

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC GOIÁS)
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA (PROPE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

EDEL MARIA DE LIMA E SILVA

**A RELAÇÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR PÚBLICO
ESTADUAL DE GOIÁS E A REDEFINIÇÃO DAS FUNÇÕES DO ESTADO EM
UM CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO DA ORDEM DO CAPITAL**

Goiânia
2014

EDEL MARIA DE LIMA E SILVA

**A RELAÇÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR PÚBLICO
ESTADUAL DE GOIÁS E A REDEFINIÇÃO DAS FUNÇÕES DO ESTADO EM
UM CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO DA ORDEM DO CAPITAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação – Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), como exigência parcial para obtenção do título de mestre, sob orientação da Profa. Dra. Sandra de Faria.

Goiânia
2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

S586r	<p>Silva, Edel Maria de Lima e.</p> <p>A relação entre direito à saúde do trabalhador público estadual de Goiás e a redefinição das funções do Estado em um contexto de reestruturação da ordem do capital [manuscrito] / Edel Maria de Lima e Silva. – 2014.</p> <p>239 f.: 30cm</p> <p>Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, 2014.</p> <p>“Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra de Faria”.</p> <p>Bibliografia.</p> <p>1. Servidores públicos – Saúde. 2. Capitalismo. 3. Economia. I. Título.</p> <p>CDU: 35.08:614 (043)</p>
-------	--

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC GOIÁS)
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA (PROPE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**A RELAÇÃO ENTRE DIREITO À SAÚDE DO TRABALHADOR PÚBLICO
ESTADUAL DE GOIÁS E A REDEFINIÇÃO DAS FUNÇÕES DO ESTADO EM
UM CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO DA ORDEM DO CAPITAL**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra de Faria (Orientadora)

Profa. Dra. Darci Roldão de Carvalho Sousa (Membro Externo)

Profa. Dra. Milca Severino Pereira (Membro)

Profa. Dra. Maria Conceição Sarmento Padial Machado (Suplente)

“Quando nos detemos a pensar sobre a natureza, ou sobre a história humana, ou sobre a nossa própria atividade espiritual, deparamo-nos, em primeiro plano, com a imagem de uma trama infinita de concatenações e influências recíprocas, em que nada permanece o que era, nem como e onde era, mas tudo se move e se transforma, nasce e morre.”

Friedrich Engels

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma etapa da vida que uniu pesquisa, reflexão intelectual e mudanças pessoas importantes e por isso, o suporte, a compreensão, o apoio e a amizade de todos foi fundamental para o resultado que agora se apresenta.

Durante o período de elaboração da dissertação, contei com a contribuição de instituições, de vários profissionais, colegas de trabalho e pessoas amigas aos quais sou imensamente grata. É difícil enumerar todas as pessoas que compartilharam a construção dessa dissertação, mas o agradecimento é repleto de muito carinho e gratidão.

A meus pais, que me ensinaram valores de honestidade, verdade, determinação e acompanharam minha formação e crescimento pessoal e profissional de maneira sempre afetuosa.

A meus irmãos, pelo carinho, cuidado amoroso, apoio e preocupação.

Ao Marcelo, por provar que sou mais forte do que eu supunha ser.

A meus cunhados e cunhada, pelo apoio.

À Marilene, por segurar minha mão nos momentos mais difíceis.

À Andréia, Nívea, Toninho e Rubens, com quem compartilhei essa jornada e por terem compreendido e aceitado minhas ausências.

Às amigas e companheiras da Coordenação de Serviço Social do Ipasgo, pelo apoio, incentivo, contribuições, reflexões, companheirismo, amizade e pelas alegrias e tristezas compartilhadas.

Aos colegas e diretores do Ipasgo, por abrirem os caminhos para a pesquisa no Instituto.

À Sandra de Faria, orientadora e amiga, por me fazer acreditar na pesquisa e me apaixonar por ela, por me oferecer conforto e serenidade para produzir as reflexões que se apresentam neste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pelas discussões, observações e conhecimento, determinantes para esse processo de aprendizado e, em especial à Profa. Dra. Maria José Viana, nossa eterna professora, por sua sabedoria, sensatez e generosidade em compartilhar conhecimentos.

À Banca de Qualificação e Banca de Defesa - Profa Dra. Darci Roldão de Carvalho Souza e Profa. Dra. Maria José Viana, Profa. Dra. Milca Severino Pereira e Profa. Dra. Sandra de Faria - pelo compromisso com a leitura, reflexões e sugestões nesse processo de aprendizado.

À Amanda, secretária do Programa de Pós-graduação em Serviço Social, pela atenção e dedicação.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás (Fapeg), pelo financiamento do projeto de pesquisa.

À Profa. Darcy Costa, pela correção do texto.

Aos trabalhadores do Centro de Documentação (Cedoc) do Jornal *O Popular*, da Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, em especial, à Morgana, do Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás (Sintego) e do Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde de Goiás (Sindsaúde), pelo auxílio na busca de documentos e material jornalístico.

E, finalmente, aos meus amigos de mestrado, por termos concluído nossa jornada.

RESUMO

A investigação e a dissertação sobre o direito à saúde dos trabalhadores no serviço público estatal de Goiás tiveram, como ponto de partida, os pressupostos de que a história é um processo dialético, o real é simultaneamente unidade e totalidade, cada fenômeno é sempre resultante de múltiplas determinações e os acontecimentos estão sempre articulados e se desenvolvem pela prática, sempre histórica e social. Considerando o Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) como condição e unidade da pesquisa concreta e objetiva em que se desenvolveram os processos, as relações e tensões analisadas, a pesquisa recaiu sobre o exame do direito à saúde dos trabalhadores no serviço público em Goiás e as redefinições das funções do Estado na execução da política de saúde. Neste estudo, buscou-se analisar essa relação em uma perspectiva de direito social, em um contexto de reestruturação do capital. Os resultados obtidos no processo investigativo demonstram que a origem e a funcionalidade do Ipasgo são demarcadas por um contexto de redefinições do Estado, em uma perspectiva de racionalização da gestão pública. Sua história abrange um processo de longo alcance e mudanças no padrão de desenvolvimento socioeconômico e político do país e do estado, com as alterações verificadas na relação entre Estado e sociedade civil, na configuração dos direitos sociais e das políticas de saúde e na ascensão do ideário neoliberal.

Palavras-chave: capitalismo, economia, Estado, saúde.

ABSTRACT

The investigation and dissertation on the worker's right to health in the estatal public service of Goiás considered, as a starting point, assumed history as a dialectic process where the real is, simultaneously, unit and totality, where each phenomenon is always a result of multiple determinations and the incidents are always articulated within themselves and are developed through the practice, always being historical and social. Considering the Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, Ipasgo as the condition and the objective and concrete research unit where the processes were developed, the relations and tensions analyzed, the research was concentrated on the worker's right to health in the estatal public service of Goiás and also the redefinitions of the state functions to implement the health policy. In this survey, it was analysed this relation in a social perspective, in a context of capital restructure. The results from the investigative process show us that the origin and functionality of Ipasgo are outlined by a state redefinition context, in a public management rationalization perspective. Its history embraces long run process and socioeconomic and political development standard modifications not only in the State but also in the country, with the verified modifications in the relation between state and civil society, with the social rights and health policy and in the increasing of the neoliberal ideas.

Keywords: capitalism, economy, State, health

ABREVIATURAS

Abip	Associação Brasileira de Institutos de Previdência
AHEG	Associação dos Hospitais do Estado de Goiás
AMB	Associação Médica Brasileira
AMG	Associação Médica de Goiás
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Arena	Aliança Renovadora Nacional
Bird	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BNH	Banco Nacional da Habitação
Cais	Centro de Atenção Integrada à Saúde
Caixego	Caixa Econômica do Estado de Goiás
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Cedoc	Centro de Documentação do Jornal O Popular
CEP	Conselho Estadual de Previdência
Cerne	Consórcio de Empresas de Rádio difusão e Notícias do Estado
CF	Constituição Federal
Ciango	Companhia de Abastecimento do Estado de Goiás SA
Cnen	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
Cosego	Companhia de Seguros do Estado de Goiás SA
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
Cress	Conselho Regional de Serviço Social
DNE-Ru	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EC	Emenda Constitucional
FacLions	Faculdades Lions
Fapeg	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FMI	Fundo Monetário Internacional
HDT	Hospital de Doenças Tropicais

HGG	Hospital Geral de Goiânia
Hugo	Hospital de Urgências de Goiânia
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
Iapetc	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
Iapi	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
ICMS	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
Idago	Instituto de Desenvolvimento Agrário de Goiás
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inbago	Indústria do Babaçu de Goiás SA
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Ipase	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
Ipasgo (Lei nº 4.190/1962)	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás
Ipasgo (Lei nº 14.081/2002)	Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás
Ipasgo Saúde	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
Iquego	Indústria Química do Estado de Goiás S.A
Lacen	Laboratório Central
LBA	Legião Brasileira de Assistência
Lops	Lei Orgânica da Previdência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
Metago	Metais de Goiás SA
Nuac	Núcleo de Acompanhamento do Acidente com o Césio
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde

OS	Organização Social
Osego	Organização de Saúde do Estado de Goiás
Parsep	Programa de Apoio à Reforma dos Sistemas Estaduais de Previdência
PAS	Programa de Apoio Social
PDEG	Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás
PEA	População Economicamente Ativa
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
Pnad	Pesquisa por Amostra de Domicílios
PPA	Plano Plurianual
PPB	Partido Progressista Brasileiro
PPP	Parcerias Público-Privada
PPSS	Programa de Pós-graduação <i>Stricto Sensu</i> Mestrado em Serviço Social
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSDC	Partido Social Democrata Cristão
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PUC Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
Segplan	Secretaria de Gestão e Planejamento de Goiás
Sindsaúde	Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde de Goiás
Sintego	Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-GO	Tribunal de Contas do Estado de Goiás
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – A ORDEM DO CAPITAL MUNDIAL E O BRASIL	20
1.1 Crise de acumulação do capital e o desmonte dos direitos sociais	20
1.2 Estado e política de saúde no Brasil: a periferia do mundo capitalista	35
CAPÍTULO II – A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA EM GOIÁS	58
2.1 Política de saúde no estado de Goiás antes de 1988	58
2.2 Constituição Federal de 1988 e sua repercussão na política de saúde do estado de Goiás	75
CAPÍTULO III – A REDEFINIÇÃO DO ESTADO, EM GOIÁS, E O IPASGO NA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO	89
3.1 Contexto e configurações do Ipasgo: criação, desenvolvimento, funções e redefinições	89
3.2 Redefinição do Estado e contradições de uma autarquia de assistência a saúde do trabalhador do serviço público estadual	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	136
REPORTAGENS DE JORNAL	151
SITES PESQUISADOS	166
BIBLIOGRAFIA	167
APÊNDICES	174

INTRODUÇÃO

Inicialmente, a investigação proposta para desenvolvimento no Curso de Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), foi motivada por sua relação com a história profissional da mestranda. Graduada em Serviço Social (1990), trabalhou em instituições privadas de saúde até aprovação em concurso público (2010). Cursou três especializações: Políticas Públicas (Universidade Federal de Goiás (UFG) – 1993), Auditoria em Serviços de Saúde (2006) e Saúde Pública (2007), ambas pela Faculdade Lions (FacLions). Desde 2010, atua como auditora em Serviço Social no Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) e, em 2012, iniciou o Curso de Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

O estudo orientou-se pelo pressuposto de que a história é um processo dialético que, conforme Mota (2011, p. 56), no capitalismo:

não se reduz a uma dinâmica cíclica, formalmente identificada como fases de declínio, recuperação e auge, ela supõe um processo dinâmico de mudanças nas suas formas de existência, em que a organização da produção, dos mercados, dos salários, da intervenção estatal e das demais instituições é mutável, dentro do contexto mais ampliado da reprodução das suas estruturas fundamentais.

Foi essencial, também, o pressuposto de que o real é simultaneamente unidade e totalidade, de forma que cada fenômeno é sempre resultante de múltiplas determinações, e os acontecimentos estão sempre articulados e se desenvolvem pela prática, sempre histórica e social (SEVERINO, 2007, p. 116-118).

Como afirma Iamamoto (2009, p. 17), “os rumos e estratégias de ação são estabelecidos a partir da elucidação das tendências presentes no movimento da própria realidade, decifrando suas manifestações particulares no campo sobre o qual incide a ação profissional”.

Segundo Chauí (1999, sp.), pesquisa significa

a investigação de algo que nos lança na interrogação, que nos pede reflexão, crítica, enfrentamento com o instituído, descoberta, invenção e criação; [...] o trabalho do pensamento e da linguagem para pensar e dizer o que ainda não foi pensado nem dito; [...] uma visão compreensiva de totalidades e sínteses abertas que suscitem a interrogação e a busca; [...] uma ação civilizatória contra a barbárie social e política [...].

Considerando a pesquisa, segundo a formulação de Chauí (1999), dos questionamentos iniciais referentes ao modo como o Ipasgo se desenvolveu configuraram-se problematizações mais ricas e complexas, que possibilitaram uma abordagem analítica sobre a racionalização da gestão dos serviços de saúde e os interesses de saúde dos trabalhadores do serviço público estadual na perspectiva da saúde do trabalhador e do direito social.

A análise do objeto de estudo foi norteadada, ainda, pelo pressuposto de que as mudanças políticas, econômicas e administrativas ocorridas no Ipasgo, desde sua fundação, que priorizaram uma racionalização dos serviços direcionada ao atendimento de saúde dos trabalhadores do serviço público estadual, estabeleceram conexões com a redefinição das funções do Estado e com as mudanças, em curso, no padrão de acumulação do capital, sustentado pela política neoliberal.

Inserido no movimento que envolve as redefinições do papel do Estado na política de saúde, no Brasil e em Goiás, o Ipasgo mostrou-se, portanto, como condição e unidade de pesquisa concreta e objetiva em que se desenvolveram os processos, as relações e as tensões analisadas.

As particularidades históricas do Brasil, a partir do século XX, as tendências de desenvolvimento do Estado, e a política de saúde em relação à economia mundial no contexto de expansão e a crise do capitalismo monopolista, consubstanciaram a análise dos nexos contraditórios entre o direito à saúde e a reestruturação produtiva do capital e a redefinição do papel do Estado. Nesta perspectiva, examinou-se a consolidação/funcionalidade do Ipasgo e a forma como o estado em Goiás se configurou nos diferentes momentos históricos, condicionado pelas mudanças na ordem do capital: ora em uma configuração de direitos, com um embrião de um Estado social, ora com um Estado neoliberal, cuja política implica a privatização da coisa pública, o aumento da lucratividade e da produtividade e a redução de investimentos na área social.

Nesta totalidade, delimitou-se o objeto de estudo compreendido no *exame do direito à saúde dos trabalhadores no serviço público estatal de Goiás e as redefinições das funções do Estado na execução da política de saúde em uma perspectiva de direito social*.

Os enfoques desenvolvidos sobre Estado e política de saúde direcionaram as conclusões da dissertação à luz da hipótese norteadora dos estudos de que as mudanças econômicas, políticas e administrativas ocorridas na trajetória do Ipasgo, inicialmente, priorizaram uma racionalização dos serviços para além dos interesses de saúde dos trabalhadores do serviço público estadual, mantém conexões com as redefinições das funções do Estado no capitalismo monopolista e com as mudanças no processo de acumulação do capital, sustentado por um modelo neoliberal, se determinam pela privatização do setor público, a terceirização e a mercantilização dos serviços e a precarização do trabalho.

Considerando que o Ipasgo é uma expressão híbrida entre o público e o privado, neste estudo, buscou-se analisar a relação entre o direito à saúde dos trabalhadores do serviço público estadual de Goiás e as redefinições das funções do Estado na execução da política de saúde em uma perspectiva de direito social, em um contexto de reestruturação do capital, marcado pela privatização do setor público, terceirização e mercantilização dos serviços de saúde e a precarização do trabalho.

Procurou-se, também, inquirir sobre questões relativas à política de saúde adotada em âmbito nacional e regional, na área da saúde, a fim de compreender o contexto em que o Ipasgo foi gestado e as propostas de mudanças em suas reformulações até os dias atuais, articulando-as em suas determinações sócio-históricas, bem como analisar a relação público/privada do papel do estado de Goiás na execução da política de saúde direcionada para o trabalhador público estadual, em uma perspectiva de configuração de direitos.

Os fundamentos teórico-conceituais enfatizaram a constituição das políticas sociais, incluída a política de saúde, como um resultado da correlação de forças, podendo tanto expressar interesses e respostas do Estado quanto representar reivindicações concretas da sociedade civil por direitos sociais. Para aprofundar a dimensão constitutiva do objeto de estudo, desenvolveu-se a pesquisa bibliográfica e de campo em instituições e entidades como o Ipasgo,

Secretaria de Gestão e Planejamento (Segplan) de Goiás, Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás (Sintego) e Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde de Goiás (Sindsaúde).

A pesquisa bibliográfica foi realizada ao longo de todo o estudo, recorrendo-se a textos sobre Estado, política social e, especificamente, sobre o estado de Goiás após a década de 1960, como ele se estruturou e racionalizou seu trabalho em relação à política de saúde, especialmente, direcionada para o trabalhador do serviço público estadual.

A revisão da produção teórica sobre o estado de Goiás, em dissertações e pesquisas de diferentes autores – Estevam (2004), Correia (2006), Favaro (2009, 2010, 2011), Luz (1987), Palacín e Moraes (2008) – identificou trabalhos relevantes que apresentaram elementos históricos e analíticos para entendimento da dinâmica do Estado.

Os procedimentos metodológicos adotados tiveram a finalidade de apreensão das tendências dominantes no movimento do objeto de pesquisa e análise de suas mediações mais complexas. Foram utilizadas as seguintes fontes empíricas: a) documentos oficiais e normativas do Ipasgo; b) projetos governamentais; c) documentos oficiais de domínio público; d) revistas e periódicos com reportagens sobre o tema; e) pesquisas; f) artigos; g) teses, dissertações e outras produções científicas pertinentes à área, referentes à temática em questão.

A coleta de dados empíricos no âmbito do Ipasgo pautou-se pela seleção de fontes pertinentes à pesquisa tais como o histórico do Instituto, legislação, atuação em Goiás, número de usuários e tipos de vínculos, número de atendimentos realizados, programas oferecidos aos usuários. Recorreu-se, também, a dados e indicadores disponíveis no *site* da Secretaria de Gestão e Planejamento de Goiás, como número de trabalhadores do serviço público em Goiás, legislação relacionada à política de saúde em Goiás e orçamento para 2013.

Concomitantemente, foi realizada uma pesquisa de dados jornalísticos colhidos pela Internet e no Centro de Documentação (Cedoc) do jornal *O Popular*, de reportagens e matérias que tratavam do Ipasgo e da política de saúde no

Brasil e em Goiás, conforme instrumento elaborado para a coleta de dados (apêndice 1). Foi analisado material produzido pela Assembleia Legislativa do Estado de Goiás relativo ao Ipasgo.

Para adensar esses elementos, procedeu-se ao levantamento de dados em dois sindicatos com importância estratégica para os trabalhadores do serviço público em Goiás: o Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás e o Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde de *Goiás*, visando destacar as reivindicações e agenda de lutas travadas dessas categorias, relacionados ao Ipasgo (apêndice 2).

Os estudos acumulados sobre o Ipasgo, com o desenvolvimento da investigação, evidenciaram um conjunto de questões legais, históricas, sociopolíticas e institucionais pertinentes ao órgão, das quais se destacam: a) o processo de constituição, desenvolvimento e a consolidação do Ipasgo como uma autarquia de assistência à saúde dos trabalhadores do serviço público estadual; b) seu significado como autarquia, orientada para conter a demanda pela saúde pública e reforçar a institucionalização dos serviços privados de saúde pelo estado.

Neste estudo, não se pretendeu analisar todas as peculiaridades da política de saúde no Brasil e em Goiás, ao longo dos anos estudados, mas entende-se que essa contextualidade condiciona o exame das modificações nas legislações do Ipasgo, sua relação com a política de saúde em âmbito nacional e regional e os elementos que interferiram na condução dessa política em um plano de saúde direcionado para o trabalhador público do Estado.

A pesquisa desenvolvida assume importância para diferentes áreas de conhecimento, uma vez que há poucos estudos acerca do assunto e que aborda o Ipasgo e sua relação com a redefinição das funções do Estado, em Goiás. Assume relevância, também, para as práticas profissionais, por tratar-se de um estudo sobre as conjunturas de mudanças na política de saúde do Estado e suas configurações em cada momento histórico: as décadas de 1960-1980, período da constituição do Ipasgo, da ditadura militar e abertura política no país, e após a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988, além das políticas de ajuste neoliberal. Os estudos nos artigos de jornais e outros documentos sobre

esses períodos resultaram na produção de um acervo sobre essas fontes organizadas para futuros estudos e pesquisas (apêndice 3).

Na pesquisa, abordam-se as particularidades históricas do Brasil, a partir do século XX, as tendências de desenvolvimento do Estado e a política de saúde enlaçadas pelo movimento da economia mundial, no contexto de expansão do capitalismo monopolista.

A dissertação compõe-se de três capítulos. No capítulo I, as análises sobre o Estado, sociedade civil e políticas sociais e sua relação com a política de assistência à saúde referem-se a uma totalidade constituída por mediações, processos e estruturas, envolta em sua historicidade social por antagonismos e contradições. A ordem do capital mundial e o Brasil, a crise de acumulação do capital e o desmonte dos direitos sociais no país são precedidas na análise sobre Estado e política de saúde no Brasil, a partir de 1930.

O capítulo II aborda os marcos das ações de saúde em Goiás antes de 1988, e a conveniente aceitação do Estado como regulador e provedor do mercado, com maior presença e ações estatais para o desenvolvimento nos setores de infraestrutura e agricultura e na extensão da adoção de programas e financiamentos diretos a grupos empresariais, além de negociações no plano político. O capítulo compreende, também, o estudo sobre a repercussão da promulgação da Constituição Federal e a instituição de uma política de saúde no Estado, desencadeadores de um novo ciclo de mudanças no Ipasgo.

No capítulo III, a análise da criação, desenvolvimento, funções, redefinições do Ipasgo, permitiu a apreensão dos vínculos com a redefinição do Estado e contradições dessa autarquia de assistência a saúde do trabalhador do serviço público estadual.

O exame do significado da relação público-privada na execução de ações de saúde para os trabalhadores do serviço público estadual em Goiás configurou-se, conforme análise realizada nesse estudo, a partir dos anos 1960, com o desenvolvimento do planejamento estatal implantado pelo então governador Mauro Borges Teixeira, por meio da criação do Ipasgo. Essa relação envolveu a racionalidade impressa aos programas de saúde como estratégia de gestão estatal, subordinada, inicialmente, por uma lógica corporativista, de delineamento de um Estado social. Posteriormente, como demonstrado no capítulo, justificou-se

um processo de redefinição do papel do Estado, em decorrência da própria estratégia de rearticulação do capital no plano mundial, pela incorporação do processo de precarização do trabalho, de mercantilização dos serviços e de subordinação do público ao privado como parte de um novo modelo de gestão, que engloba a defesa de um Estado mínimo para o tratamento das questões sociais.

A presente dissertação de mestrado e seus resultados ficam disponíveis no Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPSS) da PUC Goiás, na Biblioteca Central da PUC Goiás, no Conselho Regional de Serviço Social (Cress) 19ª Região – Goiás e na Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (Fapeg).

CAPÍTULO I

A ORDEM DO CAPITAL MUNDIAL E O BRASIL

1.1 Crise de acumulação do capital e o desmonte dos direitos sociais

As análises sobre Estado, sociedade civil e políticas sociais e sua relação com a política de assistência à saúde referem-se a uma totalidade constituída por mediações, processos e estruturas, envolta em suas condições histórico-sociais por antagonismos e contradições.

Precisamente, os fundamentos e a concepção de Gramsci (1982) acerca do Estado ampliado, ao estabelecer novos nexos entre economia e política, sociedade civil e sociedade política (Estado), possibilitaram desenvolver o estudo em uma perspectiva dialética crítica dessas esferas. Para o autor,

pode-se fixar dois grandes "planos" superestruturais: o que pode ser chamado de "sociedade civil" (isto é; o conjunto de organismos chamados comumente de "privados") e o da "sociedade política ou Estado", que correspondem à função de "hegemonia" que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de domínio direto ou de comando, que se expressa no Estado e no governo "jurídico". Estas funções são precisamente organizativas e conectivas (GRAMSCI, 1982, p. 10-11).

Acerca da dimensão teórico-conceitual gramsciana, assim se refere Viana (2012, p. 40):

A teoria gramsciana torna-se revolucionária ao afirmar que o poder estatal contemporâneo não se esgota nos aparelhos coercitivos e repressivos do Estado, mas define-se pelo conjunto da sociedade civil. A estrutura, como base econômica da produção das relações sociais, e a superestrutura, como reflexo do conjunto das relações sociais de produção, nos campos jurídico, político e ideológico, formam o que denomina de bloco histórico. A superestrutura constitui-se de duas esferas essenciais: a sociedade política, relativa ao Estado, e a sociedade civil, considerada a maior esfera pública da superestrutura.

Nesta perspectiva, o Estado é concebido em sua relação com a luta de classes, pela forma como as classes conseguem organizar as relações entre

governantes e governados, podendo assegurar a ordem pela força, bem como recorrer aos aparelhos da sociedade civil para obter consenso acerca de seus atos.

Iamamoto (2011, p. 120), ao enfatizar o papel do Estado como fundamental para a sustentação da estrutura de classes e das relações de produção, segundo o marxismo clássico e a análise gramsciana, analisa as funções coercitivas e integradoras do Estado:

criar as condições gerais da produção, que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos grupos dominantes; controlar as ameaças das classes dominadas ou frações das classes dominantes, através de seu braço repressivo (exército, polícia, sistema judiciário e penitenciário); e integrar as classes dominantes, garantindo a difusão de sua ideologia para o conjunto da sociedade. Essas funções coercitivas se unem às funções integradoras, destacadas pela análise gramsciana, exercidas pela ideologia e efetivadas por meio da educação, cultura, meios de comunicação e categorias do pensamento.

A sociedade civil, lembra Simionato (2011, p. 70), em uma abordagem gramsciana, “é o espaço onde se organizam os interesses em confronto, é o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e as contradições. Nele, a sociedade civil é um momento da superestrutura ideológico-política [que aparece como] o conjunto de relações sociais que engloba o devir concreto da vida cotidiana, da vida em sociedade, o emaranhado de instituições, ideologias, projetos e interesses de classe distintos e, portanto, espaço de disputa pela hegemonia” (SIMIONATO, 2011, p. 71).

Entende-se também que as políticas sociais são permeadas por conflitos e contradições, como evidenciam Behring e Boschetti (2011, p. 36), ao destacarem que

a análise das políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais.

Dessa forma, as autoras argumentam, sobretudo, que analisar as políticas sociais em uma visão de Estado como esfera pacífica, desprovido de interesses

de classe, significa situá-las, de um lado, como respostas exclusivas do Estado às demandas sociais, a fim de garantir sua hegemonia e, de outro, como decorrência exclusiva da luta da classe trabalhadora. Outras vezes, a visão unilateral faz-se pelas análises exclusivamente econômicas ou políticas, em que, do lado econômico, as políticas sociais visam a redução dos custos de reprodução da força de trabalho e o aumento da produtividade, mantendo níveis elevados de demanda e consumo em épocas de crise e, do lado político, são percebidas como “mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 37).

A argumentação das autoras é confirmado por Oliveira (2008), que enfatiza o caráter redistributivo das políticas sociais, cujo objetivo é reduzir as desigualdades na esfera da produção. A autora reforça a ideia de que tanto as reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de vida quanto as alternativas encontradas pelo capital revelam-se determinantes para o seu surgimento.

