pioneira em hospital geral conforme preconiza a moderna legislação em saúde mental; uma rouparia e possuía uma lavanderia interna, cujo serviço era de excelência e foi terceirizado, com efeitos não tão elogiáveis pelos servidores internos. O Serviço de Nutrição e Dietética tem um refeitório, com produção própria de alimentação de boa qualidade para os pacientes internados, que também é fornecida a custo subsidiado aos servidores do Instituto.

Com isso, pode-se afirmar que o IPSEMG-Saúde tem a capacidade de garantir aos seus segurados atendimentos diferenciados, desenvolvidos por equipes de profissionais altamente qualificados e com intensa formação técnica e científica. Atendimentos, porém, muito afetados por decisões político-gerenciais.

### **3.4. Centro de Especialidades Médicas**

O Centro de Especialidades Médicas do IPSEMG foi inaugurado em novembro de 2007. O CEM ocupa o primeiro e o segundo andares do prédio do ex-Cardiominas, no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Ele foi projetado de forma a melhorar o atendimento possibilitando um maior conforto e facilidade de movimentação para usuários com necessidades especiais, além de ofertar atendimento clínico exclusivo para mulheres e crianças.

No primeiro andar, estão instalados 27 guichês de marcação de consultas e exames externos, com capacidade para atender cerca de 260 pessoas. Ele dispõe 129 consultórios, 300 médicos, dez salas para procedimentos, além de espaços específicos para ultrassonografia, ecocardiografia, ergometria e radiologia, distribuídos entre o primeiro e segundo andar.

As novas instalação do CEM foram adequadas aos serviços prestados, permitindo o aumento da oferta de cerca de 40 mil para cerca de 56 mil consultas mensais, sendo previstas 2.800 consultas/dia (IPSEMG, 2007).

Em virtude da reforma recém-iniciada no HGIP, a Casa Verde, espaço de atendimento secundário e multidisciplinar ao portador de sofrimento mental foi transferida para o CEM.

**Figura III – Centro de Especialidades Médicas**



Fonte: Informa Ascon-IPSEMG, 2008 – Foto de Virgínia Dias

### **3.5. Centro Odontológico**

A assistência odontológica, clínica e cirúrgica é prestada aos beneficiários e dependentes em várias especialidades e dispõe de quase todos os procedimentos, por profissionais do IPSEMG ou por credenciados, na Capital e no interior do Estado (IPSEMG, 2007).

Para os beneficiários, o atendimento odontológico é prestado por profissionais competentes e capazes, num serviço cujo custo pago é acessível para a maioria, tendo em vista o que é cobrado por particulares. Contudo, o agendamento das consultas costuma ser muito demorado, em virtude do reduzido número de profissionais internos ou credenciado.

O segurado paga cerca de 70% do tratamento odontológico, sendo outra questão o desconhecimento do critério do parcelamento para desconto na folha de pagamento, dificultando a compreensão do que é devido pelo beneficiário, gerando descontrolo no conhecimento sobre o que foi e precisa ser pago (IPSEMG, 2005c: 156).

### **3.6. Drogaria Externa**

A Drogaria do IPSEMG ofertava aproximadamente 250 medicamentos aos beneficiários do Instituto a um custo menor, cujo pagamento só podia ser feito em dinheiro e a vista. A listagem de medicamentos era freqüentemente revisada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, acompanhando os avanços farmacológicos e as necessidades dos beneficiários (IPSEMG, 2008b).

Em 2009, a Drogaria foi fechada, prestando atendimento apenas aos segurados que tem gratuidade na obtenção dos medicamentos (IPSEMG, 2009).

#### 4. METODOLOGIA

Esse estudo tem como base a pesquisa bibliográfica e utiliza como referencial teórico a análise social. Para seu desenvolvimento, aplicou-se o método qualitativo, descritivo, caracterizado em estudo de caso. A análise qualitativa, enquanto metodologia, busca a “*compreensão particular daquilo que estuda*” (MARTINS & BICUDO, 1994: 23), cujo foco é a especificidade compreensiva do fenômeno, no caso, o IPSEMG enquanto uma estrutura social.

A metodologia sociológica entende que a prática da pesquisa não está isenta de interesses, preconceitos e aspectos subjetivos, bem como implica uma ética interativa entre o pesquisador e o objeto do estudo. Exige um entendimento que o produto emergente não tem estatuto de verdade absoluta e constitui, sim, um caminho para compreender um recorte da realidade (MINAYO, 2000: 10; TITTONI E JACQUES, 1998: 73-85).

A perspectiva desse trabalho originou-se da experiência de quase 19 anos da pesquisadora como servidora pública estadual, sendo que por 2 anos (2004-2006) foi possível um olhar de fora da instituição ao ocupar um cargo de assessoramento. Os demais anos, no interior do IPSEMG, favoreceram o contato diário com público interno e externo em virtude do estilo no desempenho profissional. Ao longo desses anos, foi possível acompanhar as mudanças na realidade do Instituto e seus impactos na atenção aos servidores públicos civis. Mudanças tanto do ponto de vista da organização pública sujeita às mudanças administrativas consoantes a cada mandato político quanto aos estilos de gerenciamento institucional implementados.

A análise sociológica toma como base a relação indivíduo e sociedade, numa visão do homem enquanto construtor e produto da história. Nesse contexto, as relações estabelecidas, a abordagem da realidade e a produção do conhecimento são problematizadas a partir da impossibilidade da neutralidade entre o pesquisador e o pesquisado (TITTONI e JACQUES, 1998: 73-85).

Segundo Martins e Bicudo (1994: 24-5), para chegar ao cerne do significado estudado, são necessárias a intuição e a habilidade do pesquisador em interrogar-se sobre o mundo ao seu redor. Tendo como elementos constitutivos as observações empíricas e as experiências por ele vividas, o pesquisador precisa usar a sua capacidade para incorporar o “*significado*” e a “*intencionalidade como inerentes (...) às estruturas sociais*” (MINAYO, 2000: 10). Para Minayo (2000: 101), a pesquisa qualitativa requer do pesquisador “*abertura, flexibilidade, capacidade de*

*observação e de interação*” com o objeto investigado.

Nesse estudo, a idéia foi descrever as características do IPSEMG enquanto uma organização pública e política, sua estruturação e as mudanças institucionais para o novo plano de saúde em andamento.

Por ser descritiva (GIL, 1999, p. 44), a pesquisa qualitativa recebe tratamento interpretativo. A descrição tem a função de possibilitar ao leitor ou ouvinte uma aproximação pormenorizada do objeto descrito. Essa será eficaz, não pela exatidão ou pormenoridade do objeto, e sim, pela “*capacidade de criar para os ouvintes*” uma reprodução clara do mesmo (MARTINS & BICUDO, 1994, p. 44-47).

Para tanto, foi realizada uma análise do IPSEMG, enquanto organização, sua importância, objetivos, atuação como mercado de trabalho, as influências tecnológicas, características burocráticas, sua situação contemporânea e as vivências de seus servidores internos.

Para o encadeamento de idéias na pesquisa qualitativa, um dos instrumentos essenciais para o trabalho é a observação participante (MINAYO, 2000; TITTONI E JACQUES, 1998, p. 80-82), mesmo com suas controvérsias. Essa observação implica o registro atento sobre as conversas informais, reuniões e fatos do cotidiano das pessoas da e na organização. Nesse caso, é fundamental lembrar em todas as etapas da pesquisa, como escreve Minayo (2000, p. 158), que observação e consciência não se acumulam. E, os aspectos subjetivos, sem a teoria e sem o conhecimento sobre o condicionamento social e histórico do fenômeno, restringem a aproximação com objeto estudado.

Houve a participação direta da pesquisadora em reuniões de comunicações internas de gerentes aos servidores, com a observação dos modos como as exigências e os informes sobre a instituição eram repassados na forma discursiva. Para complementar, foi realizada uma longa busca de dados e notícias na *internet* e, principalmente, as notícias disponibilizadas no sítio interno do Instituto (*intranet*), no qual são repassadas reportagens (*clipping*) de jornais de circulação ampla sobre as ocorrências envolvendo o órgão, além de demais acontecimentos organizacionais recentes.

Foi realizada uma busca através da *internet*, entre os meses de junho a outubro de 2008, utilizando como descritores as palavras-chave institutos de previdência e o nome do estado, bem como saúde do servidor público e o nome do estado. O propósito foi encontrar dados sobre as mudanças realizadas nos planos de saúde destinados aos servidores públicos estaduais, tendo em

vista o anúncio de mudanças no plano de saúde do IPSEMG, sem uma efetiva divulgação de dados sobre os avanços dessa proposição.

Com as restrições dos dados disponibilizados nos sítios oficiais sobre as modificações ocorridas nos planos de saúde dos servidores, ofertados através dos institutos de previdência extintos, selecionou-se modelos de planos implementados em diferentes estados brasileiros, pensando-os como modelos probabilísticos para implantação no IPSEMG. Para os fins desta pesquisa, um maior detalhamento foi possível nos Estados de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Paraná, Sergipe e no Distrito Federal.

É importante demarcar que esse estudo constitui um caminho reflexivo sobre a criação e existência do IPSEMG e as decisões que permeiam o seu percurso histórico desde sua criação até a atualidade, principalmente na atenção à saúde do servidor público.

Sob o ponto de vista ético, longe de ocupar o estatuto de uma verdade absoluta, foi uma tentativa de construção fundamentada na produção de conhecimento científico pautada pela argumentação dialogada. E, como Minayo (2000, p. 86), citando Demo, expressa, a metodologia dialética é forma fecunda para analisar os fenômenos históricos, lembrando que o conhecimento, mesmo que falível, é vai gerar novos conhecimentos.

## 5. BREVE ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO IPSEMG

O IPSEMG é uma organização complexa que em 2008 completou 96 anos de existência. Segundo Friedberg (1996: 375), organização é um conceito que, por um lado, refere-se a um objeto social e, por outro, a um conjunto de ações humanas. Organização é um construto humano formal e hierarquizado com o propósito de favorecer a cooperação e a coordenação dos seus membros integrantes para atingir um determinado fim.

Como organização, o IPSEMG tem uma longa história de atenção e de prestação de serviços aos servidores do Estado de Minas no âmbito previdenciário e de saúde. Consta que sua missão é:

*“Contribuir para melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários, em consonância com os princípios da seguridade social, promovendo a preservação da saúde e a assistência previdenciária, compatíveis com as transformações sociais, econômicas e políticas.” (IPSEMG, 2002)*

Ao analisar a organização, a ênfase será voltada para a prestação dos serviços de assistência à saúde aos servidores públicos civis do Estado de Minas Gerais e seus dependentes. Para denominação dessa prestação será usado o termo IPSEMG-Saúde.

Por possuir um grupo pré-determinado de associados ou beneficiários, por não atuar no mercado comercializando planos individuais ou familiares e por administrar “pecúlios” formados pelas contribuições diretas dos indivíduos ou dos seus empregadores, o IPSEMG mantinha e mantém uma tradição identitária de grupo e com forte exigência da “excelência” no desempenho pelos contribuintes.

Pode-se afirmar que as ações de saúde destinadas aos servidores mantiveram uma característica autogestionária, enquadrando o IPSEMG como ente de direito público prestador de serviço no modelo de assistência médico-hospitalar supletiva pautada no financiamento corporativo com pós-pagamento de serviços prestados. Assim, a organização se enquadra na definição de Medici (2004) como plano auto-administrado.

O financiamento, no caso do IPSEMG, tem um caráter redistributivo, pois a contribuição para a assistência à saúde é proporcional à remuneração do servidor público civil, estabelecendo um sistema solidário de atenção. A cobertura é completa, sem prazo de carências e nem diferenciação por faixa de idades. Todas as patologias são atendidas e, na atualidade, tem sido

preconizada uma atenção voltada para a medicina preventiva, discurso assumido também pelas empresas privadas. Grande parte da prestação dos serviços de saúde é próprio, e, com a ampliação das demandas ao longo dos anos, foram sendo credenciadas empresas prestadoras de serviço e profissionais através de acordos e contratos pré-estabelecidos.

### **5.1. A Importância do IPSEMG**

O IPSEMG foi criado para atender a todos os servidores públicos do Estado de Minas Gerais, cerca de 536 mil servidores, bem como seus dependentes legais. Devendo prestar serviços de saúde a mais ou menos de um milhão e meio (1.500.000) de pessoas (ALMG, 2005a), correspondendo uma importante porcentagem da população do Estado. Pagando cerca de 35 mil pensões (ALMG, 2005a), o Instituto carrega uma marca histórica de suma importância para todo o Estado.

A denominação servidores caracteriza os servidores ativos, aos designados, aos aposentados e aos pensionistas dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Dependentes legais refere-se aos dependentes legais dos servidores como filhos com idade de até 21 anos, maridos e ou esposas, companheiros (as), entre outros casos individualmente estudados.

É interessante ressaltar que a população usuária do Instituto está passando por um processo de envelhecimento, sendo que cerca de vinte e cinco por cento (25%) dos servidores beneficiários já está na faixa dos cinquenta anos de idade, assim como é notória a redução da taxa de natalidade dos usuários. Inclusive, nos últimos anos houve um aumento do nascimento de filhos naturais de dependente de segurados, obrigando o Instituto a publicar uma deliberação (Nº. 01/2009) entendendo a assistência à saúde desses recém-nascidos no primeiro mês de vida.

A questão do envelhecimento e da redução da natalidade tem implicações no modelo assistencial, apontando para a necessidade de reorganização das clínicas no atendimento da saúde, ou seja, será preciso reduzir a proporcionalidade na atenção à infância e maternidade e aumentar o número de leitos para atenção aos adultos e idosos.

A avaliação do funcionamento do Instituto, pelos usuários, no quesito dos serviços de saúde é interposta questões diferentes e ao mesmo tempo associadas. Conforme cita a pesquisa Vox Populi (IPSEMG, 2005c: 172-7), a grande maioria dos beneficiários crê que os problemas

do IPSEMG têm suas raízes estruturais ligadas ao mau gerenciamento da instituição, bem como ao repasse deficitário de verbas ao longo das várias gestões governamentais. As questões mais específicas seriam as ações mais recentes dos modos de atuação governamental sobre o IPSEMG, seguida pelo modelo de descredenciamento de conveniados, fator provocador de descontinuidade dos serviços prestados.

Apesar da sua importância, segundo a pesquisa Vox Populi (IPSEMG, 2005c: 169), na opinião dos servidores predomina uma imagem muito negativa do serviço de saúde. A crença disseminada é que o IPSEMG está sofrendo um gradativo processo de deterioração, fato que se evidencia mais ainda na atualidade (ASCON-IPSEMG, 2007). Essa situação afeta diretamente os contribuintes, e, porque não dizer também aos servidores internos do Instituto, fazendo com que o grau de insatisfação extrapole os benefícios ofertados.

## 5.2. Objetivos do IPSEMG

O IPSEMG tem por finalidade prestar assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários. A Lei Complementar nº. 64, de 25 de março de 2002 (MINAS GERAIS, 2002), determinou ao Instituto gerir o regime próprio de previdência, sendo sua competência, *in verbis*:

- “gerir o regime próprio de previdência e assistência social dos servidores públicos civis do Estado de Minas Gerais, nos termos da Lei Complementar nº. 64, de 2002;
- exercer a administração do Fundo de Previdência do Estado de Minas Gerais - FUNPEMG - instituído pela Lei Complementar nº. 64, de 2002 em conjunto com o seu Conselho de Administração;
- formular as políticas, normatizar, coordenar e executar as atividades relativas à concessão de benefícios previdenciários, no âmbito de sua competência; à prestação de assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica, social e complementar aos seus beneficiários;
- formular as políticas, executar e controlar as diretrizes gerais de gestão, investimento e alocação de recursos próprios do IPSEMG e dos fundos vinculados, provenientes das contribuições do segurado e do Estado e das outras estabelecidas na legislação vigente;
- adotar medidas destinadas a garantir o equilíbrio financeiro e atuarial do Plano de Benefícios dos servidores públicos sob a responsabilidade do IPSEMG e dos fundos vinculados, observadas as normas fixadas na legislação vigente;
- prover os recursos necessários para o pagamento dos benefícios concedidos, na forma da legislação vigente;
- exercer o controle e a cobrança da dívida ativa do IPSEMG, na forma da legislação vigente;
- planejar, coordenar, supervisionar, orientar e executar a formulação e a implantação de planos, programas, projetos ou atividades em consonância com os objetivos definidos;
- planejar, normatizar, orientar e coordenar as políticas e diretrizes de descentralização administrativa do IPSEMG;
- manter programas, projetos e atividades de desenvolvimento e aperfeiçoamento permanente do

- quadro de pessoal, necessários ao cumprimento de seus objetivos;*
- *celebrar, aditar e rescindir convênio, credenciamento, contrato e acordo com órgão e entidade pública ou privada e pessoa física, com vistas à consecução de sua finalidade;*
- *exercer a orientação, apuração e correção disciplinar sobre seus servidores, mediante a instauração de sindicância, inquérito administrativo disciplinar e zelar por suas unidades administrativas e pelo patrimônio;*
- *exercer outras atividades correlatas.” (IPSEMG, 2008)*

### **5.3. Atuação com o Mercado de Trabalho**

O IPSEMG é uma autarquia estadual, na atualidade vinculada à Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento – SEPLAG. A composição do seu recurso humano é diversificada, sendo formada por agentes políticos, servidores efetivos, servidores de recrutamento amplo antigos e atuais, trabalhadores terceirizados, servidores contratados, inclusive com um número expressivo de trabalhadores portadores de deficiência, seguindo o Decreto no. 3.298 de 20/12/1999 (BRASIL, 1999).