Fazendo avançar essa reflexão, Mendes e Wünsch (2011) apontam que as políticas sociais, apropriadas e efetivadas pela intervenção do Estado, a fim de satisfazer às necessidades sociais, resultam da contradição existente na sociedade capitalista, da concentração de riqueza produzida e, historicamente, da capacidade de organização da classe trabalhadora em transformar necessidades em demandas políticas.

Entende-se, nessa mesma direção analítica, que as políticas sociais constituem um resultado da correlação de forças que se manifesta nas diversas conjunturas, podendo tanto expressar interesses e respostas do Estado em relação à coesão social, quanto representar reivindicações concretas da sociedade civil por direitos sociais.

Como evidencia Mota (2008, p. 42), em relação aos direitos sociais,

no Brasil, a despeito das iniciativas realizadas nos anos [1940], é somente a partir dos anos [1980] que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, da constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e políticos.

Oliveira (2008, p. 112) sustenta que a política social brasileira, até a formalização da Constituição Federal de 1988, atendia apenas a uma parcela da população que se encontrava formalmente no mercado de trabalho¹, mantendo características clientelistas,

nas quais o acesso dos usuários aos bens, recursos e serviços se realiza por meio de relações pessoais entre estes e representantes do poder público, a quem passam a dever favores frequentemente pagos através da fidelidade e lealdade políticas, sobretudo em momentos eleitorais.

Os elementos da formação histórica brasileira, de ideologia do favor e de relações de poder e dependência pessoal pesam na trajetória da construção dos direitos sociais no Brasil, favorecendo o uso privado de recursos públicos e reduzindo a oferta de políticas sociais públicas em favor de sua privatização.

Rachelis (2008, p. 82) sublinha que, atualmente, no Brasil, há uma “ausência da dimensão pública nas ações do Estado, em seus diferentes níveis e esferas, tendo marcado o seu desempenho na regulação da vida social”. Acrescenta a autora a existência de uma simbiose entre interesses públicos e privados, de uma forma híbrida de Estado, que, segundo ela, foi chamada por Sader (1996) de *mini max*, ou seja, mínimo para o trabalho e para o trabalhador e máximo para o capital.

No setor de saúde, a racionalização impressa nos programas passou a ser uma das estratégias da nova gestão estatal da força de trabalho, da forma híbrida de Estado, cujas características são, de acordo com Mota (2008, p. 43), a incorporação do “processo de precarização como inevitável, a mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão”.

Retrospectivamente, os conceitos de racionalização foram utilizados pela gerência científica², a fim de exercer o controle e a padronização do processo de

¹ Wanderley G. Santos (*apud* KERBAUY, 1980, sp.) denomina esta forma de acesso a algumas medidas de proteção social restrita à população trabalhadora como “cidadania regulada”, ou seja, quando “os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei”.

² Segundo David Braverman (2012, p.68), o verbo *to manage* (administrar, gerenciar) origina-se do latim *manus*, que significa mão. Antigamente, esse verbo significava adestrar um cavalo nas suas andaduras para fazê-lo praticar o *manège*. Como o cavaleiro impõe sua vontade ao animal desde seu nascimento, por meio

trabalho, com o objetivo de evitar desperdícios e tornar mais eficiente e veloz o trabalho desenvolvido.

Com a reflexão, Braverman (2012) analisa os processos de trabalho da sociedade capitalista e a transformação de setores ocupacionais da classe trabalhadora com o uso da automação sob o argumento da diversificação de função e da humanização do trabalho. A respeito desse assunto, o autor afirma que,

nesse processo, o capital que “se lança freneticamente” a toda nova área possível de investimento reorganizou totalmente a sociedade, e ao criar a nova distribuição do trabalho criou a vida social amplamente diferente daquela de apenas setenta ou oitenta anos passados (BRAVERMAN, 2012, p. 218).

Segundo o autor (2012), em todos os setores econômicos, e especialmente no setor de serviços, a “reorganização da sociedade” apresenta-se de uma maneira avassaladora, uma vez que o controle do trabalho é feito pela velocidade e precisão dos equipamentos utilizados. A evolução e o uso da tecnologia, cujos papéis tendem a aumentar, entram no campo das ocupações da classe trabalhadora, minando suas funções e atividades e oferecendo à gerência um total controle do trabalho produzido por trabalhador, seção ou departamento. As pressões pela intensidade do ritmo de trabalho, por uma maior produtividade, o risco de um possível desemprego, a rotinização das atividades favorecem também o risco do surgimento de doenças ocupacionais às quais o trabalhador está exposto. O número de demissões é proporcional ao aumento da tecnologia empregada no trabalho.

Braverman (2012, p. 196) analisa que “a produção que se utiliza de ferramentas, instrumentos, maquinaria, edifícios, etc é uma atividade comum e facilmente compreensível: trabalho vivo que utiliza seu próprio passado armazenado para efetuar a produção”, o que pressupõe que o sistema capitalista, à medida que aperfeiçoa a maquinaria e utiliza técnicas cada vez mais avançadas e ampliadas, propicia a dominação do trabalho vivo pelo trabalho morto, como um fato concreto. Nesta perspectiva, Marx (2013, p. 54) analisa que “o capitalista [...]

do adestramento, o capitalista empenha-se, pela gerência (*manegement*), em controlar, e esse o conceito fundamental de todos os sistemas gerenciais, incluindo a gerência científica.

ao incorporar força de trabalho viva à sua objetividade morta, transforma valor, trabalho passado, objetivado, morto, em capital, em valor que se valoriza a si mesmo, um monstro inanimado que começa a ‘trabalhar’ como se tivesse amor no corpo”.

Desta forma, à maquinaria e à tecnologia são atribuídos poderes que surgem das próprias relações sociais. A máquina e a tecnologia são coisificadas, ganham vida, passam a ser vistas como participantes da vida social e entram nas relações entre os trabalhadores, subjugando o trabalhador cada vez mais à máquina.

Braverman (2012) considera que o uso de máquinas e de sistemas automatizados (computador) no mundo do trabalho, além de subordinar muitos trabalhadores à rotinização e a simplificação do trabalho, exime-os da necessidade ou capacidade de compreender, planejar e decidir, promovendo, concomitantemente, uma nova divisão do trabalho, com a diminuição e surgimento de várias funções. A utilização de máquinas tornou-se uma peça-chave para o controle do processo de trabalho, representando ganho de tempo, trabalho e produção, mediante a mecanização de alternativas, decisões e normas a seguir, e dando “à gerência um quadro automático da dimensão e volume do trabalho feito por operador, seção ou divisão [...]” (BRAVERMAN, 2012, p. 282).

Braverman (2012) argumenta que a revolução técnico-científica e o movimento para a organização da produção em bases modernas, iniciados com o capitalismo monopolista, pressupondo a acumulação do capital e o aumento da produtividade, libera do mercado de trabalho, continuamente, parte dos trabalhadores empregados em quantidades consideráveis, de forma que o trabalho reduz-se em números e as atividades são altamente controladas. Ocorre então a criação de poucas funções técnicas, ligadas à gerência e a uma grande proporção de funções não especializadas, cujas atividades são rotinizadas, técnicas ou burocráticas. O trabalho é parcelado entre muitos trabalhadores que perdem a compreensão de totalidade do processo e das práticas a ele subjacentes. A gerência científica separou o trabalho intelectual de concepção, planejamento, julgamento e apreciação de resultados, daquele cuja função passou a estar ligada somente à execução do produto. A progressiva redução do pensamento na execução do trabalho assume a forma de uma atividade repetitiva

de uma série de pequenas funções, cuja consequência é o aumento de tarefas burocráticas, restringidas ao esforço manual.

Assim, a progressiva rotinização e divisão do trabalho em etapas, em todos os ramos de atividades, assumiu a forma da redução do trabalho mental à execução repetitiva de tarefas, em que a rapidez, a destreza com a qual a parcela manual da operação domina todo o trabalho, eliminam o processo do pensamento e aumentando as “categorias burocráticas nas quais nada mais que o trabalho manual é executado” (BRAVERMAN, 2012, p. 270).

A administração científica (produção, relações pessoais, treinamento no local de trabalho, *marketing*, criação de produtos, estratégias de preços, obsolescência planejada de equipamentos e produtos), de acordo com Harvey (2012) tornou-se o marco da racionalização corporativa burocrática, com o surgimento de práticas de planejamento possibilitados pela forte centralização do capital. O planejamento enfatizou a necessidade estratégica global de acumulação do capital, com redução das barreiras econômicas e de investimento entre os países, com a aceleração do crescimento e o avanço e cooperação no âmbito do sistema capitalista mundial.

O discurso atual é que a racionalização tem ocorrido em razão da diversidade de funções e da humanização do trabalho, com o objetivo de reduzir custos, aumentar a eficiência e elevar a produtividade. Segundo Braverman (2012), esse discurso é acompanhado, em cada um desses processos, de autocongratulações e frases filantrópicas sobre o alívio do cansaço do trabalhador e a facilidade com que são realizadas tarefas fáceis, etc. No entanto, a produtividade crescente do trabalho não é buscada nem utilizada pelo capitalista do ponto de vista da satisfação das necessidades humanas – alimentação, trabalho, saúde, educação etc.

Montaño e Duriguetto (2011) analisam que a racionalização moderna, ocidental, instrumental, segmentadora e fracionadora da realidade se consolida mediante a coerção e o consenso, com a naturalização de normas e valores que são desistorizados, vistos como naturais e imutáveis, com a segmentação da realidade em esferas consideradas autônomas: econômica, política, social, cultural e a separação entre conhecimento e ação, entre saber e fazer, entre teoria e prática.

O capital, segundo Braverman (2012), na procura do consenso, ao tratar das necessidades dos trabalhadores, descaracteriza suas requisições, transformando-as em “carências” e transfigurando a questão política da ação em um discurso sobre “racionalização e equilíbrio” necessários à administração dos benefícios e dos conflitos como filosofia institucional, em que os parâmetros de análise passam a ser custo/benefício, eficácia/ineficácia, produtividade/rentabilidade, subordinando as respostas às necessidades dos trabalhadores à racionalidade/irracionalidade do capital escondida pela ótica do orçamento público.

Outra referência dessa racionalização refere-se à modernização do Estado, cujo discurso refere-se à eliminação de vícios, de ociosidade e de desperdício, e de uma maior autonomia e gestão da máquina pública, por meio da criação de autarquias e da implantação de organizações não governamentais e organizações sociais, fomentando a cultura das iniciativas autônomas, ao lado da revalorização de atividades filantrópicas, do privado (atendimento hospitalar e planos de saúde) e do voluntariado.

A compreensão acerca desta dinâmica do capital e da racionalização no mundo capitalista, desde sua fase monopolista³ até a acumulação flexível dos dias atuais, avança para o entendimento da estrutura econômica, social e política, uma vez que a política mundial interfere na condução do processo de desenvolvimento das ações e regras implementadas, envolvendo as classes sociais fundamentais e a produção e a reprodução da sociedade.

No início do século XX, o crescimento do movimento operário, a vitória do movimento socialista, a fusão do capital bancário e industrial, originando o capital financeiro, a crise econômica de 1929-1932, com a estagnação do emprego, da produtividade e a queda do consumo, configuraram um contexto de crise do mundo capitalista, instaurando a desconfiança nos pressupostos econômicos liberais até então vigentes e demandando mudanças no mundo da produção, com

³ Segundo Braverman (2012), as bases para a teoria da empresa monopolista foram lançadas por Marx em sua análise sobre a tendência de o capital aglomerar-se em imensas unidades, ultrapassando os limites dados pela disponibilidade de capital e pela capacidade de gerenciamento do capitalista ou grupo de sócios da empresa moderna, então ampliados e destacados do patrimônio pessoal e capacidades de indivíduos. Imensos agregados de capital podem ser reunidos, ultrapassando a soma de riqueza daqueles diretamente associados à empresa. O autor complementa que há um consenso de que o capital monopolista surgiu no final do século XIX, com a introdução de monopólios industriais (trustes, cartéis, *pools*, dentre outros) e bancários.

a busca de soluções para a reativação do emprego e do consumo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A busca por um “outro padrão de industrialismo e acumulação”, como define Mota (2011, p. 169), evidenciou-se no contexto do mundo do trabalho pela inserção do fordismo, forma de produção e consumo em massa implicando um novo modo de vida, e do keynesianismo, conjunto de estratégias de intervenção do Estado na economia, a fim de amortecer a crise, como a expansão de políticas sociais asseguradas pelo fundo público, a sensação de estabilidade no emprego, em um contexto de pleno emprego e a manutenção de altas taxas de juros. O binômio fordista-keynesiano formou o Estado social (*Welfare State*) e a base econômica nos países capitalistas desenvolvidos, como parte do esforço após a Segunda Guerra Mundial, que se manteve de 1945 ao início da década de 1970.

Nesse período, o capitalismo alcançou um crescimento econômico relativamente estável. As corporações investiram em capital fixo, em tecnologia, na capacidade de produção e *marketing*. O Estado assumiu novos papéis e construiu novos poderes institucionais, combinando políticas fiscais e monetárias dirigidas para áreas de investimentos públicos, direcionados para o crescimento da produção e consumo de massa. Os padrões materiais de vida elevaram-se, o trabalho organizado modificou suas funções relativas ao desempenho nos mercados de trabalho e nos processos de produção, e os sindicatos ficaram submetidos a uma disciplina legal. O capitalismo expandiu-se, atraindo diversos países fora do mundo capitalista avançado, possibilitando a formação de mercados de massa globais e a absorção da massa da população ao capitalismo monopolista⁴.

O capitalismo monopolista caracterizou-se pela grande concentração e centralização do capital na forma de produzir e comercializar produtos, pelo acesso à tecnologia de ponta, que determinou uma capacidade diferente de produção, que se constituiu em fonte de superlucros, mediante o desenvolvimento de máquinas, materiais, fontes de energia, tecnologia e método de trabalho em

⁴ Netto (2011, p. 54) aponta que a transição do capitalismo concorrencial para o do monopólio, ocorrido no fim do século XIX e nos primeiros anos do século XX, concretizou três fenômenos: 1) o proletariado constituído como *classe para si*; 2) a burguesia como agente social conservador; e 3) o peso específico das classes e camadas intermediárias.

sua organização e processo e por um aumento do volume de produção de mercadorias padronizadas. Montaño e Duriguetto (2011, p. 156-157) analisam que, no capitalismo monopolista,

convergem não apenas o surgimento da nova corporação monopolista (empresa que concentra um alto percentual das atividades em determinado ramo, permitindo que uma indústria monopolista controle e determine as condições de produção e comercialização de certos produtos, as condições gerais de trabalho, eliminando a concorrência intercapitalista [...]), mas também novas formas de organização e gerenciamento da produção [...], a constituição do capital financeiro (que consiste na união dos capitais bancário e industrial [...]), novos modos de regulação social [...], assim como uma nova divisão internacional do capital, agora sob o controle econômico, militar, político e ideocultural dos Estados Unidos [da América].

A expansão do fordismo, com a separação da concepção e execução do trabalho, especialização do trabalhador e produção em série, eliminou ou diminuiu as diferenças de produtividade entre as empresas. Exigiu-se, então, da indústria monopolista, inovação tecnológica permanente capaz de oferecer diferenciais em produtividade e vantagem competitiva com menor custo de produção, a fim de enfrentar a concorrência. Essas empresas tornaram-se cada vez mais dependentes do meio externo e dispendiosas para serem assumidas pelo capital privado.

A necessidade dos serviços governamentais aumentou e se diversificou com a rápida urbanização, industrialização e o ritmo de vida econômica e social, uma vez que o mercado por si só não conseguia garantir um crescimento estável para o capitalismo. De acordo com Harvey (2012, p.118),

algum grau de ação coletiva – de modo geral, a regulamentação e a intervenção do Estado – é necessário para compensar as falhas de mercado (tais como os danos inestimáveis ao ambiente natural e social), evitar excessivas concentrações de poder de mercado ou combater o abuso do privilégio do monopólio quando este não pode ser evitado (em campos como transportes e comunicações), fornecer bens coletivos (defesa, educação, infraestruturas sociais e físicas) que [ainda] não podem ser produzidos e vendidos pelo mercado e impedir falhas descontroladas decorrentes de surtos especulativos...

Portanto, na etapa monopolista, o Estado, de acordo com Mota (2011, p. 57), passou a intervir na dinâmica econômica de forma sistemática e contínua,

atuando “como empresário, nos setores básicos, na assunção do controle de empresas em dificuldades financeiras, e como fornecedor de recursos públicos ao setor privado por meio de subsídios, empréstimos com juros baixos etc”. Assim, saúde, educação, segurança e muitas outras funções públicas foram desenvolvidas pelo Estado pela própria necessidade de uma estrutura social ligada à estrutura econômica, especificamente capitalista, assumida por essas transformações.

Neste sentido, o Estado assumiu o financiamento em pesquisas para desenvolvimento tecnológico e científico a serviço do grande capital e surgiu como instituição com funções financeiras para a indústria, no que se refere à produção/comercialização, e como financiador de infraestrutura necessária à produção (fornecimento de energia elétrica, tratamento de água e esgoto, transportes, comunicação, de bens e serviços) e à reprodução da força de trabalho, mediante salários indiretos, por meio de políticas públicas.

Segundo Netto (2011, p. 30),

a funcionalidade essencial da política social do Estado burguês no capitalismo monopolista se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho – ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas / trabalhadores; lançada no exército industrial de reserva, através dos sistemas de seguro social.

As políticas sociais públicas asseguraram as condições adequadas para o desenvolvimento do capitalismo monopolista. Em sua reflexão, Netto (2011, p. 31) complementa que, “no nível estritamente político, elas operam como um vigoroso suporte da ordem sociopolítica: oferecem um mínimo respaldo efetivo à imagem do Estado como ‘social’, como mediador de interesses conflitantes”.

As políticas de seguridade social implantadas vincularam-se, portanto, às necessidades da grande indústria e do grande capital, por meio da organização do mercado de trabalho, da reprodução ampliada da força de trabalho e da construção de pactos entre o grande capital, o Estado e os sindicatos, sobretudo, na concessão de salários indiretos por meio das políticas sociais públicas.

Harvey (2012) argumenta que o avanço desigual do fordismo, as variantes das relações de trabalho e a política monetária e fiscal em cada país, associados à onda inflacionária gerada pelo montante de moeda impressa, a fim de manter a

economia estável, às desigualdades resultantes do consumo em massa padronizado, e ao descontentamento com os supostos *benefícios* do fordismo, causaram sérias tensões e motivaram o surgimento de movimentos sociais formados pela população sem acesso ao trabalho e aos direitos a eles inerentes, como assistência médica, habitação, educação, etc.

Nos países do Terceiro Mundo, também, a desigualdade era evidente. O processo de modernização conservadora que prometia desenvolvimento, liberação das necessidades e integração ao fordismo, promovia, na realidade, a destruição de culturas locais, opressão e domínio do capital em troca de pequenos ganhos no padrão de vida e de serviços públicos de saúde, educação, dentre outros.

Os anos 1970 e 1980, que marcaram as décadas seguintes do século XXI, revelaram inflexões significativas no âmbito do capital. A situação econômica vivenciada nessas décadas colocou em movimento a crise (não o fim) desse padrão de acumulação de produção e reprodução, assinalando a exaustão do padrão capitalista monopolista fundado em um regime de acumulação rígido, baseado no padrão fordista-keynesiano. Percebeu-se nesse período que

havia problemas com a rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impediam muita flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho (especialmente no chamado setor “monopolista”). E toda tentativa de superar esses problemas de rigidez encontrava a força aparentemente invencível do poder profundamente entrincheirado da classe trabalhadora – o que explica as ondas de greve e os problemas trabalhistas do período 1968-1972 (HARVEY, 2012, p. 135).

A rigidez das relações de poder estabelecidas entre capital, Estado e trabalho comprometia a acumulação do capital, pela restrição de áreas produtivas e de investimento, pela emissão de excesso de fundos provocando forte inflação e pela criação de uma profunda crise fiscal e de legitimação do Estado. Essa crise do capital minou o compromisso fordista/keynesiano e colocou em movimento uma série de novas experiências que representaram a passagem para um padrão de acumulação inteiramente novo e completamente oposto à rigidez existente, o de acumulação flexível (HARVEY, 2012).

Santos (2005, p. 76) enumera quatro fases que levaram ao surgimento do padrão flexível de produção, denominado toyotismo:

a primeira corresponde à introdução, na indústria automobilística japonesa, da experiência do ramo têxtil, dada especialmente pela necessidade de o trabalhador operar simultaneamente com várias máquinas. A segunda fase é atribuída à necessidade de a empresa responder à crise financeira, aumentando a produção sem aumentar o número de trabalhadores. A terceira implica a importação das técnicas de gestão dos super-mercados, dos Estados Unidos, que deram origem ao método Kanban, que seria produzir somente o necessário e fazê-lo no melhor tempo. E, por fim, a quarta fase corresponde à expansão do método Kanban para as empresas subcontratadas e fornecedoras.

Nesse movimento, surgiram padrões de produção como o neofordista, neotaylorista, pós-fordismo e toyotista, sendo o último aquele de maior expressão do padrão de acumulação e especialização flexível e contrário ao fordismo. No entanto, esse processo não se desenvolveu linear e tranquilamente: toyotismo ou flexibilização da indústria fordista não significou eliminação ou substituição da produção fordista pela toyotista, em razão da dificuldade de alteração do modelo fordista em curto ou médio prazo, mas possibilitou uma incorporação de aspectos mais flexíveis relacionados ao padrão de acumulação.

A acumulação flexível apoiou-se na flexibilidade dos processos e nos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo e se caracterizou pelo surgimento de novos setores de produção, pela ampliação do setor de serviços, novas formas de serviços financeiros, de mercados, intensificação do comércio, da informática e das organizações, pela compressão do tempo-espço, aumento da competitividade, grande rotatividade dos trabalhadores, em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado, redução salarial e enfraquecimento sindical.

O novo padrão de acumulação correspondeu a um novo modo de regulação do Estado, especialmente, pela diminuição de sua função legitimadora, com retirada de coberturas sociais públicas e corte nos direitos sociais, fundamentais para a ideologia neoliberal de defesa do Estado mínimo (NETTO, 1996).

Desta forma, a ideologia neoliberal surgiu da própria necessidade de recuperação de lucros exigidos pelo capital, tendo como pilares a minimização do

Estado em relação aos direitos sociais e políticos dos trabalhadores, sua maximização para o capital e liberdade de mercado. Todo este processo significou não uma retirada, mas uma reestruturação das funções do Estado em um novo contexto econômico, com redução dos gastos públicos em políticas e serviços sociais e implantação de medidas econômicas protetivas em virtude das condições de agravamento da concorrência. Ao discorrer sobre o papel do Estado inserido nessa perspectiva neoliberal, Yamamoto (2011, p. 122) sustenta que, apesar dessa ideologia trazer o “declínio” do Estado,

afirma-se a centralidade do Estado, peça-chave da expansão global das empresas multinacionais. O Estado interfere na gestão da crise e na competição intercapitalista, pois, se os mercados transcendem os Estados operam nas suas fronteiras. São também decisivos na conquista de mercados externos e na proteção dos mercados locais. Os Estados são estratégicos no estabelecimento dos pactos comerciais, dos acordos de investimentos, da proteção à produção produzida no seu território mediante barreiras alfandegárias, na pesquisa e no desenvolvimento de novas tecnologias para subsidiar os interesses empresariais, nos meios de comunicação de massa e na expansão do poder político das entidades internacionais.

Harvey (2012, p. 150-151) analisa que as contradições no capitalismo – monopólio/competição, centralização/descentralização – manifestaram-se de maneira completamente nova, e o mais interessante desta situação é que

o capitalismo está se tornando cada vez mais organizado *através* da dispersão, da mobilidade geográfica e das respostas flexíveis nos mercados de trabalho, nos processos de trabalho e nos mercados de consumo, tudo isso acompanhado por pesadas doses de inovação tecnológica, de produto e institucional.

O neoliberalismo apresentou como tendências o redimensionamento dos locais e das relações de trabalho com a subcontratação e terceirização do trabalho, o deslocamento da produção de menor tecnologia e complexidade para regiões ou países com força de trabalho e recursos produtivos de menor valor. Além disso, a automação, resultante da revolução tecnológica, substituiu não apenas o trabalhador (trabalho vivo) pela máquina (trabalho morto), mas também seu comando intelectual, desencadeando o desemprego estrutural com o aumento do número de trabalhadores desempregados ou inseridos na

informalidade, maior concentração de trabalho nas mãos dos poucos trabalhadores qualificados, crescente mais-valia e redução dos salários e das condições de trabalho (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

O mercado de trabalho, portanto, sentiu os efeitos dessas mudanças que promoveram o enfraquecimento do poder sindical, uma grande quantidade de força de trabalho excedente, a redução do número de trabalhadores com carteira de trabalho ou concursados e o emprego cada vez maior de trabalho contratado sem grandes custos adicionais, além da transferência de atividades, antes realizadas pela própria empresa ou instituição, para outras empresas e, “do mesmo modo, aumentou a base social de ideologias de empreendedimentismo, paternalismo e privatismo” (HARVEY, 2012, p. 179).

Essas ideologias estão presentes na organização estatal e na nova relação que começa a se formar entre Estado e sociedade civil. Com ênfase nas parcerias entre estas duas esferas, criou-se uma nova: a esfera pública não estatal, na qual, segundo Raichelis (2008, p. 80), “o público não é associado automaticamente ao Estado, nem o privado se confunde com o mercado, ainda que transitem nesta esfera interesses de sujeitos privados”.

Em síntese, o novo padrão de acumulação fundamenta-se em uma organização produtiva e tecnologicamente avançada, na redução da demanda de trabalho vivo, com a exigência cada vez maior de trabalhadores qualificados e polivalentes, na produção variada, heterogênea, individualizada, diferentemente da produção em série e de massa da produção fordista, na desterritorialização e descentralização da produção, no desemprego estrutural, na desregulamentação das relações de trabalho e na precarização do emprego (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

A mudança no padrão de acumulação do capital e a redefinição das funções do Estado ocorreram, no Brasil, condicionadas às correlações de forças políticas locais e à evolução de sua formação econômica e social, em patamares, formas, ritmos e tempos diferentes, mas sempre em condições submissas às regras estabelecidas pelos países de capitalismo avançado.

1.2 Estado e política de saúde no Brasil: a periferia do mundo capitalista

A análise das particularidades históricas do Brasil, a partir do século XX, torna-se fundamental para entender como o Estado e a política de saúde no Brasil e em Goiás desenvolveram-se e se posicionaram em relação à economia mundial. Inicialmente, em um contexto de expansão monopolista, o país atuava como periferia do mundo capitalista, subordinado e dependente, em relação aos países de capitalismo central, com uma economia de monocultura (café), voltada para a exportação, com o surgimento dos primeiros sindicatos, com medidas de proteção sociais dispersas e frágeis. Mais tarde, direcionou-se para a intensificação do crescimento monopolista interno e externo, aparecendo como um dos polos dinâmicos na periferia, e, posteriormente, em um processo de acumulação flexível, inserido em uma concepção neoliberal de Estado mínimo, em um país com forte urbanização, relativo desenvolvimento de sua economia e medidas de proteção social asseguradas por meio da seguridade social.

Com a vulnerabilidade política e econômica das oligarquias cafeeiras, após a crise vivenciada pelo capital, em 1929-1930, Getúlio Vargas assumiu o poder político do país. Representando os interesses das oligarquias agrárias e industriais, dos segmentos militares médios e das bases sociais mais populares, Vargas, em seu governo, provocou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileira, combinando coerção com a coesão no trato da questão social, alterando a correlação de forças até então existente e diversificando a economia. Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 106), Vargas soube combinar o enfrentamento com componentes mais radicalizados do movimento operário nascente,

com uma forte iniciativa política: a regulamentação das relações de trabalho no país, buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes, e o impulso à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais, mas com nossas mediações internas particulares.

Ainda, de acordo com Behring e Boschetti (2011), a chegada ao poder político, na década de 1930, de um setor industrial e de outras oligarquias

agrárias, quebrando a hegemonia do café, marcou a agenda modernizadora do país, a qual não comportou procedimentos decisórios democráticos, culminando na ditadura do Estado Novo, em 1937. As mudanças desencadeadas a partir desse período deram-se em um processo de modernização conservadora, ou seja, internacionalização e industrialização / urbanização / territorialização do imperialismo, grande concentração da propriedade e da renda, estrutura de classes fortemente polarizadas, apesar de complexas, um processo de pauperização, acentuação geopolítica das riquezas regionais, aumentando as desigualdades regionais, dentre outras (NETTO, 1991).

Durante o período Vargas, dentre as medidas implementadas, houve a promulgação das leis trabalhistas, dos acidentes de trabalho, das aposentadorias e pensões, foram criados os Ministérios do Trabalho, da Educação e Saúde Pública, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o desdobramento do Código de Menores no Serviço de Assistência ao Menor (SAM). Contudo, explicitam Behring e Boschetti (2011, p. 107), “esse desenvolvimento foi restrito e incompleto, em comparação com a experiência keynesiano-fordista no capitalismo central”.

Nesse contexto, a saúde no Brasil, como uma das medidas de proteção social em face da manifestação da questão social, projetou-se com a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), em 1923 e dos institutos de aposentadoria e pensões (IAPs), nas décadas de 1930 a 1960, ambos como resposta do Estado para o enfrentamento das lutas operárias pela regulação por condições de trabalho e salário. Tanto as CAPs quanto os IAPs surgiram como soluções isoladas, e a cobertura previdenciária destinava-se a algumas categorias profissionais importantes para o desenvolvimento e mudança do padrão agrário-exportador para atividades econômicas de base urbano-industrial no país. Esses órgãos serviram como reforço às necessidades de produção e reprodução do capital e da própria força de trabalho à adaptação dos trabalhadores ao mercado de trabalho (SILVA, 2012).

As CAPs eram organizadas por empresas, com financiamento dos empregados e empregadores, com serviços de saúde curativos, aposentadorias e pensões e auxílio funeral, ao passo que os IAPs foram uma resposta antecipada e mais sofisticada do Estado às reivindicações do trabalhador assalariado industrial-urbano em ascensão e se diferenciaram daquelas em relação ao vínculo não mais

a empresas, mas a categorias profissionais mais organizadas e necessárias para o avanço do capital e à assumência do papel decisório e de financiamento pelo poder estatal, “evidenciando as bases da intervenção social do Estado no Brasil” (MOTA, 2011, p. 168).

Os Institutos de aposentadorias e pensões, constituídos como autarquias, baseavam-se nos princípios do corporativismo⁵. Seus presidentes eram nomeados pelo Presidente da República e seu orçamento submetido a controle governamental. Tal padrão de saúde vinculava a prestação de serviço a uma contribuição prévia dos trabalhadores, bem como absorviam recursos governamentais, sobretudo em razão do atendimento direto aos trabalhadores urbanos do setor privado com domínio no processo produtivo.

Conforme Bravo (2008), apesar da assistência previdenciária ser oferecida, até 1964, essencialmente por meio das caixas e dos institutos de aposentadorias e pensão, a estrutura do atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, montada a partir dos anos 1950, já indicava a tendência para a constituição de empresas médicas, por meio do financiamento estatal. Até aquele período, a política de saúde continuava dividida em dois subsetores: o de saúde pública, predominante até meados de 1960, destinado à criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e rurais, e o setor de assistência previdenciária, com os institutos de aposentadoria e pensões, que superou o setor de saúde pública a partir de 1966.

Os contrastes existentes na política de saúde, após 1960, levaram em consideração a posição e a condição do Brasil no cenário mundial, tendo como

⁵ Evaldo Vieira (2010, p. 19-31) distingue corporativismo e Estado corporativo, também conhecido como corporativismo moderno. Dentre as conceituações, encontram-se as definições de Durkheim e da Carta Italiana do Trabalho, de 1924, acerca dos dois conceitos. O autor informa que Durkheim procura a gênese do corporativismo nas antigas associações de mercadores e artesãos, localizadas em determinada cidade e destinadas a regular o exercício da profissão, o tempo de trabalho, a qualidade da produção e o combate à fraude, porém, segundo o autor, desprezando a característica estritamente econômica destas corporações antigas. Na análise de Vieira (2010), Durkheim entende que a corporação, revestida de uma função de controle de instabilidade social e formado o grupo profissional, tem como finalidade estabelecer uma disciplina profissional, pois o poder coletivo é o poder moral, por aproximar a corporação do Estado destinada a tornar-se a base ou uma das bases essenciais da organização política, cedendo-lhe o colégio eleitoral e visando tornar as assembleias políticas mais representativas da diversidade dos interesses sociais e de suas relações. Em relação à Carta Italiana do Trabalho, Vieira (2010) cita os parágrafos VI e VII, que estabelecem que as corporações constituem a organização unitária da força de produção e representam integralmente seus interesses e que o Estado Corporativo, que integra todas as corporações, considera a esfera privada no campo da produção, como eficaz e útil para os interesses de um país.

direcionamento a tese, ainda válida, de que “o capital mobiliza mecanismos de contratendência para enfrentar as crises periódicas de sua reprodução, impondo redefinições nas suas práticas e na intervenção do Estado” (MOTA, 2011, p. 121).

Embora a política social, no Brasil, tenha surgido como parte das relações de trabalho, o Estado social, assim como foi constituído nos países capitalistas desenvolvidos, não correspondeu à realidade brasileira, uma vez que não se constituiu no país a generalização do trabalho assalariado ou a consolidação de políticas sociais públicas e universais direcionadas para a reprodução da força de trabalho. As políticas sociais eram de caráter assistencialista, fragmentado e clientelista, com a assistência destinadas aos pobres, e a previdência e a medicina previdenciária, aos trabalhadores assalariados (MOTA, 2011).

Mesmo após a Segunda Guerra Mundial, o país, ainda com determinação agrário-exportadora, porém mais urbanizado e com uma indústria de base já significativa⁶, vivenciou uma expansão lenta e seletiva das políticas sociais implantadas, mantendo-as em formato corporativista e fragmentado, presente em governos anteriores (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O governo juscelinista concedeu um interesse mínimo às políticas sociais, que se reduziram à formação de pessoal técnico para atuar no mercado de trabalho. Seu Programa de Metas, delineado com uma concepção de desenvolvimentismo⁷, constituiu uma resposta ao capitalismo mundial da época e reduziu o desenvolvimento econômico apenas à industrialização, à construção de grandes obras e à capitalização do Brasil, por meio do investimento estrangeiro e do aumento de produtividade, “sem se preocupar com a emancipação econômica

⁶ Na análise de Netto (1991, p. 20-21), naquele período, o modelo de desenvolvimento supunha um crescimento acelerado da capacidade produtiva, e a industrialização restringida passou a ceder lugar à industrialização pesada, implicando um novo padrão de acumulação e um rearranjo nas relações entre o Estado, o capital privado nacional e a grande empresa transnacional.

⁷ A ideologia do desenvolvimentismo tem suas raízes nas ideologias e políticas de desenvolvimento econômico associadas ao mercantilismo, tendo como características o trinômio: papel decisivo e intervencionista do Estado, nacionalismo, e defesa da indústria. De acordo com Gonçalves (2012), essa ideologia resulta de um compromisso entre mercantilismo e liberalismo, sendo necessária a intervenção do Estado em favor da economia nacional para evitar que o comércio exterior se transforme em freio para o desenvolvimento. Há destaque para a indústria nascente e para a promoção da industrialização substitutiva de importações. O capital estrangeiro é bem-vindo, desde que contribua para o desenvolvimento do país. Contudo, para o autor, as experiências de desenvolvimentismo no Brasil e América Latina tiram desse trinômio a origem do capital-nacionalismo, uma vez que a industrialização substitutiva de importações com forte intervencionismo estatal apoiou-se no capital estrangeiro.

ou com muitas questões políticas, sufocadas pelo tecnicismo” (VIEIRA, 1995, p. 86).

Ao combinar recursos públicos e privados, por meio de investimentos estrangeiros, que aumentaram a dívida pública, o Programa de Metas procurou atingir seu objetivo de promover o desenvolvimento econômico do país por meio de execução de obras de infraestrutura com a ampliação ou estabelecimento de indústrias e de serviços essenciais, bem como intervenção para aprimoramento da máquina administrativa com a criação de novos órgãos executivos e de assessoria (VIEIRA, 1995).

Porém, por outro lado, por tratar-se de um plano eminentemente econômico e, ao considerar desenvolvimento como sinônimo de “justiça social”, o Programa de Metas ocultava as reais e precárias condições de vida da maioria da população brasileira que convivia com alta do custo de vida, inflação e concentração de capital e renda.

Nesta fase, conforme Fernandes (1987), a economia brasileira intensificou tanto o crescimento do capitalismo monopolista externo quanto se incorporou a esse crescimento, como polo dinâmico na periferia, em razão de fatores externos, de converter o país numa economia monopolista dependente, e de fatores internos, de prosseguir com a transformação capitalista.

A disposição das economias centrais em transformar a economia brasileira em um desenvolvimento capitalista-monopolista foi evidenciado em dois momentos: durante os governos de Juscelino Kubitschek e dos governos militares, após 1964. No primeiro momento, com as grandes corporações contando com espaço econômico conquistado por elas em uma economia capitalista dependente, em fase de transição industrial relativamente madura, em particular das empresas estrangeiras e, no segundo momento, com uma política econômica que associava governo e esfera privada, com intensificação da modernização institucional na implantação e consolidação das grandes corporações, subordinando-se aos padrões do capitalismo monopolista e sujeitando o Estado brasileiro aos interesses de classe que ele representa (FERNANDES, 1987).

Em relação à saúde pública do período, permaneciam as campanhas contra doenças contagiosas ou endêmicas nas zonas rurais e urbanas, não

existindo a definição de nenhum plano nacional ou regional de saúde, com exceção do Programa Integrado de Saúde, de inspiração internacional, direcionado para o Nordeste. As demais ações reduziam-se a deliberações de cunho burocrático e de pesquisa, prevalecendo intervenções setoriais, isoladas e imediatas (VIEIRA, 1995). Os investimentos federais destinados à área da saúde, se comparados às despesas totais do país, eram irrisórios, propiciando a entrada do capital privado no setor, seja por meio da indústria farmacêutica, seja pelos atendimentos médicos individuais. Além disso, havia evidências de desvio de recursos da previdência para execução de grandes obras de infraestrutura, como a construção da Rodovia Belém-Brasília. Enquanto isso, a iniciativa privada investia pesadamente na saúde, a fim de assegurar a prestação da assistência médica, posicionando-se claramente contra a estatização do setor.

Por outro lado, a efervescência política do período contribuiu para a reforma do sistema previdenciário, com a proposta de universalização e padronização dos *benefícios*, da arrecadação, e da administração e igualdade do plano de *benefícios* para todas as profissões (exceto para os trabalhadores rurais, domésticos e funcionários públicos civis e militares), por meio da aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), Lei nº 3.807/1960 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1960), essencial para o processo de unificação de CAPs/IAPs à previdência.

Menicucci (2006, p. 62) analisa que

a unificação das instituições previdenciárias na década de 1960 com a equalização dos benefícios e serviços, foi acompanhada da recriação de novas formas de segmentação, a de assistência. Essas formas de segmentação, com a correspondente armação institucional para garantir a cobertura de segmentos de trabalhadores, não favoreceram a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas. Ao contrário propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas, em certa medida, incompatíveis com um sistema de saúde único e universal. Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção à saúde vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública.

Desta forma, as caixas e institutos de aposentadores e pensões mantiveram sua forma original, mesmo com a aprovação da Lei Orgânica da

Previdência Social. Contudo, seguindo a nova norma de universalização e padronização dos benefícios. O modelo de previdência e assistência destinado ao trabalhador urbano modificou-se somente com a unificação desses órgãos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniformizou normas e critérios de acesso aos *benefícios* e serviços, o teto das contribuições e dos valores dos benefícios e ampliou a cobertura previdenciária para trabalhadores domésticos, autônomos e rurais, deixando claro o caráter interventivo e decisório do Estado na sociedade brasileira, conforme Mota (2011, p. 169), em relação a “outro padrão de industrialismo e acumulação” do capital mundial.

No entanto, a criação do INPS, em 1967, do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974 e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1977, manteve a mesma lógica de cobertura médico-previdenciária dos IAPs (SILVA, 2012) e reforçou os mecanismos de centralização e burocratização das decisões.

Contando com poucos hospitais e podendo utilizar somente outros quatrocentos de caráter público, o INPS e, posteriormente, o Inamps, racionalizaram seus recursos por meio do financiamento público em convênio com a rede privada. No entanto, o INPS permaneceu atuante somente para os trabalhadores da iniciativa privada, não representando os trabalhadores públicos civis e militares, possuidores de estatuto e instituto de previdência e assistência próprios, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase), criado em 1938. As doenças endêmicas continuavam no campo da Saúde Pública (VIEIRA, 1995).

De acordo com Vieira (1995, p. 58), a previdência social atendia

ao indivíduo isoladamente, sobretudo se ele era trabalhador urbano, empregado de uma empresa. Tal fato se torna ainda mais claro quanto à assistência médica, fornecida pela Previdência Social. Examinada em profundidade e postas de lado as boas intenções, não é exagerado dizer que a meta central da assistência médica se resumia em dar ao paciente condições de regresso o mais depressa possível a seu serviço.

Os programas sociais, com o intuito de amenizar os impactos da expansão do assalariamento da previdência social e da assistência médica e de atender às demandas sociais e de responder pela legitimação política do regime,

apresentavam, a partir da instauração da ditadura militar⁸ no país, em 1964, as seguintes características:

a diferenciação dos serviços em função da clientela atendida, a privatização da assistência médico-social, a criação da previdência complementar privada, afora a supressão e o desmantelamento dos mecanismos de controle e de participação dos trabalhadores no sistema de proteção vigente (MOTA, 2011, p. 137).

Nesse contexto, assistia-se, em meio à exploração intensiva dos trabalhadores, “à expansão do parque industrial, à generalização do trabalho assalariado em nível nacional, à ampliação do mercado consumidor interno e ao incremento da quantidade de produtos” (MOTA, 2011, p. 173).

Fernandes (1987) afirma que a nova organização, funcionamento e desenvolvimento das economias capitalistas periféricas colocadas a serviço do mercado mundial, sob a égide do capitalismo monopolista, mobilizou, de dentro para fora, matérias-primas, capacidade de consumo ou de produção, comércio externo, recursos humanos, excedente econômico, novos empregos, e muitos, com salários mais altos.

Analisando os anos 1970, no Brasil, Mota (2011), argumenta que foi um período de expansão e crescimento econômico, com mudanças significativas na estrutura produtiva, na formação do mercado de trabalho, na infraestrutura, na construção de um parque industrial integrado à economia externa. Contudo, esses fatos vincularam-se estreitamente para viabilizar o processo de modernização conservadora no país, cujo saldo foi “o aumento da concentração

⁸ Segundo Netto (1991, p. 34-42), a ditadura brasileira revelou-se um “processo” e se moveu em três momentos “diferenciados e diferenciáveis”: de 1964 a 1968, de 1968 a 1974, e o último, de 1974 ao governo de Figueiredo, em 1979. O primeiro período particularizou-se pela busca do regime ditatorial de uma ampla base de apoio para suas iniciativas visando sua legitimação política, pela extinção da estabilidade no emprego e por uma política salarial repressiva, aumentando a tensão entre o governo e a massa trabalhadora e a designação de um movimento de contestação à nova ordem pelos estudantes. O segundo período foi o momento da autocracia burguesa, em que a ditadura reacionária vivida no primeiro período transformou-se num regime político com características fascistas. Corporificaram-se os interesses do grande capital monopolista imperialista e nativo. O Estado foi redimensionado, integrando o aparato dos monopólios ao aparato estatal, para servir à concentração e à centralização e a repressão à oposição tornou-se prática oficial. O último momento representou uma inflexão para baixo da autocracia burguesa e um processo de distensão, o qual constituiu o projeto de autorreforma do Estado. Esse período foi marcado pelo aprofundamento da crise econômica, pouco reconhecimento da sociedade nas representações políticas sancionadas pelo Estado, reinserção da classe operária na cena política e precipitação do movimento democrático.

de renda, a pauperização da maioria da população e a precarização das condições de vida e de trabalho da maioria dos trabalhadores” (p. 61).

Em relação ao contexto internacional, o tempo histórico brasileiro não acompanhou, mas sempre esteve conectado à dinâmica externa: no plano internacional, iniciou-se a crise do capital em meados da década de 1960, no Brasil vivia-se a expansão da economia, em um processo intensivo de substituição de importações, incentivado e conduzido pelo Estado, mas que não significou crescimento social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A estrutura do Estado foi inteiramente redimensionada e refuncionalizada para atender à concentração e à centralização do grande capital monopolizador. A política econômica aprofundou as relações do país com o capitalismo internacional, privilegiando os investimentos externos de monopólios internacionais, a manutenção da abertura do mercado às empresas privadas e passando “a glorificar a modernização, a taxa de crescimento, o tecnicismo e a eficiência” (VIEIRA, 1995, p. 201).

Mesmo ocorrendo o crescimento econômico acelerado, conhecido como “milagre econômico”, a definição de políticas sociais abrangentes visando o consenso social e o agravamento das tensões populares, a repressão à oposição tornou-se sistemática na atuação do Estado. O regime militar, antes uma ditadura reacionária, converteu-se “num regime político de nítidas características fascistas” (NETTO, 1991, p. 38).

Ao longo dos anos do regime ditatorial, o governo moveu-se por meio do bipartidarismo (Aliança Renovadora Nacional (Arena) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB)), das eleições indiretas, dos atos institucionais, das leis de segurança e dos decretos secretos, e “o povo brasileiro foi posto de lado na luta política, nas deliberações econômicas e na escolha dos serviços sociais” (VIEIRA, 1995, p. 190).

Assim, a relação sociedade-Estado tensionava-se ao máximo e, já em 1973, o “milagre” começou a esgotar-se, culminando com a derrota, nas urnas, em 1974, da pretensão do regime em legitimar-se politicamente em sua configuração fascista (NETTO, 1991).

Borges (2004b, p.148) aponta que

a inflação que, junto a crise do “petróleo”, sucede ao milagre econômico dispara na entrada do ano eleitoral. O discurso oposicionista [do MDB] capitaliza eleitoralmente, emendando as pontas política e econômica da crise: falta de democracia, modelo autoritário e militarização da vida pública, combinadas ao alto custo de vida, ao arrocho salarial e à pauperização nas maiores cidades.

O relatório da Comissão Nacional da Reforma Sanitária⁹ (CNRS) registra que, no plano da saúde pública, desde os anos 1970, houve um crescimento do financiamento do setor em virtude: a) do ingresso de grande contingente de trabalhadores ao sistema; b) da forma de contrato com a rede médica privada, possibilitando fraudes e inexistência de fiscalização dos serviços executados pela rede privada; e c) da má distribuição dos recursos públicos, expressando a irracionalidade do setor (CNRS, 1987).

Vieira (1995) analisa que, no período, os serviços de saúde transferiram-se gradativamente do poder público para o setor privado, por meio de convênios médicos, firmas individuais, de grupos e cooperativas médicas, sendo que “as doenças capazes de atingir grandes porções da população brasileira, continuavam dentro do campo da saúde pública, ficando o atendimento médico de cunho individual como responsabilidade do setor previdenciário” (p. 218).

Esse quadro pode ser exemplificado pelas reportagens de *O Popular* daquele período: o Instituto Nacional de Previdência Social fazia o atendimento aos previdenciários, ou seja, aos trabalhadores com registro em carteira de trabalho, em hospitais conveniados, mas com problemas de falta de pessoal e de vagas e longas filas de espera (INPS QUER..., 23 maio 1975, p. 4; GOULART, 27 maio 1975, p. 5); os hospitais privados, por meio da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) fazia *lobby* em favor da saúde privada, afirmando a predominância do atendimento particular no país, com 83,77% dos hospitais e 66,10% dos leitos hospitalares, e a incapacidade do governo em gerir o setor (GOULART, 1^o jun. 1975, CidadeEstado); a indústria farmacêutica encontrava-se nas mãos do capital estrangeiro, com crescente desnacionalização do setor (SURGEM NOVAS..., 1^o jun. 1975, p. 7).

⁹ Documento elaborado em 1987, composto pelo conjunto de estudos que subsidiaram os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, tendo como base o Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde. Objetivou subsidiar técnica e politicamente o debate sobre saúde, visando o fortalecimento do setor para a implantação da Reforma Sanitária no Brasil (COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS), 1987).

De acordo com Netto (1991), com o aprofundamento da crise vivenciada, a necessidade do regime em constituir um projeto de autorreforma que assegurasse a institucionalização a serviço dos monopólios e a reinserção da classe operária na cena política, o Estado viu-se “obrigado” a combinar concessões e medidas repressivas, culminando na crise do regime ditatorial. Essa crise configurou um processo de transição para uma “situação política democrática”, que, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 138), “irá condicionar em muito a adesão brasileira às orientações conservadoras neoliberais, já em curso no nível mundial, implicando o caráter tardio da adesão brasileira ao neoliberalismo¹⁰”.

A década de 1980, no país, denotou o aprofundamento das dificuldades na formulação de uma política econômica (planos econômicos definidos pelos organismos internacionais: Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird); negociação de um pacto social entre governo, empresários e trabalhadores, endividamento externo, elevação dos juros, transferências de divisas em prazos curtos para os países credores, queda das exportações de matérias-primas, queda do Produto Interno Bruto (PIB), cortes nos gastos públicos, baixa taxa de crescimento, redução da taxa de investimento, aumento da inflação (média de 200% ao ano), empobrecimento generalizado, desemprego, aumento da informalidade. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MOTA, 2011).

Embora a década de 1980 tenha sido considerada a década perdida em termos econômicos, foi um período de deslegitimação do governo militar e de conquistas democráticas em torno da promulgação da Constituição Federal de 1988 e das primeiras eleições diretas para presidente da República em novembro de 1989, após o regime militar, expressando, no segundo turno, as tensões entre as classes sociais e dois projetos completamente distintos: um, em defesa da regulação estatal e desprivatização do Estado, a fim de publicizar sua intervenção e, outro, em defesa da desestatização e liberalização das atividades para a esfera privada, o qual saiu vitorioso do referido pleito (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MOTA, 2011).

¹⁰ Segundo análise de Vasconcelos (2008, p. 242-243), o neoliberalismo pauta-se pela privatização do setor público, pela redução da presença do Estado na economia e na área social, pela prioridade às exportações e abertura do mercado interno às importações e liberação de fluxos internacionais de capital.

A abertura política apresentada no início dos anos de 1980 representou a ascensão dos movimentos sociais¹¹, que, como analisa Silva (2012, p. 133), foram “impulsionados pelas lutas em torno da redemocratização do país, resgate das liberdades individuais e coletivas suprimidas no período da ditadura militar, e ampliação dos direitos sociais” e tiveram forte participação na elaboração da nova Constituição Federal do país.

Nessa conjuntura, entraram em cena os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos e rurais que, especificamente em relação à saúde, viabilizaram discussões referentes à universalização do acesso, à concepção de saúde como direito social e dever do Estado, à reestruturação do setor por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, ao financiamento efetivo e à democratização do poder mediante a criação de conselhos de saúde (BRAVO, 2008). Para a melhoria dos serviços públicos de saúde no país, foi proposto o entendimento da saúde como um processo resultante das condições de vida e da atenção à saúde não restrita à assistência médica, mas englobando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, articuladas à democratização do atendimento médico, que se estendeu para a população que não contribuía diretamente com a previdência social, como os trabalhadores rurais e os domésticos.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, significou um marco na formulação das propostas citadas de mudança do setor saúde e seu documento final serviu de base para a elaboração dos tópicos referentes à saúde da nova Constituição Brasileira, aprovada em 1988¹². Duas propostas destacaram-se nesse processo: a proposta privatista, defendendo a continuidade do sistema, com privilégio para o setor privado e multinacionais, e a

¹¹ Sader (1988, p. 26) assinala que a novidade eclodida no final dos anos de 1970 foi a emergência dos diversos grupos populares que “irrompiam na cena pública reivindicando seus direitos, a começar pelo primeiro, pelo direito de reivindicar direitos”. O impacto desses movimentos levou a uma revalorização de práticas sociais ofuscadas pelas classes dominantes.

¹² Adotando essencialmente as propostas e incorporando conceitos sugeridos pela VIII Conferência Nacional de Saúde, o texto aprovado da nova Constituição Federal abarcou, pela primeira vez, uma seção específica sobre a saúde.

proposta do movimento pela Reforma Sanitária, para promover a defesa da saúde pública (BRAVO, 2008).

A saúde inclui-se no campo da seguridade social definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à assistência social, à previdência e à saúde, segundo a Constituição Federal do Brasil, art. 193 (BRASIL, ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988). A assistência social (art. 203) é reconhecida como dever do Estado e direito de cidadania e garantida a todos que dela necessitem e sem contribuição prévia, e não mais como uma política isolada, ocasional e emergencial. À previdência social (art. 201), mediante contribuição, cabe a responsabilidade de cobertura para doenças, invalidez, morte, ajuda à manutenção dos dependentes de segurados de baixa renda, proteção à maternidade, à gestante, a situações de desemprego, e à pensão por morte do segurado. A saúde (art. 196) é reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, com a finalidade de redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No capítulo sobre saúde, o texto constitucional apresenta a garantia de uma racionalização dos investimentos do setor, baseada nos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, implicando a criação de mecanismos de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais e participação da comunidade (art. 198)

Com a criação do SUS, inserido nessa concepção, pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1990), art. 3º, reconhecem-se como fatores determinantes e condicionantes à saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, bem como ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social.

Apesar do caráter de relevância pública conferido a ações e serviços de saúde, sua execução estende-se para o setor privado, e essa atuação, de caráter complementar, pode ser prestada de forma direta ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Ao poder público

competete a regulamentação, fiscalização e controle da saúde privada do país, conforme art. 197 da Constituição Federal (BRASIL, ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988).

A proposta de manutenção da saúde privada no sistema de saúde, sob controle do setor público, conforme o relatório da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987, p. 14) justificou-se, naquele momento, pela própria situação de precariedade da rede pública, carente de investimentos em infraestrutura e recursos humanos, para eliminação da ociosidade, reaparelhamento e reordenamento de suas ações, eliminação da duplicidade e unificação das redes federais, estaduais e municipais, mediante o estabelecimento de maior complementariedade entre estabelecimentos públicos. O objetivo era favorecer um maior aproveitamento da rede pública e uma possível eliminação da rede privada nos locais ou nas modalidades assistenciais em que ela se tornasse supérflua (CNRS, 1987, p. 14).

Considerando a abertura da saúde para o mercado e a necessidade de sua regulação, foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.656, de junho de 1998 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1998b). A ANS surgiu como instância reguladora de um setor da economia até então ausente de qualquer padrão de funcionamento, definindo, naquele momento, operadoras de planos privados de assistência à saúde¹³ como toda e qualquer pessoa jurídica de

¹³ Conforme o art. 10 da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39/2000, da ANS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), as operadoras de planos de assistência à saúde classificam-se nas seguintes modalidades: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo, ou filantropia. São assim definidas: cooperativa médica – sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde; cooperativa odontológica – sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam exclusivamente planos odontológicos; medicina de grupo – empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde; odontologia de grupo – empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica; e filantropia – entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais. A Resolução Normativa (RN) nº 196, da ANS, de 14 de julho de 2009 (BRASIL, ANS, 2009), considera administradora de benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos. A modalidade de autogestão é definida na Resolução Normativa (RN) nº 137, da ANS, de 14 de novembro de 2006 (BRASIL, ANS, 2006) como: a) pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seus beneficiários; b) pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado

direito privado, independentemente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros. Definia, ainda, operadoras de seguros privados de assistência à saúde como pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantissem a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

O objetivo da ANS é estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados, propondo normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Especificamente, a ANS exerce o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, não incluindo os planos estaduais de assistência à saúde (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 2000)

Nogueira (2005) analisa que, no Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado intervinha direta e tecnicamente para o desenvolvimento industrial e de inclusão social, porém com uma atuação ínfima como organização política, e que a adoção da concepção de seguridade social, com o advento da Constituição Federal de 1988, fortaleceu-o como espaço de ação coletiva.