Por ser uma organização pública submetida aos ditames legais e constitucionais, as regras para a composição de seus quadros funcionais são limitadas ao concurso público, entretanto, a composição de seu alto escalão é destinada aos agentes políticos governamentais.

Na atualidade, no HGIP, existem contratos administrativos para enfermeiras, médicos e auxiliares de enfermagem, provenientes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e trabalhadores diversos para áreas administrativas provenientes da Minas Gerais Administração e Serviços S.A. (MGS).

Uma marca importante na relação do IPSEMG com o mercado de trabalho é ser um campo de estágio de várias profissões e de residência médica em diversas especialidades. Com isso, o Instituto fornece ao mercado de trabalho um grande número de profissionais capacitados, qualificados e diferenciados.

### **5.4. Influência da Tecnologia**

No âmbito da saúde, ao falar de tecnologia, podemos recorrer à classificação dada pelo modelo referencial de Merhy et al (1997). As tecnologias leves são aquelas relacionais, marcadas pela produção de vínculo, de acolhimento, de cuidado. As tecnologias leves-duras são aquelas

ligadas aos saberes bem-estruturados que direcionam o trabalho, como, entre outras, o conhecimento técnico, esse marcado pelo fazer singular de cada profissional. As tecnologias duras, que são aquelas ligadas às estruturas organizacionais, normas que trazem em si saberes já estabelecidos, enraizados, acabados, bem como ligadas aos equipamentos tecnológicos, às máquinas. Elas são referenciadas ao trabalho enquanto ação intencional buscando a produção de bens e produtos que funcionam como objetos, nem sempre materiais. Tecnologias duras podem ser bens e produtos simbólicos que atendam as necessidades das pessoas.

Podemos pensar que as tecnologias duras – normas e regulamentações – fazem parte da estruturação de todo o Instituto desde seu nascedouro. Outro tipo de tecnologia dura como, por exemplo, a informatização demorou a fazer parte do IPSEMG. Isso dificultou o acesso dos associados aos serviços, bem como trouxe transtornos para o controle do número de consultas per capita, uso e acesso aos serviços de internação e exames externos, realizados pelas entidades conveniadas.

Apenas recentemente o IPSEMG está passando por um processo denominado de modernização com a implantação de um sistema informatizado de atendimento a seus associados. O serviço denominado SAE – Serviço de Atendimento Eletrônico. As normas que dispõem sobre o Sistema de Autorização Eletrônica de Saúde no âmbito do IPSEMG constam da Deliberação 1.406, publicada em 30 de março de 2007.

O atendimento de marcação de consulta e de outros na área de saúde passou a acontecer através do uso do cartão eletrônico que substituiu a carteira ‘azul’ de papel do IPSEMG, assim como o demonstrativo de pagamento e o cartão de consultas. É importante ressaltar que cada um desses documentos representa um número de prontuário do servidor nos atendimentos. O novo cartão prevê a unificação do número de prontuário e de acesso a dados beneficiários, sendo a referência principal o número de matrícula do servidor no IPSEMG (IPSEMG, 2007).

A implantação do cartão significa a facilitação no acesso aos dados do associado, bem como um controle da realização de procedimentos e dos serviços prestados. Todos os associados e seus dependentes deverão apresentar o cartão juntamente com a carteira de identidade para utilizar os serviços de saúde e o de previdência, sendo que os dependentes menores deverão apresentar o documento do associado responsável. Esse mecanismo tornará possível saber quem são os usuários e quais os serviços utilizados.

É possível inferir que, ao longo dos anos, principalmente, na área da assistência à saúde

não existiu um controle confiável de acesso ao uso do IPSEMG. Existem relatos de casos de associados com acentuado número de consultas num mesmo mês, caracterizando indícios de utilização dos serviços do Instituto por outras pessoas em nome de servidores. Acredita-se que com a implantação do cartão magnético haverá um maior controle, verificação do acesso e uma redução das ocorrências de uso inadequado ou ilegal dos serviços.

Como o Instituto atende segurados em todo o Estado de Minas Gerais, milhares de pontos de leitura do cartão foram espalhados para facilitar o uso. Além disso, foi realizado um novo cadastramento de todos os associados e dependentes.

Existe uma proposta de implantação de um modelo informatizado de controle e administração do Fundo de Previdência do Estado de Minas Gerais (Funpemg) estabelecido pela Lei Complementar nº. 64, de 25 de março de 2002. O fundo foi instituído com a finalidade de formar progressivamente reserva financeira necessária para garantir o pagamento dos benefícios previdenciários para seus segurados e seus dependentes legais.

O modelo apresentado por licitação pelo Consórcio Agenda-Ábaco (IPSEMG, 2007a) é considerado uma forma mais eficiente de controle de modo a disponibilizar aos servidores os serviços através da internet. A proposição inclui desde o auto-atendimento para acesso às consultas, reclamações e solicitações, acompanhamento de andamento de processos, emissão de extratos previdenciários e simulação da concessão de benefícios.

O IPSEMG-Saúde é um local onde as tecnologias leves, leves-duras e duras (MERHY, 1987) tiveram e têm preponderância, pois a assistência, o cuidado e a necessidade de exames sempre estiveram presentes e necessitaram evoluir em conformidade com o aumento das demandas. O Hospital é um lugar onde o investimento em tecnologias teve prioridade, e na atualidade ele é coberto por equipamentos ultramodernos, como os existentes no Centro de Tratamento Intensivo e Unidade Coronariana. Tecnologias que podemos afirmar também estarem presentes no Centro Odontológico e no Centro de Especialidades Médicas.

## **5.5. Características Burocráticas**

Para a análise da estrutura formal do IPSEMG, quanto à suas características burocráticas, é possível recorrer à abordagem da Teoria Administrativa Científica. As Teorias Administrativas vão emergir com o intuito de entender os processos organizacionais, bem como administrar,

conduzir, controlar as atividades de modo a privilegiar a existência e sobrevivência das organizações. (CHIAVENATO, 2000: 25) Esta abordagem definiu que as funções básicas estavam centradas na análise e na divisão do trabalho, referendando as tarefas e o ocupante do cargo como unidades fundamentais da organização.

Nesse referencial, podemos colocar o IPSEMG mais centrado no campo da Teoria da Administração Clássica, desenvolvida por Henri Fayol a partir de 1916, a qual enfatizava a estrutura e não o sistema social. A Teoria Clássica demarca as funções que são essencialmente administrativas, a saber: os atos de previsão, organização, comando, coordenação e controle, o que vai explicitar o caráter prescritivo e normativo da teoria. (CHIAVENATO, 2000; MOTA, 2000)

A concepção teórica clássica sustenta a divisão do trabalho, o agrupamento de tarefas, com chefias definidas para pequenos grupos de subordinados e centralização das decisões. A organização do trabalho deve ser centrada na tarefa e não no homem. A estrutura organizacional é analisada de cima para baixo e a departamentalização e a estratificação de cargos de autoridade, bem como a divisão e a especialização dos órgãos que a compõem, é um conceito básico de favorecimento da eficiência. (CHIAVENATO, 2000; MOTA, 2000)

A Teoria Clássica é uma concepção mecanicista de abordagem da organização formal. A organização informal é relegada, o que não quer dizer que não exista.

O IPSEMG é uma estrutura burocrática plena, do tipo racional-legal, pois sua existência é legitimada por leis, decretos, regulamentos, estatuto, regimentos internos e procedimentos definidos de forma legal e racional (MOTTA, 1986: 30).

O Instituto é uma organização departamentalizada e submetido a fortes influências políticas. Ao longo da sua existência, ele passou por reformas na denominação de sua estrutura organizacional. Contudo, na vivência diária dos servidores internos, pouco se observou de mudança efetiva em relação à inovação gerencial nos conceitos atuais aplicados na administração pública, como as citadas por Kliskberg (1997), o que supostamente pode estar relacionado à submissão aos marcos legais e à hierarquização institucional.

Seu funcionamento formal enfatiza a divisão do trabalho, tanto no sentido vertical quanto horizontal. No sentido vertical, decisões têm de passar por diversas autoridades para conhecimento e assinaturas até a decisão final dada pela Presidência. No sentido horizontal, tem-se a divisão do trabalho em diversos campos profissionais e funcionais, bem como de prestação

de serviços com extremo grau de especialização.

As comunicações internas são referenciadas por métodos convencionais, através de memorandos, ofícios, cartas circulares, quadros de avisos e, atualmente, tem-se a *intranet* onde se encontra resumo de notícias jornalísticas (*clipping*) e publicações institucionais sobre o IPSEMG no jornal oficial do Estado e remessa de informes por *e-mail*, cujo acesso tornou-se mais extensivo aos servidores internos a partir do segundo semestre de 2008.

De modo informal, as informações circulam por meio da “rádio-corredor”, fato que gera certa insegurança nos funcionários em virtude da informação chegar deformada e de modo incorreto. Há aproximadamente dois anos foi criado um jornal informativo pela Assessoria de Comunicação, que fixado nos quadros de aviso, apresentam alguns resumos de fatos relevantes sobre a instituição e resumos das determinações da Direção Superior, forma pela qual a direção localizada na sede do Instituto se denomina ao apresentar as divulgações e comunicações.

A comunicação das informações ao público externo melhorou com a criação do *site* do IPSEMG. É importante ressaltar que o público externo, bem como o interno, só obtinha conhecimento de fatos ligados ao órgão quando noticiados em rádios, televisões, jornais e via Diário Oficial do Estado de forma mais limitada. Ainda assim, ao conversar diretamente com muitos dos beneficiários do interior do Estado, é possível verificar que desconhecem os serviços disponibilizados pelo Instituto, principalmente na área da saúde, como, por exemplo, a existência de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal com profissionais bem qualificados, sendo, inclusive, gestores de unidades privadas em Belo Horizonte.

No *site*, recentemente, tornou-se possível buscar os atendimentos clínicos disponíveis com o nome dos profissionais. Entretanto, será necessária uma reavaliação dessa forma de disponibilização. Por exemplo, ao se buscar a especialidade médica pediátrica, aparece uma lista enorme de profissionais pediatras (53 profissionais) como se todos atendessem no Centro de Especialidades Médicas, quando na verdade 15 desses são plantonistas do CTI Pediátrico e outro número pertence ao Serviço Médico de Urgência e da Internação Pediátrica. Portanto, conclui-se que um número bem menor de pediatras atende no CEM.

A relação com os fornecedores parece ter melhorado. Havia uma grande demora no pagamento das notas fiscais, gerando uma situação desagradável com os mesmos. A instituição do pregão eletrônico para fornecimento de produtos e materiais de consumo parece ter favorecido a agilização dos pagamentos.

A relação externa com o Governo era marcada pela demora no repasse dos recursos e verbas do IPSEMG. Na atualidade, o governo tem cumprido seu papel e mantendo atualizado o repasse das verbas. A contribuição do IPSEMG é composta por 3,2% proveniente de desconto na folha de pagamento do beneficiário e 1,6% é proveniente do Estado (MINAS GERAIS, 2002; SERJUSMIG, 2004b; DIRETOR, 2007; ESTADO, 2007), gerando cerca de R\$ 360 milhões anuais (DIREÇÃO SUPERIOR, 2008). Parece que a esse recurso devem ser somados mais R\$100 milhões, provenientes do pagamento da dívida do Estado com o Instituto. Os custos de gestão chegam a R\$ 14.000.000,00 (quatorze milhões) de reais, sendo que desses, R\$8.500.000,00 (oito milhões e meio) são referentes a custos fixos, segundo discurso da Gerência Hospitalar numa reunião interna realizada em outubro de 2008.

O IPSEMG como uma estrutura burocrática, formal, impessoal e social, é constituído por seres humanos. Apesar da hierarquia e da intensa tentativa de manutenção de controles, observamos a existência de imprevisibilidades. Segundo Motta (1986: 58-77), são três as fontes de imprevisibilidades, a saber: o excesso de burocratização, onde prevalece o excesso de formalismo e a despersonalização, o funcionamento mínimo, a ‘papelada’ e o conflito entre o funcionário burocrata e o público; a resistência às conformidades comportamentais padronizadas por parte dos funcionários e, por fim, a informalidade organizacional.

No IPSEMG-Saúde é possível verificar o número repetitivo de circulares, informativos, ofícios, muitos fixados nas paredes dos postos de enfermagem dos andares de internação que não são lidos, levados em consideração pelos servidores ou mesmo repassados aos demais servidores para difusão das informações. No trânsito de determinados documentos entre a Sede e o Hospital costuma ocorrer perda do prazo pelo motivo do documento ‘desaparecer’ ou demorar a chegar ao seu destino final para decisão e deferimento ou mesmo retornar às mãos do solicitante em prazo hábil.

As relações informais, no HGIP, são bastante expressivas. Pode-se inferir que os grupos informais acabam por tornar menos sofridas as relações entre os profissionais e os pacientes e os profissionais entre si. Se existem situações informais que dificultam o andamento de determinados processos institucionais, é possível afirmar a existência de trabalhos grupais, desconhecidos pela Direção Superior do órgão, que são imprescindíveis para os pacientes e servidores.

Existem exemplos positivos de grupos de apoio e de atendimentos diversos. Esses grupos

começaram informalmente por iniciativas de determinados profissionais e acabaram sendo instituídos como partícipes de programas de promoção e prevenção à saúde, como, por exemplo, o grupo que atende mulheres com câncer de mama. Trabalhos com número expressivo de pessoas participantes, inclusive, foram agregados como integrantes da produtividade institucional no Acordo de Resultado assinado pela Instituição.

O Acordo de Resultados (IPSEMG, 2007c) firmado pelo IPSEMG, junto ao Governo do Estado de Minas Gerais, a partir de setembro de 2005. Foi pactuado cumprimento de resultados na prestação de assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários e na gestão do regime próprio de previdência. Esse acordo preconizava a “melhoria e ampliação dos serviços públicos de saúde”, em conformidade com o objetivo prioritário do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI. O PMDI estabelece estratégias setoriais para o desenvolvimento do Estado de Minas Gerais. Para o período de 2007 a 2023, o modelo de gestão, com o propósito de consolidar os avanços na apresentação de resultados, foi aprimorado (MINAS GERAIS, 2008c) e sancionado pela Lei nº. 17.007/2007.

Nesse contexto, o IPSEMG se comprometeu em alcançar os resultados pactuados, visando cumprir metas, executando suas atividades conforme as diretrizes governamentais para a sua área de atuação. Observando a política pública setorial, a execução dos compromissos acontecerá por meio dos relatórios gerenciais à Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

Dentre as metas pactuadas estão: Implantação do Sistema informatizado de Gestão Previdenciária, Integração dos Sistemas para concessão e atualização de Pensões, Implementar o Programa de Promoção a Saúde, Elaboração do Indicador de Custos Hospitalares, Implementar o Novo Plano de Saúde, Compra unificada de medicamentos.

Destaque-se que a implementação do Novo Plano de Saúde (ver p. 59), cujo produto seria as 03 (três) alternativas de propostas, contendo o modelo de financiamento e a cobertura do plano tinha a previsão de prazo para apresentação no mês de dezembro de 2008.

Segundo o relatório de gestão do exercício de 2006, a produtividade alcançada pelo IPSEMG foi a seguinte:

- Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) - 737.127 procedimentos, como internações, consultas médicas e atendimentos no SMU. Exames/serviços complementares realizados - 1.641.520, cirurgias - 52.432 e outros serviços - 264.054;
- Centro odontológico realizou 606.295 procedimentos (tarefa básica e pró-labore);

- Drogaria Externa realizou 68.060 atendimentos;
- Ambulatório Dr. Dario Faria Tavares (hoje fechado) realizou 14.164 consultas, 15.231 consultas pró-labore, 11.971 exames laboratoriais (coleta), 1.499 exames eletrocardiogramas e 4.807 vacinas;
- Unidades Regionais (75) realizaram 105.263 consultas (tarefa básica), 44.670 consultas (pró-labore), 75.461 atendimentos odontológicos e 128.056 procedimentos odontológicos.

## 5.6. Relações de Poder

O IPSEMG, bem como o HGIP, têm os seus poderes expressos nas diversas relações sociais que estabelece. Por ser uma organização marcada pela política (*politics*), expressa relações de poder nas diversas formas existentes relacionadas ao Estado, ao público interno e público externo.

Existe uma certa cisão entre as diversas unidades que compõem o Instituto. Quem trabalha na Sede, onde se localiza a Presidência, é visto como detentor de uma situação privilegiada em relação a quem trabalha na área destinada diretamente ao atendimento da saúde como o HGIP, o Centro Odontológico e o Centro de Especialidades Médicas.

O IPSEMG, ao longo dos anos, manteve uma situação privilegiada quando detinha o acesso ao recurso financeiro e o aplicava sem separação entre a parte que cabia à previdência e a destinada à assistência à saúde. Com a questão do ‘caixa único’ do Estado, o Instituto perdeu grande parte de seus recursos, que foram negociados num pagamento a longo prazo (O IPSEMG, 2006; ASCON-IPSEMG, 2007), crença que também aparece no discurso dos beneficiários pesquisados pelo Instituto Vox Populi (IPSEMG, 2005c).