Contudo e apesar de os trabalhadores terem adquirido novos direitos, constituírem espaços públicos de participação (conselhos, fóruns, referendos, plebiscitos), terem acesso a serviços públicos ampliados e usufruírem de uma maior oferta de benefícios, a adoção de seguridade social não se manifestou concretamente em uma universalização do acesso aos benefícios sociais,

de assistência à saúde exclusivamente aos seus beneficiários; e c) a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seus beneficiários. Os beneficiários estão descritos no Capítulo III desta dissertação.

segundo Mota (2008, p. 42), em razão das próprias “características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado”.

A não coerência governamental no tocante à orientação constitucional relativa à seguridade social e a ação reativa do capital às conquistas obtidas na Constituição Federal de 1988 compreende o que Silva (2012, p. 143) aponta como uma justificativa da “necessidade de adequação do modelo de seguridade social às atuais reformas econômicas do país”, em consonância com o capitalismo internacional, que tem o neoliberalismo como estratégia de enfrentamento à crise do capital, instaurada na década de 1970, em seus arranjos para a retomada do crescimento das taxas de lucros.

A vitória de Fernando Collor de Melo no pleito eleitoral de 1989 afirmou a conquista das classes dominantes e expressou a guinada do país rumo a esse ajuste neoliberal, “por meio da articulação entre empresários, burocracia estatal e mídia, cujo objetivo foi quebrar a resistência dos setores organizados para integrá-los à sua ordem, assumindo, portanto, a característica de um *movimento molecular*¹⁴, formador de cultura” (MOTA, 2011, p. 105).

Dentre as medidas encaminhadas, destacaram-se a reforma administrativa, a privatização das empresas estatais, a reforma da previdência social, fusão do capital bancário com o industrial, participação de capital estrangeiro nas empresas nacionais, ampliação da organização corporativa de empresários, retração da luta sindical para ações pela preservação do emprego. Conforme Antunes (2005, p. 9-10), essas medidas seguiram o receituário do FMI: enxugamento da liquidez, redução do *déficit* público, “modernização” (privatista) do Estado, estímulo às exportações, arrocho salarial, aumento da carga tributária, tudo em integração com o ideário neoliberal.

Influenciado pela política de ajuste neoliberal, iniciada com Fernando Collor e consolidada no governo de Fernando Henrique Cardoso, o papel do Estado brasileiro foi redimensionado nos anos 1990, uma vez que, como analisa Bravo (2008, p. 100), se considerava a existência de um

¹⁴ Mota (2011, p. 113) esclarece que o movimento molecular, segundo Badaloni, refere-se a um movimento que envolve “os indivíduos e os grupos, modificando-os insensivelmente, no curso do tempo, de modo tal que o quadro de conjunto se modifica sem a aparente participação consciente dos atores sociais”.

esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

Esse ajuste significou a substituição do Estado, como responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, pelo setor privado, com o deslocamento das ações governamentais em favor de sua privatização, com a implantação de uma nova esfera, a pública não estatal, que, apesar de exercer funções públicas, as faz obedecendo as leis de mercado e reforçando a seletividade no atendimento. Segundo Iamamoto (2011, p. 204), para o governo, essa esfera que engloba instituições filantrópicas, voluntariado e organizações não governamentais, é distinta do Estado e do mercado, e considerada como não governamental, não lucrativa e direcionada para o desenvolvimento social.

A sociedade civil passou, então, a ser reduzida a um conjunto de organizações distintas e complementares, destituída de conflitos e tensões de classe que tenderam a ser naturalizados, prevalecendo laços de solidariedade e nenhuma representação política. O discurso salientava a coesão social e um apelo moral ao bem comum, fortalecendo a ideologia de que tudo que não dependesse do Estado significava emancipação social.

Nesses termos, o neoliberalismo apresenta uma contradição: exige um Estado forte, capaz de resistir à oposição das medidas tomadas, assim como um Estado com papel subsidiário, menos interventivo e com nova direção socioeconômica, “estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro” (IAMAMOTO, 2011, p. 123).

A adesão do Brasil às políticas fundadas no ideário neoliberal, de acordo com Silva (2012), conduziu o país a profundas mudanças em seu processo produtivo e de gestão da força de trabalho, com implantação de medidas referentes à desregulamentação e à regressividade dos direitos sociais, a alterações na legislação do trabalhador no serviço público, à reestruturação do Estado, com demissão de trabalhadores e privatização de empresas estatais, que repercutiram na produção normativa do Estado, no processo produtivo, na organização do trabalho, do mercado de trabalho e da representação sindical.

Seguindo a proposta neoliberal implantada, o governo de Fernando Henrique Cardoso priorizou a política econômica, com redução das taxas de inflação, estabilidade da moeda e o pagamento da dívida externa. Sua política estimulou a entrada de investimentos estrangeiros na aquisição do patrimônio público, o enfraquecimento das exportações, o crescimento da taxa de desemprego e da informalidade, a queda da renda média mensal dos trabalhadores, o corte no financiamento da política pública e sua transferência para o setor privado, chamado de *terceiro setor* (IAMAMOTO, 2011).

A política macroeconômica e a subordinação das políticas sociais à lógica econômica, orientadas pelos acordos firmados pelo governo brasileiro e o FMI, foram mantidas pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a partir de 2002. No setor de saúde, a política governamental continuou com a ênfase à focalização, à precarização, à terceirização de trabalhadores, e ao desfinanciamento do setor. (BRAVO, 2008).

O novo padrão de acumulação do capital, nos dizeres de Silva (2012), não se separa dos papéis assumidos pelo Estado e da financeirização do capital, repercutindo diretamente na concepção de seguridade social, cujas políticas se mantêm setorializadas e segmentadas. A assistência social funciona com a ampliação de programas, de acordo com Mota (2011, p. 45), “voltados para os ‘pobres’, procedimento esse coerente com a sua concepção do Estado mínimo e com a necessidade de reduzir os impactos sociais dos ajustes econômicos”. No setor de previdência, com as “reformas” em sua legislação, destaca-se a concretização da previdência privada.

Na saúde, prevaleceram a consolidação do setor articulado ao mercado, à sua crescente privatização e mercantilização, centralização dos programas, precarização e terceirização dos recursos humanos e desfinanciamento com a utilização dos recursos do orçamento pelo Estado, para garantir o *superávit* primário das contas públicas.

Esse processo implica, portanto, a desconfiguração da seguridade social como um sistema amplo e coeso, apoiado em um padrão de financiamento de base diversificada e o planejamento do orçamento único para as áreas da saúde, previdência e assistência social. Essa desconfiguração sustenta-se no discurso do déficit do sistema, fragilizando a seguridade social brasileira e, dando margem

para mudanças no texto constitucional, com o argumento de que a crise econômica afeta toda a sociedade, segundo Vianna (1994 *apud* MOTA, 2011, p. 119-120), em decorrência de

déficits orçamentários dos programas de previdência social, nos quais estão incluídas as aposentadorias, as pensões e o seguro desemprego. Nas justificativas “técnicas” dos déficits, estão computadas as repercussões da crise econômica no emprego, na renda e no desequilíbrio fiscal, o impacto das contribuições sociais e dos impostos sobre as empresas, além de considerações sobre o perfil demográfico das populações [...].

No caso da seguridade social, esses argumentos adquirem materialidade à medida que se indica a necessidade de mudança do sistema de seguridade existente, a fim de adequá-lo às reformas macroeconômicas em vigência, considerando que a incorporação das políticas de previdência, saúde e assistência social acarretou implicações no orçamento da previdência, uma vez que as duas últimas políticas, de natureza distributiva estavam sendo custeadas com recursos da previdência, de natureza contributiva.

Além disso, as “contrarreformas”, concretizadas pelas emendas constitucionais (EC), ainda deslocaram o debate da previdência de sua fundamentação como Estado social universal para um plano essencialmente econômico, de déficit contábil:

O Congresso encerrou ontem as atividades neste ano, com a promulgação da reforma modificando vários pontos do sistema previdenciário brasileiro, mas que não conseguiu acabar com muitas das distorções [...]. Para o líder do governo na Câmara, Arnaldo Madeira (PSDB-SP), a promulgação da reforma significou um grande avanço porque conseguiu reduzir a apenas três – militares, servidores e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) – os sistemas de previdência no Brasil. [...]. As principais distorções da reforma da Previdência resultam do déficit de R\$ 42,2 bilhões este ano nas contas. O documento de apresentação do Programa de Ajuste Fiscal informa que o desequilíbrio da Previdência ameaça “inviabilizar as administrações públicas, pela compressão dos salários dos servidores da ativa e esgotamento da disponibilidade de recursos para execução das demais políticas públicas” (CONGRESSO PROMULGA..., 16 dez. 1998, p. 4).

Boschetti (2009, p. 333) aponta que as diversas “contrarreformas” da previdência social,

restringiram direitos, reforçaram a lógica do seguro, reduziram valor de benefícios, abriram caminho para a privatização e para a expansão dos planos privados, para os fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria.

As propostas de restringir a área de abrangência da previdência a aposentadorias e pensões e de separar previdência e saúde das fontes de custeio da assistência social fizeram regredir conquistas obtidas pela Constituição Federal de 1988 e possibilitaram uma maior participação do capital privado nas áreas de saúde e previdência, resultando na alteração do texto constitucional por meio de emendas constitucionais.

A Emenda Constitucional nº 20/1998 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1998d) atingiu trabalhadores dos setores público e privado. No setor privado, eliminou a aposentadoria por tempo de serviço e criou o tempo de contribuição e instituiu o fator previdenciário. Para o setor público, passou a exigir cinco anos no cargo e dez anos na função para a aposentadoria, estabeleceu limite mínimo de idade para aposentadoria do trabalhador em serviço público, criou um fundo previdenciário, previu a criação da previdência complementar para os trabalhadores públicos e estabeleceu regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos trabalhadores nos serviços públicos da União, estados, municípios e Distrito Federal. As mudanças estabelecidas pela EC nº 20/1998 repercutiram na forma de constituição do Ipasso, até então um plano de previdência e assistência aos trabalhadores do serviço público do estado de Goiás.

A Emenda Constitucional nº 41/2003 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 2003) estabeleceu taxaço dos inativos, reduço do valor das pensões e mudança no cálculo das aposentadores dos trabalhadores do serviço público e a EC nº 47/2005 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 2005), dentre outras medidas, tornou possível e estabeleceu regras para aposentadoria voluntária a quem era trabalhador público até 16 de dezembro de 1998.

Segundo análise de Silva (2012, p. 139), em relação à previdência social,

isso se deu na medida em que reforçou o seu caráter contributivo, eliminando prestações desvinculadas de contribuições prévias, introduzindo a filiação obrigatória e a exigência de equilíbrio financeiro e atuarial, aproximando-a do seguro privado e atribuindo-lhe organização própria, como um sistema diferenciado no âmbito da seguridade social.

Em relação à seguridade social e às conquistas obtidas na Constituição Federal de 1988, no Brasil, desde a década de 1990, segundo Mota (2011, p. 105), “o discurso liberal torna-se o eixo de uma ofensiva, por meio da articulação entre empresários, burocracia estatal e mídia, cujo objetivo foi quebrar a resistência dos setores organizados para integrá-los à sua ordem [...]”.

As mudanças no padrão de acumulação do capital, com a flexibilização dos processos de produção e de trabalho, a redução de garantias e conquistas sociais dos trabalhadores e ofensiva neoliberal, mobilizaram processos institucionais de desregulamentação pelo Estado, da relação capital-trabalho.

A tendência à adequação às reformas econômicas no país, operada pelo capital, repercute, também, na organização do trabalho. Antunes (1999 *apud* SANTOS, 2005, p. 80) analisa que essas reformas tendem à “expansão do trabalho em serviços em esferas não diretamente produtivas que desempenham atividades imbricadas com o trabalho produtivo”. Mendes (1999, p. 37) aponta, como implicações desse processo, “o fim de diversas garantias trabalhistas, não só da estabilidade do emprego, mas também a do acesso da ação sindical ao ambiente de trabalho, com o desenvolvimento de políticas governamentais anti-sindicais”.

Como afirma Bravo (2008, p. 100), no Brasil, a hegemonia neoliberal “tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”. A interferência das políticas econômicas governamentais na dinâmica da seguridade social compreende a totalidade desse processo, desse movimento, uma vez que “a redução dos direitos, a restrição dos espaços democráticos de controle democrático e as contenções dos recursos têm íntima relação com a política econômica, que engole parte significativa no orçamento da seguridade social” (BOSCHETTI, 2009, p. 335).

Nesse contexto desenvolvem-se mudanças no setor de saúde, seguindo a tendência mundial. Aponta-se de um lado, a defesa de uma saúde pública de

qualidade, centrada nas instituições do Estado, e de outro, a criação e a consolidação de novas esferas entre Estado e sociedade civil, denominadas “parcerias”, e de sistemas de saúde privados. Esses espaços são considerados “esferas da produção e reprodução, *lócus* do público e do privado, âmbito do trabalho e da regulação social” (MOTA, 2011, p. 157).

Mesmo a saúde sendo estabelecida como direito de todos e dever do Estado, os dados da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da Pesquisa por Amostra de Domicílios (Pnad), de 2008, demonstram a busca de parcela da população por um plano de saúde ou por um programa direcionado para o trabalhador público ou privado. Segundo dados da Opas (2008, p. 5), 75% da população brasileira era atendida pelo setor público, e a Pnad/2008 (IBGE, 2010) revela que 25% possuíam algum tipo de plano de saúde e, dentre eles, 22,5% estavam inseridos em planos de assistência destinados ao trabalhador público, e 77,5% possuíam planos de saúde privados. Goiás mantinha o mesmo percentual de 25% para a cobertura da população por planos de saúde, e 13% deles vinculavam-se a planos de assistência à saúde direcionados para o trabalhador público (IBGE, 2010).

De acordo com Silva (2008, p. 51), a implantação do Sistema Único de Saúde

enfrenta uma série de obstáculos: as resistências políticas à unificação e a universalização do sistema, a ausência de um tratamento adequado à política de administração, educação permanente, gestão do trabalho e desenvolvimento pessoal e coletivo, a lentidão na readequação no modelo assistencial, e, ainda, a política de financiamento do sistema.

A clara tendência das ações governamentais para a esfera privada ocorre em detrimento das conquistas sociais obtidas na Constituição Federal de 1988, expressando-se, “de um lado, na transferência de responsabilidades governamentais para ‘organizações sociais’ e ‘organizações da sociedade civil de interesse público’ e, de outro lado, em uma crescente mercadorização do atendimento das necessidades sociais” (IAMAMOTO, 2011, p. 197-198).

A reflexão sobre essas mudanças e tendências contribuiu para uma compreensão de como a política de saúde em Goiás se constituiu e agregou tanto a saúde pública destinada a toda a população, como a assistência à saúde

direcionada a trabalhadores do serviço público estadual e seus dependentes, reportando-se sempre à problemática central do acesso à saúde, como direito social.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM GOIÁS

2.1 A política de saúde no estado de Goiás antes de 1988

Na década de 1950, Goiás inseria-se no contexto nacional como uma unidade dependente periférica do país, um estado exportador de produtos agropecuários (arroz, feijão, milho e cana) para o Centro-Sul do Brasil, com produtividade baixa e vulnerável às flutuações de clima e de mercado (LUZ, 1987; PALACIN; MORAES, 2008; ESTEVAM, 2004).

Em relação ao setor agropecuário, em Goiás, entre 1950 e 1960, apesar do aumento de áreas de cultivo, a agricultura caracterizava-se pela reduzida utilização de maquinários, técnicas de cultivo ou de tecnologias agrícolas, valendo-se ainda, como analisa Estevam (2004, p. 134), da prática da “queimada para preparação do solo ou dos mutirões de vizinhança nos momentos de maior urgência”. Segundo o autor, a atividade agrícola não implicou o abandono ou enfraquecimento da pecuária, que se constituiu em atividade segura em função da baixa capitalização, pouco emprego de força de trabalho e facilidade de venda do produto a qualquer momento do ciclo produtivo.

Estevam (2004) analisa que Goiás era útil à integração mercantil com São Paulo, uma vez que esta possibilitaria a concentração de impulsos dinâmicos em seu próprio território. Desta forma, como fronteira agrícola brasileira em expansão, na década de 1950, Goiás mereceu atenção da economia paulista, que mantinha interesse e necessidade de alargar suas vias de acesso em direção às economias complementares, como as do Estado, por meio de rodovias, as quais permitiriam a ampliação da fronteira agrícola nacional, facilitariam a integração intra e interregional de Goiás, além de incrementar o processo de urbanização do Estado, cujo adensamento tornou-se maior com a construção de Brasília.

A importância de Goiás pode ser percebida no próprio planejamento do governo de Juscelino Kubitschek que contemplou todo o estado com infraestrutura de transportes, por ser uma região de fronteira agrícola em

expansão e pela própria necessidade de integração da futura capital aos centros dinâmicos da economia do país. Em Goiás, além do setor de transportes, o elétrico ganhou vulto em seu governo, a fim de suprir com energia elétrica a planejada capital federal, porém, mesmo com a inauguração da Usina de Cachoeira Dourada, o fornecimento de energia continuava insuficiente e atendia somente a uma parcela do território estadual.

Toda esta situação, conforme Luz (1987), foi evidenciada em um estudo elaborado por uma equipe de economistas da Fundação Getúlio Vargas, na década de 1950, a fim de compor o Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás (PDEG), para o governo de Mauro Borges Teixeira, eleito pelo Partido Social Democrático (PSD), para a gestão de 1961 a 1964.

O estudo demonstrou que, historicamente, o estado caracterizava-se por: uma economia com predominância agrária e concentrada em latifúndios e em práticas rudimentares, prevalecendo relações marcadamente camponesas caracterizadas como meeira e de parceria, uma região com baixa densidade demográfica (2,67 hab/km²), apesar do aumento populacional, sobretudo de imigrantes de Minas Gerais e do Nordeste do país, em razão da onda migratória estabelecida pela construção de Brasília, com condições precárias de transportes (apenas 200 km das estradas eram pavimentadas) e de energia elétrica. Na população economicamente ativa (PEA), 82% estava ocupada em atividades primárias (agropastoris), 6% em atividades secundárias (indústria) e 12% em atividades terciárias (serviços) e, dessas, apenas 3,5% com ocupação no governo. A população em sua maioria (32%), considerando 1,2 milhões, conforme o Censo de 1950, estava na faixa etária de zero a nove anos de idade e o setor educacional registrava um grande número de analfabetos (de sua população total, 65% não sabiam ler ou escrever) e o setor de saúde não dispunha de recursos hospitalares e sanitários.

Esse foi um período importante para Goiás, uma vez que a ideologia do desenvolvimentismo, traço do governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961) em seu Plano de Metas, destacava, segundo Luz (1987), como uma de suas finalidades, a divisão adequada de tarefas entre as esferas privada e a pública, para que o investimento privado fosse planejado e realizado com vistas às oportunidades de mercado e que a intervenção estatal se operasse por meio

de uma poupança coletiva, para a expansão do capital privado, como mola propulsora do desenvolvimento e da implantação de direitos coletivos, deixando clara a intervenção do Estado na economia, mas mantendo a autonomia do setor privado.

O Programa de Metas concedia um interesse mínimo à política social, reduzindo-a à formação de pessoal técnico para atuar no mercado de trabalho, e, ao considerar desenvolvimento como sinônimo de “justiça social”, ocultava as reais e precárias condições de vida da maioria da população brasileira que convivia com a alta do custo de vida, inflação e concentração de renda. De acordo com Vieira (1995, p. 86),

o Programa de Metas constituiu uma resposta brasileira às propensões do capitalismo mundial da época. E mais: significou sobretudo reduzir o desenvolvimento econômico apenas à industrialização, sem se preocupar com a emancipação econômica ou com muitas questões políticas, sufocadas pelo tecnicismo.

O Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás (PDEG), do governo Mauro Borges (1961-1964), baseado no Plano de Metas do governo federal, representou, em que pese seu sentimento nacionalista, a busca de uma racionalização e de execução de um planejamento estatal (RABELO, 2004).

Rabelo (2004, p. 63) esclarece que o caráter racional que o governo procurou envolver sua administração significou o fim de uma política em que os aparelhos administrativos funcionavam por meio de pressões dos diretórios municipais e o começo de uma etapa em que as decisões políticas dependeriam das articulações partidárias e de grupos representativos da sociedade. Estas articulações abriram uma lacuna entre governo e iniciativa privada, ainda pouco expressiva, em razão das constantes intervenções na economia pelo Estado, da ampliação de suas funções e da burocratização da vida administrativa.

Com o PDEG, instaurou-se uma nova prática política estadual com o objetivo de superar a política tradicional¹⁵ em que somente as classes

¹⁵ Conforme Manhein (1986 *apud* SOUZA, 2004, p. 107), “o tradicionalismo se caracteriza pelo apego a formas antigas de vida, formas universais, ligadas à sobrevivências mágicas da consciência, o que se traduz em instintivos, psicológicos, de caráter mais subjetivo, individual”. O tradicionalismo difere do conservadorismo, que, segundo o autor, “é uma reação consciente e reflexiva a movimentos progressistas que se desenvolvem na sociedade, e tem por pressuposto conflitos na sociedade de classes”. Silva (*apud*

economicamente dominantes compartilhavam o poder, e de possibilitar ao governo estadual condições para sua modernização e expansão do capitalismo, segundo a concepção de que o crescimento econômico representaria a melhoria do padrão de vida da população, conforme a ideologia desenvolvimentista em vigor.

Rabelo (2004) argumenta que o lema desenvolvimentista inserido no PDEG estava vinculado ao nacionalismo, considerado elemento congregador e mobilizador para a execução da tarefa do desenvolvimento e expressava, sobretudo, a “intervenção do Estado na sociedade civil e um posicionamento moderado em relação ao capital estrangeiro. Em termos de Estado de Goiás significava, estritamente, intervenção na economia”. O desenvolvimento representava bem-estar social e o nacionalismo, honestidade, probidade administrativa, austeridade.

Em Goiás, o nacionalismo justificava-se com a intervenção do Estado na esfera econômica e a criação de várias autarquias, dentre elas, o Instituto de Desenvolvimento Agrário de Goiás (Idago), o Consórcio de Empresas de Rádio difusão e Notícias do Estado (Cerne), o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) e a Caixa Econômica do Estado de Goiás (Caixego), além de sociedades de economia mista, como a Metais de Goiás SA. (Metago), Companhia de Seguros do Estado de Goiás SA. (Cosego), a Companhia de Abastecimento do Estado de Goiás SA (Ciago), a Indústria Química do Estado de Goiás SA (Iquego) e a Indústria do Babaçu de Goiás SA (Inbago).

Considerando a realidade regional, o aumento do poder do consumo em virtude da migração para a nova capital do país, em um estado com insuficiente acumulação de capital, o Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás

Campos, 2004, p. 14-15), assinala também que a oligarquia em Goiás confundia-se com o poder tradicional de grupos políticos de poder com lócus no setor rural. Campos (2004, p. 13) enfatiza que a cidade de Goiás, antiga capital, “favoreceu a formação de grupos políticos fechados (oligarquias) e era o principal núcleo do caudismo”. Rabelo (2004) analisa que a ruptura da dominação política oligárquica deu-se em 1930, com a posse no governo de Goiás, por intervenção federal, de Pedro Ludovico Teixeira, em substituição à família Caiado, no poder até então, possibilitando “a execução de medidas consideradas prioritárias para o desenvolvimento, como a construção e a transferência da capital e a construção de estradas”. Para o autor, a força política de Pedro Ludovico tinha suporte no PSD, então comprometido com os interesses de fazendeiros do interior, ou seja, os chefes políticos locais. Rabelo (2004) afirma que Mauro Borges, ao tentar implantar uma administração planejada e racional, entrou em choque com os representantes mais tradicionais do PSD, força política naquele momento que já não podia ser definida como progressista.

apresentou-se como alternativa para assegurar um aumento substancial da taxa de crescimento anual da renda *per capita* e indicar setores nos quais a atuação do Estado se fazia necessária (LUZ, 1987).

Essa forma de desenvolvimento revelou a necessidade de planejamento e coordenação de ações, a fim de que o plano tivesse maior aplicabilidade e efetividade. Seguindo essa análise, Limoeiro (*apud* LUZ, 1987, p. 18) complementa que

o Planejamento, então, racionaliza e orienta, permitindo à iniciativa privada mover-se mais facilmente no campo das decisões de investimento, e ao Governo, a possibilidade de resistir melhor às pressões que não se encaixam nas metas previstas e aprovadas.

Para Correia (2006), incorporados ao PDEG, os conceitos de planejamento e organização, introduzidos no Plano de Metas do governo federal, representaram a primeira iniciativa de racionalização do serviço público em Goiás e a intervenção do Estado na economia, objetivando ordenar o crescimento econômico e social, que antes ocorria desordenadamente. Esses conceitos também enfatizaram, de acordo com Favaro (2010), “a ordem econômica, visando à acumulação privada no processo produtivo, demonstrando que a finalidade das políticas públicas estava voltada para a promoção do crescimento econômico e da expansão capitalista”. Ainda, segundo Costa (2007, p. 62),

o plano fundamentou-se em diretrizes planejadas, adotando critérios científicos de planejamento, baseado no diagnóstico do potencial do Estado e de suas necessidades e carências, indicando os setores nos quais a ação estatal era demandada, estabelecendo um cronograma para distribuição de verbas, além de reformular e regulamentar órgãos específicos.

O plano propunha a divisão dos investimentos por setores da economia goiana (agricultura e pecuária, transportes e comunicações, energia elétrica, educação e cultura, saúde e assistência social, fundo de desenvolvimento econômico, recursos naturais e atividades administrativas) e as metas a serem atingidas. Estabelecia um cronograma para distribuição de verbas, visando uma intervenção mais intensa do Estado na atividade econômica e uma mudança em sua organização administrativa, a fim de superar os entraves burocráticos e dar

maior cobertura aos investimentos que estivessem de acordo com a programação do desenvolvimento estadual (LUZ, 1987). Assim,

do ponto de vista institucional e visando ao atendimento da carente realidade goiana é que foi implantada nesse período a reforma administrativa em Goiás. De início esta constitui duas novas secretarias que teriam atuação decisiva na modernização da estrutura do governo, quais sejam: a Secretaria da Administração e a Secretaria do Planejamento e Coordenação (CORREIA, 2006, p. 112-113).

A Secretaria do Planejamento e Coordenação tinha como finalidade a coordenação e a execução de projetos a cargo das administrações federal, estadual e municipal, entidades autônomas e de iniciativa privada e que estivessem relacionadas ao desenvolvimento econômico de Goiás, além da execução do controle administrativo e orçamentário (LUZ, 1987). Uma de suas finalidades era

exercer as atividades de administração de pessoal, material, patrimônio, documentação, imprensa e transporte, destinados ao funcionamento do Poder Executivo, bem como, orientar e coordenar o desempenho dessas atividades nas demais Secretarias do Estado (LUZ, 1987, p. 78).

Vinculado à Secretaria da Administração, o Ipasgo, criado em 1962, foi instituído como autarquia¹⁶ com o objetivo de assegurar aposentadoria, auxílios (doença, matrimônio, natalidade, funeral), pecúlio, pensões e serviço de aplicações simples e imobiliária, além de assistência médica e dentária para os trabalhadores do serviço público estadual (LUZ, 1987).

Para o setor de saúde pública, o plano previa a construção de distritos sanitários, a expansão da assistência médico-sanitária para o interior de Goiás, a ampliação da rede hospitalar administrada pelo estado, a continuidade das campanhas de erradicação das endemias rurais, a ampliação do sistema de água e esgoto sanitário de Goiânia e do interior, a manutenção de cursos de formação

¹⁶ Segundo Paula (2010, p. 290), as autarquias são pessoas jurídicas de direito público, com capacidade autoadministrativa e patrimônio próprio, porém sob controle estatal, e participantes do orçamento do Estado. As autarquias podem ser criadas por qualquer ente federativo (União, estado, município ou Distrito Federal) mediante leis específicas, e só lhe são outorgados serviços típicos da administração pública, ou seja, “podem desempenhar atividades educacionais, previdenciárias ou quaisquer outras outorgadas pela entidade estatal matriz, mas sem subordinação hierárquica, sujeitas apenas ao controle finalístico de sua administração e da conduta de seus dirigentes”.

e bolsas de estudo para os trabalhadores da saúde (LUZ, 1987).

A Secretaria de Saúde e Assistência Social, criada em 1944, foi reorganizada em 1961, com atuação basicamente na capital e, sob sua competência, havia os serviços e assuntos relacionados à defesa da saúde da população e melhoria nos padrões de sanidade e higiene do Estado (LUZ, 1987). Essa secretaria foi extinta em 1964 e substituída pela Organização de Saúde do Estado de Goiás, (Osego), cujo objetivo era assegurar “a defesa da saúde da comunidade e a prestação de assistência médica gratuita aos que não dispusessem de recursos ou meios para provê-la [...]” (LUZ, 1987, p. 115).

Outro fator da reforma administrativa foi a introdução do concurso público e admissão de pessoas vinculadas ao movimento estudantil e partidos políticos de esquerda, para preenchimento de vagas em razão de um quadro administrativo insuficiente e da “necessidade de dar dinamismo e eficiência ao novo quadro de pessoal do Estado” (RABELO, 2004, p. 61).

Em reportagens de *O Popular*, do ano de 1962, constam: a) o repasse de uma verba de aproximadamente oito bilhões e vinte e sete milhões de cruzeiros destinada ao estado, naquele ano (MAIS DE..., 7 jan. 1962, p. 2); b) campanhas de vacinação contra varíola e difteria para a população do Estado, coordenadas pela Secretaria de Saúde (SEC. DE SAÚDE..., 1º mar. 1962, p. 3); c) a previsão do combate à malária para 1963, realizada pela Campanha de Erradicação da Malária (COMBATE..., 5 out. 1962, p. 1); d) a solicitação de um deputado do Partido Trabalhista Brasileiro, PTB, à bancada goiana, no Congresso Nacional, de aumento de dotação orçamentária para 1963, destinada à circunscrição goiana do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNE-Ru) e Departamento da Malária (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA..., 30 out. 1962, p. 3); e) a intenção de contratação pela Secretaria de Saúde de médicos vindos do Rio de Janeiro para trabalhar em municípios goianos (MÉDICOS..., 21 dez. 1962, p. 3). Já em 1964, reportagem de *O Popular* retrata a dificuldade da Osego em contratar médicos e auxiliares, bem como a não assistência médica e dentária da maioria da população (OSEGO ENFRENTA..., 10 nov. 1964, p. 3).

Em relação aos institutos de pensões, *O Popular* (16 fev. 1962) em uma reportagem, informa a criação de uma comunidade de serviços médicos em todos os estados, pelo Departamento Nacional de Previdência Social, com a finalidade

de reunir todos os recursos dos institutos previdenciários em um só estabelecimento de assistência, de forma que todos os segurados da previdência social fossem atendidos em um mesmo local. Em Goiás, os institutos de previdência de Goiás aguardavam instruções do DNPS para a compra de um hospital nessa capital, que serviria aos segurados de todas as categorias trabalhistas (INSTITUTOS CRIARÃO..., 16 fev. 1962, p. 1). Mas, apesar desta unificação, já preconizada pela Lops, de 1960, os institutos continuavam existindo por categorias, como o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE PAGARÁ..., 28 fev. 1962, p. 1), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI EMPRESTARÁ..., 30 mar. 1962, p. 1), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) (SERÃO REALIZADAS..., 13 nov. 1962, p. 1).

Compreende-se que as ações de saúde no estado de Goiás seguiam aquelas traçadas em âmbito nacional, permanecendo as campanhas contra doenças contagiosas ou endêmicas nas zonas rurais e urbanas. A não existência de um plano nacional ou regional de saúde coletiva com equipe multiprofissional gerava intervenções setoriais, isoladas e imediatas e a ênfase na saúde curativa com contratação de médicos e dentistas. Os serviços de saúde também continuavam sendo prestados pelos IAPs e direcionados para trabalhadores de diversas categorias profissionais, fruto do corporativismo implementado pelo próprio Estado.

O Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás, cujo objetivo era, de acordo com Costa (2007, p. 62), “promover o desenvolvimento e a modernização econômica, social, cultural e política, substituindo o improvisado pelo uso da razão, do profissionalismo e da técnica”, reconhecia os órgãos de saúde, organizados direta ou indiretamente na estrutura do Estado, suas atribuições, e o papel do Estado como prestador de serviços de assistência à saúde.

Correia (2006) analisa que a consolidação do projeto de Mauro Borges, incluindo a implantação do Ipasgo e dos demais serviços de saúde, aconteceu em um contexto de redução das liberdades democráticas, com a implantação do

regime militar, e de expressivo crescimento econômico do país¹⁷. A concentração de terra permanecia, e o poder político era mantido pelos proprietários rurais do estado, reafirmando a modernização conservadora no Brasil (SOUZA, 2004). Segundo Luz (1987) apesar de não ser de fácil execução, mais de 80% das metas estabelecidas pelo planejamento de Mauro Borges foram concretizadas, porém interrompidos pelo regime militar, o qual estabeleceu medidas restritivas ao plano.

A reforma administrativa operacionalizada pelo PDEG sofreu modificações no final do período de Mauro Borges, com a extinção de “algumas secretarias de Estado para as quais não existia função específica, ou que chocava com funções exercidas por órgãos paraestatais” (LUZ, 1987, p. 60).

Um exemplo foi a própria modificação da estrutura organizacional da Osego, que passou a ter a função de órgão executor da política de saúde, vinculada à Secretaria de Saúde. Os objetivos dessa secretaria, recriada em 1975, eram a elaboração de planos estaduais de saúde, estabelecimento de diretrizes para definir os programas nas áreas de saúde pública, saneamento básico, ambiental e farmacêutico, realização de estudo das questões de interesse da medicina preventiva e curativa, promoção de estudos, visando a melhoria das condições urbanas e rurais, orientação da definição das linhas e volumes da produção da indústria farmacêutica estadual, planejamento da melhoria e da expansão dos serviços de saúde e manutenção de relacionamentos com entidades públicas e privadas vinculadas à sua área de atuação, incluindo as associações científicas¹⁸.

Os planos de governo posteriores a 1964, em Goiás, conservaram uma visão tecnicista do planejamento¹⁹, uma conveniente aceitação do Estado como regulador e provedor do mercado, com maior presença e ações estatais para o

¹⁷ Segundo Netto (1991), o golpe de 1964 configurou uma solução militar para a crise de hegemonia instalada no país e sua intenção de modernização industrial combinava-se com os objetivos do capital internacional, por meio da ocupação de postos nos aparelhos do Estado e a formulação de um projeto de industrialização para o país.

¹⁸ Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=79006>. Acesso em: 26 abr. 2013.

¹⁹ Segundo Borges (2004a), a diferença em relação a períodos anteriores é que os programas e objetivos da ação estatal reforçaram os padrões seletivos da política social, com os benefícios atingindo algumas camadas da população e excluindo outras, as quais ficavam à mercê de medidas compensatórias e assistencialistas, com objetivos eleitoreiros. Também, o controle estatal tornou-se mais forte sobre a economia e a sociedade, cabendo aos governos a implementação e a sustentação da modernização capitalista mediante programas e recursos advindos de fundos públicos federais ou estaduais.

desenvolvimento nos setores de infraestrutura e agricultura e na extensão da adoção de programas e financiamentos diretos a grupos empresariais, além de negociações no plano político (BORGES, 2004a).

A centralização de indústrias em São Paulo possibilitou uma reformulação das relações entre as regiões periféricas, na qual Goiás se encontra, e o centro dinâmico da economia, favorecendo o surgimento de atividades concentradas nas cidades. Em Goiás, segundo Estevam (2004), as atividades econômicas apoiaram-se na expansão do setor terciário²⁰ (governo, 3,8%; transportes, 4,1%; e comércio, 14,4%), contribuindo para a expansão da composição da renda interna estadual e um deslocamento econômico em favor de Goiás em relação ao comércio existente no Triângulo Mineiro, na compra e distribuição de produtos.

Contudo, Goiás, ainda um estado agrário, especializou-se na transformação de produtos primários, sobretudo os alimentícios, cuja indústria empregava pequena parcela da PEA. A maioria da população do estado estava concentrada no setor primário, em razão do próprio caráter de integração nacional. Em relação à composição da renda interna, a indústria participava, em 1960, com 7,3%, e a agricultura, apesar do crescimento do setor de serviços (43,2%), continuava, ainda, despontando com 49,5% (ESTEVAM, 2004).

Nesse contexto, a partir da segunda metade da década de 1960, parte do parque industrial brasileiro encontrou novas modalidades de acumulação dirigindo-se para o setor agropecuário, o que exigiu a industrialização do campo, com apoio do governo estadual e de empresas multinacionais. A intervenção estatal deu-se no controle, subsídios e programação da atividade agrícola e a participação das multinacionais, no uso da tecnologia, equipamentos e insumos empregados. Porém, a “modernização” não alterou a estrutura fundiária existente e não passou de mudanças de caráter tecnológico e organizacional (ESTEVAM, 2004).

Em relação à saúde daquele período, de acordo com pesquisa em reportagens em *O Popular*, a Osego mantinha a prestação da assistência à saúde no estado, com ações visando campanhas de vacinação contra várias doenças, como poliometite, tétano, coqueluche, tuberculose, no interior e na capital,

²⁰ De acordo com Estevam (2004, p. 142), o setor terciário em Goiás, “ligado à mercantilização de produtos agropecuários destinados aos centros mais dinâmicos do país e de produtos industrializados no território”, cresceu proporcionalmente ao ritmo de urbanização do estado.

(VACINADORES DA..., 3 jan. 1970, p. 3; OSEGO ACONSELHA..., 10 jan. 1970, p. 3; POLIO MATA..., 15 jan. 1970, p. 7; OSEGO ENVIA..., 22 jan. 1970, p. 3; OSEGO DIZ..., 31 jan. 1970, p. 3), cursos de capacitação para seus trabalhadores (ATENDENTES RECEBEM..., 19 dez. 1964, p. 3), convênio com hospitais para prestação de serviços, com a instalação de um Pronto Socorro no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HOJE FUNCIONARÁ..., 4 dez. 1964, p. 1; ASSINADO NOVO..., 10 jan. 1970, p. 3), controle sanitário em estabelecimentos como barbearias, comércios de gêneros alimentícios, farmácias, feiras livres e comércio ambulante em Goiânia (OSEGO MULTA..., 15 jan. 1970, p. 7; OSEGO INSISTE..., 31 jan. 1970, p. 3). Foram anunciadas, nesse período, a construção do Hospital do Pênfigo e do Laboratório Central, Lacen (OSEGO APLICARÁ EM 65..., 28 fev. 1970, p. 3).

Contudo, em 10 de novembro de 1964, o periódico (OSEGO ENFRENTA..., p. 3) a situação da Osego: dificuldade em contratar médicos e auxiliares técnicos para o funcionamento das unidades de saúde no interior do Estado, centralização do serviço de saúde na capital (dos 480 médicos do estado, 250 residiam em Goiânia), não assistência médica e odontológica à maioria da população goiana, agravando as atividades da Osego, e baixos salários pagos pelo estado. Em 17 de dezembro de 1964, outra reportagem (OSEGO APLICARÁ GRANDE..., p. 9) expõe a precária assistência de saúde no Norte goiano, com apenas 5 médicos e a inexistência em 13 unidades de saúde da região de materiais e medicamentos para atendimento de suas necessidades.

O atendimento à saúde aos trabalhadores com vínculo com a previdência social eram realizados por meio de emissão de guias de atendimento pelo INPS para consultas, tratamento clínico e cirúrgico, partos e outros, em convênios com clínicas e hospitais particulares, distribuição de medicamentos. Porém o atendimento contava com vários problemas, como o descredenciamento de profissionais médicos do INPS, greves da categoria de médicos por melhores condições de trabalho e salário, filas enormes, carência de recursos do ambulatório, falta de médicos especialistas em algumas categorias, apenas 122 médicos no estado para atendimento dos previdenciários, com vários deles atuando em atividades burocráticas, suspensão de atendimento dos hospitais conveniados aos previdenciários (SINDICATOS VÃO..., 3 jan. 1970, p. 1; TODOS

OS MÉDICOS..., 9 jan. 1970, p. 1; MINISTRO GARANTE..., 10 jan. 1970, p. 3; MÉDICOS MANIFESTAM..., 18 jan. 1970, p. 3; ACABOU O PLANO..., 6 fev. 1970, p. 3).

Nesse contexto, houve uma forte atuação da Associação Médica de Goiás (AMG) e da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG), não reconhecendo a assistência médica destinada a todas as categorias sociais e reivindicando o pagamento de valores maiores para internação além de cobrança maior de previdenciários com maior renda familiar (HOSPITAIS JÁ NÃO..., 14 jan. 1970, p. 3; MÉDICOS: LUTA É..., 14 jan. 1970, p. 3)

Segundo Estevam (2004), a partir da década de 1970, o estado de Goiás sofreu mudanças em sua estrutura socioproductiva, com a entrada de segmentos industriais e as modificações na relação de trabalho, com maior proletarização do trabalhador rural. O financiamento estatal, concentrado, sobretudo, nas mãos dos grandes produtores, intensificou a mecanização do campo, incrementou a indústria de máquinas, dinamizou a pecuária e os investimentos governamentais na agricultura.

Contudo, mesmo com investimentos governamentais efetuados na produção agrícola, houve a retração do papel desse setor, com a participação de 28% na composição percentual da renda interna, em 1970, e a expansão dos setores de serviços e industrial, com 63% e 9,0%, respectivamente, na composição da renda interna, refletindo o início da proliferação das agroindústrias em Goiás (ESTEVAM, 2004).

O padrão de desenvolvimento industrial, como analisa Cunha (2010), contou com forte apoio do governo estadual no incentivo e financiamento do uso de equipamentos e insumos no campo. O PDEG constituiu um marco no tocante à política de planejamento, e teve como finalidade o desenvolvimento da produção econômica no estado. Os governos que se seguiram continuaram essa tendência, com apoio governamental referente a isenções de impostos e concessão de benefícios para a indústria, criação de infraestrutura e atração de novos investimentos para Goiás, mediante a criação de polos agroindustriais²¹ em

²¹ A expressão “agroindustrial”, conforme Kossa (2006 *apud* CUNHA, 2010), surgiu da ideia apresentada pela Associação Comercial e Industrial de Anápolis (Acia) de vincular a principal atividade econômica de Goiás, a agropecuária, ao processo de industrialização proposto, a fim de promover um melhor

cidades selecionadas (Catalão, Anápolis, Gurupi, Itumbiara), que objetivavam “estimular o desenvolvimento das potencialidades de cada região goiana e espalhar focos de industrialização e de infraestrutura por todo o Estado” (CUNHA, 2010, p. 77).

Esse processo intensificou-se no primeiro governo de Iris Rezende Machado (1983-1986), com a criação do Programa de Fomento à Industrialização (Fomentar), que ampliou os mecanismos anteriores de incentivo fiscal, reforçando a expansão da atividade agroindustrial no estado (BORGES, 2004a) e no governo de Henrique Santillo (1987-1991), cuja intervenção foi decisiva para potencializar as perspectivas da agroindústria, com a descentralização e interiorização do processo industrial (BORGES, 2004a). Em 1985, registrou-se pela primeira vez, em Goiás, uma composição percentual de renda interna maior na indústria (26%) que na agricultura (20,2%) (ESTEVAM, 2004). No entanto, esse processo foi minimizado pelo próprio contexto vivenciado no país, de instabilidade econômica, de inflação exorbitante e alarmante índice de desemprego.

A ênfase dada à industrialização, de acordo com Arrais (2007), reforça a centralização das atividades econômicas na área de confluência da BR-060, entre Goiânia, Anápolis e Brasília. Como componente dessa política econômica, a regionalização buscou a descentralização dos serviços de saúde e educação, concentrados na Região Centro-Sul do estado.

Contudo, mesmo com investimentos efetuados na produção agrícola e industrial, o setor público permanecia central (BORGES, 2004a). O serviço público representava 8,6% na composição de renda interna do setor de serviços, reafirmando a atuação do Estado, em sua função econômica e de empresário, como grande dinamizador de vagas de empregos para grande parte da população. Na década de 1970, o setor terciário empregava 30,6% da população economicamente ativa, o setor primário, 60,5%, e o setor secundário, 8,9%, conforme Censo IBGE/1970 (*apud* CORREIA, 2006).

O Censo dos Servidores Civis do Poder Executivo realizado na gestão do então governador Otávio Lage de Siqueira (1968-1971) e resgatado por Irapuan Costa Júnior (1975-1979) na elaboração de seu plano de governo, evidencia as

aproveitamento e a transformação de matérias-primas, ou seja, agregar valor aos produtos primários exportados e promover o abastecimento de produtos alimentares em Brasília.

características do trabalhador público goiano da época: a) 15,75% possuíam nível superior, com predominância dos formados em Direito (24,18%) e Filosofia (26,13%), comparecendo os agrônomos e veterinários apenas com 2,43%; b) predomínio de trabalhadores públicos ativos no interior (55,7%), com despesas relativas a esse pessoal de apenas 37,3% do total; c) administração centralizada com 80,9% dos trabalhadores públicos ativos; d) predominância do pessoal de regime estatutário (PLANO IRAPUAN COSTA JÚNIOR, 1975, p. 107 *apud* CORREIA, 2006).

O plano de governo de Irapuan Costa Júnior também retratou a situação da administração pública de Goiás, avaliando a ação do governo como de importância central para a promoção do desenvolvimento do estado. Esse plano identificou que cerca de 50 mil empregos públicos encontravam-se tanto na administração direta quanto na indireta, admitindo uma média de quatro dependentes por cada trabalhador público, resultando em 250 mil pessoas (aproximadamente 7,32% da população total do estado) dependentes direta ou indiretamente do poder público (CORREIA, 2006).

Correia (2006) acrescenta que, em 1998, segundo avaliação da Secretaria do Planejamento em relação ao emprego público, 148.624 pessoas ocupavam cargos de trabalhadores públicos em Goiás. Seguindo a mesma distribuição realizada pelo plano de governo de Irapuan Costa Júnior, supondo quatro dependentes para cada trabalhador, cerca de 743.120 pessoas eram dependentes do emprego público em Goiás, ou seja, de um total de aproximadamente 4 milhões e oitocentas mil pessoas, 15,5% da população eram dependentes. De acordo com dados da Secretária de Estado de Gestão e Planejamento²², de abril de 2013, o quantitativo de trabalhadores do poder executivo estadual totalizava 160.639 trabalhadores, e destes, 42.788 aposentados e 11.208 pensionistas.

O direito à estabilidade representava, de acordo com Borges (2004a), o mais importante rol de circunstâncias legais que dotam o funcionário público de uma “estima social específica”. Além disto, motivavam a busca pelo emprego

²² Dados disponíveis no *site* da Secretaria de Gestão e Planejamento do Estado de Goiás (Segplan): <http://www.seplan.go.gov.br/sepin/pub/conj/conj7/08.htm>. Acesso em: 29 abr. 2013.

público: o auxílio-saúde, a aposentadoria diferenciada, licenças remuneradas e outros privilégios corporativos.

Borges (2004a) acrescenta, ainda, que o serviço público é significativo em Goiás, revelando uma concepção de Estado-patrão e provedor de empregos, em que a qualidade técnica, competência e compromisso deixam de ser considerados diante das vantagens do cargo, e oferecendo peso relativo do trabalhador público, como categoria, na definição do voto favorável à manutenção de suas “vantagens” corporativas ou de protesto político, como ocorreu na eleição de 1998 para governador, em Goiás, em que o candidato da oposição, Marconi Ferreira Perillo Júnior, do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB), pela coligação “Certeza de um Tempo Novo”, derrotou o governista, Iris Rezende Machado, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

A sustentação do setor de serviços deveu-se, como visto anteriormente, à acelerada urbanização regional, apresentando crescimento a partir da década de 1950 e um aumento significativo nos anos seguintes. Estevam (2004, p. 184) afirma que Goiás, a partir daquela década,

aprofundou sua condição de “periferia imediata” do núcleo dinâmico nacional servindo de base para integração do Norte do país. Em função do crescimento de Brasília, da expansão dos troncos rodoviários e do apoio governamental à modernização agrícola dos cerrados, a região – como um todo – teve seu número de habitantes multiplicado nas últimas décadas.

Nessa década, as áreas urbanas em Goiás registraram um maior número de habitantes que nas rurais, em um processo de intensa urbanização e acelerado redução do contingente rural. A concentração urbana esteve localizada em três áreas do Centro-Sul goiano: na Zona do Mato Grosso de Goiás, no entorno de Brasília e na Zona Sudoeste do estado.

O êxodo rural no Estado, segundo Estevam (2004, p. 185), intensificou-se na década seguinte,

em função da adoção de formas capitalistas na agricultura, da valorização de terras, da apropriação fundiária especulativa e ainda tendo em vista a legislação que instituiu direitos trabalhistas para os antigos colonos levando fazendeiros a preferir “expulsá-los” do que obedecer as normas legais.

Nesse período²³, o país restabelecia a democracia política, e outras iniciativas do Estado, como incentivo fiscal, financeiro, infraestruturais e administrativos, impulsionaram a industrialização regional, tendo o capitalismo monopolista como redefinidor do papel da propriedade agrária em Goiás, em benefício de interesses financeiros e da agroindústria. O desempenho, sobretudo nos setores alimentícios, soja, sucro-alcooleiro, vestuário e imobiliário, mudou a identidade econômica de Goiás de uma região com determinação agrícola para agroindustrial. A mudança da identidade do estado provocou uma transição para a contemporaneidade nacional e globalizada.

Na agricultura, a entrada do estado no circuito exportador exigiu alta tecnologia, maquinários e aumento da área e da produtividade das terras cultivadas, mantendo a antiga estrutura fundiária tradicional. Recursos da esfera federal e estadual foram utilizados para abastecer novos investimentos agrícolas, fortalecendo a modernização capitalista em Goiás.

Estas alterações na ordem econômica, segundo análise de Estevam (2004), repercutiram na vida socioeconômica regional. As antigas forças produtivas na agricultura foram substituídas por novas forças do tipo industrial, voltadas para a exportação, com maiores recursos a grandes produtores e concentrando-se no cultivo de produtos com maiores possibilidades de mecanização e exploração, sobretudo com referência ao milho e à soja. Em virtude da agroindústria, Goiás sofreu um acelerado surto de urbanização, uma progressiva redução do contingente rural e desconcentração produtiva, com a instalação de empresas de capital nacional e internacional na região, operando, principalmente, nos ramos de comércio e transformação de alimentos. Esse processo de modernização em Goiás levou a um aumento considerável do Produto Interno Bruto (PIB) goiano em relação à Região Centro-Oeste, em 1985, tanto na agropecuária (47,2%), como nos setores industrial (42,8%) e de serviços (50,0%).

²³ Assumiram o governo do estado de Goiás nas décadas de 1980 e 1990: Ary Valadão (1979-1983), Iris Rezende Machado (1983-1986), Onofre Quinan (1986-1987), Henrique Santillo (1987-1991), Iris Rezende Machado (1991-94), Agenor Rezende (1994-95), Maguito Vilela (1995-1998), Naphtali Alves de Souza (1998), Marconi Perillo (1999-2006), Alcides Rodrigues Filho (2006-2010), e Marconi Perillo (2011-até 2013). Disponível em: <http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>. Acesso em: 4 out. 2013.

A atuação governamental em todo esse processo foi decisiva, seja beneficiando as empresas com infraestrutura (cessão de terrenos, serviços de distribuição de água, energia, coleta e tratamento de esgoto sanitário, estrutura de telecomunicações, pavimentação de estradas, entre outros), seja por meio de incentivos fiscais, com redução de alíquotas do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

Borges (2004a) registra que o resultado dessa estratégia de diminuição de impostos foi a deterioração das receitas públicas, aumento das demandas sociais por saúde, educação, segurança pública, pouca oferta de empregos efetivos e sobrecarga de impostos para as regiões envolvidas, em que as políticas públicas e as forças de mercado ficaram condicionadas pela subordinação agrícola do estado.

Na área da saúde, na década de 1970, conforme dados obtidos em matéria do jornal *O Popular*, a desnutrição infantil era a principal causa de mortes de crianças nascidas vivas, cujo percentual era superior ao de outras capitais; a média de vida entre as mulheres era de 64 anos e dos homens, de 58 anos. Havia falta de planejamento e duplicidade das ações de saúde, com multiplicidade de órgãos que cuidavam da saúde sem definição de suas atividades, a maioria concentrados nas três principais cidades do estado, concentração de 58% dos médicos e de 60% de dentistas em Goiânia e pouco serviço de rede de esgoto nas cidades (MÉDIA DE VIDA..., 29 maio 1975, p. 6).

Diversas notícias e temas de *O Popular* ilustram como as ações de saúde ocorriam no estado de Goiás, no período anterior à configuração do capítulo da seguridade social e da promulgação da Constituição Federal de 1988. Eram ações que ocorriam acerca da: continuidade das campanhas de vacinação contra doenças endêmicas, na capital e no interior (CENTRO DE SAÚDE..., 6 nov. 1973, p. 3; TUBERCULOSE É SÉRIO..., 4 dez. 1973, p. 5; VACINA CONTRA..., 4 maio 1975, p. 1; GOIÂNIA RECEBE..., 20 maio 1975, p. 3; OSEGO REINICIA..., 23 maio 1975, p. 8; OSEGO VACINA..., 14 jun. 1975, p. 5; OSEGO TERMINA..., 17 jun. 1975, p. 4), trabalho de atuação da Osego em laboratórios, feiras livres, comércio ambulante em Goiânia e no interior (LABORATÓRIO COM..., 9 maio 1975, p. 5; SAÚDE INVESTIGA..., 6 jun. 1975, p. 6; SANITARISTAS INICIAM..., 7 jun. 1975, p. 5), obras paralisadas do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da

Universidade Federal de Goiás em convênio com a Osego (NOVO PRONTO SOCORRO..., 26 jun. 1975, p. 5), convênio com a Central de Medicamentos (CEME ABASTECE..., 11 jun. 1975, p. 6), criação do pronto socorro psiquiátrico (DOENTE MENTAL..., 13 maio 1975, p. 3), início da produção e fornecimento de medicamentos pela Iquego para Goiás e outros Estados (ONZE ESTADOS..., 24 jun. 1975, p. 6), desabastecimento de medicamentos importados básicos, no mercado farmacêutico (OSEGO EMPENHADA..., 17 maio 1975, p. 3; INSULINA CHEGOU..., 3 jun. 1975, p. 5), funcionamento do Hospital Materno Infantil com metade de sua capacidade (MÉDIA DE VIDA..., 29 maio 1975, p.6).

O INPS convivia com a carência de funcionários e profissionais médicos para o atendimento de toda população previdenciária da capital (INPS QUER..., 23 maio 1975, p. 4; PREVIDÊNCIA EM GOIÁS..., 25 jun. 1975, p. 4). Segundo matéria jornalística de Goulart (1^o jun. 1975, Cidade/Estado), a iniciativa privada, com forte atuação no setor de saúde, também operava seu *lobby* em favor da oficialização da assistência particular à saúde no país e não sendo mera suplementadora da ação oficial, argumentando deter 83,77% dos hospitais e 66,10% dos leitos. Justificava também que vários hospitais governamentais, por exigirem grandes despesas para sua construção e manutenção, permaneciam fechados ou com diminuição gradativa no número de leitos, demonstrando a incapacidade do governo em gerir o setor, bem como a necessidade governamental de compra de consultas médicas no setor privado pelo INSS, deixando, mesmo assim, uma forte demanda reprimida e insatisfeita por falta do atendimento na área.