O IPSEMG, em sua existência, adquiriu um patrimônio expressivo como um terreno rural com 50.416 m<sup>2</sup> situado em Contagem; oito lotes, com área total de 4.120 m<sup>2</sup>, situados em Betim; 22 salas com área total de 808,95 m<sup>2</sup>, no Edifício Caxias, situado na Avenida Amazonas, 115, em Belo Horizonte; um terreno rural com 554.216,45 m<sup>2</sup> situado em Betim, um imóvel com 1.476 m<sup>2</sup>, situado na Avenida do Contorno, em Belo Horizonte, e outro com área de 360 m<sup>2</sup> em Araxá, que foram colocados à venda (ALMG, 2008a). Também os imóveis na Praça Sete, onde atualmente funciona o PSIU, uma agência bancária e um estacionamento na Avenida Amazonas;

um edifício comercial na Rua São Paulo e um arquivo do IPSEMG, na Rua Gonçalves Dias; um hotel em Araxá que foi reformado e disponibilizado para recebimento de hospedagem de servidores públicos.

Muitos desses imóveis foram desapropriados (MINAS GERAIS, 2007a) e colocados à venda pelo Governo do Estado sob a alegação de que os recursos obtidos serão destinados à área de saúde da IPSEMG e utilizados para ampliação do Hospital Governador Israel Pinheiro e na aquisição de equipamentos (ALMG, 2008a). Isso gerou protestos de categorias representantes dos servidores públicos estaduais (MICELLI, 2007; SOUTO, 2007), pois consideram esse patrimônio como mantenedor da existência do próprio Instituto.

Para muitos dos seus servidores, o Instituto perdeu muito do seu poder de negociação com o Governo, principalmente por estar submetido à SEPLAG, além de ter seu funcionamento e forma de atendimento em constante discussão pela Assembléia Legislativa do Estado (ALMG, 2005a; ALMG, 2005b; ALMG, 2007; ASCON-IPSEMG, 2007, ALMG, 2008a).

### **5.7. Contexto Contemporâneo do IPSEMG**

No ano de 2004, em relação a obrigatoriedade contributiva ao IPSEMG, o Procurador Geral da República Cláudio Fonteles, impetrou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade de nº. 3.106/MG visando a declaração da inconstitucionalidade do artigo 85 da Lei Complementar mineira (TJMG – 3ª CÂM, 2008; SERJUSMIG, 2004a; SERJUSMIG, 2004b; GRECO, 2007). Um argumento, base para tal ação, é a determinação constitucional de que recursos provenientes da cobrança previdenciária devem ser usados apenas para previdência e assistência social, situação que exclui o plano de saúde.

O julgamento da ADIN ficou em suspensão no STF desde 2006, após a solicitação de vistas da ministra Carmem Lúcia Rocha (ADIN, 2009), com chance de retornar à pauta a partir de fevereiro de 2009. O que consta no *site* do STF é que em agosto de 2009, os autos retornaram à mesa para julgamento, contudo, o Ministro Marco Aurélio solicitou a conversão da vista em mesa em vista regimental (ADI/3106, 2009), protelando a tomada de decisão.

Os servidores públicos com salários mais altos, cuja contribuição à saúde é compulsoriamente maior em virtude da base salarial, não querendo desfrutar dos serviços do Ipsemg-saúde, estão conseguindo a suspensão da contribuição via mandado de segurança. Em

Minas Gerais, o Tribunal de Justiça já conciliou a decisão pela inconstitucionalidade do §5º do artigo 85 da Lei Complementar Estadual nº. 64 de 2002 no Incidente de Inconstitucionalidade nº. 1.0000.05.426852-9/000 (TJMG – 3ª CÂM., 2008; GRECO, 2007; TJMG, 2007).

É fundamental esclarecer que uma porcentagem dos servidores, além de compulsoriamente estarem ligados ao IPSEMG-Saúde (SERJUSMIG, 2004b), possui algum outro plano de saúde complementar privado. Caso ocupe dois cargos no Estado, a contribuição compulsória é duplicada. Além disso, como vários cidadãos brasileiros, considerando grande carga tributária imposta no país, contribuem para a sustentação do SUS, ou seja, passam por uma forma *tri-contribuição* para prestação de serviços de saúde, muitas vezes precários quando demandados na hora da necessidade (GUANDALINI & BORSATO, 2008).

A partir da década de 1990, aos servidores internos é notória a precarização e o sucateamento do IPSEMG na questão da atenção à saúde. Para o termo sucateamento, a base conceitual aqui referenciada é a utilizada por Médici (1992), implicando a questão do tipo de investimentos no serviço de saúde; pela redução da capacidade instalada com sub-aproveitamento dos recursos materiais; pela quantidade e qualidade dos serviços prestados; pela capacidade gerencial, implicando a política de gestão de pessoas; pela moral e ética dos profissionais; o padrão de gastos e o fator da formação profissional.

Os servidores do IPSEMG passaram a ter perdas salariais e estagnação remuneratória. Aos poucos foram ocorrendo perdas de servidores por aposentadorias e aqueles que entraram nos últimos concursos acabaram por pedir exoneração, deixando o cargo no Instituto. Parte dos servidores internos passou a fazer extensão de jornada para cobrir as áreas vagas e por fim acabaram dependentes do parco recurso econômico resultante dessa extensão. Os médicos passaram a atender horas a mais, recebendo “pro-labore” (DIREÇÃO SUPERIOR, 2008), ou seja, por atendimentos e procedimentos, gerando um retorno remuneratório bem vantajoso para alguns. E, apesar desses fatos, o atendimento ao segurado persiste precário, despersonalizado e gerador de reclamações e filas (ALMG, 2005b; ASCON-IPSEMG, 2007; OLIVEIRA, 2007; LOPES, 2008a; LOPES, 2008b; LOPES, 2008c; LOPES, 2008d).

Em outubro de 2008, a nova gerência ao assumir o comando do Hospital, anunciou como propósito a implementação de diretrizes racionais a fim de ampliar a capacidade instalada para o usuário. Com a pretensão de aumentar a oferta de número de leitos para pacientes adultos, idéia apresentada indica a modificação das áreas de internação, com flexibilização estrutural em

clínicas já instaladas, assim como otimizar leitos. A pauta de toda essa ação gerencial está focada no “Novo Plano de Saúde” a ser implantado (ASCON-IPSEMG, 2007; PAINEL, 2008; ALMG, 2007; IPSEMG, 2007b).

Esse modelo de gestão recém-preconizado no HGIP segue as diretrizes referenciadas no Acordo de Resultado (IPSEMG, 2007b), instrumento avaliativo institucional para a busca e convergência de resultados, implantado como proposições da atual forma de governança no Estado.

Ao fim do ano de 2008, algumas alas do HGIP foram fechadas e os servidores remanejados para outros setores. As clínicas afetadas por essa situação inicial foram a psiquiátrica, a pediátrica e a obstétrica, consideradas deficitárias em número de atendimentos no discurso da Gerência Hospitalar. Afirmando, para tal, a necessidade de revisão em seus modelos assistenciais quantitativos, a fim de reduzir o número de leitos destinados aos segurados. Essa situação afetou diretamente o fator de formação profissional da Residência Médica. A redução do número de vagas gerou protestos e, inclusive, receio dos residentes em atividade no Hospital pelo impacto na formação clínica (LOPES, 2008d). Houve uma negociação com a Gerência Hospitalar e o número de vagas para a residência foi revisto, porém mantido reduzido para algumas áreas.

Existia a previsão de uma reforma hidrossanitária (IPSEMG, 2009), que culminaria com o fechamento de todo o bloco do prédio hospitalar denominado ala “A”. Prevista para começar no mês de março de 2009, essa reforma gerou conflitos e disputas internas entre médicos e direção do Instituto, em virtude dos interesses em jogo.

Em julho de 2009, o presidente do IPSEMG emitiu uma correspondência escrita aos coordenadores das unidades internas do HGIP esclarecendo o início da obra na Ala “A”, com previsão de duração de um ano e custo inicial de R\$10.000.000,00 (dez milhões). Informando, ainda, que ao final da mesma haverá um aumento de 88 leitos, bem como as demais adequações necessárias para melhor atender aos segurados.

Aos poucos, a cada andar, foram retirados os equipamentos e remanejados o pessoal, colocados tapumes em determinado ponto. Em setembro de 2009, estes tapumes tiveram de ser novamente modificados de posição, cujo andamento está percorrendo cada andar. Com isso, cerca de 220 leitos foram fechados. No informe supracitado, o presidente assegura que a Direção Superior objetiva com a reforma, a modernização do hospital.

## 5.8. Os Servidores da Saúde no IPSEMG

Não é possível falar do IPSEMG-Saúde, sem se referenciar aos servidores internos, profissionais sem os quais a atenção à saúde não aconteceria enquanto uma prestação de serviço ao segurado. A partir da noção no cenário contemporâneo globalizado do mundo do trabalho, temos as seguintes características disseminadas: aumento da desregulamentação, produtividade, desempenho, flexibilização, enxugamento (OFFE apud BAUMAN, 1998: 76), além da imposição feroz das regras do mercado. Nesse contexto, os interesses públicos, coletivos e sociais aparecem de forma fragilizada, apontando para a emergência de uma competição extrema entre pessoas e instituições.

Nessa nova ordem, o serviço público também vem passando por transformações e o discurso do mercado, adentrando suas entranhas, passa a gerar exigências de modernização da gestão (PEREIRA, 1996; PEREIRA, 1997; ABRUCIO, 1999; KETTL, 1999). Contudo, o que se evidencia é a precariedade da evolução dos processos de gestão das pessoas. O predomínio do discurso do mercado e a imposição de conceitos provenientes do modelo de gestão das empresas privadas (GUIMARÃES, 2002), inicialmente, gera incertezas, insatisfação, sofrimentos, conformismo (DEJOURS, 1999) e, por fim, resistências na massa de servidores (DOUGLAS, 2004).

A questão da implantação do novo plano de saúde com a proposição de mudanças na forma de cobrança gerou no público interno uma crença na privatização do Instituto. As informações sobre as mudanças aparecem de forma precária e difundidas via boatos. O que se sabe é que mudanças estão em andamento e os beneficiários e os trabalhadores do Instituto terão de enfrentar receios e inseguranças em face delas. Muitas das modificações estão chegando de forma difusa e instantânea, ou seja, sem comunicados prévios.

Os servidores internos do IPSEMG-saúde tipo “chão-da-fábrica” têm sido cobrados e até responsabilizados pelas questões da melhoria do atendimento e pela necessidade de enfrentamento das mudanças. A elite dirigente vem sustentando um discurso de mercado, da necessidade de atender bem e manter os “clientes”, sem prestar atenção ao alto índice de insegurança dos servidores internos. A apatia dos servidores do baixo escalão, bem caracterizada por Lipovetsky (1983) como desinvestimento emocional, estende-se pelo Instituto na parte referente a atenção à saúde como uma metástase.

A crise interna, muitas vezes negada por dirigentes do Instituto, ocorre pela desativação das alas “A” e remanejamento do pessoal para outros setores e alas; pelo risco de aumento do índice de infecção hospitalar em virtude do número menor de auxiliares de enfermagem em atenção direta ao segurado internado e sem o suporte das enfermeiras, pela perda de pessoal dos concursos como alguns médicos especialistas, enfermeiras, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem.

É intenso o número de informações desencontradas a respeito das reformas a circularem pelos corredores em contraponto ao silêncio do comando superior sobre as possíveis mudanças no modelo de atenção à saúde. Mesmo quando, em reuniões internas ou breves manifestos escritos nos quadros de aviso e *e-mails* internos, os dirigentes alegam que nada existe de concreto sobre mudanças ou emitem informes de que nada vai mudar no IPSEMG-saúde, os servidores criam boatos e esses espalham instantaneamente pelos corredores.

Todos esses fatores atravessam a organização e impactam direta e indiretamente a população de trabalhadores em virtude incerteza do porvir. Isso acaba refletindo no atendimento ao segurado.

A assimetria nas informações sobre a realidade dos fatos institucionais e o alto grau de rumores internos gera induções imaginárias sobre o que pode acontecer, principalmente, com o Hospital, o qual está com a *saúde interna em péssimo estado* (grifo da autora). Muitos servidores acham que o hospital será privatizado (PAINEL, 2008; ASCON-IPSEMG, 2007) e o fechamento para reformas implica em não mais reabri-lo como promotor da atenção médico-hospitalar aos servidores públicos civis.

Em 2007, no HGIP, foi anunciado um alto índice de absenteísmo dos auxiliares de enfermagem, profissional que sustenta grande parte do trabalho de cuidado direto ao beneficiário hospitalizado, num total de 5% ao dia, ou seja, aproximadamente 50 profissionais por dia. A enfermagem, nas reuniões internas, tem sido usada como referencial exemplificador de absenteísmo por ter o maior número de profissionais na atividade cotidiana do hospital, cuja ausência de um tem um impacto expressivo no atendimento diário do segurado internado, bem como na sobrecarga laboral daqueles que permanecem no cumprimento das tarefas diárias.

A partir da experiência cotidiana com profissionais diversos, foi possível observar que vários têm demonstrado um altíssimo índice de insatisfação, desinteresse em participar das atividades voltadas para eles, baixa auto-estima, sobrecarga de trabalho, entre outras queixas,

bem como licenças médicas contínuas e atritos interpessoais. Os auxiliares de enfermagem, por exemplo, além da carga horária a ser cumprida, têm outro emprego, estudam e muitos chegam a fazer mais sessenta horas de extensão de jornada ao mês para melhorar a remuneração.

Esses contextos remetem ao trabalho de Dejours (1999), no qual tece críticas do cenário atual do mundo do trabalho e aponta como a crise do sistema econômico, a globalização, do mercado têm contribuído para explicar a conduta dos trabalhadores, bem como lhes tem agravado o sofrimento cotidiano ligado ao trabalho. Ele demarca que a subjetividade dos trabalhadores vai recebendo impressões que vão lhes gerar desesperança, desânimo, apatia, por concluírem que sua dedicação e produtividade não equilibram a relação prazer-sofrimento (MARTINS, 2006).

Basta percorrer diariamente os corredores do HGIP e conversar com as pessoas, não havendo como negar os impactos desses fatos. É importante denotar como têm acontecido os processos de trabalho, como a crise institucional, as perspectivas de mudanças na área da atenção à saúde e os discursos internos e externos têm produzido estratégias defensivas e movimentos de resistência nos servidores.

É preciso atentar, também, como está acontecendo o atendimento às novas demandas da alta cúpula do Governo, determinando cumprimento de resultados e avaliações do desempenho, planejamento estratégico especificado dentro da reforma administrativa, que acaba em parte inviabilizada (DOUGLAS, 2004). Percebe-se, no discurso de muitos servidores, que não são contrários à exigência de produtividade e apresentação de resultados, contudo, acreditam que estão ‘esquecidos’ há anos e também são responsabilizados por tudo de ruim que atravessa a instituição (CAMPOS, 2008: 2020). O fato é que a ausência de mecanismos aferitivos eficazes, tanto funcionais quanto institucionais, eleva o risco da prevalência do número sobre a qualidade da assistência e gera a escamoteação (MÉDICI, 2004: 14) de informações ou dados.

Frente à ameaça ‘subentendida’ e imaginária de descontinuidade da prestação do serviço de saúde pelo IPSEMG, bem como ante ao risco da fragmentação identitária de trabalhadores que há anos estão na casa e que vêm se mantendo com salários defasados, enfrentando a precarização da vida e da saúde pessoal, há o aparecimento dos “supertrabalhadores”. Esses são aqueles que, suportando o sofrimento, tentam se manter em atividade, atendendo as demandas dos superiores em troca de migalhas. Alguns se recusam a aposentarem, aguardando as mudanças prometidas no plano de carreira, no qual muitos foram regredidos em sua escolaridade, exigida à época do concurso de admissão, ou por não poderem viver sem o recurso econômico proveniente da

extensão de jornada.

Segundo Dejours (1999), para sobreviverem, os trabalhadores criam estratégias defensivas individuais e coletivas, com as quais emerge uma insensibilidade perceptiva para o que os faz sofrer. Todos: os trabalhadores, gerentes e alta cúpula criam estratégias defensivas e ao se defenderem, negam o próprio sofrimento.

Esse silenciamento sobre o próprio sofrimento deixa-os insensíveis à dor do outro, expondo a fragilidade desintegrativa dos laços sócio-afetivos manifesta pelo conformismo. Inclusive, chama a atenção a ‘premiação’ daqueles que sendo capazes de suportar a dor, ou seja, capazes de se fazem presentes diariamente mesmo adoecidos. Estes, ao serem elogiados pela proeza de estarem sempre presentes, parecem alegres por serem ‘reconhecidos’ e, conseqüentemente, por se sentirem, assim, vivos.

Do ponto de vista da gestão ficam interrogações, pois há uma pressão subliminar para que os servidores internos efetivos peçam exoneração se “não estão satisfeitos”, ao mesmo tempo em que o número de técnicos reduzido tem produzido transtornos para o trabalho dos demais, afetando inclusive a atenção ao segurado. É equivocada essa idéia de “esvaziar” a instituição como modo de reduzir as despesas. Nota-se que os conceitos da visão mecanicista (CHIAVENATO, 2000; MOTTA, 2000) e mercadológica persistem e sobrepõem aos da condição humana.

Sendo o IPSEMG-Saúde a referência no adoecimento e tratamento de saúde do servidor público, torna-se necessário repensar a qualidade desse ambiente destinado às pessoas em situação de fragilidade extrema, onde os limites e a impotência humana são escancarados. Momento em que o cuidado é tão necessário. A somatória de todos esses fatores, abordados anteriormente, apontam a questão de como promover a gestão do cuidado, mantendo nos servidores internos o foco no prazer de trabalhar e se ver no que faz. A questão permanente é como favorecer a gestão do cuidado, se quem cuida também está precisando ser cuidado?

## **6. PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES ESTADUAIS NO BRASIL: CASOS SELECIONADOS (6 casos)**

Realizou-se um levantamento sobre as alterações recentes nos planos destinados aos servidores públicos nos 26 estados do país e incluindo o Distrito Federal. A forma de busca foi pela *internet* é fator que pode limitar a concretude de determinados dados.

A partir dos acessos aos sítios oficiais estaduais, foi detectada a existência de planos de saúde modificados em alguns estados brasileiros e em outros não foi possível constatar o tipo de assistência à saúde aos servidores públicos.

Os estados de Santa Catarina e Roraima, por exemplo, parecem fornecer assistência à saúde através do plano de uma cooperativa médica por livre adesão, enquanto em Rondônia os servidores recebem cerca de R\$75,00 como auxílio-saúde. Como os servidores tem usado esse benefício remuneratório como complemento de renda, o gestor estadual está pensando em implantar um plano próprio de saúde (Governo, 2008).

Para os fins desta pesquisa, um maior detalhamento foi possível nos estados de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Paraná, Sergipe e no Distrito Federal, cujas características serão apresentadas abaixo.

### **6.1- Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás – IPASGO**

O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (IPASGO) foi criado pela Lei nº. 4.190, de 22 de outubro de 1962, sob a forma de autarquia dotada de personalidade jurídica de direito público, com patrimônio e autonomia administrativa e financeira. Tem como objetivo assegurar aos servidores do Estado um regime de previdência e assistência à saúde.

Em relação à Previdência, somente com a Lei nº. 13.550, de 11 de novembro de 1999, que dispõe sobre a Reforma Administrativa, foi criada a Diretoria de Previdência, passando ao IPASGO a responsabilidade de pagamento dos benefícios aos aposentados e pensionistas do Estado.

O IPASGO Saúde foi instituindo em 26 de fevereiro de 2002, através da Lei nº. 14.081. A

assistência à saúde prestada aos servidores estaduais foi remodelada. Entre as principais mudanças trazidas pelo IPASGO Saúde, que entrou em vigor em 28 de maio de 2002, estavam a contribuição facultativa para a assistência e a oportunidade do segurado titular incluir qualquer parente como seu dependente, com contribuição à parte.

Esta autarquia trabalha na modalidade de autogestão. Possui rede credenciada com 4.700 prestadores entre médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas e outros; 173.200 beneficiários titulares e 362.600 beneficiários dependentes. É um plano de autogestão, multipatrocinada por 69 prefeituras do Estado e oferece todas as coberturas exigidas pela legislação vigente (IPASGO, 2002).

O plano de saúde tem uma tabela de contribuição diferenciada, conforme o salário do servidor, variando de aproximadamente 8% a 10% da renda para a opção do plano for pela enfermaria ou 11% a 14% se a opção for pelo apartamento. A partir de 1º de maio de 2009, a tabela de custos ficou assim definida:

**Tabela II – Tabela de alíquotas e limites de contribuição dos servidores-IPASGO**

SISTEMA	LIMITE		VALOR (R\$)
	Mínimo	Máximo	
IPASGO BÁSICO (6,81%)	48,91	277,29	
Acréscimo para o plano especial (5,67%)	27,08	135,28	
IPASGO ESPECIAL (6,81% + 5,67%)	75,99	412,57	

Dados: IPASGO, 2009

É cobrada co-participação dos usuários sobre procedimentos ambulatoriais com uma tabela variando entre 0%, 30%, 50% e 100% se extrapolados o número de atendimentos determinados. Não há limites para consultas médicas ou psiquiátricas e tratamentos ambulatoriais, quimioterapia, hemodiálise, diálise e radioterapia (IPASGO, 2002).

O Sistema IPASGO SAÚDE sofreu alterações pela Lei nº. 16.474, de 27 de janeiro de 2009, vigente a partir da data de publicação em 02/02/09 (IPASGO, 2009), onde a inclusão da categoria de “agregado” foi suspensa, estabeleceu o grau de parentesco para inclusão de dependentes, passando a adotar o índice anual divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para reajustar o percentual de desconto da contribuição sobre remuneração (grupo familiar) e para reajuste da tabela atuarial (contribuição individual), dentre outras (IPASGO, 2009).

## 6.2- Mato Grosso Saúde

O plano denominado Mato Grosso Saúde foi criado pela Lei Complementar Nº. 127, de 11 de julho de 2003, exclusivamente para o servidor público estadual, a partir de modelo estabelecido por estudos realizados pela Fundação Getúlio Vargas e pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE/USP. Com o propósito de ofertar ao servidor atendimento de saúde, hospitalar e laboratorial, a partir de uma ampla cobertura, qualidade e custo acessível. Possui cerca de 1500 profissionais em mais de 40 municípios do estado para atender aos servidores.

O Mtsaúde é considerado um plano familiar, com adesão facultativa, no qual com apenas uma contribuição o servidor garante assistência médico-hospitalar para si e todos os seus dependentes diretos. Nesse caso, o dependente não paga pela assistência.

Os titulares dos planos são os servidores ativos, inativos, pensionistas e inclusive os que ocupam cargos comissionados ou temporários, do Poder Executivo, autarquias e fundações. Os dependentes são o cônjuge ou o(a) companheiro(a); (a) filho(a) de qualquer condição menor de 18 anos; o(a) filho(a) solteiro(a), maior de 18 anos, absolutamente incapaz que esteja sob curatela; o(a) filho(a) solteiro(a) maior de 18 anos e menor de 24 anos, desde que estudante de nível médio ou superior.

O custo é estabelecido por uma tabela progressiva de custos, divididas em cinco grupos de faixas salariais, com divisão entre em plano para enfermaria e plano para apartamento.

Em 2009, através do decreto nº. 1.770 de 07.01, o Governo do Estado reajustou o valor do plano de saúde do servidor público estadual (MATO GROSSO, 2009; MELONI, 2009):

**Tabela III – Valores das Contribuições dos Servidores para o Mtsaúde**

Grupo	Faixa salarial	Padrão (piso)	Especial (piso)
I	Ate R\$500,00	R\$40,45	R\$58,85
II	De R\$500,01 a R\$900,00	R\$56,18	R\$117,70
III	De R\$900,01 a R\$1500,00	R\$110,10	R\$209,51
IV	De R\$1.500,01 a R\$2.100,00	R\$129,20	R\$233,05
V	De R\$2.100,01 a R\$2.900,00	R\$199,98	R\$350,75
VI	Acima de R\$2.900,01	R\$299,97	R\$455,50

Fonte: Mato Grosso, 2009.

Nesse plano era possível agregar pessoas, como o ex-cônjuge, separado judicialmente ou divorciado com direito à pensão alimentícia, desde que constasse expressamente do processo judicial que o titular garantiria a saúde; o pai e a mãe, bem como os menores de 18 anos que

estejam sob guarda judicial do titular. No caso o agregado pagaria uma tabela cujo preço era estipulado conforme a idade, abaixo apresentada:

**Tabela IV – Valores das Contribuições do Agregado – Mtsaúde**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Básico</b>	<b>Especial</b>
0 a 18	R\$40,66	R\$49,16
19 a 23	R\$80,06	R\$104,68
24 a 28	R\$110,57	R\$135,70
29 a 33	R\$112,94	R\$155,50
34 a 38	R\$121,52	R\$158,36
39 a 43	R\$131,03	R\$173,25
44 a 48	R\$132,46	R\$180,77
49 a 53	R\$210,37	R\$258,25
54 a 58	R\$212,92	R\$286,51
59 ou +	R\$305,85	R\$511,39

Fonte: Mato Grosso, 2009.

Essa tabela de contribuição mensal seria reajustada automaticamente a partir do mês subsequente à mudança da faixa etária do agregado. Entretanto, através do decreto nº. 1.033 de 18 de dezembro de 2007, o Conselho Deliberativo do MT Saúde decidiu efetuar algumas mudanças no plano de saúde do Governo Estadual. As principais alterações dizem respeito à extensão do plano aos filhos dos conveniados com mais de 24 anos enquanto mantiver condição civil de solteiro, bem como impedido a inclusão de agregados.

No Mtsaúde foram estabelecidos períodos de carências a partir do desconto em folha, conforme classificação do tipo de atendimento, variando de 90 (noventa) dias a 360 (trezentos e sessenta) dias e cobradas co-participações sobre os procedimentos ambulatoriais conforme e nas internações previstas no quadro abaixo:

**Tabela V – Valores das co-participações – Mtsaúde**

<b>Grupos de Procedimentos</b>	<b>Limites</b>	<b>30%</b>
Consulta médica ou psiquiátrica:	Sem Limites	30 %
Exames laboratoriais e radiológicos	Sem Limites	30 %
Fonoaudiologia, fisioterapias e terapias Sequenciais com indicação médica.	Até 30 sessões Acima de 30 sessões	30 % 50%
Ergonometria, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, cineangiocoronariografia, endoscopia, holter, litotripsia, ultra-sonografia, videolaparoscopia.	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 100,00 por evento.
Quimioterapia, hemodiálise, diálise e radioterapia.	Sem Limites	0 %
Internação psiquiátrica incluindo diárias, materiais e medicamentos.	Até 30 dias Acima de 30 dias	0 % 100%
Internação dependência química incluindo diárias, materiais e medicamentos.	Até 15 dias De 16 a 30 dias	0 % 50%

	Acima de 30 dias	100%
Psicoterapia de crise	Até 12 sessões	0 %
	De 13 a 24 sessões	50%
	Acima de 24 sessões	100%
Tratamentos ambulatoriais	Sem Limites	30 %

Fonte: Mtsaúde, 2008.

A co-participação foi estendida às internações clínicas eletivas (Decreto nº. 1.033 de 18 de dezembro de 2007) sob a alegação de que elas estavam acima da média nacional de outras operadoras de planos de saúde (MELONI, 2008).

O MTSaúde é um plano estadual, não ofertando cobertura fora do estado, exceto nos casos de urgência e emergência, quando o beneficiário terá direito ao reembolso das despesas médicas conforme tabela vigente e apresentação de uma lista de documentos(MTsaúde, 2008).

### 6.3- Bahia PLANSERV

O Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (PLANSERV) compreende o conjunto de serviços de saúde no âmbito da promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação prestados diretamente pelo Estado ou através de instituições referenciadas. O servidor contribui com dois terços (2/3) dos recursos do orçamento, enquanto um terço (1/3) é patrocinado pelo Governo do Estado. O PLANSERV vem se mantendo sob gestão direta do Governo do Estado da Bahia desde 2001, através da Secretaria da Administração (Saeb).

O sistema de saúde foi reorganizado pela Lei nº. 9.528, de junho de 2005 e regulamentado pelo Decreto nº. 9.552, de setembro de 2005. Com a reorganização, foi criado o Conselho de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (CONSERV), cuja formação é paritária, com integrantes do governo e servidores. É através do CONSERV, que os representantes da classe acompanham a gestão e a definição de políticas e diretrizes do Planserv. O compromisso assumido pelo Conselho é contribuição para a melhoria dos serviços de saúde prestados ao servidor público, a partir de uma gestão mais colegiada e participativa.

A adesão ao PLANSERV é facultativa e consta que o número de beneficiários vem crescendo, sendo até o momento dos levantamentos dos dados aproximadamente 435 mil vidas (BAHIA, 2008).

O custeio da Assistência à Saúde do PLANSERV é em valores proporcionais ao respectivo nível de remuneração, de acordo com as faixas salariais estabelecidas, sendo mensal a

contribuição dos servidores. Esclarecendo que essa remuneração é o valor bruto integral do mês, excluídas as parcelas a título de ajuda de custo, diárias, auxílios e abonos pecuniários, adicional de férias, gratificação natalina e aquelas de caráter indenizatório.

No caso de acumulação constitucional de cargos, empregos e funções ou de percepção simultânea de proventos ou pensões, a participação no custeio do plano ocorrerá sobre o valor somatório das remunerações correspondentes.

Os beneficiários do PLANSERV titulares são os servidores públicos civis ativos ou inativos de todos os órgãos da administração direta, autarquias e fundações dos Poderes do Estado da Bahia, os servidores militares ativos, da reserva remunerada ou reformados; os pensionistas; os contratados sob regime especial de direito administrativo, para atendimento de necessidades temporárias de excepcional interesse público, enquanto perdurar o contrato; os agentes políticos durante o exercício de seus cargos e mandatos; os servidores que, mantendo o vínculo funcional, estejam legalmente afastados do exercício do cargo.

Os dependentes dos titulares servidores públicos civis ativos ou inativos; dos os agentes políticos e os servidores legalmente afastados do exercício do cargo são o cônjuge ou o(a) companheiro(a), desde que não seja também beneficiário titular, filhos solteiros e não emancipados, os tutelados, o menor sob guarda judicial e o enteado, menores de 18 (dezoito) anos; os filhos solteiros, os tutelados e os enteados, de qualquer idade, desde que seja inválido e dependente economicamente e que não tenham qualquer vinculação previdenciária ou que comprovem dependência econômica do beneficiário titular.

**Tabela VI - Contribuição para Beneficiários Titulares e Dependentes - Planserv**

Faixas de Remuneração*	Valor da Contribuição do Titular	Valor da Contribuição por Dependente
Até 350,00	26,00	4,00
350,01 a 450,00	36,00	4,00
450,01 a 550,00	46,00	4,00
550,01 a 650,00	50,70	8,00
650,01 a 750,00	59,80	13,16
750,01 a 850,00	68,90	15,16
850,01 a 950,00	78,00	17,16
950,01 a 1.050,00	87,10	19,16
1.050,01 a 1.150,00	96,20	21,16
1.150,01 a 1.250,00	105,30	23,17
1.250,01 a 1.350,00	114,40	25,17
1.350,01 a 1.450,00	123,50	27,17
1.450,01 a 1.550,00	132,60	29,17
1.550,01 a 1.650,00	141,70	31,17

1.650,01 a 1.750,00	150,80	33,18
1.750,01 a 1.850,00	159,90	35,18
1.850,01 a 1.950,00	169,00	37,18
1.950,01 a 2.050,00	178,10	39,18
2.050,01 a 2.150,00	187,20	41,18
2.150,01 a 2.250,00	196,30	43,19
2.250,01 a 2.350,00	205,40	45,19
2.350,01 a 2.450,00	210,50	46,31
2.450,01 a 2.550,00	223,60	49,19
2.550,01 a 2.650,00	232,70	51,19
2.650,01 a 2.750,00	241,80	53,20
2.750,01 a 2.850,00	250,90	55,20
2.850,01 a 2.950,00	260,00	57,20
2.950,01 a 3.050,00	269,10	59,20
3.050,01 a 3.150,00	278,20	61,20
3.150,01 a 3.250,00	287,30	63,21
Acima de 3.250,01	290,00	63,80

\* Remuneração corresponde ao conjunto de vantagens, excetuando-se os auxílios.

Fonte: PLANSERV, 2006

Nesse plano ficou instituída a condição de agregados dos titulares como os filhos, os enteados e o ex-pensionista maior de 18 (dezoito) anos e menor de 35 (trinta e cinco) anos, com custeio integral pelo beneficiário titular; com custeio integral e consentimento pelo pensionista titular. Ficando a contribuição relativa ao agregado sob a responsabilidade do beneficiário titular, com valores específicos por uma tabela disponível no sítio.

**Tabela VII - Contribuição Relativa ao Agregado - Planserv**

Faixa Etária do Agregado	Valor da Contribuição
18 a 24 anos	39,05
25 a 29 anos	76,73
30 a 39 anos	79,49
40 a 49 anos	83,05
50 a 59 anos	99,21
Acima de 60 anos	227,92

Fonte: PLANSERV, 2006

A manutenção dos agregados como beneficiário ocorre automaticamente caso que já estejam cadastrados como dependente, bastando preencher os requisitos. Caso não haja interesse, o beneficiário titular deve comunicar, por escrito, à Coordenação de Assistência à Saúde - CAS com 30 (trinta) dias de antecedência da data do dependente completar 18 (dezoito) anos ou, a qualquer tempo, não havendo direito à restituição tiver sido pago.

Foi estabelecido um período de carência no qual o servidor, mesmo contribuindo em contracheque, não tem direito a algumas coberturas, existindo situações em que os beneficiários

são isentos de carência, desde que façam sua adesão até 30 (trinta) dias do acontecimento do evento, como, por exemplo, no caso de admissão, nascimento, casamento.

Os prazos de carência variam de vinte e quatro horas (urgência e emergência) a trezentos dias (parto a termo), conforme a situação e na situação de procedimentos como a mudança de enfermaria para apartamento privativo contar-se-á a partir do primeiro desconto da contribuição em folha de pagamento (BAHIA, 2008).