2.2 Constituição Federal de 1988 e sua repercussão na política de saúde do estado de Goiás

A década de 1980 foi marcada por profundas mobilizações dos trabalhadores da saúde em Goiás, por melhores condições de trabalho e salário (RIBEIRO, 5 dez. 1986, p. 6; GREVE NA OSEGO..., 17 dez. 1986, p. 6; HOSPITAL DA OSEGO..., 13 jan. 1987, p. 6; DECISÃO DO INAMPS, 14 out.

1987, p. 6), bem como em torno de discussões sobre um novo sistema de saúde no país, com mudanças em relação à participação da comunidade por meio de Conselhos em cada unidade da Osego (CONASS PEDE..., 4 dez. 1986, p. 6; MÉDICOS SUGEREM..., 17 jan. 1987, p. 6; MUNICÍPIO INVESTE..., 22 jan. 1987, p. 8; SANITARISTAS DEBATEM..., 27 jan. 1987, p. 6; SAÚDE É A..., 30 jan. 1987, p. 3; OSEGO INCLUI..., 9 out. 1987, p. 5) e da implantação do sistema de municipalização dos serviços de saúde, com a criação de distritos sanitários, utilizando postos da prefeitura, Osego, Inamps e Universidade Federal de Goiás (UFG) (CONVÊNIO MUNICIPALIZA..., 18 out. 1987, p. 13).

O governo estadual continuou com a atuação em estabelecimentos comerciais (OSEGO INTERDITA..., 11 dez. 1986, p. 7; OSEGO FECHA..., 18 dez. 1986, p. 8) e a busca de profissionais médicos em outros estados, para trabalharem no interior de Goiás (OSEGO BUSCA..., 2 dez. 1986, p. 6).

O setor privado também se mobilizou: realizou um simpósio para deliberar propostas a serem encaminhadas à Assembleia Nacional Constituinte e se posicionou contra a proposta de intervenção do Inamps na execução de contratos realizados nos hospitais particulares e contra a estatização da saúde, argumentando ser o setor responsável por 85%, no país, e por mais de 90% do atendimento hospitalar prestado à população, em Goiânia (HOSPITAL PENSA..., 5 dez. 1986, p. 6; HOSPITAIS VOLTAM..., 15 jan. 1987, p. 6; CONTRATO-PADRÃO É..., 17 jan. 1987, p. 6; HOSPITAIS VÃO..., 20 out. 1987, p. 8).

Nessa década, também foi estruturada a Coordenação de Vigilância Sanitária da Osego (SAÚDE PODE..., 7 jan. 1987, p. 7); a saúde mental foi discutida, buscando uma proposta de descentralização das atividades, com atendimento multiprofissional para um setor onde, até então, prevalecia um distanciamento entre as ações do Estado e do Inamps, e cuja ação, se baseava no hospitalismo (DEFENDIDA NOVA...; AÇÃO É..., 11 jan. 1987, p. 8) e o Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher e da Criança, implantado pelo Ministério da Saúde, por meio da Osego, desde 1984, efetivava um trabalho de base de orientação à mulher sobre a decisão de ter ou não filhos, de planejamento familiar e realização de exames e consultas (ALTO ÍNDICE..., 22 jan. 1987, p. 8). Há registros também dos concursos públicos realizados para preenchimento de cargos técnicos de saúde e pessoal administrativo, para o

interior e capital (OSEGO DIVULGA..., 9 dez. 1986, p. 5; OSEGO FAZ..., 11 jan. 1987, p. 10; CONCURSO DA SAÚDE NÃO..., 16 jan. 1987, p. 6).

O Pronto-Socorro do Inamps era alvo de críticas constantes de sindicalistas, trabalhadores e usuários devido à sua precária condição para atendimento: falta de profissionais especializados (RIBEIRO, 5 dez. 1986, p. 6; INAMPS GARANTE...; CUT E CGT...; RONEI REVELA..., 7 dez. 1986, p. 12; ANESTESISTAS VOLTAM..., 9 dez. 1986, p. 5). Nesse cenário, o setor farmacêutico continuou dependente das grandes indústrias, que recusavam repassar produtos às distribuidoras com a alegação de falta de embalagem e matéria-prima, forçando o governo ao reajuste do preço de medicamentos (REMÉDIO CONTINUARÁ..., 2 dez. 1986, p. 6).

A história do estado de Goiás registra, em setembro de 1987, o acidente radioativo com o Césio-137, um dos maiores acidentes radioativos já ocorridos no país e no mundo. Apesar do atendimento às vítimas ter sido garantido pelo governo, os trabalhadores (bombeiros, garis, equipes de hospital etc.) não tinham informações seguras de como realizar o trabalho, conforme dados em reportagens de *O Popular*, de outubro de 1987. O acidente revelou despreparo do país para enfrentar as possíveis consequências negativas do uso da energia nuclear, mas trouxe como conquista a pesquisa, a discussão sobre o uso da energia nuclear e descobertas científicas no campo do tratamento das vítimas de radiação. A imprensa registra a criação pelo governo do estado de Goiás da Fundação Leide das Neves, em 24 de fevereiro de 1988, para acompanhamento às vítimas até a terceira geração e o Núcleo de Acompanhamento do Acidente com o Césio (Nuac), pela UFG (DISCRIMINAÇÃO E O ESTIGMA, 2 out. 1988, p. 10-11). Vale observar que estão disponíveis diferentes estudos, de grupos de pesquisa e de publicações científicas que analisam dimensões do acidente, incluindo a condições dos radioacidentados e suas necessidade permanentes, o que levou à criação de uma associação específica.

As mudanças propostas, e ainda embrionárias, em busca de uma política de saúde ocorriam em virtude da prioridade à medicina curativa, em detrimento da preventiva; do precário e seletivo atendimento da população (falta de instalações físicas adequadas, de profissionais técnicos especializados, de leitos, de medicamentos, materiais e equipamentos, e de recursos financeiros), da

sobrecarga dos hospitais públicos, sem uma política definida para o setor, bem como sem uma política efetiva de prevenção de doenças evitáveis, de repasses financeiros aos convênios com a rede privada de atendimento, das recusas de atendimento da população pela rede conveniada ao Inamps; do crescimento da medicina privada no país, da interferência do *lobby* do setor privado (hospitais, laboratórios e indústria farmacêutica), e da necessidade de reorganização do setor, garantindo saúde como um direito o cidadão.

Quando a nova Constituição estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, sem necessidade de contribuição prévia e de acesso universal, garantido mediante políticas sociais e econômicas e aberto para a iniciativa privada, e a previdência social, com caráter contributivo e filiação obrigatória, a preocupação da Associação Brasileira de Institutos de Previdência (Abip) e de grande parte dos trabalhadores públicos recaiu sobre os institutos estaduais e municipais de Previdência, cuja manutenção dependeria do interesse dos governadores dos estados, uma vez que havia a possibilidade de preservá-los, com certa independência e autonomia (ABIP APOIA..., 9 out. 1988, p. 9).

A Constituição Federal de 1988 provocou, também, algumas mudanças que afetaram diretamente a geografia de Goiás e a forma de administrar o estado. Geograficamente, o território goiano descaracteriza-se politicamente com a divisão em duas unidades federativas, na altura do Paralelo 13: Goiás e Tocantins. Esta divisão implicou uma redução da área total do território goiano e identificou a região com maior densidade demográfica concentrada em três espaços do Centro-Sul da região: na Zona do Mato Grosso Goiano (Goiânia e Anápolis), no entorno do Distrito Federal (Luziânia e Formosa) e na área Sudoeste (Rio Verde, Itumbiara e Jataí) (ESTEVAM, 2004, p. 185). Os trabalhadores no serviço público tiveram, naquele momento, possibilidade de escolha para qual ente federativo continuariam trabalhando.

Administrativamente, a Constituição Federal estabeleceu a exigência do Plano Plurianual²⁴ (PPA) como instrumento de planejamento governamental,

²⁴ O Plano Plurianual (PPA) foi instituído como instrumento de planejamento governamental pela Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988, art. 165), para estabelecer, de forma regionalizada, diretrizes, objetivos e metas da administração pública, definindo investimentos e despesas por um período de quatro anos. O PPA foi regulamentado pelo Decreto nº 2.829, de 29 de outubro de 1998. (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998).

estabelecendo que nenhum investimento cuja execução ultrapassasse um exercício financeiro poderia ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorizasse a inclusão, sob pena de crime de responsabilidade (art. 167, § 1º) e a indicação, de forma regionalizada, das metas da administração pública, visando a redução da desigualdade social (art. 165, § 7º).

Em Goiás, a construção do sistema único de saúde, de acordo com seus princípios e diretrizes de descentralização, integralidade e participação social, autodefinidos pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, apontou a necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais e de aperfeiçoamento das práticas gerenciais tradicionais da área de saúde.

Reportagem de *O Popular* (GOIÁS É O..., 13 nov. 1988, p. 10) indicava Goiás como o primeiro Estado a estruturar a saúde nos moldes do sistema unificado, resultado de uma luta iniciada em 1976 e com êxito em julho de 1987, quando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) foi criado no estado.

Dentre as mudanças, houve a extinção da Osego como autarquia, pela Lei nº 10.502/88 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1988a), regulamentada pelo Decreto nº 3.109-A, de 28 de dezembro de 1988 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1988c), transformando-a em uma unidade da Secretaria da Saúde, reestruturada organizacionalmente pelo Decreto nº 2.740, de 11 de junho de 1987 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1987), obedecendo à reforma administrativa do governo Santillo para uma coordenação única para a administração e atendimento realizados.

A reforma administrativa do estado de Goiás, com o Decreto nº 3.045, 23 de setembro de 1988 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1988b), além de incluir um novo organograma para o setor de saúde, teve como objetivo ter, sob seu comando, toda a rede de hospitais públicos em Goiás e unidades conveniadas, e de consolidar o sistema único de saúde, em Goiás.

A aprovação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1990) consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando a descentralização e municipalização das ações de saúde. Dentre as ações desenvolvidas, algumas, conforme reportagens de *O Popular*, reportam-se à: manutenção das campanhas de vacinação da população, contra

paralisia infantil, sarampo, diarreia, tétano, coqueluche, febre amarela e rubéola, que começaram a acompanhar um calendário nacional (SAÚDE QUER..., 22 set. 1990, p. 6; VACINAÇÃO EM MASSA..., 08 out. 1998, Cidades; VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA SERÁ ESTENDIDA..., 15 out. 1998, p. 14); realização de concurso público para preenchimento de vagas em todas as categorias profissionais, para o Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo), hospitais regionais do interior e Centros de Atenção Integrada à Saúde (Cais) em Goiânia e no interior (CONCURSO DA SAÚDE TERÁ..., 29 set. 1990, p. 8).

Constam ainda das reportagens o início do repasse de medicamentos para usuários portadores do vírus HIV, de hanseníase, tuberculose, pênfigo e outras doenças cadastradas no hospital pela farmácia do Hospital de Doenças Tropicais – HDT (AMBULATÓRIO DO ANTIGO HDT..., 1º out. 1998, p. 5B) e realização de exames que verificassem a sensibilidade do portador de tuberculose a medicamentos, pelo Lacen, antes feitos em Brasília (LACEN FAZ..., 2 out. 1998, p. 4B), adoção de medidas de segurança pelo Ministério da Saúde para evitar falsificação de medicamentos (NOVA EMBALAGEM..., 9 out. 1998, p. 2), aprovação de projeto pela Câmara dos Deputados sobre medicamentos com nomes genéricos (CÂMARA APROVA..., 19 nov. 1998, p.14), dentre outras.

As dificuldades em assegurar condições de atenção à saúde continuaram desencadeando manifestações e lutas sociais. Segundo reportagens no *O Popular*, os trabalhadores da saúde reivindicavam melhoria salarial e dos serviços de saúde do Estado por meio de greves e manifestações (GREVE DEIXA..., 6 set. 1990, p. 6; SERVIDORES DA SAÚDE..., 20 nov. 1998, p. 5B); os recursos financeiros para o setor foram reduzidos (SAÚDE ADMITE..., 9 out.1998, p. 16; CORTE DE VERBA..., 17 out. 1998, p. 5B); persistia a precariedade de instalações, de equipamentos hospitalares e de condições de trabalho (MÉDICOS QUEREM..., 10 out. 1998, p. 4B; HC PEDE..., 27 out. 1998, p. 4).

Silva (2012) aponta que, em 1994, com a finalidade de financiamento das ações e serviços de saúde, foi criado o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), o qual foi transformado em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1996a). A CPMF, com previsão inicial para vigorar até 1998, vigorou até 31 de dezembro de 2007. Em 1999, sua alíquota aumentou e passou a custear,

também, benefícios previdenciários.

O *Popular* publicou uma reportagem sobre os gastos do governo em Goiás avaliando a não retração da conta de pagamento da folha com funcionalismo, demandando, em média, 68% a 69% da receita líquida estadual, bem como da dívida do Estado, de aproximadamente seis bilhões, com desembolso mensal em torno de 11% a 13% da receita líquida do Estado (ESTADO CONTROLA..., 25 out. 1998, p. 4B). Essa reportagem trazia uma avaliação do economista Luiz Alberto de Oliveira em relação à intranquilidade nas finanças públicas do Estado, com arrocho no salário dos trabalhadores públicos de Goiás, enxugamento de pessoal da máquina pública e renegociação da dívida pública. Naquele momento, a verba disponível do governo goiano, incluindo a destinada a investimentos em obras, era proveniente dos recursos da privatização da Usina de Cachoeira Dourada, ocorrida em setembro de 1997, por 726 milhões de dólares.

Um levantamento do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), feito a pedido do Sindsaúde, em 1998 (SAÚDE PAGA..., 19 out. 1998, p. 7) demonstrava que as mulheres eram a maioria dos trabalhadores do SUS em Goiás, representando 69,4% do total de trabalhadores da categoria, e o rendimento médio mensal feminino era 55% inferior ao masculino, além de ocupar cargos com menor qualificação. Esta pesquisa também demonstrou a redução do quadro de trabalhadores na saúde, comparando os anos de 1995 e 1996, com um total de 7.106 para 6.781 trabalhadores, respectivamente.

O crescente processo de urbanização do estado de Goiás pôde ser evidenciado, na década de 1990, como demonstrado pelo Censo 2000, do IBGE. Segundo os dados demográficos do referido censo, Goiás possuía uma população de 4.396.645 milhões de habitantes na zona urbana e 606.583 mil, residentes na zona rural. Dados do censo do Dieese, do mesmo ano, demonstram que, em Goiás, o percentual da população masculina totalizava 2.492.438 homens, e a feminina contava com 2.510.790 pessoas (DIEESE, 2003, p. 6).

Em relação à distribuição por setor de atividades, as pesquisas do Dieese (2003, p. 12) indicam que a agropecuária ocupava 309.451 pessoas (14,70%) e a indústria, 280.839 trabalhadores, ou 13,34% do total. O setor de serviços respondeu por 71,96% das ocupações, e o comércio, 18,70% (393.859) dos

postos de trabalho. A construção civil, no estado empregava 163.817 pessoas (7,78%), a administração pública e seguridade social ocupavam 141.691 (6,73%) e a intermediação financeira e atividades imobiliárias ficavam com 5,78% (121.724) do total de ocupados (DIEESE, 2003, p. 12), reafirmando o aumento do setor de serviços no estado.

As duas últimas décadas (1980 e 1990) constituíram um período de grandes mudanças e de transição em Goiás. A partir de 1998, o Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB) saiu vencedor nas eleições governamentais em Goiás²⁵, com a vitória de Marconi Perillo, pela coligação “Certeza de um Tempo Novo”²⁶ e a proposta de “mudança de métodos, das práticas conservadoras e ultrapassadas do governo [do PMDB] que está aí há 16 anos, por uma prática nova, moderna, diferente, cuja verdade vai ser o principal objetivo” (BRAGA, 18 out. 1998, p. 5). Para a área da saúde, o plano de governo de Marconi Perillo propunha investimento de, no mínimo, 10% do orçamento estadual para o setor, implantação do programa médico da família e do programa de agentes comunitários de saúde, funcionamento efetivo do Hospital Geral de Goiânia, construção de dois hospitais de urgência no interior do estado (Aparecida de Goiânia e Anápolis) e mais seis cais em Goiânia e funcionamento 24 horas das unidades de saúde (BRAGA, 25 out. 1998, p. 3B). Para o Ipasgo, propunha a transferência da administração do órgão para os trabalhadores do serviço público de Goiás, cuja reivindicação vinha desde o final da década de 1980 (SERVIDORES PODEM..., 9 jan. 1987, p. 6), e a quitação de sua dívida (BRAGA, 25 out. 1998, p. 3B).

Para a administração pública, propunha a redução do número de cargos comissionados, realização de concurso público, renegociação das dívidas do estado para possibilitar aumento salarial dos trabalhadores do serviço público e descentralizar a administração estabelecendo parcerias com os municípios (BRAGA, 25 out. 1998, p. 3B).

²⁵ Denise Paiva Ferreira (2008), em seu artigo “Volatilidade eleitoral e desenvolvimento do sistema eleitoral partidário em Goiás (1982-2006)”, analisa o padrão das mudanças/estabilidade dos partidos políticos em Goiás, bem como o processo de implementação e desenvolvimento do sistema partidário no estado.

²⁶ A coligação “Certeza de um Tempo Novo” agregou os seguintes partidos: Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Partido Progressista Brasileiro (PPB), Partido da Frente Liberal (PFL), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e Partido Social Democrata Cristão (PSDC).

Afinado com a política neoliberal implementada pelo governo federal, o governo de Goiás (MARCONI SE INSPIRA..., 15 nov. 1998, p. 3) previa uma reforma administrativa, com fusões e extinções de secretarias, a fim de tornar a máquina administrativa estadual mais enxuta, eficiente e moderna, a informatização de canais de comunicação entre as secretarias e o governo (REFORMA ADMINISTRATIVA..., 19 nov. 1998, p. 2). Propunha também o corte significativo nos cargos comissionados do estado para adequar-se ao limite de 60% com gastos de pessoal estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, o governo ainda deveria aproveitar experiências de outros estados, também governados pelo PSDB, como modelo para Goiás, como a parceria com o setor empresarial e a implantação do programa de qualidade total (TUCANO ANUNCIA..., 28 nov. 1998, p. 2).

Durante o governo, Perillo, foi elaborado o Plano Plurianual 2000-2003, pela Lei nº 13.570/1999 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1999), que estabelecia, como objetivos estratégicos (art. 2º), tornar Goiás competitivo em decorrência da globalização econômica mundial, transformando-o em polo de desenvolvimento econômico regional, corrigir as distorções e os desequilíbrios regionais causados pelo processo de desenvolvimento econômico-social e promover alianças estáveis com as entidades da sociedade civil organizada.

Quanto ao setor de saúde, o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás²⁷ (GOIÁS, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004), assinala que o estado, historicamente, tinha como determinantes uma distribuição geográfica distorcida, com grande concentração dos serviços na capital e pouca ou nenhuma assistência à saúde nos municípios mais distantes, gerando dificuldade de acesso e encaminhamento ao atendimento na área, determinando, assim, deslocamentos constantes dos usuários. A sociedade goiana apresentava, também, um crescimento populacional predominantemente urbano, como observado anteriormente, distribuído desordenadamente pelas regiões do Estado e sofrendo

²⁷ O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, em 2004, visando atender as diretrizes estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), no que se refere ao ordenamento do processo de regionalização da saúde nos estados, ampliando o processo de descentralização e municipalização, de modo a atender às necessidades da população com eficiência, racionalização e o mais próximo possível do local de residência do cidadão (GOIÁS, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004).

influências de polos com realidades econômicas, sociais e políticas diferenciadas, como é o caso do Entorno de Brasília.

Outras inquietações referentes ao setor de saúde nesta década, em Goiás, foram registradas em reportagens de *O Popular*: longas filas de espera para realização de cirurgias eletivas (HGG RETOMA..., 25 mar. 2000, p. 3B), falta de recursos e materiais e equipamentos nas unidades de saúde vinculadas à Fundação de Apoio às Ações de Saúde do Estado de Goiás (Funsauúde) da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (HOSPITAIS PODEM..., 30 mar. 2000, p. 5B), falta de vagas em unidades de terapia intensiva (UTIs) pediátricas e sobrecarga no atendimento no Hospital de Urgências de Goiânia – Hugo (PREJUDICADOS SERVIÇOS..., 20 abr. 2000, p. 2B; CZEPAK, 25 jul. 2003, p. 3), péssimas condições da rede hospitalar do interior do Estado (CZEPAK, 19 maio 2002, p. 3), falta de estruturação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em 10% das unidades hospitalares conveniadas e particulares, além da apatia e acomodação dos administradores hospitalares em perceber a mudança do perfil de atendimento em relação ao menor tempo de internação para evitar complicações posteriores (FALTA COMISSÃO..., 19 maio 2002, p. 4), maior taxa de incidência de tuberculose em Goiás que a registrada no Brasil e manifestação de dengue na capital (DORIAN, 24 mar. 2004, p. 6; FRANCO FILHO, 25 mar. 2004, p. 3).

Foram mencionadas, também, as irregularidades dos municípios na gestão dos recursos destinados pelo Ministério da Saúde para aplicação na área (BORGES, 5 mar. 2002, p. 2B), valores irrisórios pagos pelo SUS por procedimentos, internações, e outros, aos hospitais conveniados (FALTA COMISSÃO..., 19 maio 2002, p. 4), atraso de dois anos na construção do Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia (APARECIDA DE GOIÂNIA:..., 21 mar. 2004, p. 4), paralisações dos trabalhadores da saúde (PARALIZAÇÃO NA SAÚDE..., 25 mar. 2000, p. 4B; SERVIDORES DA SAÚDE DECIDEM..., 28 abr. 2000, p. 5B; MONTEIRO, 19 set. 2001, p. 5), e transformação da Fundação Leide das Neves em Superintendência Leide das Neves, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, tornando os encaminhamentos mais lentos (CEZPAK, 3 maio 2002, p. 5).

O setor farmacêutico foi alvo de denúncias, e as reportagens assinalavam o aumento no preço de medicamentos, e configuração de oligopolização do setor, com dependência do capital externo (NETO, 27 abr. 2000, p. 10; REMÉDIOS TERÃO..., 11 set. 2001, P. 6; AUMENTO DOS REMÉDIOS..., 25 maio 2002, p. 17), as dificuldades em conseguir medicamentos pela rede pública e os argumentos dos repasses de remédios pelo Centro de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) Juarez Barbosa (CPI FAZ..., 27 abr. 2000, p. 2B; APENAS 4%..., 28 abr. 2000, p. 2B; FUNDAÇÃO DE APOIO..., 29 abr. 2000, p. 3); a venda de medicamentos em supermercados e por camelôs (CAMELÔS ESCONDEM...; VENDA EM..., 28 abr. 2000, p. 2B); a falta de uma política para a indústria farmacêutica (POLO FARMOQUÍMICO..., 25 set. 2001, p.10).

Uma reportagem registra a proposta do governo federal de novas regras de funcionamento para as agências reguladoras, permitindo a implantação de parcerias público-privada (PPPs), com o argumento de atração de investimentos privados, melhor qualidade dos serviços, quantidade e tarifas baixas (SERVIÇOS PÚBLICOS: NOVA..., 13 abr. 2004, p. 15).

Mas a saúde também contou com avanços no período, conforme o jornal *O Popular*: erradicação da doença de chagas em Goiás (DOENÇA DE CHAGAS..., 22 mar. 2000, p. 11), reabertura do HGG, no final da década de 1990 (HGG RETOMA..., 25 mar. 2000, p. 3B), a ampliação das instalações físicas do Hugo e do Hospital Materno Infantil (CUNHA, 5 mar. 2002, p. 3B; UTI DO MATERNO..., 5 mar. 2002, p. 3B), a estruturação de equipe de socorristas (CURSO PARA..., 9 abr. 2000, p. 2B), liberação de medicamentos genéricos, com preços mais acessíveis (SAÚDE LIBERA..., 21 abr. 2000, p. 12), auditorias nas unidades hospitalares (DORIAN, 26 abr. 2000, p. 3B; CZEPAK, 19 maio 2002, p. 3), aumento de processos de denúncias dos usuários de erros médicos (CZEPAK, 28 jul. 2003, p. 4 – 5), campanhas nacionais de vacinação (VACINAÇÃO DE IDOSOS..., 29 abr. 2000, p. 3B; VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA SERÁ REFORÇADA..., 4 set. 2001, p. 8B), maior cobertura previdenciária e médica para as vítimas diretas do acidente radioativo com o Césio-137 (ASSISTÊNCIA A ENVOLVIDOS..., 20 set. 2001, p. 6), classificação da Iquego como o quarto maior laboratório oficial em operação do país e o quinto em faturamento entre dezesseis

laboratórios existentes no Brasil (IQUEGO: CONVÊNIO..., 23 mar. 2004, p. 4); intercâmbio de profissionais de Goiás e Canadá (BRAGA, 6 abr. 2004, p. 5).

Em relação à saúde privada, reportagens retratam a maior fiscalização da ANS das condições das operadoras e seguradoras de planos de saúde e dos valores cobrados pelos planos (ANS: DE OLHO..., 20 maio 2002, p. 12; EMPRESAS SOFREM..., 25 maio 2002, p. 3), a proibição da ANS (Resolução Normativa nº 44/2003) da exigência de cheque – caução de hospitais conveniados com planos de saúde para garantia de atendimento médico (BORGES, 29 jul. 2003, p. 5), e a autorização para a ANS fixar normas e incentivos para planos de saúde, com cobertura assistencial mais ampla e migração de planos (APROVADA MIGRAÇÃO..., 25 mar. 2004, p. 15).