#### **6.4. Sistema de Assistência à Saúde – SAS do Paraná**

O Sistema de Assistência à Saúde (SAS) é um benefício concedido pelo Governo do Estado, sem qualquer contrapartida financeira do servidor. Os recursos orçamentários destinados às despesas com o SAS são previstos na Lei Orçamentária, correndo, exclusivamente, à conta do Tesouro. As regularizações das situações emergentes ou documentais acontecem junto à Unidade de RH de origem do servidor.

Através do SAS é garantida ampla cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, em todo o Estado do Paraná, ao servidor efetivo, ativo e inativo, e para o militar, bem como para seus dependentes e pensionistas. No caso, não é permitida a inscrição de dependentes de pensionista.

A rede de assistência compreende hospitais contratados, via licitações. O Paraná foi dividido em Macrorregiões para favorecer a acessibilidade à assistência prevista no novo modelo, conforme o grau de complexidade da capacidade tecnológica e operacional instalada dos prestadores de serviços, o nível de desenvolvimento da região, o número de servidores domiciliados. As referências são as cidades-sede dessas Macrorregiões pela existência de unidades avançadas em outros municípios denominados Mesorregiões e pelos demais prestadores de serviços de saúde vinculados ao contratado.

Em fevereiro de 2002, foi instituído, pelo Decreto nº. 5.303, o Departamento de Assistência à Saúde (DAS), ligado a Secretaria de Estado da Administração e da Previdência, com a atribuição de gerenciar o Sistema de Assistência dos Servidores Públicos Civis, Efetivos e Militares, Ativos e Aposentados, da Reserva remunerada, Reformado e seus dependentes, bem como pensionistas do Governo do Estado do Paraná. A aprovação do regulamento do SAS deu-se pelo Decreto nº. 5.356, em fevereiro de 2002.

As ações de saúde do SAS são prestadas por unidades hospitalares, subdivididas em 16 regiões do estado, compreendendo: assistência ambulatorial, incluindo consultas médicas de todas as especialidades, exames complementares, terapias e tratamentos; assistência hospitalar, incluindo internações clínicas e cirúrgicas, em todas as especialidades, com cobertura obstétrica, inclusive UTI. Esse modelo possui uma lista de cobertura assistência que exclui determinados agravos constando de um manual destinado ao beneficiário, como por exemplo: tratamentos em psicologia e fonoaudiologia; ressonância nuclear magnética; embolizações em geral, inclusive de anomalias vasculares neurológicas; vacinas em geral, exceto a droga anti-sensibilizante do fator Rh materno; cirurgias cardíacas, dentre outras.

A remuneração das unidades hospitalares prestadoras é realizada através do modelo de “capitação” que se baseia na utilização de hospitais gerais que recebem um pagamento mensal, calculado com base no número de beneficiários de sua região. Foram encontradas citações esporádicas sobre o valor pago à clínica em Cascavel – PR, que estava recebendo cerca de R\$ 17,80 *per capita* (POLICLÍNICA, 2008) e concorrência para contratação de hospital em Curitiba-PR no valor R\$ 22,30 *per capita* (NOVA, 2009).

São considerados beneficiários titulares do Sistema de Assistência à Saúde (SAS) o servidor efetivo ativo e inativo; o militar da ativa, da reserva remunerada e o reformado; o pensionista.

Estão na condição de dependente do titular: o cônjuge; o(a) companheiro(a), na constância da união estável; os filhos solteiros, desde que menores de 21 anos e não emancipados e definitivamente inválidos ou incapazes de qualquer idade, quando a invalidez ou incapacidade for adquirida até os 21 anos.

## **6.5. Plano de Assistência à Saúde do Estado de Sergipe – IPESAÚDE**

Originário do antigo Montepio dos Funcionários Públicos da Província de Sergipe (1881), o Instituto de Previdência do Estado de Sergipe (IPES) foi criado no Governo Luiz Garcia pela Lei 1.091 de 16 de dezembro de 1961. Vinculado à Secretaria de Administração, a autarquia tinha como objetivos oferecer previdência e assistência médico-odontológica aos servidores públicos estaduais e seus dependentes.

Em janeiro de 2001, através da Lei n.º 4.352, foi instituído o “Plano de Assistência à

Saúde do Estado de Sergipe” destinado aos servidores estaduais ativos e inativos, civis ou militares, e pensionistas da administração direta, autárquica e fundacional. O plano é gerido pelo Instituto de Previdência do Estado de Sergipe – IPES.

Em março de 2006, pela Lei 5.853 de 2006, foi criado o Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE, e o Instituto de Previdência do Estado de Sergipe – IPES foi extinto. A estrutura organizacional do é composta por um colegiado, diretorias executivas e órgãos instrumentais, de apoio, de assessoramento e operacionais.

O IPESAÚDE entrou em operação de outubro de 2006 com o propósito de competir com o mercado de planos de saúde no Estado. Sob regime especial, essa autarquia tem por fim essencial a realização de ações de medicina preventiva e curativa, através da aplicação de programas de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, por meio de serviços próprios e complementados por entidades ou unidades de saúde credenciadas em caso de necessidade. A assistência também abrange um programa básico de atendimento odontológico.

O sistema atende aos servidores ativos e inativos, civis ou militares, ocupantes de cargos de provimento efetivo ou empregos, e de postos ou graduações policiais-militares ou bombeiros-militares, bem como do Tribunal de Contas do Estado e do Ministério Público Estadual, autarquias e fundações públicas estaduais, e os pensionistas resultantes dos mesmos servidores.

A adesão ao benefício da saúde deve ser requerida pelo servidor, que poderá optar pelo plano básico, com internação coletiva em enfermaria ou pelo plano especial, que significa internação em apartamento.

**Tabela VIII - Valor da Contribuição do Titular – IPESaude SE**

<b>Faixa salarial</b>	<b>Básico</b>	<b>Especial</b>
Até R\$600,00	R\$18,00	R\$30,00
De R\$600,01 a R\$1.000,00	R\$26,00	R\$42,00
De R\$1.000,01 a R\$2.000,00	R\$44,00	R\$70,00
De R\$2.000,01 a R\$3.000,00	R\$83,00	R\$130,00
Acima de R\$3.000,01	R\$127,00	R\$200,00

Fonte: IPESaude, 2006

São beneficiários-dependentes do IPESAÚDE, na condição de dependentes do servidor ou pensionista beneficiário-contribuinte, o cônjuge, esposa ou marido, a companheira ou o companheiro, que tenha rendimento próprio de até 3 (três) salários mínimos, e que não seja beneficiário-contribuinte do mesmo IPESAÚDE, os filhos, de qualquer condição, não

emancipados, menores de 18 (dezoito) anos, que não tenham renda própria ou se inválidos; filhos até 24 (vinte e quatro) anos frequentando regularmente curso de nível superior e que não tenha renda própria; enteado e o menor tutelado dependente econômico.

**Tabela IX - Valor da Contribuição do dependente – IPESaude SE**

<b>Faixa etária</b>	<b>Básico</b>	<b>Especial</b>
0 a 18 anos	R\$19,00	R\$30,00
19 a 29 anos	R\$32,00	R\$50,00
0 a 39 anos	R\$45,00	R\$72,00
40 a 49 anos	R\$60,00	R\$90,00
50 a 59 anos	R\$75,00	R\$120,00
Acima de 59 anos	R\$90,00	R\$140,00

Fonte: IPESaude, 2006

O servidor ou pensionista beneficiário-contribuinte do IPESAÚDE pode inscrever os pais como seus dependentes, desde que não tenham renda própria pagando contribuição adicional.

**Tabela X - Valor da Contribuição do agregado – IPESaude SE**

<b>Categoria</b>	<b>Básico</b>	<b>Especial</b>
0 a 18 anos	R\$25,00	R\$35,00
19 a 29 anos	R\$40,00	R\$60,00
0 a 39 anos	R\$50,00	R\$80,00
40 a 49 anos	R\$70,00	R\$100,00
50 a 59 anos	R\$85,00	R\$130,00
Acima de 59 anos	R\$100,00	R\$160,00

Fonte: IPESaude, 2006

A contribuição mensal ordinária dos servidores e pensionistas é no percentual de 4% (quatro por cento) sobre o total da remuneração, proventos ou pensão. A contribuição deve ser descontada em folha ou documento de pagamento.

Os órgãos, cujos servidores e pensionistas estiverem inscritos como beneficiários-contribuintes do IPESAÚDE, contribuirão com o valor de 4% (quatro por cento), calculado sobre o somatório das remunerações, folhas ou documentos de pagamento.

Quando da utilização de serviços prestados por entidades e/ou unidades de saúde credenciados, o desconto em documento ou folha de pagamento de remuneração, proventos ou pensão, será no percentual de até 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor das correspondentes despesas suas e ou dos seus dependentes.

O desconto das despesas deve ser feito em parcelas, cujo valor de cada uma não poderá inferior a 5% (cinco por cento) e nem superior a 20% (vinte por cento) do valor do vencimento básico, salário básico ou soldo considerado para cálculo da remuneração, proventos ou pensão. Ficam estabelecidos períodos de carências conforme o tipo de procedimento.

Em caso de perda do vínculo remuneratório do servidor, ativo ou inativo, bem como do pensionista a inscrição no IPESAÚDE será cancelada automaticamente.

#### **6.6- Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – Inas-DF**

O INAS é uma autarquia criada pela Lei nº. 3.831, de 14 de março de 2006 (DODF DE 16.03.2006). O Instituto tem por finalidade ofertar o Plano de Assistência Suplementar Saúde aos servidores do Governo do Distrito Federal. Sob um regime especial, o Instituto está vinculado à Secretaria de Estado de Gestão Administrativa do Distrito Federal e recebeu a denominação GDF SAÚDE DF.

Sem fins lucrativos, suas diretrizes de ação implicam articulação de rede assistencial hierarquizada em todos os níveis de atenção, mantendo os princípios de efetividade, resolutividade, solidariedade e co-participação administrativa e financeira dos beneficiários. Funcionando em sistema de autogestão, oferta de assistência médica de excelência com baixo custo desde o atendimento ambulatorial até internações hospitalares com obstetrícia.

O INAS é composto por uma Diretoria-Executiva, Conselho Fiscal e Conselho de Administração, esse formado por 15 membros, sendo 8 indicados pelo GDF e 7 representando os servidores. O Conselho participa na definição dos critérios de funcionamento do GDF-SAÚDE-DF, cabendo-lhe atribuições desde mudanças no plano assistencial, valores mínimos e máximos de contribuição até aprovação de políticas, direitos, penalidades, tabelas de serviços, dentre outras.

O plano do Distrito Federal cobre os procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar previstos na Resolução Normativa nº. 82, de 29/09/2004, da Agência Nacional de Saúde (ANS), que estabelece o lista de procedimentos que constituem referência básica para cobertura assistencial à saúde.

A filiação dos servidores ativos, aposentados e beneficiários de pensão ao plano aconteceria automaticamente. Caso não queiram a adesão, eles deverão solicitar o desligamento assinando um termo de desfiliação.

A contribuição mensal é descontada em folha de pagamento do servidor equivale a 4% da sua remuneração bruta, sendo estabelecidos como valor mínimo vinte reais (R\$ 20,00) e o máximo duzentos e oitenta (R\$ 280,00). Para a inscrição de dependente será cobrado 1% sobre a

remuneração bruta do titular cada um, variando o valor de no mínimo R\$ 5,00 e no máximo de R\$ 70,00 (SEPLAG-DF, 2008).

A pesquisadora, ao revisitar o *site* do INAS em setembro de 2009, para atualização dos dados supracitados no presente texto, não conseguiu acessá-lo. O *site* não estava mais em funcionamento, sendo apenas uma página estática. Ela encontrou uma reportagem (BRUNO, 2008) informando que o plano dos servidores não saiu do papel. Os recursos financeiros destinados à assistência médica dos servidores e reservados no orçamento do Distrito Federal foram realocados em outros gastos.

Um dos dilemas para a operacionalização do plano dos servidores do Distrito Federal seria a questão da obrigatoriedade de adesão, fato que caracterizaria inconstitucionalidade. E, a livre adesão estimada em torno de 400 mil usuários, sendo 120 mil servidores e 380 mil dependentes (BRUNO, 2008) ou até menos, implicaria em redução do recurso proveniente do Governo para financiar o plano, especificado na lei em torno de 1,5% da folha de pagamento.

O temor dos servidores é que o GDF-DF possa realizar processo licitatório entre operadoras de planos privados de saúde, fato que encareceria a mensalidade limitando ainda mais o acesso aos serviços de saúde. O repórter alega que o presidente do INAS, ao ser questionado, limitou-se a explicar que o GDF-saúde ainda está em fase de “*levantamento de dados*”, não confirmando o risco da decisão pelo processo licitatório com planos privados.

**Tabela XI - Resumo sobre os dados dos 6 planos selecionados**

Estado	Instituto	Legislação criando	Órgão Responsável	Tipo de Adesão	Nº. de Usuários	Co-participação	Valores - R\$
Bahia	PLANSERV	Lei nº. 9.528/2005.	SAEB	Facultativa	435 mil	Sim	26 a 269 e 4 a 64 p/dependente
Distrito Federal	INAS-DF	Lei nº. 3.831/2006	SEPLAG -DF	Facultativa ou facultativa?	400 mil	Sim	20 a 280 e 5 a 70,00 p/dependente
Goiás	IPASGO	Lei nº. 14.081/2002	SEF - GO	Facultativa	637 mil	Sim	48 a 277 e 26 a 230 p/pessoa
Mato Grosso	MTSAÚDE	Lei Complementar nº. 127/2003	SAD-MT	Facultativa	637 mil	Sim	37 a 274 e 44 a 457 p/dependente
Paraná	SAS	Decreto nº. 5.356/2002	SEAP	Compulsória	470 mil	Não	De R\$ 17,80* e R\$22,30** <i>per capita</i>
Sergipe	IPESAÚDE	Lei nº. 5.853/2006	SEAD	Facultativa	100 mil	Sim	18 a 127 e 19 a 90 p/dependente

\* Cascavel e \*\* em Curitiba-PR

## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os novos modelos de planos de saúde dos entes de direito público não apresentaram nada de inovador. É possível observar que mantiveram a característica de autarquias sob a gestão de algum órgão estadual, apesar da extinção dos institutos de previdência dos servidores estaduais ou de suas reestruturações. A contribuição para a assistência médico-hospitalar passa a ser facultativa, exceto para o SAS-Paraná e o INAS-DF. Nos demais planos, é ofertada a oportunidade de o segurado titular incluir determinados parentes como seus dependentes.

A oferta da assistência à saúde nos institutos era marcadamente um benefício de imediato acesso ao tornar-se servidor público em virtude da compulsoriedade do desconto. Com a facultatividade da adesão aos planos, passa a existir exigências de carências e atenção diferenciada por tipo de cobertura. Surgem os riscos de insolvência por parte do servidor público, pois a cada governo passado, a massa de servidores tem sofrido redução e restrição remuneratória, vindo sua renda aproximar-se do salário mínimo pago no país.

Os modelos encontrados com a unificação da atenção a todos os servidores públicos, incluindo no mesmo sistema de saúde os militares, diferente do que ocorre no estado de Minas Gerais, parece ser uma alternativa para os serviços de mesma natureza. A viabilidade financeira dessa modelagem dependeria de uma gestão mais rigorosa dos recursos econômicos, carecendo de estudos sobre a viabilidade financeira que nesse estudo não é possível apresentar. Em Minas Gerais, os servidores públicos civis e os servidores militares tem institutos separados. Ambos prestam o mesmo tipo de serviço e numa modelagem de atenção assistencial diferenciada quanto à gestão do plano, também ainda não estudada.

Os novos planos propostos são modelos autogestionários ou, segundo a classificação de Medici (2004), são planos auto-administrados. Analisando as características de cada um, temos um misto, uns contratam serviços de saúde em regime de pós-pagamento e outros de pré-pagamento. O maior número deles acabou tomando como modelagem funcional características dos planos privados de saúde já existentes no país. Por serem ligados ao Estado, poucos estão submetidos à regulação da ANS. Porém, se a ANS foi criada como mecanismo regulador, por que não submeter obrigatoriamente todos os modelos estatais a seu controle para reduzir as iniquidades?

O modelo de atendimento médico-hospitalar implantado no Paraná é um benefício no qual

não existe ônus para o servidor público, porém aponta para uma situação de iniquidade. O SAS é mantido pelo Governo com recursos previstos na Lei Orçamentária. O sistema é baseado em pré-pagamento. Os hospitais e clínicas são escolhidos por licitação pública e recebem mensalmente um valor pré-definido em contrato, conforme o número de servidores da região de abrangência. Vários atendimentos preconizados pela legislação de planos suplementares de saúde não são oferecidos, como quimioterapia, fisioterapia, psicologia, dentre outras.

Nesse caso, existem queixas sobre a atenção prestada, pois os hospitais e clínicas contratados não são remunerados pelo número de consultas ou exames feitos ao longo do mês. Essas instituições recebem mensalmente um valor pré-definido, variável conforme o número de servidores da região de abrangência em que serão atendidos. Para sindicalistas, esse modelo de pré-pagamento faz com que os hospitais posterguem o atendimento aos servidores, pois já receberam pelo tratamento a ser prestado (DEUS, 2006).

O M TSAÚDE, o BAHIA PLANSERV e o IPASGO são autarquias e foram criadas para oferecer, com ônus, assistência médico-hospitalar aos servidores e seus dependentes. A permanência do servidor no plano é facultativa e eles oferecem todas as coberturas exigidas pela legislação vigente, em conformidade com a ANS, apesar de essa citação constar apenas no plano do INAS-DF. O servidor do IPASGO não tem limitação nas consultas médicas e psiquiátricas, quimioterapias, para outros tratamentos há limitação do uso, sendo cobrada co-participação.

Na revisão final do trabalho, a pesquisadora constatou que o INAS-DF, desde a promulgação da lei que o criou, ficou apenas no papel, estando sem prazo para ser verdadeiramente implantado (MELONI, 2008).

Enfim, cada modelo desses planos implantados apresentados segue um *mix* de regras que podem vir a ser objeto de estudos mais apurados para entender como atraem a adesão dos servidores públicos, bem como está ocorrendo a gerência financeira para suas manutenções.

Diante das breves descrições dos planos elencados neste estudo, como evidenciar o que há de bom ou ruim em cada, sem uma visita institucional? A autora ficou pensando que “novo IPSEMG-saúde” poderia ser montado? Deverá ser diferente do que já existe?

Para a autora, a resposta para estas questões deve ser dirigida a cada servidor público civil em atividade e ou aposentado, através de consulta pública, pois foi ao longo da vida e da contribuição de cada um que todo o equipamento, hoje disponibilizado, se manteve e se mantém atendendo-o no limite possível.

Ressalte-se a questão da busca pelo serviço de saúde é marcada pela irregularidade da demanda e pela imprevisibilidade em comparação à busca de outros bens. O que há de bom ou ruim num plano de saúde são fatores difíceis de avaliar, ainda mais pelo segurado que pouco sabe sobre a qualidade dos serviços que lhe são prestados em relação ao que contribui para sua manutenção. Sendo, entretanto, ele quem deveria definir essa qualidade e não os legisladores, políticos ou profissionais de saúde, como expõe Heath e Col.(2009).

### **7.1. IPSEMG SAÚDE - EMPRESA DE MEDICINA SUPLETIVA???**

No ano de 2007, foi aberta a Concorrência Pública IPSEMG/SEPLAG 01/2007 (MINAS GERAIS, 2007d) para contratar uma empresa para desenvolver, capacitar e implementar um novo plano de saúde dos servidores estaduais.

A justificativa especificada para esse propósito seria encontrar alternativas para a assistência à saúde visando a eficiência do serviço (ALMG, 2007b), bem como seu equilíbrio atuarial. Esse equilíbrio implicará a mensuração dos patrimônios e os recursos necessários para a cobertura dos benefícios ofertados pelo plano de saúde aos servidores públicos.

É importante esclarecer que o estudo atuarial é o produto de dados estatísticos da população coberta pelo plano, permitindo precificar e analisar riscos futuros, a partir de cálculos baseados nas: taxa de mortalidade, taxa de sobrevivência após a aposentadoria, taxa de invalidez por doenças e por acidentes e taxa de retorno esperada para os investimentos, entre outras possibilidades.

A empresa ganhadora da licitação foi *AON Consulting*. Essa empresa foi incumbida de fazer um diagnóstico da situação do plano de saúde atual; avaliando o IPSEMG, além de propor novos modelos de Gestão de Plano de Saúde, bem como definir um modelo organizacional e operacional para o Instituto; expondo de forma detalhada sua reestruturação e a implementação do novo plano de saúde, através do recebimento da quantia de R\$ 5.500.000,00 (cinco milhões e meio de reais) em seis parcelas (MINAS GERAIS, 2007d; ESTADO, 2007).

Esse processo foi dividido em seis etapas, sendo compostas pelo diagnóstico, apresentação de três alternativas propositivas para as políticas de saúde para os servidores públicos do Estado, escolha do melhor modelo de plano de saúde pela SEPLAG, SEF e IPSEMG, detalhamento do plano a ser implantado com remessa à Assembleia Legislativa de Minas Gerais

(ALMG) para aprovação e, por fim, assessoria na implementação do novo plano, bem como auxiliar na reestruturação do IPSEMG.

Sabe-se que o diagnóstico foi apresentado à SEPLAG e o prazo para apresentação das 03 (três) alternativas de plano consta no Acordo de Resultados – 2ª etapa. Como citação nas metas a serem atingidas, a informação da escolha dos modelos e o encaminhamento das modificações para aprovação na ALMG estavam com previsão para a conclusão em dezembro de 2008. Em consulta ao *site* da ALMG, conforme orientação telefônica da sua Assessoria de Comunicação, até meados de setembro de 2009 não foi possível encontrar o registro de nenhuma proposição nesse sentido.

As tentativas da pesquisadora em obter dados oficiais sobre o diagnóstico realizado e sobre os modelos de planos sugeridos foram frustradas. Contatos telefônicos foram respondidos de modo superficial e e-mails enviados a alguns membros da Direção Superior, sequer respondidos. Não foi possível detectar o nome do responsável por acompanhar os trabalhos da consultoria no IPSEMG e nem na SEPLAG. Gerentes e ex-gerentes do HGIP ao serem perguntados sobre o novo plano espantavam-se e pareciam desconhecer o fato. Como, se o IPSEMG fez uma concorrência pública (MINAS GERAIS, 2007d), bem onerosa, para o estudo e implantação do novo plano? Além disso, o plano de saúde fazia parte do Acordo de Resultado-2ª etapa assinado até dezembro de 2008.

Na descrição do projeto básico da Concorrência Pública/2007, a proposição das políticas de saúde para os servidores encarrega a empresa consultora de coletar dados e sugestões junto aos servidores dos poderes Executivo, Judiciário, Legislativo, além do Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado e do próprio IPSEMG para definir o sistema integrado de atenção à saúde, implicando a prevenção, promoção, tratamento e recuperação. Quem participou desse processo de consulta nesses órgãos estaduais?

Se o projeto básico, a ser seguido pela Consultoria, para implementar as mudanças no modelo do plano de saúde ofertado pelo IPSEMG é bem detalhado, as informações sobre o andamento do processo não são divulgadas, gerando várias interrogações. Uma delas é qual a intervenção do Banco Mundial nesse processo de mudanças? Quais foram as recomendações do Banco, a partir dados fornecidos à consultoria? Dados esses citados no memorial do projeto básico da Concorrência como constantes no “*Relatório do Project: Minas Gerais – Partnership for Development Project Code: PO88543*” (MINAS GERAIS, 2007d).

Pode-se inferir, tendo em vista a questão remuneratória dos servidores, de não haver saída. Se, por exemplo, o salário base do servidor for de R\$600,00 (seiscentos reais) e a contribuição for de R\$60,00 (sessenta reais) per capita, numa família com quatro dependentes, o custo do plano será de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), correspondendo a 40% da remuneração, provocando um grande impacto na renda familiar.

Em virtude de sua baixa remuneração, o servidor terá de permanecer vinculado ao novo plano pela faixa mínima ou desistir de estar vinculado a plano de saúde? Como o IPSEMG Saúde – Empresa de Medicina Supletiva – (MINAS GERAIS, 2007) poderá tornar-se, enquanto opção, um plano atraente aos servidores que estão na faixa remuneratória maior? Que estratégias serão usadas?

Zilber e Lazarini (2008), em seu estudo exploratório, buscaram entender quais as fontes de vantagem competitiva que influenciam a escolha da prestadora dos serviços de assistência médica a partir da opinião dos clientes. Os autores trazem várias definições conceituais para vantagem competitiva e estratégias. Encontraram na análise fatorial, do ponto de vista do cliente, que na escolha existe um valor que supera a questão do custo. Não obstante as limitações do estudo e as características da população estudada, eles detectaram que os clientes valorizam primeiro a qualidade da rede de assistência, em segundo a agilidade na emissão de guias e reembolsos das despesas, bem como a trajetória histórica do plano e em terceiro, o preço.

O estudo de Ugá et al (2008), apesar de referendar-se em hospitais filantrópicos, aponta para um ponto chave existente nos hospitais de planos autogestionários ligados a entidades de direito público, a questão gerencial. A gestão da área da atenção à saúde é apontada como um problema pelos beneficiários do IPSEMG (ALMG, 2005a) e a auto-suficiência é fator importante para a manutenção do IPSEMG-Saúde.

A crença do público interno na privatização do HGIP é um fato que aponta para uma questão descrita por Santos e Gerschman (2004: 800), quando relatam que “um dos principais determinantes de quanto vale um plano de saúde no mercado, portanto, é a qualidade de sua carteira de hospitais”. O que o IPSEMG Saúde – Empresa de Medicina Supletiva – fará com o próprio hospital, equipamento essencial na atenção médico-hospitalar ao servidor público civil?

Pode-se pensar, referendada nesse estudo, que o plano de saúde do IPSEMG carregará a marca da tradição histórica, não estará submetido às normatizações da Agência Nacional de Saúde (ANS), contudo, não estará isento de conflito e jogos de interesses. O estudo de

implantação do novo plano de saúde aos servidores com a proposição de cobrança *per capita* ou por co-participação põe em risco a manutenção do sistema solidário de saúde.

A autogestão dos serviços da área da saúde dependerá do interesse do servidor em manter a adesão ao novo plano e contribuir para sua continuidade. Meloni (2008) cita essa questão em sua reportagem sobre o INAS-DF, como um fato que vem impedindo a implantação do plano. Há que demarcar que os parques salários dos servidores do baixo escalão põem em risco a sua vontade de manutenção no plano de saúde, principalmente se a contribuição extrapolar sua capacidade de sobrevivência e cuidar da família.

Os planos implantados em Goiás, Bahia, Sergipe, Mato Grosso apresentam dados de expansão da adesão e contribuição voluntária dos servidores. Entretanto, a obtenção das informações pela *internet* não é suficiente para ajudar a entender como se dá essa relação de adesão, de modo a pensar como poderá servir de exemplo para a manutenção da adesão dos servidores civis mineiros no caso da implantação do “novo plano”. O IPSEMG já usa dado do IPASGO como referencial do número de médicos necessários para atenção ao servidor público civil no interior do Estado, como o citado nas metas do Acordo de Resultado-2009-2ª etapa, na página 92: “Indicador 3: *Número de beneficiários por médico cadastrado no Interior do Estado*”(IPSEMG, 2009 ).

Com todas essas perspectivas, evidencia-se na trajetória das mudanças no IPSEMG-saúde o problema da assimetria informacional, característica comum no mercado de seguros de saúde, marcados pela seleção adversa, risco moral e relação agente-principal (GODOY, SILVA e NETO, 2004), fatores que ameaçam a eficiência e sobrevivência do setor.

A seleção adversa é marcada pelo risco do seguro de saúde incorporar sujeitos com maior probabilidade de utilizar o serviço de saúde. Nessa situação, o aumento de preço do seguro induz a sua não aquisição. A progressão do aumento de preço pode até inviabilizar o acesso ao plano ou mesmo vir a extingui-lo.

A relação de agência é aquela que implica a ação de dois atores econômicos: o agente e o principal. No contexto desse texto, o agente, parte mais informada, é o médico e o principal, parte menos informada, é o paciente. No campo do seguro-saúde, existe uma relação de dependência do principal em relação ao agente na busca do bem estar. O risco nessa relação é o agente agir em prol de si próprio, desconsiderando o principal. Se não houver restrição de benefícios, a relação entre o agente e o principal poderá ser marcada por ganhos para ambos. A seguradora, no entanto,

gostaria que o médico atuasse reduzindo o máximo os custos assistenciais no caso de adoecimento do principal (GODOY, SILVA e NETO, 2004).

O risco moral é caracterizado pela alteração comportamental do segurado quando não há limitação na cobertura do seguro. Comportamento que não existiria se a cobertura do seguro fosse limitada. O risco moral pode gerar ineficiência econômica (GODOY, SILVA e NETO, 2004) em virtude da diferenciação perceptiva do custo e benéfico levando a alterações de comportamento individual. As distorções comportamentais, entre se proteger ou não, ou seja tomar precauções para não adoecer ou usar excessivamente o serviço de assistência médica após aquisição do seguro-saúde.

O risco moral (GODOY, SILVA e NETO, 2004; SATO, 2007; OCKÉ-REIS, ANDREAZZI E SILVEIRA; 2006; MAIA, 2004) aponta para o perfil da população em relação ao modelo de cobertura a ser escolhido ou ofertado. E para reduzir seus efeitos, as seguradoras estabelecem critérios como o valor da apólice, estabelece co-participações, exige pagamentos em caso de uso do serviço além do contratado, ou até introduzir o modelo de triagem por médico generalista, limitando a liberdade de busca direta do segurado por especialidades. Outra característica para essa modelagem é a preconização da prevenção de doenças e estimulação a hábitos saudáveis de vida (GODOY, SILVA e NETO, 2004).

A seleção adversa, a relação de agência e o risco moral já existem no uso do serviço de saúde do IPSEMG-Saúde pela própria modelagem da atenção atual. Desde 2008, algumas medidas foram estabelecidas tais como: triagem por médicos generalistas, credenciamento de médicos e clínicas para marcação por telefone, implantação de clínicas para a mulher e a criança, marcação de retorno imediato após a primeira consulta, entrega de senha personalizada para combater a venda de lugar na fila, a possibilidade de marcação de consulta por e-mail para pacientes do interior e colocação de 25 guichês funcionando ininterruptamente.

Com a concreta efetivação do novo plano de saúde, pode emergir novas formas assimétricas, inexistentes no modelo atual, como a co-participação e as franquias (SATO, 2007), portanto a que considerar como cada parte interessada no novo plano irá processar as ações em busca da maximização dos benefícios.

Há uma nuvem ocultando esse processo de escolha e mudança, passando a impressão de intenso controle das informações sobre os resultados primários da empresa vencedora da concorrência. Nesse caso, por qual motivo a publicidade e discussões sobre as alterações, bem

como sobre o estado de saúde IPSEMG estão limitadas?

Há um longo processo a ser percorrido nessa proposição comandada pela empresa de consultoria ao ler os passos do projeto básico. O que poderia fazer o servidor para acompanhar esses resultados ou mesmo exigí-los?

Seria de fundamental importância os servidores civis em atividade e aposentados do IPSEMG-saúde e entidades defensoras do Instituto como o SISIPSEMG, ASCON-IPSEMG, dentre outras, monitorar o Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG (PPAG/IPSEMG, 2009), através das audiências públicas.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de apresentar as considerações finais desse estudo, a pesquisadora reafirma os conceitos da metodologia sociológica usada como um caminho para compreender um recorte da realidade (MINAYO, 2000: 10; TITTONI E JACQUES, 1998: 73-85). Realidade que é dinâmica e um construto humano, indicando que outros estudos podem encontrar dados e percepções bem diversas das aqui apresentadas.

Ao longo do século XX, as políticas de saúde destinadas ao servidor público implementadas pelos Estados, mantiveram característica de assistência médica supletiva (MALTA, 2004: 434) pautada no financiamento corporativo, numa tradição identitária de grupo e com forte exigência da “excelência” (SANTOS E GERSCHMAN, 2004: 800) no desempenho.

Apesar de ter um papel considerável na questão previdenciária, pois o IPSEMG paga 35 mil pensões (ALMG, 2005a), é preciso reconhecer sua importância como prestador de serviços médico-hospitalares, mesmo com as críticas ao mecanismo privilegiado de assistência em referência às questões da universalidade e equidade na atenção à saúde. Há que ressaltar que essa assistência considerada um privilégio, é resultante de um desconto é compulsório nos proventos dos servidores e não uma benesse.

Como a maioria dos servidores é “chão de fábrica”, recebendo remuneração precária, não tem opção de escolha senão lutar pela manutenção desse serviço de saúde, principalmente frente à incerteza e precarização que está afetando todos os modelos assistenciais existentes no país.

Enfatize-se, ainda, que o campo de trabalho na saúde é pouco reconhecido como um meio de atuação profissional qualificada, produtora de conhecimentos e, mantém do ponto de vista remuneratório, uma carga de conteúdo ou missão caritativa e “misericordiosa”. Portanto, sujeita a poucos salários e desvalorização das subespecialidades ou especialidades paramédicas, evidenciando a distorção, a desigualdade contínua e persistente na sociedade brasileira.

As pressupostas mudanças em andamento no IPSEMG-Saúde, como, por exemplo, a possibilidade de implantação de sistema de contribuição *per capita*, bem como de exclusões de cobertura, hoje não existentes; a chance de estabelecimento de cobranças progressivas por faixas etárias, dentre outras, parecem apontar para o risco de quebra no caráter mutual e solidário da atenção à saúde.

No contexto atual, o HGIP, CEM e o CO são campos de “excelência” em suas várias

áreas e cuja existência é fundamental no atendimento clínico-assistencial. Essa excelência, muitas vezes, só é reconhecida quando o segurado deles necessita, principalmente, diante das emergências que lhe afetam o orgânico. Ao longo dos últimos anos, a perda de especialistas do corpo clínico e servidores efetivos, o aumento das demandas por melhores atendimentos, vem afetando o processo qualitativo e relacional com os segurados.

O IPSEMG é uma organização grande. Ao longo de sua existência, enfrentou diversas intempéries e sobreviveu. Enquanto modelo burocrático e hierarquizado, ele está submetido aos ditames de leis e decretos, fatores esses que não impedem as informalidades relacionais e as lutas de poderes que podem influir negativamente a organização. Porém, no caso da atenção à saúde, algumas dessas informalidades relacionais existentes, favorecem a redução sofrimento vivido pelo segurado adoecido ou hospitalizado, bem como amenizam as inseguranças e incertezas dos trabalhadores do HGIP, CEM e CO. Com isso, de certa forma, há uma afetação positiva dos segurados em situação de fragilidade.