Neste contexto, a situação socioeconômica em Goiás era assim caracterizada:

a) administração do Estado – o incremento da política de privatização da coisa pública (PRIVATIZAÇÃO COMEÇA..., 29 mar. 2000, p. 3; FERREIRA FILHO, 25 set. 2001, p. 10), negociação do governo do Estado para trazer empréstimos estrangeiros para o Estado (SANTOS, 6 set. 2001, p. 8); a realização de concursos públicos (CONCURSO DO ESTADO..., 26 set. 2001, p.; INSCRIÇÕES DA SAÚDE..., 7 abr. 2004, p. 6), aumento das organizações não governamentais, fundações ou associações em Goiânia e incentivo ao trabalho voluntariado (HAMU, 10 mar. 2002, p. 2B; SASSINE, 04 abr. 2004; ASSIS, 11 abr. 2004, p. 4), pagamento da dívida pública do Estado (SANTOS, 18 maio 2002, p. 14), necessidade de adequação à Lei de Responsabilidade Fiscal e de reforma administrativa do Estado (SANTOS, 22 out. 2002, p. 10; ALVES, 31 out. 2002, p. 22), automação dos serviços governamentais (GOIÁS DIGITAL et al, 27 out. 2003, p. 12), mobilização dos trabalhadores por melhores salários e condições dos serviços prestados no setor de saúde (GREVE PARCIAL..., 18 mar. 2000, p. 4B; PARALISAÇÃO NA SAÚDE..., 25 mar. 2000, p. 4B; PARALISAÇÃO PODE..., 29 mar. 2000, p. 2B; RESIDENTES DO HOSPITAL..., 20 mar. 2004, p. 5);

b) infraestrutura urbana e trabalho no estado – a movimentação dos trabalhadores do emprego formal para o informal, com tendência de aumento do número de trabalhadores autônomos, pelo processo de terceirização (RODRIGUES JR., 2 abr. 2000, p. 8B), acelerado processo de mecanização da

agricultura na região de Acreúna e sem políticas públicas que atendam aos trabalhadores rurais sem emprego (LIMA, 19 abr. 2000, p. 10), crescente expansão urbana (RODRIGUES JR., 26 maio 2002, p. 18), inchaço da região do Entorno de Brasília, sem infraestrutura para atender à população migrante e os contrastes entre as pouco desenvolvidas nas regiões Norte, Nordeste e Noroeste e as prósperas regiões Sul, Sudeste e Sudoeste do Estado (BRAGA, 17 abr. 2000, p. 6 e 7; FALTA EMPREGO, 2 set. 2001, p. 2B; LEONARDO, 2 set. 2001, p. 2B; RODRIGUES JR...., 2 set. 2001, p. 3B; PINHO, 2 set. 2001, p. 4B), envelhecimento da população, com maioria entre 30 e 49 anos de idade, queda na mortalidade infantil, aumento da escolaridade e redução do analfabetismo, mulheres com maior escolaridade e menores salários (POPULAÇÃO ENTRE..., 14 abr. 2004, p. 4);

c) economia do estado – crescimento e incentivo do governo para instalação de indústrias no estado e para as exportações goianas (RODRIGUES JR., 4 abr. 2000, p. 5; RODRIGUES JR., 20 abr. 2000, p. 6; EMPRESÁRIOS..., 8 set. 2001, p. 6; FERREIRA, 14 set. 2001, p. 9; SANTANA, 23 jul. 2003, p. 13; MONTEIRO, 15 abr. 2004, p. 15), crescimento do setor têxtil e industrial (SANTOS, 16 abr. 2000, p. 6B; RODRIGUES JR., 26 abr. 2000, p. 5; RODRIGUES JR., 8 set. 2001, p. 6; GOIÁS QUER..., 28 fev. 2002, p. 6; MONTEIRO, 23 jul. 2003, p. 13), novo perfil da economia goiana, mais empreendedora e competitiva, com aumento da produção agrícola, avanços na pecuária, modernização e diversificação do parque industrial e crescimento das exportações (FERREIRA FILHO, 25 set. 2001, p. 13; LIMA, 5 mar. 2002, p. 6; GOIÁS COMPETITIVO..., 25 out. 2002, p. 8; MONTEIRO, 23 jul. 2003, p. 13), situação precária das estradas vicinais do Estado, dificultando o escoamento da produção de milho e soja (LIMA, 17 fev. 2002, p. 7).

Os dados coletados no Cedoc de *O Popular* e a sua sistematização ilustraram a análise desenvolvida neste capítulo no que se refere às recentes tendências de transferência das ações governamentais públicas para a esfera privada, em detrimento das conquistas sociais obtidas na Constituição de 1988, e suas conexões, “de um lado, na transferência de responsabilidades governamentais para ‘organizações sociais’ e ‘organizações da sociedade civil de

interesse público' e, de outro lado, em uma crescente mercadorização do atendimento das necessidades sociais" (IAMAMOTO, 2011, p. 197-198).

A continuidade da análise dos fatores determinantes da relação contraditória entre o direito à saúde, a reestruturação produtiva do capital e a redefinição do papel do Estado, desenvolve, no próximo capítulo, a reflexão sobre o direito à saúde dos trabalhadores no serviço público estatal de Goiás.

CAPÍTULO III

A REDEFINIÇÃO DO ESTADO, EM GOIÁS, E O IPASGO NA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

3.1 Contexto e configurações do Ipasgo: criação, desenvolvimento, funções e redefinições

A criação do Ipasgo e de outras autarquias, como parte do Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás (PDEG), do Governo Mauro Borges, na década de 1960, representou a assunção do papel do estado de Goiás como protagonista das funções de regulação na economia, abarcando seu papel de produtor de mercadorias e serviços, inserido em um projeto nacional-desenvolvimentista.

Em Goiás, até 1962, os trabalhadores públicos estaduais de Goiás eram associados ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado, (Ipase). Esta situação modificou-se com a criação do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), naquele ano, promovendo a rescisão do convênio celebrado entre o governo estadual e o Ipase:

O GOVERNADOR DECRETA RESCISÃO DO CONTRATO ENTRE O ESTADO E O IPASE – O governador Mauro Borges, dispondo sobre a rescisão do contrato celebrado entre o Estado de Goiás e o IPASE, em decorrência da criação do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores no Estado de Goiás, – IPASGO, – que anulou as finalidades dos descontos para a autarquia federal.

A rescisão do contrato foi autorizada pela lei que instituiu o IPASGO. O contrato foi assinado a 30 de setembro de 1943, sendo às suas cláusulas originais, acrescentadas cláusulas aditivas de 28 de fevereiro de 1947 (O GOVERNADOR DECRETA..., 15 dez. 1962, p. 2).

A constituição do Ipasgo nos anos 1960²⁸, como um plano de previdência e assistência ao trabalhador, nos moldes dos institutos de aposentadorias e

²⁸ Era Presidente do Brasil, João Goulart (PTB), de 7 de abril de 1961 a 1º de abril de 1964, governador de Goiás, Mauro Borges Teixeira (Partido Social Democrático, PSD), de 31 de janeiro de 1961 a 24 de abril de 1963, Almir Turisco de Araújo (PSD), de 24 de abril de 1963 a 29 de maio de 1963 e Mauro Borges Teixeira (PSD), de 29 de maio de 1963 a 26 de novembro de 1964 e Presidente do Ipasgo, Jahyr Abrão Estrela, de 29

pensões, em que a saúde era voltada para os trabalhadores com vínculo empregatício, se deu quando se vivenciava a construção de Brasília, a vinda de migrantes para Goiás, o aumento do consumo, e a necessidade de “modernização” do Estado diante das novas exigências de expansão do capital.

O governo de Goiás, naquele período, priorizou a racionalização e execução do planejamento estatal, efetivando a reforma administrativa e as constantes intervenções na economia no Estado, em relação à iniciativa privada. A forma de administrar de Mauro Borges diferenciava-se da implementada por Juscelino Kubitschek em seu Plano de Metas, o qual tinha como finalidade a expansão do capital privado como propulsor do desenvolvimento, do crescimento econômico e representava a melhoria do padrão de vida da população, conforme a ideologia desenvolvimentista em vigor.

Favaro (2011, p. 48) argumenta que o objetivo do PDEG de Mauro Borges, considerado arrojado naquele contexto, era

instituir mecanismos de aceleração do desenvolvimento em Goiás [...] com proposituras para a agricultura, pecuária, transportes, comunicação, energia elétrica, turismo, saúde, educação, assistência social, armazenagem, comunicação e reestruturação das atividades administrativas.

A função do Estado e da burocracia pública era promover mudanças socioeconômicas em Goiás, visando sua inserção no eixo dinâmico do desenvolvimento brasileiro. As políticas públicas implantadas contribuíam para a promoção desse crescimento e para a expansão do capitalismo na periferia e o poder público tornou-se fundamental para assegurar as mudanças em Goiás, priorizando a reforma administrativa que, conforme Luz (1987, p. 58),

representava uma necessidade ao complemento do Plano de Desenvolvimento. Sem ela, dificilmente seria possível a aplicação do Plano de Metas para o Estado. Por isso, ela representou uma modernização política administrativa e deu velocidade à execução do Plano.

de novembro de 1962 a 31 de janeiro de 1966. Disponível em
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>;
<<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e
<<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

Dentre essas reformas, houve a criação das secretarias de Governo, da Fazenda, da Administração, do Planejamento e Coordenação, do Interior e Justiça, da Segurança Pública, da Viação e Obras Públicas, e reestruturação das secretarias de estado da Educação, antes, Secretaria de Estado da Educação e Saúde, da Secretaria da Saúde e Assistência Social, da Agricultura e Pecuária e da Indústria e Comércio (LUZ, 1987).

Vinculado à Secretaria da Administração, foi criado o Ipasgo pela Lei Estadual nº 4.190, em 22 de outubro de 1962 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1962), como entidade autárquica e estadual, dotado de personalidade jurídica de direito público interno, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, conforme anunciado em reportagem do *O Popular* (SERVIDORES DO ESTADO..., 2 dez. 1962, p. 3):

Servidores do Estado já descontam para o IPASGO – A partir de ontem foram suspensas as contribuições do funcionalismo estadual ao IPASE, que são feitas agora para o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado, IPASGO.

Ontem, o Secretário do Govêrno, prof. Ary Demósthene de Almeida, baixou ordem de serviço determinando que todas as repartições estaduais fossem comunicadas a respeito.

O Ipasgo, com sede e foro na capital do estado e ação em todo o território estadual tinha por finalidade assegurar aos trabalhadores do estado de Goiás um regime de previdência e assistência social, estendendo sua atuação ao atendimento médico hospitalar aos trabalhadores públicos estaduais.

Essa lei considerava como segurados obrigatórios os trabalhadores estaduais que recebiam vencimentos, remuneração, salário, independente de seu contrato de trabalho, bem como os de autarquia, e as sociedades de economia mista em que o Estado fosse o maior acionista, ativos e inativos, civis e militares, os membros do Ministério Público, os serventuários da justiça, de qualquer natureza, os empregados das serventias da justiça, os trabalhadores municipais, desde que conveniados com o instituto.

Como segurados facultativos, considerava os magistrados e membros do Tribunal de Contas, os deputados estaduais e outras pessoas que exerciam mandatos eletivos estaduais ou municipais. Como contribuintes do instituto, os pensionistas vitalícios, a viúva, ainda que ocupante de função pública ativa ou

inativa, a esposa desquitada que recebia pensão de alimentos, o viúvo inválido, a mãe ou o pai inválido, dependente do contribuinte falecido em estado de solteiro, exclusivamente para efeito de assistência médico-hospitalar-farmacêutica. Os dependentes não foram relacionados nessa lei.

A receita do instituto era constituída pela contribuição mensal dos segurados, correspondente a uma percentagem sobre os vencimentos, remuneração, salário ou provento dos funcionários estaduais autárquicos e de sociedade de economia mista, pela contribuição do Estado em quota igual ao total despendível com o pagamento de todos os inativos e pensionistas de qualquer natureza, pelas contribuições suplementares ou extraordinárias, pelas rendas resultantes de aplicação de reservas, pelas doações ou legados, pela reversão de qualquer importância, prêmios e outras rendas provenientes de seguros efetuados pelo instituto, pelas contribuições da prestação de serviços a outras instituições legalmente autorizadas, e por rendas eventuais.

Segundo a lei de criação do Ipasgo, as nomeações para preenchimento de cargos efetivos deveriam ser precedidas de concurso público, realizado pela Secretaria de Administração. Aos trabalhadores do órgão, foi estendido o Regime Jurídico dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Goiás.

Os benefícios proporcionados, com período de carência de doze meses e com contribuição mensal dos segurados de 5% (cinco por cento) em favor do instituto, alcançavam a aposentadoria facultativa, aposentadoria por invalidez, aposentadoria compulsória, por limite de idade, auxílio doença, auxílio matrimônio, auxílio natalidade, assistência médica, auxílio para funeral, pecúlio e pensões vitalícias e temporárias.

As notícias sobre o órgão, nessa época, foram identificadas em reportagens do jornal *O Popular*. Segundo noticiou o referido jornal, em 19 de novembro de 1964, o Ipasgo pagou 227 milhões de cruzeiros em benefícios, em 10 meses de ação, com indenizações, auxílios natalidade e matrimônio, pagamento de médicos e hospitais, pensões e empréstimos para doenças (IPASGO PAGOU..., 19 nov. 1964, p. 2).

Em outra reportagem, o jornal aborda os “benefícios” concedidos aos trabalhadores públicos, pelo Ipasgo, como o empréstimo doença (repassado aos trabalhadores mesmo sem regulamentação), o empréstimo escolar e o de férias e

a previsão de melhoria e ampliação do sistema previdenciário, com inclusão de vários tipos de planos, e do plano imobiliário, com celebração de um convênio com o Banco Nacional da Habitação (BNH) para construção da casa própria dos trabalhadores estaduais (IPASGO REGULAMENTARÁ..., 24 dez. 1964, p. 2).

Em artigo sobre o quadro de saúde no interior de Goiás, Seixas (15 fev. 1970, p. 7) expunha a situação precária nessa área no estado, relacionando os poucos recursos distribuídos, a ingerência política, a concentração de profissionais médicos nas cidades do Estado com maior concentração demográfica (Itumbiara, Catalão, Rio Verde, Quirinópolis, Inhumas, Goiás, Porto Nacional e Araguaína), e as endemias rondando os meios rurais, sem postos de saúde, médicos ou enfermeiros de saúde pública, exceto a cooperação emprestada pelo Projeto Rondon, que não constituía uma solução.

A primeira reformulação na organização do Ipasgo deu-se na década de 1970, com a Lei Estadual nº 7.770, de 20 de novembro de 1973²⁹ (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1973), em um contexto de regime militar no país, em Goiás, de ações da saúde pública, como campanhas de vacinação contra sarampo, tuberculose, poliomielite, meningite, obras para construção de prontos socorros na capital, dificuldades da população em receber atendimento médico (longas filas e espera por uma consulta), estabelecimento de convênio entre INPS e Projeto Rondon (CENTRO DE SAÚDE..., 6 nov. 1973, p. 3; MÉDICOS CONGRATULAM-SE..., 7 nov. 1973, p. 3; PRONTO SOCORRO DA..., 8 nov. 1973, p. 3; PROJETO RONDON E INPS..., 15 dez. 1973, p. 5).

Essa lei modificou e ampliou as finalidades do instituto, pois visava (art 2º):

assegurar, em benefício dos seus segurados e dependentes, assistência médica e odontológica e conceder auxílio-matrimônio, auxílio-natalidade, auxílio-funeral, auxílio-reclusão, pecúlio, pensões vitalícias e temporárias e aposentadoria aos serventuários da justiça não remunerados pelos cofres públicos, e, por finalidade secundária, prestar assistência financeira (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1973).

²⁹ Era Presidente do Brasil, Emílio Garrastazu Médici (Arena), de 30 de outubro de 1969 a 15 de março de 1974, governador de Goiás, Leonino de Ramos Caiado (Arena), de 15 de março de 1971 a 15 de março de 1975 e Presidente do Ipasgo, Ary Jacomossi, de 16 de março de 1971 a 15 de maio de 1975. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

A lei em questão qualificou os dependentes dos segurados: a esposa, o marido inválido, os filhos de qualquer condição, menores de 18 anos ou inválidos, e as filhas solteiras de qualquer condição, menores de 21 anos, ou inválidas; os filhos de ambos os sexos, maiores, até 24 anos, que cursassem estabelecimento de ensino superior, e que não percebam, comprovadamente, qualquer rendimento, a companheira do contribuinte solteiro, desquitado ou viúvo, mantida há mais de 5 anos, o pai inválido e a mãe, irmãos, menores de 18 anos ou inválidos, e as irmãs solteiras, menores de 21 anos ou inválidas, desde que fossem órfãos de pai e sem padrasto ou os seus pais fossem inscritos como dependentes do segurado, o enteado, e o menor que se achasse sob a tutela de segurado e não possuísse bens para o próprio sustento e educação.

Naquele ano, o Ipasgo substituiu todas as antigas carteiras de saúde de seus segurados, tanto da capital quanto do interior, objetivando tornar o serviço prestado mais rápido e já se vislumbrava para janeiro do ano seguinte, a implantação de suas primeiras agências no interior: Porangatu, Porto Nacional, Ceres, Araguaína, Morrinhos, Rio Verde, Goiás, Mineiros e Catalão. Estas agências funcionariam com expedição de guias para consultas, pedidos de empréstimos e posteriormente, o serviço odontológico para seus segurados. Encontrava-se em fase final de estudos, por uma equipe técnica, nomeada pelo Presidente do Ipasgo, a carteira habitacional do instituto, destinada a financiar a construção ou aquisição de casa própria aos segurados (IPASGO SUBSTITUI..., 2 dez. 1973, p. 3). Outro serviço implantado pelo órgão, em maio de 1975, foi o Centro de Imunização, destinado aos 180 mil segurados e dependentes, com vacinas contra caxumba, rubéola, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e poliomielite. Este serviço foi implantado, inicialmente na capital, com perspectiva de ser levado, no médio prazo, a todas as cidades em que o instituto possuísse agências (IPASGO IMPLANTA..., 6 maio 1975, p. 4).

Em 1986³⁰, em um contexto de abertura política e de crise econômica no país, com a Lei nº 10.150, de 29 de dezembro de 1986 (GOIÁS, ASSEMBLEIA

³⁰ Era Presidente do Brasil, José Sarney (PMDB), de 15 de março de 1985 a 15 de março de 1990, governador de Goiás, Onofre Quinan (PMDB), de 13 de fevereiro de 1986 a 15 de março de 1987 e Presidente do Ipasgo, José Quinan, de 06 de fevereiro de 1986 a 13 de junho de 1987. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>;

LEGISLATIVA, 1986b), houve a segunda reformulação do sistema de previdência e assistência do trabalhador público estadual de Goiás, tendo por objetivo “proporcionar a seu segurado e aos dependentes deste os benefícios e serviço da previdência social”.

Essa lei, com alterações dadas pelas leis nº 12.773, de 18 de dezembro de 1995 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1995) e nº 12.964, de 19 de novembro de 1996³¹ (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1996), incluiu como segurados obrigatórios o beneficiário da Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1981 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1981), ativo ou inativo³² e especificou, novamente, os dependentes: o cônjuge, o filho de qualquer condição enquanto solteiro e menor de 21 anos ou inválido, o cônjuge desquitado, separado judicialmente ou divorciado com direito a alimentos, o companheiro ou companheira, não existindo cônjuge na condição de dependente, os pais idosos ou inválidos, desde que não fossem filiados a nenhum sistema previdenciário e não recebessem qualquer rendimento, o irmão ou irmã solteiros, menores de 21 anos ou inválidos, desde que órfãos ou cujos pais fossem dependentes do segurado, o enteado ou enteada solteiros, menores de 21 anos ou inválidos, desde que comprovada sua dependência em relação ao segurado, e o menor que, por determinação judicial, estivesse sob guarda e tutela do segurado e não possuísse condições suficientes ou bens, para o próprio sustento e educação. Dentre as mudanças aprovadas, houve a exclusão do auxílio matrimônio e a introdução da aposentadoria ao segurado facultativo com contribuição em dobro, a redução da carência do auxílio-reclusão de 24 para 12 contribuições mensais e das pensões, de 12 para 6 contribuições mensais, a restrição do pecúlio ao pai e mãe inválidos

<<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>;

e

<<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

³¹ Era Presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso (PSDB), de 1º de janeiro de 1995 a 1º de janeiro de 2003, governador de Goiás, Maguito Vilela (PMDB), de 1º de janeiro de 1995 a 04 de maio de 1998 e Presidente do Ipasgo, Délio de Souza Bastos, de 1º de janeiro de 1995 a 12 de maio de 1997. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>;

<<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>;

e

<<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

³² A Lei nº 8.974/1981 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1981), em seu artigo 1º, estabeleceu como beneficiários o pessoal do Consórcio de Empresas de Radiodifusão e Notícias do Estado e da Caixa Econômica do estado de Goiás, admitido ao tempo em que esses órgãos eram autarquias e que, desde a sua transformação em empresas públicas, vinham contribuindo para o Ipasgo.

dependentes do segurado solteiro, a isenção da participação pecuniária (coparticipação³³) para casos de internação hospitalar em enfermaria. A regulamentação do ingresso no quadro de pessoal, antes prevista por meio de concurso público, passou a ser prevista por normas baixadas pelo chefe do poder executivo, houve o aumento do percentual de contribuição mensal do segurado de 5% para 6% e, para o serventuário da justiça não remunerado pelos cofres públicos, a contribuição era devida em dobro, incidindo sobre o salário de contribuição. Foram ainda definidas formas de contribuição e de recolhimento, segundo o vínculo do segurado (obrigatório, serventuário da justiça ou facultativo).

Neste período, foi criado, pelo Decreto nº 2.653, de 16 de dezembro de 1986 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1986a), o Conselho de Previdência e Assistência do Estado, órgão colegiado de caráter consultivo, composto por 11 membros, dos quais 10 representantes de segurados e um do Ipasgo, com mandato de dois anos (CONSELHO É DE..., 18 dez. 1986, p. 7). Foi reformulado, em dezembro de 1986, o Serviço de Psiquiatria do Ipasgo para Centro de Saúde Mental, contando com equipe multidisciplinar (psicólogos, médicos, psiquiatras, assistentes sociais), com atendimentos individuais ou em grupo. À época, foi proposta a eleição dos dirigentes do Ipasgo pelos próprios trabalhadores públicos estaduais, já no governo seguinte (IPASGO VAI..., 28 dez. 1986, p. 6; IPASGO PREMIA..., 7 jan. 1987, p. 7; SERVIDORES PODEM..., 9 jan. 1987, p. 6).

Esse foi, também, um período de forte tensão entre credenciados, trabalhadores e Ipasgo. Os médicos exigiam um reajuste dos valores pagos pelos serviços em 100% da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), mas o reajuste concedido pelo Ipasgo foi de 70% da tabela (IPASGO DISPOSTO..., 18 jan. 1986, p. 12; IPASGO REAJUSTA..., 21 jan. 1986, p. 5; IPASGO: COMUNICADO, 27 jan. 1986, p. 6). O Ipasgo envolveu-se, diretamente, no processo do acidente radioativo com o Césio-137, ocorrido em Goiânia em setembro de 1987³⁴, por ser considerado proprietário de parte da área, apesar da

³³ A coparticipação é o pagamento, além da mensalidade feita pelo usuário, de parte das despesas realizadas em consultas, exames e procedimentos.

³⁴ Era Presidente do Brasil, José Sarney (PMDB), de 15 de março de 1985 a 15 de março de 1990, governador de Goiás, Henrique Santillo (PMDB), de 15 de março de 1987 a 15 de março de 1991 e Presidente do Ipasgo, Lício Gabriel Borges de Andrade, de 15 de junho de 1987 a 05 de janeiro de 1990.

alegação do órgão de ainda não ter recebido o terreno da Santa Casa (antiga proprietária), cuja área deveria ser entregue livre e desimpedida (MÉDICO CULPA..., 2 out. 1987, p. 5; RESPONSABILIDADE É..., 2 out. 1988, p. 12).

A sentença pelos danos ambientais ocasionados pelo acidente com o Césio-137 foi proferida em 2000 e foram condenados: a Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen), o Ipasgo, proprietário de parte da área onde foi encontrada a cápsula de Césio-137, e dois profissionais, sendo um médico e um físico (GOIÁS, PODER JUDICIÁRIO, 2000). A Cnen foi condenada a recolher um bilhão de reais para o Fundo de Defesa de Direitos Difusos e a garantir atendimento médico-hospitalar, técnico, odontológico e psicológico às vítimas, direta ou indiretamente atingidas até a terceira geração e a continuar o acompanhamento médico à população de Abadia de Goiás (local do depósito do lixo radioativo). O Ipasgo foi condenado a recolher para o mesmo fundo a quantia de cem mil reais, com juros e correção monetária. Contudo, o órgão recorreu da sentença alegando o pagamento de quantia superior ao prestar assistência médica a 139 vítimas do acidente, há vários anos (LADISLAU, 28 mar. 2000, p. 5B; LADISLAU, 29 mar. 2000, Judiciário), mesmo antes de o governo federal transformar, em 1996, as vítimas em pensionistas do estado de Goiás (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1996). A Lei nº 10.150/1986 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1986b) estabelecia como segurado facultativo o titular da pensão custeada pelos cofres estaduais.

A promulgação da CF/1988³⁵, ao instituir o capítulo da seguridade social organizado no tripé saúde, previdência e assistência social, despertou a preocupação da Associação Brasileira de Institutos de Previdência (Abip) e de grande parte dos trabalhadores públicos, quanto à manutenção dos institutos estaduais e municipais de previdência. Segundo dados em reportagem de *O Popular* (ABIP APÓIA..., 9 out. 1988, p. 9), grande parte dos trabalhadores

Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

³⁵ Era Presidente do Brasil, José Sarney (PMDB), de 15 de março de 1985 a 15 de março de 1990, governador de Goiás, Henrique Santillo (PMDB), de 15 de março de 1987 a 15 de março de 1991 e Presidente do Ipasgo, Lício Gabriel Borges de Andrade, de 15 de junho de 1987 a 5 de janeiro de 1990. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

públicos apresentavam interesse na de continuidade seus institutos na área de assistência médica, com certa independência e autonomia, o que dependeria do interesse dos governadores dos estados, como o de Goiás.

A criação do estado do Tocantins pela CF/1988 implicou, também, mudanças no Ipasgo. Os trabalhadores públicos do Tocantins continuaram sendo atendidos pelo instituto no que se referia à assistência médica e previdenciária enquanto mantivessem suas relações trabalhistas com Goiás (MUDANÇAS NO IPASGO..., 20 nov. 1988, p. 22; IPASGO AMPLIA..., 2 set. 1990, p. 18).

Em 1998³⁶, a assinatura de convênio entre o governo de Goiás e o Ministério da Previdência possibilitou a inclusão do estado no Programa de Apoio à Reforma dos Sistemas Estaduais de Previdência (Parsep), desenvolvido com recursos da União, provenientes de empréstimos contraídos no Banco Mundial. Esse convênio objetivava desenvolver a capacidade institucional dos estados para a formulação e gestão da previdência de seus trabalhadores, modernizar o sistema e contribuir para o equilíbrio das finanças dos regimes previdenciários estaduais, assegurando a viabilidade financeira destes, cujo *déficit* previdenciário, em sua totalidade, era considerado gravíssimo pelo governo federal. Registrada como uma situação não diferenciada do âmbito nacional, a causa do *déficit* previdenciário do setor público de Goiás era atribuída ao baixo percentual de desconto para a previdência (6%), com a contribuição de nove reais pelo governo para cada real da contribuição do usuário do Ipasgo (FIRMADO CONVÊNIO..., 5 dez. 1998, p. 6B).

As fontes analisadas ressaltaram que a falta de autonomia financeira do Ipasgo decorria prioritariamente pela vinculação do orçamento do órgão às contas do estado, por meio da Secretaria da Fazenda, responsável pelos recursos arrecadados pelo órgão e repasses para os pagamentos de suas despesas. Documento do TCE (GOIÁS, TCE, 2008, p. 75) afirma:

³⁶ Era Presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso (Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB), de 1^o de janeiro de 1995 a 1^o de janeiro de 2003, governador de Goiás, Naphatli Alves de Sousa (PMDB), de 4 de maio de 1998 a 23 de novembro de 1998 e Helenês Cândido (PMDB), de 24 de novembro de 1998 a 31 de dezembro de 1998 e Presidente do Ipasgo, Arédio Teixeira Duarte, de 3 de abril de 1998 a 21 de novembro de 1998 e Naudiomar Elias de Souza, de 22 de novembro de 1998 a 31 de dezembro de 1998. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

Exemplarmente, já foram relatadas situações que trazem dificuldades à uma administração eficiente do plano, como, por exemplo, a movimentação dos recursos próprios do IPASGO Saúde pelo Estado, por meio da conta centralizadora, e a não destinação de receita a ele destinada por lei, como na questão das cessões de uso dos imóveis do patrimônio do Instituto.

As denúncias evidenciavam a gravidade da situação financeira do instituto, com pagamentos a um hospital determinado, em detrimento dos demais, de pagamentos de empreiteiros, e não dos serviços realizados pelos prestadores, de indenizações a fiscais em vez da quitação de precatórios de perdas salariais dos trabalhadores e prestadores, e de fraudes cometidas pelos próprios usuários, como empréstimos de carteira de saúde a familiares, vizinhos e amigos (IPASGO ACUSADO DE PAGAR..., 3 dez. 1998, p. 4B; IPASGO ACUSADO DE FAVORECER..., 19 dez. 1998, p. 5B; IPASGO FARÁ AUDITORIA..., 2 jan. 1999, p. 3B).