Há que reconhecer a necessidade de melhoria do serviço de urgência, que muitas vezes é procurado, não pela emergência e urgência definida pelo modelo institucional e, sim, pela interação entre a necessidade objetiva e subjetiva do segurado. Para tentar um equilíbrio, a partir de dezembro de 2008, foi implantado um sistema de classificação de risco e acolhimento (IPSEMG, 2008c), cujos efeitos só serão percebidos a longo prazo, pois muitos segurados ainda o desconhecem e experimentam desespero ao ter que aguardar muito tempo conforme a decisão da triagem, assim com passar por um modelo de atendimento despersonalizado.

**Figura IV – Comunicado sobre a Classificação de Risco**

**A partir do dia 1º de dezembro, no SMU do Ipsemg, o atendimento será Acolhimento com Classificação de Risco**

**VEJA COMO FUNCIONA:**

**1- CLASSIFICAÇÃO**  
Os pacientes são acolhidos por enfermeiros, que fazem avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca, respiração, temperatura, oxigenação e dosagem de glicose.

**2- IDENTIFICAÇÃO DO RISCO** (por cores: vermelho, amarelo, verde e azul)

**3- ORDEM DE ATENDIMENTO** (por cores: vermelho, amarelo, verde e azul)

<p><b>Emergência</b> atendimento imediato</p> <p>Condição de agravo à saúde que coloca imediatamente a vida em risco.</p> <p><b>Exemplos:</b> infarto agudo do miocárdio, grandes hemorragias, insuficiência respiratória aguda.</p>	<p><b>Urgência</b> máximo 1 hora</p> <p>Condição de agravo à saúde com possibilidade de colocar a vida em risco, podendo evoluir para emergência.</p> <p><b>Exemplos:</b> Cólica renal, pancreatite, pneumonia.</p>	<p><b>Menor Gravidade</b> aproximadamente 2 horas</p> <p>Paciente cuja condição geral não indica a necessidade de atenção médica imediata. O atendimento poderá ocorrer em aproximadamente duas horas.</p> <p><b>Exemplos:</b> infecção de garganta, contusão muscular.</p>	<p><b>Procurar o CEM</b> para marcar consulta</p> <p>Paciente estável que não necessita de atendimento médico imediato. A orientação é procurar o atendimento ambulatorial no Centro de Especialidades Médicas - Rua Domingos Vieira, 488 - Santa Efigênia.</p>
--	---	---	---

ipsemg

Fonte: IPSEMG, 2008c

A marcação de consultas ambulatoriais (ASCON-IPSEMG, 2007; LOPES, 2008b) é um gargalo para o atendimento ao público e gerador de queixas, pois é preciso enfrentar filas gigantes. A percepção dessa situação é diferenciada pelos segurados e variável conforme algumas especialidades ou médicos especialistas.

Mesmo com o anúncio de inovações através de credenciamentos disponibilizados no sítio, o segurado acaba se frustrando que ao tentar atendimento percebe que suas expectativas de melhora estão longe de serem atendidas.

Ofertar marcação por telefone pode ser uma opção favorável, entretanto a fila invisível pode continuar existindo. Dependendo do tempo entre a marcação e a data de agendamento da consulta, o segurado pode esquecer e não comparecer para a consulta, ou mesmo, buscar uma solução mais imediata e paliativa para seu problema, como procurar o SMU.

Está se tornando comum em todo o sistema médico-hospitalar, ao implantar melhoria num determinado serviço, ele tornar-se pequeno frente ao aumento da demanda. Por exemplo, o caso do Serviço de Quimioterapia que foi mudado para um local maior e hoje, infelizmente, está ficando pequeno para o número de usuários necessitado do atendimento.

É imprescindível planejar um aumento de oferta de leitos para os adultos considerando o envelhecimento da população segurada e para doentes em quadros graves. Aqui, a manutenção do sistema solidário pode favorecer a questão do financiamento, fator esse que é um ponto de interrogação à manutenção da assistência à saúde. Talvez o planejamento estratégico com investimento em procedimentos preventivos, bem como na atenção em casa (*home care*) por equipe multidisciplinar e estimulação aos cuidados paliativos, podem ser objetos de estudo sobre a viabilidade de implementação.

Ao longo da história houve mudanças na questão dos recursos humanos e o IPSEMG perdeu e vem perdendo muitos servidores qualificados em virtude dos baixos salários, defasados ao longo de anos e pela ausência de política de valorização profissional. Todavia, parece existir um interesse escuso nesse sentido, como forma de “enxugar” a casa e racionalizar a assistência hospitalar. É preciso considerar como equivoco a idéia de reduzir custos assistenciais eliminando os profissionais efetivos, estimulando exoneração ou programas de desligamento voluntário.

Há pouco estímulo à permanência de profissionais qualificados e que gostam de trabalhar na assistência médico-hospitalar. Torna-se premente a implementação de um plano de carreira

apropriado com a história de entrada, seguindo os editais dos concursos realizados, tempo de casa. É fundamental rever a questão do mérito e evolução da escolaridade do servidor, adequando os servidores na tabela estabelecida, esse processo pode estimulá-lo a usar habilidades extras no exercício funcional. Se os servidores custam a adequar-se às reformas administrativas, há que pensar como são tratados ao longo das gestões e governos.

É premente a necessidade de melhorar o modo de atendimento ao usuário pelos servidores da casa, hoje provenientes de várias formas de seleção, gerenciando os conflitos e o cansaço profissional de muitos. Há muita cobrança e opressão aos servidores e pouco reconhecimento e valorização pelo mérito.

O Estado tem 823 municípios, em muitos os servidores não têm acesso aos serviços prestados pelo IPSEMG no campo da saúde ou o acesso é precário e demorado, fato que aumenta a insatisfação. A assistência médico-hospitalar, por ser em grande parte centralizada na Capital, tem sido discursivamente apresentada pela gerência hospitalar como atendendo apenas 30% da população beneficiária, ou seja, uma faixa de 900.000 segurados. O que significa que apesar de ter um desconto compulsório em seus proventos, um expressivo número de servidores e seus dependentes, não recebendo assistência médico-hospitalar pelo Instituto, paga e utiliza planos de saúde privados ou, até, consultas particulares.

Fato que vai confirmar a alegação de Bahia (2001: 332) que no final da década de 1980, o mercado de planos de saúde, intensificou a comercialização de planos individuais, aos quais houve expressiva adesão dos funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações. Esse é um fator que pode influir para a adesão ao novo plano do IPSEMG.

Em relação à circulação das informações sobre o Instituto, apesar da informatização, precisa melhorar e atingir aos segurados em todo o Estado, esclarecendo-os sobre os serviços disponíveis e como acessá-los de forma eficaz.

Na busca realizada nesse estudo sobre os novos modelos de assistência à saúde destinada aos servidores públicos, constatou-se que em quase todos os Estados brasileiros, os institutos de previdência foram ou estão em fase de extinção. Mudanças nos modelos de assistência médico-hospitalar estão em andamento, como as que aconteceram nos estados de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Sergipe, dentre outros.

Esses modelos autárquicos que foram criados para substituir os modelos anteriores de prestação dos serviços de saúde aos servidores estaduais não mostraram inovações dignas de

destaques. A atenção à saúde modificada, variou de um benefício básico ofertado aos servidores, como o SAS do Paraná, até planos de saúde com características privadas com inserção da co-participação e das carências como, por exemplo, os de Goiás, Mato Grosso, Bahia, Sergipe. O plano do Distrito Federal não saiu do papel.

É imprescindível pensar nesses novos modelos estaduais com co-participação, como expõe Balzan (2003), qual a melhor forma para lidar com o estado de insolvência pessoal. Como lidar com os casos nos quais o associado ao plano estadual não possa arcar com as despesas pelo montante do débito acumulado? O autor sugere a possibilidade de o servidor transferir a continuidade do seu tratamento para o SUS. O que impede, quando se está em estudo a implantação do novo plano, pensar essa possibilidade? Ressalte-se que o IPSEMG-saúde não tem convênio com o SUS.

No caso do IPSEMG, todos os segurados e beneficiários terão de enfrentar receios e inseguranças e cobrar da elite dirigente do Estado, não usuária do atual plano de saúde e com o domínio sobre o processo decisório das mudanças, as informações sobre as alterações no plano de saúde.

O público interno do Instituto está vivenciando apatia, descrença e um alto índice de insegurança em virtude do número informações desconstruídas sobre as modificações internas em unidades do HGIP, bem como sobre o novo plano em andamento. Por ser servidor público, o agente interno deve prestar um bom trabalho aos segurados, apesar da opressão causada pela crise institucional. O público externo exige atenção, bom atendimento, rapidez e resolutividade no atendimento, sem saber que tipos de mudanças estão em andamento. Como encontrar um equilíbrio que favoreça ambos os públicos, o interno e o externo?

Reconhecendo as diversas limitações, as tentativas fracassadas em obter informações oficiais, pode-se afirmar que o estudo conseguiu atingir os objetivos propostos. Foi evidenciada a intensa crise no IPSEMG-saúde, a precariedade ou desencontro dos dados sobre o processo de mudanças em um órgão que deveria ser marcado pela publicização das informações, que os modelos de planos de saúde dos entes de direito público no país, modificados, carregam as mesmas características dos planos privados de saúde elevando o risco moral.

Uma constatação efetiva da pesquisadora, ao longo do percurso no estudo e busca de informações, foi que os órgãos oficiais registram e disponibilizam poucos dados sobre suas formas evolutivas no fator administrativo e gerencial ao longo dos anos, como é visível no

IPSEMG.

No âmbito do serviço público, as leis e decretos determinam as mudanças objetivas. Entretanto, as gestões são marcadas por questões subjetivas que ficam subliminares no ambiente, afetando a trajetória da organização. Existem poucos registros guardados sobre como se processaram internamente as aplicações das mudanças legais. As informações mínimas são geralmente retidas como uma forma de manter o poder nas mãos de poucos.

Com isso, é possível afirmar que a pouca clareza nos processos de mudanças e de tomadas de decisão mantêm a eficiência e a efetividade longe do serviço público, sustentando sistemas injustos e corporativos que acabam afetando as políticas para todos os públicos que delas necessitam.

O andamento das decisões modificadoras do IPSEMG-Saúde está coberta por um véu, demonstrando que existem interesses em mantê-las bem contidas. Essa pode ser uma maneira de se chegar até o momento que tudo esteja decidido sem chance de manifestações contrárias por parte dos servidores. Se o risco da privatização da assistência médico-hospitalar no IPSEMG é considerado ato imaginário dos servidores públicos, principalmente do público interno, a privatização do direito à informação sobre as mudanças não.

Enfim, o IPSEMG-Saúde subsistiu até hoje por ser uma criação coletiva marcada pelo caráter redistributivo. Ante aos novos tempos de evidente crise e sucateamento, para sobreviver o IPSEMG precisará promover ajustes, manter estabilidade financeira e aprimorar o modelo gerencial e, mais importante, saber cuidar de seus segurados e servidores internos. Como apostar nisso, se quem sustenta e depende dessa instituição está alijado do processo mudanças?

## 9. REFERÊNCIAS

- ADI/3106. *Ação Direta de Inconstitucionalidade*. Disponível em: <[www.stf.jus.br/portal/processo](http://www.stf.jus.br/portal/processo)>. Acesso em: 28 de ago. 2009
- ADIN: Desconto de Servidor está na Mira do MP. Jornal *O Estado de Minas* – MG, Justiça, 19 jan. 2009. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2009.
- ALMEIDA, Arlindo de. *A solução para o problema da saúde é mista e solidária*. In: Estudos Avançados, n.º 13 (35), 1999, p. 117-124.
- ALMG. *Deputados ouvem dirigentes sobre atual situação do Ipsemg*. Assessoria de Comunicação. Notícia datada de 14 abr. 2005. 2005a. Disponível em <<http://www.almg.gov.br/Not/BancoDeNoticias/Not520972.asp>>. Acesso em: 29 maio 2008.
- ALMG. *Comissão ouve queixas de servidores sobre Ipsemg na Zona da Mata*. Assessoria de Comunicação. Notícia datada de 02 jun. 2005. 2005b. Disponível em <<http://www.almg.gov.br/Not/BancoDeNoticias/Not530513.asp>>. Acesso em: 29 maio 2008.
- ALMG. *Presidente do IPSEMG, Antonio Caram Filho, diz na Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa que vêm aí o Plano de Saúde de Adesão Espontânea*. Edital já foi publicado. Quarta-feira, 4 Jul. 2007. 2007. Disponível em: <<http://www.joacarlosamaral.com.br/index.php?id=2423&PHPSESSID=dae115f4baab8ca4b9ac60faacbc7de>>. Acesso em: 29 maio 2008.
- ALMG. *Autorização para venda de imóveis do Ipsemg está pronta para Plenário em 1º turno*. Assessoria de Comunicação. Notícia datada de 7 maio 2008. 2008a. Disponível em <[http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not\\_690264.asp](http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not_690264.asp)>. Acesso em 31 jan. 2009.
- ALMG. *Servidores sugerem fórum para debater crise no Ipsemg*. Assessoria de Comunicação. Notícia datada de 19 ago. 2008. 2008b. Disponível em: <[http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/not\\_705468.asp](http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/not_705468.asp)>. Acesso em: 29 out. 2008.
- ANS. *Planos de saúde com beneficiários por tipo de contratação, segundo a modalidade da operadora* - Brasil - junho/2008. Disponível em <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoes\\_caderno\\_informacoes\\_Planos](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoes_caderno_informacoes_Planos)>. Acesso em: 30 out. 2008.
- ASCON-IPSEMG faz uma radiografia da estrutura de assistência à saúde do servidor. *Jornal Informa*. Informativo da ASCON. Ano VIII, n. 33, novembro, 2007.

- BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2001, vol.6, no.2, p.329-339. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 set. 2007.
- BALZAN, Márcio Vinícius. *Entidades de direito público que operam planos de saúde*. Fórum de Debates sobre Saúde Suplementar – ANS 2003, São Paulo – SP. Disponível em: <[www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias)>. Acesso em 29 maio 2008.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 39/2002 e pelas Emendas Constitucionais de revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003, 382p.
- BRASIL. *Decreto no. 3.298 de 20/12/1999*. 1999. O decreto dispõe sobre a política nacional para a integração das pessoas “com necessidades especiais” e obriga as empresas com, no mínimo, 100 empregados, a contratá-las.
- BRASIL. *Sistema Único de Saúde – Livro 1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).
- CAMPOS, Gastão W. S. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? In: *Debatedores - Ciênc. Saúde Coletiva*, 13 (Supl. 2), 2008, p. 2019-2021.
- CHIAVENATO, Idalberto *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 6ª. ed., Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- CUNHA, J.P., Cunha, R.E. *Sistema Único de Saúde – Princípios*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos*, Brasília, 2001, p. 285-304.
- CRUZ, Alexsandro C. *Origem e evolução do sistema previdenciário*. Datado de 24 set. 2002 Disponível em: < <http://www.vemconcursos.com>>. Acesso em: 14 set. 2007.
- DEJOURS, Christophe. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- DEUS, Sérgio Luis de. *Serviço que substitui o antigo IPE atende 400 mil funcionários estaduais e dependentes: Servidores públicos reclamam do atendimento prestado pelo SAS*. Datada de 21 set.2006. In: *Boletim 31 – Emater - SINDASPP – SENGE/PR – SINDIVET*. Disponível em < <http://www.senge-pr.org.br/BoletinsEmater/Boletim2509.pdf> >. Acesso em 29 maio 2008.
- DIREÇÃO SUPERIOR. Comunicado ao corpo clínico do Ipsemg. (Informe distribuído no Ipsemg ante a movimento de paralisação dos médicos em 2008 reivindicando melhoria salarial).

2008.

DIRETOR do Ipsemg vem a Uberaba e fecha convênios com hospitais. *Jornal de Uberaba*. Caderno A – Cidade. Datada de 13 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.Jornaldeuberaba.com.br/?MENU=CadernoA&SUBMENU=Cidade&CODIGO=11426>>. Acesso em: 29 maio 2008.

EDUARDO, Ítalo Romano. *Origem e evolução da Previdência no Brasil. Aula13*. Datado de 01 out. 2002. Disponível em <<http://www.vemconcursos.com>>. Acesso em: 14 set. 2007.

ESTADO mantém desconto em folha para Ipsemg. *Jornal da Manhã*. Notícia datada de 04 jul. 2007. Disponível em: <<http://www.zymboo.com/noticia/uberaba/1827/>>. Acesso em: 29 maio 2008.

ESTADO dobra valor pago a Consultoria. *Jornal Estado de Minas*. Belo Horizonte, 05 out. 2007. Editoria Política. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 11 out. 2008.

FLEURY, Sônia (Org.). A questão democrática na saúde. In: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editorial Lemos, 1997.

FRIEDBERG, Erhard. Organização. In: BOUDON, Raymond. *Tratado Geral de Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, pp. 375-412.

GOFFMAN, Irving. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1985, p.218.

GODOY, Marcia Regina; SILVA, Everton Nunes; NETO, Giacomo Balbinotto. *Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica*. Disponível em:<[www.anpad.org.br/enanpad/2004/.../enanpad2004-pop-2278.pdf](http://www.anpad.org.br/enanpad/2004/.../enanpad2004-pop-2278.pdf)>. Acesso em:28 set. 2009.

GOVERNO prepara plano de saúde. *Folha de Rondônia*.(17/04/2008). Disponível em <<http://www.achanoticias.com.br/noticia.kmf?noticia=7161944>>. Acesso em: 01 de nov. 2009.

GRECO, Lucas Silva. *Sobre a inconstitucionalidade do caráter compulsório das contribuições destinadas ao custeio de planos de saúde instituídos pelos Estados-membros*. Elaborado em 03.2007. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10220>>. Acesso em: 29 maio 2008.

GUANDALINI, Giuliano & BORSATO, Cíntia. *A inflação da saúde*. Revista Veja, 14 maio, p. 92-98, 2008.

GUIMARÃES, Denise Alves. *A transposição do modelo da administração de empresa para a administração pública: um estudo de caso sobre a reforma administrativa da Prefeitura*

- Municipal de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), UFMG/FAFICH, 2002.
- HEATH, Iona e COL. *Qualidade no atendimento primário à saúde: uma abordagem multidimensional para a complexidade*. British Medical Journal(BMJ). Ano 2, Número 14, Junho de 2009. Porto Alegre: Artmed, p. 279-81.
- IPASGO. *Dados*. Disponível em: <<http://www.ipasgo.go.gov.br/index.asp>>. Acesso em: 06 set. 2009.
- IPESAÚDE. *Regulamento*. Disponível em <<http://sga.aracaju.se.gov.br:5010/ipesaude/Relatórios/PMA-IPESAÚDE.pdf>>. Acesso em 13 set. 2009.
- IPSEMG. *Um Pouco da História do IPSEMG*. In: Atendimento ao Público (Cartilha). Divisão de Comunicação: Maio, 1999.
- IPSEMG. *Histórico*. 2004. Disponível em <<http://www.ipsemg.mg.gov.br>>. Acesso em: 08 jul. 2007.
- IPSEMG. *Ipsemg: Administração apresenta propostas para melhorar atendimento*. 2005a. Disponível em <<http://www.sinjus.com.br/listar2.asp?id=4522>>. Acesso em: 07 set. 2007.
- IPSEMG. *Preocupado com os problemas do atendimento do IPSEMG no interior de Minas o Sindpúblicos- MG conversou com Diretor de Saúde do IPSEMG- Doutor Roberto Fonseca*. 2005b. Disponível em <<http://www.sindpublicosmg.org.br>>. Acesso em: 07 set. 2007.
- IPSEMG. *Avaliação dos serviços prestados pelo IPSEMG*. Pesquisa realizada pelo Instituto Vox Populi, em setembro e outubro de 2005. 2005c. Disponível em <[http://www.ipsemg.mg.gov.br/c/document\\_library](http://www.ipsemg.mg.gov.br/c/document_library)>. Acesso em: 24 set. 2007.
- IPSEMG. *IPSEMG-Saúde*. 2007. Disponível em <<http://www.ipsemg.mg.gov.br>>. Acesso em: 13 set. 2008.
- IPSEMG. *Consórcio Agenda-Ábaco inicia processo de implantação do Sisprev Corporate no IPSEMG – MG*. 2007a. Disponível em <<http://www.agendaassessoria.com.br>>. Acesso em: 07 set. 2007.
- IPSEMG. *Ipsemg comemora 95 anos e busca melhorias para o servidor*. 2007b. Disponível em <<http://www.agenciaminas.mg.gov.br>>. Acesso em: 07 set. 2007.
- IPSEMG. *Acordo de Resultado*. 2007c e 2009. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br>>. Acesso em: 2008 e 2009.
- IPSEMG. *Legislação – Decretos e Leis*. 2008a. Disponível em <<http://www.ipsemg.mg.gov.br>>.

Acesso em: 2008 e 2009.

IPSEMG. *Jornal Mural do Ipsemg*. Ano II, nº. 22, setembro, 2008b. Também disponível em <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 11 out. 2008.

IPSEMG. *Classificação de risco*. 2008c. Cartazes fixado nos quadros de aviso. Disponível também em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br>>. Acesso em: 6 dez. 2008.

IPSEMG. *Notícias do IPSEMG*. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br>>. Acesso em: 02 fev. 2009.

KLIKSBERG, Bernardo. *Uma gerência pública para os novos tempos*. In: *O desafio da exclusão – para uma gestão social eficiente*. São Paulo: FUNDAP, 1997, P. 74-97.

LIPOVETSKY, Gilles *A era do vazio*. Tradução Miguel Serras Pereira e Ana Luisa Faria. Editions Gallimard, 1983. Lisboa: Relógio d'Água, 1989. Barcelona: Anthropos. 1994.

LOPES, Valquíria. *Angústia na fila do Ipsemg: beneficiários do Centro de Especialidades Médicas sofrem com a espera para conseguir consulta*. *Jornal O Tempo*. Caderno Cidades, pág. 26, 11 nov. 2008. 2008a. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2008.

LOPES, Valquíria. *Ipsemg. Coordenador do centro de especialidades diz que call center vai resolver problemas da marcação*. *Jornal O Tempo*. Caderno Cidades, p. 22, 12 nov. 2008. 2008b. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2008.

LOPES, Valquíria. *Ipsemg. Médicos denunciam que pressa diminui qualidade do atendimento e cria conflitos profissionais*. *Jornal O Tempo*. Caderno Cidades, p. 26. 2008c. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

LOPES, Valquíria. *Ipsemg. Instituto pretende realizar corte de metade dos cargos no ano que vem. Vagas para residência médica em jogo*. *Jornal O Tempo*. Caderno Cidades, p. 33. 2008d. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

LOPES, Valquíria. *Ipsemg. Mudança. Método de classificação de risco começou ontem no Israel Pinheiro e ainda poderá passar por ajustes. Demora na triagem irrita usuários do Ipsemg*. *Jornal O Tempo*. Caderno Cidades, p. 33. 2008e. Disponível em: <<http://intranet.ipsemg.mg.gov.br/intranet.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2008.

MAIA, Ana Carolina. *Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte, MG, UFMG/Cedeplar, 2004. Acesso em out. 2008.

MALTA, Débora Carvalho et al. *Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos*

- modelos assistenciais*. In: Ciências & Saúde Coletiva, vol. 9, n.2. Rio de Janeiro, Apr./June, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/ISSN1413-8123>>. Acesso em: 05 ago. 2007.
- MARTINS, Gislene. *Liminar Impede Desconto do Ipsemg no Pagamento de Servidores Estaduais*. Jornal da Manhã Online. Datada de 03 jun. 2007. Disponível em: <[http://www.abipem.org.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=37630](http://www.abipem.org.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=37630)>. Acesso em: 29 maio 2008.
- MARTINS J. T., Domansky R.C., Ciampone M.T. H. Resenha bibliográfica: A Banalização da Injustiça Social. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 2006, março-abril, 14(2): 292-3. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a21.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2006.
- MATO GROSSO. Decreto nº. 1.770, de janeiro de 2009. Disponível em: <[www.iomat.mt.gov.br/do/navegadorhtml/mostrar](http://www.iomat.mt.gov.br/do/navegadorhtml/mostrar)>. Acesso em 06 set. 2009.
- MEDICI, André César; OLIVEIRA, Francisco E. B. de. *Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde*. Texto para discussão nº 252. Brasília: IPEA,1992.
- MEDICI, André César. *Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde*. Disponível em <<http://www.mre.gov.br/cdbrazil/Itamaraty>>. Acesso em: 07 jul. 2007.
- MELO, Elza M. *Ação comunicativa, democracia e saúde*. In: Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 10, Rio de Janeiro, Sept/Dec. 2005.
- MELONI, Rodrigo Maciel. *MT Saúde promove mudanças para melhor atender usuários do plano*. Assessoria/SAD-MT: 10 de janeiro de 2008. Disponível em: <<http://www.matogrosso.saude.mt.gov.br/>>. Acesso em 06 set. 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. O sistema único de saúde um processo social em construção\*. Disponível em: <[www.opas.org.br/pdf](http://www.opas.org.br/pdf)>. Acesso em: 22 maio 2006. \* Texto parcialmente publicado, com autorização da editora, de: MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996. 300p.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *O público e o privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processo e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997, p. 71-150.
- MICELLI, Sylvio. *Ipsemg: Executivo deve rever decisão de desapropriar imóveis*. Boletim Sinjusnet/MG. Disponível em: <<http://www.servidorpublico.net/noticias/2007/05/09/ipsemg->

executivo-deve-rever-decisao-de-desapropriar-imoveis/?searchterm=None>. Atualização 10 fev. 2008. Acesso em 31 jan. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei Complementar nº64/2002*. 2002. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br>>. Acesso em: 2007 e 2008.

MINAS GERAIS. *Lei Delegada 126/2007*. 2007a. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br>>. Acesso em: 23 set. 2007.

MINAS GERAIS. *Decretos de 20 de Abril de 2007*. Diário do Executivo, do Legislativo e Publicações de Terceiros, p. 5, 2007b.

MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado*. Folheto informativo, Governo do Estado de Minas Gerais, 2007c. Dados também disponíveis em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br>>.

MINAS GERAIS. *Concorrência N.º 01/2007 SEPLAG/IPSEMG* - Edital de Licitação. 2007d. Disponível em: <<http://www.compras.mg.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 08.

MOTTA, Fernando C. Prestes e PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Introdução à Organização Burocrática*. São Paulo: Editora Thomson, 5a. Ed., 1986, pp.15-87.

MOTTA, Fernando C. P. *Teoria Geral da Administração: uma introdução*. São Paulo: Guazzelli, 2000.

MOURA E CASTRO, Flávio Régis Xavier de. Consulta N. 676.765. Sobre convênios com Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – Ipsemg. In: *Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais*, n. 02, 2004, Ano XXII. Pareceres e decisões. Disponível em:<[http://200.198.41.151:8081/tribunal\\_contas/2004/02/-sumario?next=6](http://200.198.41.151:8081/tribunal_contas/2004/02/-sumario?next=6)>. Acesso em: 29 maio 2008.

NOVA licitação para o atendimento aos beneficiários do SAS da macrorregião de Curitiba. Data 6/2/2009. Disponível em: <<http://www.sas.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=54>>. Acesso em: 13 e 20 set. 2009.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; SILVEIRA, Fernando Gaiger. *O mercado de planos de saúde no Brasil*. In: Revista Economia Contemporânea, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan/abr., 2006.

O IPSEMG em face de uma política governamental equivocada. *Informativo AAIPSEMG*, Ano II, n. 3, Agosto, 2006, p. 2-3.

OLIVEIRA, Fátima de. *Pane tumultua Ipsemg. Segurados reclamam de sistema precário e do*

*tempo que perdem a espera de atendimento.* Jornal Diário da Tarde, 18 abr. 2007. Disponível em: <[http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saude/news\\_item.2007-04-18.4067196550](http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saude/news_item.2007-04-18.4067196550)>. Acesso em: 29 maio 2008.

PAINEL realizado pela Ascon-Ipsemg aponta soluções para sistema de saúde do servidor estadual. *Jornal Informa*. Informativo da ASCON. Ano IV, n. 35, março, 2008.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares *Iniciativa privada e saúde*. In: Estudos Avançados 13 (35), 1999, pp. 109-116.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser, 1996. *Administração Pública Gerencial: Estratégia e Estrutura para um Novo Estado*. Texto para Discussão ENAP nº. 9. Brasília: ENAP.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser, 1997. *A Reforma do Estado nos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle*. Cadernos MARE nº. 1. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

PLANSERV. *Informativo 01-2006 sobre o PLANSERV*. Disponível em < [www.uefs.br/portal/arquivos/informativo\\_001-2006.../at.../file](http://www.uefs.br/portal/arquivos/informativo_001-2006.../at.../file)>. Acesso em 13 set. 2009.

POLICLÍNICA deixa de atender pelo SAS na região de Cascavel. Extraído de: Governo do Estado do Paraná - 22/11/ 2008. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/276833/policlinica-deixa-de-atender-pelo-sas-na-regiao-de-cascavel>>. Acesso em: 13 e 20 set 2009.

PPAG/IPSEMG. Dados do PPAG 2008-2011 – Exercício 2009 – IPSEMG – Disponível em: <[www.ipsemg.mg.gov.br/programas-e-aco-es-do-governo](http://www.ipsemg.mg.gov.br/programas-e-aco-es-do-governo)>. Acesso em: 10 set. 2009.

REGIONAIS que não apresentarem resultado serão fechadas. *Jornal Informa*. Jornal On-line. 2004. Disponível em: <[http://www.ascon-ipsemg.org.br/corpo/jornal\\_informa/conteudo/regionais\\_fechadas.htm](http://www.ascon-ipsemg.org.br/corpo/jornal_informa/conteudo/regionais_fechadas.htm)>. Acesso em: 09 set. 2008.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. *As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores*. Ciência e Saúde Coletiva, July/Sept. 2004, vol.9, nº.3, p.795-806.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. *A teoria da agência no setor saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil*. In: RAP, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 49-62, jan/fev, 2007.

SERJUSMIG. *ADIN pode inviabilizar sistema previdenciário em Minas*. Serjusmig Notícias, Edição 89, 12 jan., 2004a. Disponível em: <[http://www.serjusmig.org.br/jorn\\_pad.php?id=534&numEdicao=89&Edicao=5](http://www.serjusmig.org.br/jorn_pad.php?id=534&numEdicao=89&Edicao=5)>. Acesso em: 29 maio 2008.

SERJUSMIG. *ADIN contra contribuição provoca preocupação*. Informativo 237. Datado de 21 jan., 2004b. Disponível em: <[http://www.serjusmig.org.br/noti\\_pad.php?id=230 &baab=NOTI](http://www.serjusmig.org.br/noti_pad.php?id=230 &baab=NOTI)>. Acesso em: 03 out. 2008.

SOUTO, Isabella. *IPSEMG - Falta consenso sobre imóveis*. Transcrição da notícia publicada no Jornal Estado de Minas, sobre a Reunião dos Representantes dos Servidores e Administração do Ipsemg. Postado em 5 maio 07. Disponível em: <[sisipsemg.blogspot.com/2008/04/patrimonio-do-ipsemg1-mais-uma-luta.html](http://sisipsemg.blogspot.com/2008/04/patrimonio-do-ipsemg1-mais-uma-luta.html)>. Acesso em: 31 jan. 2009.

TJMG. Processo N°. 1.0702.06.291991-6/001(1). *Ipsemg. Assistência à Saúde*. Art. 85, da Lei Complementar n°. 64/02. Compulsoriedade. Inconstitucionalidade. Publicado em 04 dez 2007. Disponível em: <[http://www.tjmg.gov.br/juridico/jt\\_/inteiro\\_teor.jsp?tipoTribunal=1&comrCodigo=702&ano=6&txt\\_processo=291991&complemento=1](http://www.tjmg.gov.br/juridico/jt_/inteiro_teor.jsp?tipoTribunal=1&comrCodigo=702&ano=6&txt_processo=291991&complemento=1)>. Acesso em: 09 set. 2008.

TJMG – 3ª CÂM. *Reexame Necessário 1.0024.07.499817-0/003*. In: Boletim Informativo – 1262. Quarta-feira, 07 Maio 2008. Disponível em: <<http://www.nacionaldedireito.com.br/boletins/boletim1262.htm#juris>>. Acesso em: 09 set. 2008.

UGÁ et al. *Uma análise das operadoras de planos próprios e saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24, n°. 1, p.157-168, 2008.

VIACAVA et al. *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. In: Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):711-724, 2004.

VIEIRA, Maria Benvenida *Relações Públicas como agente de mudanças no Hospital Governador Israel Pinheiro*, Belo Horizonte, 1992. Monografia (Bacharelado em Comunicação Social) – Graduação em Relações Públicas do Instituto Cultural Newton Paiva Ferreira.

ZILBER, Moisés Ari; LAZARINI, Luiz Carlos. *Estratégias competitivas na área da saúde no Brasil: um estudo exploratório*. In: RAC, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 131-154, jan-mar., 2008.

### **Sites estaduais visitados (dentre outros)**

BAHIA. *Planserv*. Disponível em <<http://www.ba.gov.br>>. Constando a última atualização em: 26 set. 2008. Revisitado em: 30 set. 2008 e 06 set. 2009.

DISTRITO FEDERAL. *GDF-Saúde-DF*. Disponível em <<http://www.seplag.df.gov.br/>>. Acesso em 03 out. 2008. Revisitado em: 06 set. 2009.

- GOIÁS. Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás – *IPASGO*. Disponível em <<http://www.ipasgo.go.gov.br>> . Acesso em: 03 out. 2008. Revisitado em: 06 set. 2009.
- PARANÁ. *Sistema de Assistência à Saúde-SAS*. Disponível em <<http://www.sas.pr.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2008. Revisitado em 06 set. 2009.
- SERGIPE. *IPESaúde*. Disponível em <<http://www.ipesaude.se.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2008. Revisitado em 06 set. 2009.
- RONDÔNIA. *Notícias*. Disponível em <<http://www.rondonia.ro.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2008.
- SANTA CATARINA. *Notícias*. Disponível em <<http://www.ipesc.sc.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2008.
- RORAIMA. *Notícias*. Disponível em <<http://www.portalroraima.rr.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2008.