No final de 1998, sem o repasse de recursos financeiros pela Secretaria da Fazenda e com uma dívida de cerca de 42 milhões de reais, os prestadores do instituto (médico, hospitais e serviços de diagnóstico) paralisaram todo o atendimento aos usuários por 45 dias, em razão da falta de pagamento dos serviços médico-hospitalares e outros serviços de saúde pelo estado (HOSPITAIS SUSPENDEM..., 2 dez. 1998, p. 4B; USUÁRIO DO IPASGO..., 19 jan. 1999, p. 3B). Outro sinal de insatisfação dos prestadores do instituto apresentava-se por meio de denúncias em glosas nas contas médicas, em torno de 15% a 17%, superiores aos anteriores 5%, e das ameaças de paralisação dos atendimentos ou descredenciamento ao órgão. Tais denúncias eram contrapostas pelo Ipasgo que justificava melhor fiscalização da auditoria do órgão nas faturas apresentadas pelos hospitais, com cobranças indevidas ou absurdas para o tratamento especificado (IPASGO E HOSPITAIS..., 28 abr. 2000, p. 4B).

Contudo, segundo o Ministério Público, em ação cautelar proposta em 13 de dezembro de 1998, o estado devia elevada importância ao Ipasgo, em virtude, sobretudo do não repasse dos descontos feitos nas folhas de pagamento dos trabalhadores (PEDIDO TAMBÉM..., 24 dez. 1998, p. 2B; SINDICATOS REPUDIAM..., 2 dez. 1998, p. 4B; IPASGO AMEAÇA..., 13 jan. 1999, p. 4B). Somente em 1998, o Tesouro Estadual assumiu a responsabilidade pelas aposentadorias e pensões por meio da Lei nº 12.872, de 16 de maio de 1996

(GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1996), que dispôs sobre a contribuição de 6% sobre a remuneração do trabalhador público estadual para o custeio de aposentadorias e pensões, aliviando os cofres do instituto. Essa lei aprovou, também, redução de 7% para 6% o percentual de contribuição do segurado obrigatório do Ipasgo (REESTRUTURAÇÃO DO IPASGO..., 15 dez. 1998, p. 7).

A reestruturação institucional do Ipasgo já era proposta em dezembro de 1998, com o argumento de excesso de obrigações sem a correspondente receita, causando problemas administrativos. Dentre as propostas de reestruturação encontravam-se: ampliar o número de segurados facultativos, com contribuições segundo cálculo atuarial, aumento do valor da contribuição dos usuários e dependentes, participação do governo no custeio da assistência médica aos trabalhadores públicos estaduais, retorno do desconto em folha da contribuição de aposentados e pensionistas, extinção dos dispositivos que criavam obrigações para o Ipasgo sem a respectiva fonte de custeio total (auxílios natalidade, reclusão e pecúlio) e cuja responsabilidade passaria para o órgão de lotação do trabalhador, definição de critérios melhor definidos para firmar contratos, convênios e credenciamentos de prestação de serviços de assistência aos usuários, autorização de tratamentos essenciais à manutenção da saúde, cobrança de plano especial de internação hospitalar, restrição da responsabilidade do instituto para o controle da concessão dos benefícios, e administração do sistema de assistência à saúde, acrescido de serviços complementares (DIRETOR DEFENDE..., 5 dez. 1998, p. 4B; REESTRUTURAÇÃO DO IPASGO..., 15 dez. 1998, p. 7).

A nova sede do Ipasgo foi inaugurada em 15 de dezembro de 1998, no Setor Pedro Ludovico, objetivando dar maior dinamicidade aos atendimentos e proporcionar total satisfação dos segurados e dependentes, com os serviços reunidos em um só local. A fim de inibir internações, consultas ou exames desnecessários e, assim, reduzir custos, a proposta, com a nova unidade, era contar com a presença constante de auditores nos guichês para verificação das guias de solicitação de atendimento. Na busca da redução de custos, a ideia inicial era o funcionamento da área administrativa e de um setor de triagem na nova sede, além da parte ambulatorial e laboratorial, sem previsão para início das

atividades (IPASGO INAUGURA..., 15 dez. 1998, p. 7; IPASGO FARÁ TRIAGEM..., 19 dez. 1998, p. 3B; POUCA PROCURA..., 20 jan. 1999; p. 4B).

O marco inicial de regulação específica da previdência distinta da saúde, no âmbito do Ipasgo, consolidou-se com a aprovação da Emenda Constitucional nº 20/1998 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1998d) e pela Lei nº 9.717/1998 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1998c), exigindo nova estruturação na forma de organização e funcionamento do órgão, com gestão financeira e administrativa específicas.

A promulgação das duas normativas legislativas levou o Ipasgo, como plano de previdência e assistência, com tratamento médico-hospitalar, a adequar-se às novas regras, por meio da cisão da gestão financeira e administrativa entre previdência e saúde oferecidas anteriormente pelo órgão. De acordo com o Relatório de Avaliação do Plano de Governo (GOIÁS, TCE, 2006, p. 27),

A Lei nº 9.717 de 27 de novembro de 1998 que dispôs sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e deu outras providências, conhecida como Lei Geral da Previdência Pública, tornou cristalina a necessidade de separação entre as atividades vinculadas à previdência e à saúde, fixando categoricamente que as contribuições ao regime próprio de previdência somente poderão ser utilizadas para pagamento de benefícios previdenciários, vedando expressamente sua destinação para assistência médica e financeira de qualquer forma.

Em 12 de abril de 2000³⁷, foi aprovada a Lei Complementar Estadual nº 29 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2000) que instituiu o regime de previdência do Estado e regulamentou o Fundo Estadual de Previdência. Em relação ao regime de previdência do serviço público do estado de Goiás, a mesma lei instituiu a participação obrigatória e contributiva de todos os seus trabalhadores:

³⁷ Era Presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso (PSDB), de 1º de janeiro de 1995 a 1º de janeiro de 2003, governador de Goiás, Marconi Perillo (PSDB), de 1º de janeiro de 1999 a 31 de março de 2006 e Presidente do Ipasgo, Jeovalter Correa dos Santos, de 10 de novembro de 1999 a 31 de dezembro de 2001. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil; <http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>; e <http://www.ipasgo.go.gov.br/>. Acesso em 18 nov. 2013.

Art. 1º – Esta lei complementar institui o regime de previdência dos servidores do Estado de Goiás, de suas autarquias e fundações, objetivando assegurar o gozo dos benefícios nela previstos, a serem custeados pelo Estado e pelos filiados em atividade, na forma dos instrumentos normativos correspondentes.

Decorre dessa reformulação a terceira importante reestruturação do Ipasgo, com a instituição do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás, Ipasgo Saúde, em 26 de fevereiro de 2002³⁸, pela Lei nº 14.081 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002a) e Decreto nº 5.592/2002 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002b). A reestruturação do órgão foi um marco na organização da assistência à saúde do trabalhador público estadual, nos seguintes termos:

Art. 1º – Fica criado o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás – IPASGO SAÚDE – a ser administrado e gerido pelo Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – IPASGO, criado pela Lei nº 4.190, de 22 de outubro de 1962, com sede e foro na Capital, sob a forma de autarquia dotada de personalidade jurídica de direito público interno, com patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira. – Nova denominação dada pela Lei nº 16.474, de 27-01-2009, art. 1º (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002a).

Com base nessa lei, foi alterada a configuração do Ipasgo, que passou a atuar como um plano de assistência à saúde para o trabalhador do serviço público, vinculado ao poder estatal, porém não universal, em uma relação Estado-saúde/público-privado, passando a figurar-se como uma expressão híbrida do papel do estado, sem vínculo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Essa lei foi alterada pelas leis nº 14.258/2002 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002c), nº 14.488/2003 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2003), nº 15.981/2007 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2007), nº 16.474/2009 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2009a), nº 16.673/2009

³⁸ No período, era Presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso (PSDB), de 1º de janeiro de 1995 a 1º de janeiro de 2003, governador de Goiás, Marconi Perillo (PSDB), de 1º de janeiro de 1999 a 31 de março de 2006 e Presidente do Ipasgo, Antônio Bauer Maciel Batista, de 1º de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2002. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

(GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2009b) e nº 16.927/2010 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2010). Dispôs, em seu art. 2º, como objetivo primordial do Ipasgo Saúde, “a realização, mediante contraprestação pecuniária, das operações de assistência à saúde dos trabalhadores do serviço público do Estado, de suas fundações, autarquias, inclusive agências, e empresas públicas” (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002a). Desta forma, restringiu-se a cobertura oferecida às despesas de procedimentos previstos em tabelas próprias do Ipasgo para os atendimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares, odontológicos, psicológicos, fonoaudiológicos, nutricionais e fisioterapêuticos.

A filiação e a contribuição dos trabalhadores do serviço público do estado passaram a ser facultativas. A inscrição dos segurados obrigatórios, apesar de automática, passou a assegurar ao usuário o direito a sua desfiliação a qualquer tempo. Aos segurados facultativos foi dado um prazo de sessenta dias para manifestar sua opção em continuar contribuindo com o Ipasgo, de acordo com a nova lei.

Como segurados titulares, foram definidos: os trabalhadores do serviço público do poder executivo, de suas autarquias, fundações, empresas públicas e das demais entidades públicas estaduais, ativos e inativos, os do poder judiciário, ministério público, poder legislativo e dos tribunais de contas, incluindo os que ocupavam cargos comissionados, temporários ou que estivessem à disposição, o serventário de justiça, ativo, inativo e pensionista, o beneficiário da Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1981 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1981), ativo e inativo, o titular de qualquer espécie de pensão custeada pelos cofres estaduais, os trabalhadores ou empregados públicos das entidades de que trata o § 1º do art. 2º dessa lei, os segurados dobristas, ativos e inativos, os detentores de mandato eletivo, durante o seu exercício, o trabalhador público de autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista de outros entes da federação, que estivessem à disposição do estado, com ou sem ônus para o órgão requisitante. Os dependentes do grupo familiar foram qualificados como o cônjuge, o companheiro ou companheira, os filhos solteiros de qualquer condição, menores de dezoito anos, os menores sob guarda do titular, desde que em processo de adoção, os filhos solteiros que até 23 anos estivessem comprovadamente matriculados em curso de graduação de escola superior de

ensino, bem como os definitivamente inválidos ou incapazes maiores de dezoito anos, desde que a invalidez ou a incapacidade tivesse ocorrido até o implemento da maioridade. O enteado, desde que sob a guarda do usuário titular, equiparava-se à condição de filho.

O leque de usuários denominados de dependentes fora do grupo familiar como usuários do sistema manteve o menor de dezoito anos tutelado sob guarda do usuário titular e o cônjuge desquitado, separado judicialmente ou divorciado com direito a alimentos e ampliou as possibilidade de inserção ao Ipasgo para o cônjuge desquitado, separado judicialmente ou divorciado sem direito a alimentos, os filhos maiores de dezoito anos e os filhos por qualquer motivo emancipados, bem como os que viviam ou viveram em união estável; os pais, não especificando sua condição; os filhos maiores de dezoito anos e os filhos por qualquer motivo emancipado, bem como os que vivem ou viveram em união estável, os parentes em linha reta ou colateral até o quarto grau e os parentes por afinidade, conforme definição constante do Código Civil Brasileiro, os agregados, assim consideradas as pessoas que morassem na residência do segurado, como se da família fizessem parte, ainda que não possuíssem com ele relação de parentesco. A Lei nº 16.474/2009 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2009a) alterou o texto sobre os parentes, estabelecendo o grau de parentesco até o terceiro grau, incluindo o genro, a nora, cunhado e sogro do usuário titular e revogou a inserção de agregados ao Ipasgo.

A carência para a prestação dos serviços, observadas a inscrição e o recolhimento da primeira contribuição ao instituto, foi definida com períodos diferenciados para cada tipo de atendimento: 60 dias para consultas e exames complementares, 90 dias para procedimentos ambulatoriais e hospitalares na área médica, 270 dias para assistência médica relativa à gravidez, doze meses para cobertura de doenças ou lesões, congênicas ou preexistentes, declaradas ou não e 180 dias para os procedimentos odontológicos, psicológicos, fonoaudiológicos, nutricionais e fisioterapêuticos.

A contribuição foi estabelecida ou com um valor percentual, a incidir sobre a remuneração ou provento do trabalhador do serviço público, ou mediante um valor fixado em tabela com base em cálculos atuariais, além do valor variável a título de coparticipação, para cada cirurgia, consulta ou exame a que o segurado

se submeter. A contribuição mensal do usuário titular, trabalhador público estadual, foi estabelecida em dois patamares, Ipasgo Saúde Básico ou Ipasgo Saúde Especial, cuja distinção era exclusivamente o tipo de acomodação a ser utilizada nas internações hospitalares: em acomodação coletiva (enfermaria), no percentual de 6,81% ou em acomodação privativa (apartamento), no percentual de 12,48%, ambos aplicados sobre a remuneração, provento ou pensão, e cujo pagamento beneficiava o grupo familiar. A inscrição dos dependentes fora do grupo familiar, de responsabilidade do usuário titular, seria mediante recolhimento de contribuição, com base em cálculo atuarial e por faixa etária.

Essa lei também estabeleceu a possibilidade da redução da coparticipação nos casos de tratamentos crônicos ou onerosos, exclusivamente, para o trabalhador público estadual ativo ou inativo e seus dependentes do grupo familiar, mediante avaliação socioeconômica, conforme procedimentos administrativos constantes no Programa de Apoio Social (PAS) e repasse mensal ao Ipasgo pelo Tesouro Estadual, do custo advindo por esta redução.

A criação do Fundo de Previdência, obrigatório para todo trabalhador do serviço público de Goiás, elevou a alíquota de contribuição de 6% para 11% de contribuição para a previdência, apesar de todas as manifestações contrárias por parte dos trabalhadores e sindicatos (DEPUTADOS APROVAM..., 23 mar. 2000, p. 3; ATO CONTRA..., 23 mar. 2000, p. 3B; SERVIDOR CONTRIBUIRÁ..., 24 mar. 2000, p. 2; FÓRUM DE UNIÃO..., 29 mar. 2000, p. 3). Esse fundo, de forma autônoma em relação às contas do Estado e do Ipasgo, objetivou operar e administrar os planos de benefícios previdenciários dos trabalhadores públicos estaduais. Estabeleceu, também, a criação do Conselho Estadual de Previdência (CEP), órgão normativo e deliberativo, composto por seis representantes do governo e cinco trabalhadores (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2000).

Contudo, a criação do fundo dividiu opiniões. Para o governo, o fundo aliviaria os cofres públicos, cujo gasto com o pagamento da folha de inativos correspondia a 36% da renda corrente líquida do estado; para o Ipasgo, sua criação representava a garantia para os trabalhadores de recebimento integral de seus proventos de aposentadoria e pensão, com análises de concessão feitas por um único órgão especializado no assunto; e para os trabalhadores, a lei aprovada não atendia às suas reivindicações, uma vez que teriam participação minoritária

no CEP, seus diretores seriam nomeados pelo governador, sem garantia de captação de recursos para a capitalização do Fundo e a alíquota de 11% significava corte nos salários dos trabalhadores públicos, havia seis anos sem qualquer aumento em seus vencimentos (LÍDER FALA..., 24 mar. 2000, p. 2; FUNDO DE PREVIDÊNCIA..., 29 mar. 2000, p. 3).

No entanto, e apesar de dotação orçamentária específica consignada para atendimento das despesas de custeio do Fundo de Previdência Estadual, foi constatado, segundo Relatório de Avaliação de Programa de Governo, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (GOIÁS, TCE, 2006) que suas despesas administrativas eram custeadas pela assistência, onerando os gastos e comprometendo o orçamento vinculado, exclusivamente, às despesas próprias da assistência e afetando a confiabilidade e veracidade das informações apresentadas pelo fundo. Desta forma, “a contribuição dos segurados, que deveria dirigir-se exclusivamente para assistência, é desviada para a manutenção do Fundo” (GOIÁS, TCE, 2006, p. 67), configurando-se uma impropriedade e um desfinanciamento do Ipasgo.

Outra despesa mencionada no relatório como estranha ao instituto, e por ele custeada, referia-se à previdência dos cartorários, ou seja, dos serventuários da justiça não remunerados pelos cofres públicos. A Lei Complementar nº 29/2000 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2000) instituiu a previdência somente para trabalhadores dos serviços públicos, não englobando, portanto, aquela categoria. A Lei 14.081/2002 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002a) que reestruturou o Ipasgo estabeleceu que os benefícios previdenciários dessa categoria seriam objeto de lei específica, que somente veio a ser aprovada em 2005. Assim, durante todo o período, sem uma lei específica, a previdência dessa categoria ficou sob a responsabilidade do Ipasgo e custeada com recursos da saúde, uma vez que o valor arrecadado das contribuições dos cartorários era deficitário em relação às despesas com o pagamento dos seus benefícios e participava de forma tímida do total de receitas arrecadadas pelo instituto (0,64% do total arrecadado em 2004; 0,71%, em 2005; e 1,01%, de janeiro a junho de 2006) (GOIÁS, TCE, 2006).

O *déficit* entre receita de contribuição dos serventuários da justiça não remunerados pelos cofres públicos e suas despesas foi, em média, de 81,68%

nos anos de 2004 e 2005 e de 82,10% de janeiro a junho de 2006³⁹. Esses dados demonstraram a dificuldade dessa situação, na administração do Ipasgo, uma vez que suas principais fontes de receitas baseavam-se nas contribuições dos trabalhadores do serviço público e dos contribuintes facultativos. Estes recursos eram comprometidos em aplicações com outra finalidade que não a assistência em saúde, gerando queda na qualidade dos serviços prestados por não haver disponibilidade financeira para remuneração dos prestadores de serviços e ameaçando a sustentabilidade do Ipasgo Saúde diante do significativo valor do déficit (GOIÁS, TCE, 2006).

Essa situação também se configurou como de desfinanciamento do órgão. Segundo o relatório (GOIÁS, TCE, 2006), a vinculação do pagamento destes benefícios ao Ipasgo não desobrigava o governo estadual da responsabilidade assumida com esta categoria e não havia empecilho legal para que o suporte financeiro para as despesas do Ipasgo fosse garantido pelo estado. Contudo, o que se percebia era “a omissão do governo estadual em não contribuir efetivamente para o IPASGO, com vistas a cobrir a grande diferença existente entre a receita e as despesas geradas pelos benefícios concedidos aos contribuintes cartorários” (GOIÁS, TCE, 2006, p. 65-68).

Em 2007⁴⁰, apesar de ter sido realizado um recadastramento dos usuários para evitar fraudes, o órgão continuava com déficit em seu balanço financeiro, culminando no aprofundamento da crise financeira de 2011. A inclusão dos agregados, representando um grupo de 13% de usuários (maior que a quantidade de trabalhadores do serviço público padrão), das vítimas do césio-137 e dos

³⁹ Era Presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores (PT), de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011, governador de Goiás, Alcides Rodrigues (Partido Progressista, PP), de 31 de março de 2006 a 31 de dezembro de 2010 e Presidente do Ipasgo, Nelson Siqueira de Moraes, de 9 de dezembro de 2005 a 20 de agosto de 2007. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

⁴⁰ No período, era Presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores, PT), de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011, governador de Goiás, Alcides Rodrigues (PP), de 31 de março de 2006 a 31 de dezembro de 2010 e Presidentes do Ipasgo, Nelson Siqueira de Moraes, de 9 de dezembro de 2005 a 20 de agosto de 2007 e Alberane de Souza Marques, de 20 de agosto de 2007 a 1º de maio de 2008. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

incluídos no Programa de Apoio Social (PAS), uma vez que o Estado não devolvia ao Ipasgo o custo do tratamento, foi considerada um ponto de estrangulamento do orçamento, por tratarem-se de usuários com idade avançada, com sérios problemas de saúde e com despesas médicas elevadas.

Contudo, denúncias de má gestão, fraudes, uso político do órgão, permitindo a abertura para dependentes fora do grupo familiar e não reajuste das mensalidades, colocaram o Ipasgo em uma das piores crises vividas em sua história. De acordo com um relatório elaborado após auditoria interna feita pela Diretoria de Administração e Finanças do Ipasgo no final de 2011 e divulgado por Mergulhão (23 dez. 2011), o órgão atingiu uma dívida, em 2011, de trezentos milhões de reais, em decorrência de pagamento de altas aposentadorias, pensões forjadas, que ficaram sobre a responsabilidade do Ipasgo Saúde, além do uso indevido do plano pelos usuários, seja por meio de um número excessivo de consultas/ano, da utilização do cartão do Ipasgo por terceiros ou por arranjos realizados pelos trabalhadores do serviço público, visando a inclusão de dependentes ao plano.

Com o objetivo de corrigir as distorções detectadas na legislação do Ipasgo daquele período, eliminar ambiguidades ou lacunas verificadas quando da aplicação dos dispositivos da Lei nº 14.081/2002, e de adequar o equilíbrio entre arrecadação e despesas, até aquele momento, geradas pelo impacto nos custos assistenciais, alta demanda pelos procedimentos e baixo valor da contribuição em relação ao preço de mercado, foi proposta a modificação da referida lei. Foi então elaborado o Projeto de Lei nº 93/2011 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2011a), como forma de colocar em prática a visão de trabalho, coerente com a ideia da administração pública gerencial implantada no estado, com foco em resultados, substituindo métodos ultrapassados pela nova mentalidade da gestão pública.

Assim, desde novembro de 2011⁴¹, o Ipasgo Saúde é regido pela Lei nº 17.477/2011 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2011b), que limitou a

⁴¹ Era Presidente do Brasil, Dilma Rousseff (PT), de 1º de janeiro de 2011 aos dias atuais, governador de Goiás, Marconi Perillo (PSDB), de 1º de janeiro de 2011 aos dias atuais e Presidente do Ipasgo, José Taveira Rocha, de 1º de janeiro de 2011 a 16 de maio de 2012. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>; <<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica>>; e <<http://www.ipasgo.go.gov.br/>>. Acesso em 18 nov. 2013.

inscrição dos dependentes fora do grupo familiar para filhos solteiros maiores de dezoito anos, netos solteiros e o menor sob guarda judicial do titular. A redução no grau de parentesco dos dependentes vinculados ao titular justificava-se pela própria vocação do instituto de atendimento ao trabalhador público estadual e objetivava controlar o volume de crescimento da carteira de usuários, naquele momento com cerca de 640 mil inscritos. A redução levaria à consequente redução do número de inscritos ao longo do tempo, devendo-se, de acordo com o Projeto de Lei nº 93, de 16 de setembro de 2011 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2011a, p. 4):

prever a entrada de novos usuários, permitindo a renovação e oxigenação das faixas etárias que se sedimentam (em janeiro do ano em curso o cadastro dos 622 mil usuários habilitados à utilização dos serviços registrou 118.502 acima de 59 anos), sob pena de comprometimento futuro do equilíbrio entre o grau de utilização e a sinistralidade mais elevado, pela concentração de pessoas idosas nas últimas faixas da pirâmide e a não 'reposição' de categorias mais jovens e hígdas (saudáveis). Diante disso, destacamos a novel permissão para que o servidor público estadual, solteiro ou viúvo, possa inscrever-se mediante pagamento de contribuição individual, no valor de mensalidade estabelecida em tabela atuarial conforme a faixa etária e o padrão de acomodação de internação do optante (§ 2º, Art. 11 [Lei 17.477/2011]).

Em outubro de 2012, o Ipasgo registrava 582.893 usuários ativos (GOIÁS, IPASGO, 2012), aproximadamente 10% da população de Goiás⁴² (IBGE, 2010), sendo 164.191 segurados titulares ativos, sejam trabalhadores do serviços públicos estadual, conveniados ou ex-servidores e 418.702 dependentes, com 13 Regionais e 71 postos de atendimento distribuídos em todo o estado, além de uma rede credenciada de profissionais e pessoas jurídicas, composta por médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, hospitais, clínicas e laboratórios⁴³.

Dentre os segurados titulares, estão os trabalhadores do serviço público, os ex-servidores e os conveniados. Os trabalhadores do serviço público estadual podem ser ativos ou inativos, detentores de cargos ou empregos públicos da

⁴² De acordo com o Censo 2010 do IBGE, o estado de Goiás conta com uma população de 6.003.788 habitantes, distribuída em 246 municípios. Estes dados podem ser encontrados no site do IBGE: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>>. Acesso em 18 nov. 2013.

⁴³ A relação da rede credenciada está disponível em: <<http://www2.ipasgo.go.gov.br/Consulta/index.asp>>.

administração direta dos poderes legislativo, executivo e judiciário do estado, de suas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, do Ministério Público e dos tribunais de contas do estado e dos municípios, incluindo os que ocupam cargos em comissão, os contratados por prazo determinado e aqueles cedidos a qualquer dos órgãos ou entidades já referidos, os pensionistas remunerados pelos cofres estaduais, os trabalhadores ou empregados públicos de outros entes da federação, que estiverem à disposição do estado, com ou sem ônus para o órgão requisitante, o pessoal de que trata a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1981 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1981), ativo e inativo⁴⁴, os pensionistas de ex-detentores de emprego público estadual, desde que o benefício tenha sido concedido pelo Regime Geral de Previdência com base no vínculo com administração pública estadual, os serventuários de justiça, titulares cartorários e dobristas, ativos e inativos, inscritos na vigência da Lei nº 10.150, de 29 de novembro de 1986 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 1986b), os detentores de mandato eletivo do executivo e legislativo estadual ou municipal, durante o seu exercício.

O titular ex-servidor é ex-ocupante de emprego público estadual permanente ou admitido sob regime temporário, que opta pela sua continuidade no Ipasgo Saúde ou nele se inscreve na condição de titular, no prazo de até 180 dias, contados da data do respectivo desligamento.

Os titulares conveniados são aqueles trabalhadores ou empregados públicos, ativos ou inativos, dos órgãos e das entidades que celebram convênio com o Ipasgo. Dentre as instituições conveniadas encontram-se 64 prefeituras, e 15 entidades – sindicatos, associações, autarquias e instituições educacionais públicas.

Os dependentes são divididos em grupo familiar e fora do grupo familiar. Grupo familiar é a situação em que a cobertura devida pelo Ipasgo Saúde é garantida pelo pagamento de mensalidade em nome do titular, feita com base em percentual descontado sobre a respectiva remuneração. Os dependentes desse grupo, são o cônjuge, companheiro em união estável, filhos solteiros menores de 18 anos ou até 23 anos em curso de graduação, filhos definitivamente inválidos

⁴⁴ Essa lei trata do pessoal do Consórcio de Empresas de Radiodifusão e Notícias do Estado e da Caixa Econômica do Estado de Goiás, admitido ao tempo em que esses órgãos eram autarquias e que, desde a sua transformação em empresas públicas, vêm contribuindo para o Ipasgo.

ou incapazes maiores de 18 anos, desde que a invalidez ou incapacidade tenha ocorrido na menoridade, e o menor sob a guarda do titular, desde que em processo de adoção.

Os dependentes fora do grupo familiar são aqueles inscritos mediante pagamento de mensalidade individual indicada em tabela atuarial e descontada na conta corrente do titular, em valor correspondente à faixa etária e ao padrão de acomodação da internação. Nesse grupo, encontram-se o menor sob guarda judicial do titular, os filhos solteiros maiores de 18 anos e os netos solteiros.

Dentre as fontes de custeio do Ipasgo Saúde estão o pagamento das mensalidades e das coparticipações dos usuários titulares e dependentes.

O pagamento do valor das mensalidades do Ipasgo Saúde é diferenciado para o trabalhador do serviço público titular e seu grupo familiar (desconto percentual sobre o vencimento do titular, de acordo com a modalidade de acomodação) e para os dependentes fora do grupo familiar (valor calculado em tabela atuarial). A tabela de cálculo atuarial é estabelecida para as contribuições individuais fixadas conforme a faixa etária e o padrão de acomodação. O reajuste para quem contribui com base nessa tabela é calculado de acordo com o índice nacional específico, divulgado para os serviços de saúde suplementar ou quando apurados em estudos técnicos atuariais, realizados para esse fim. A coparticipação é um pagamento de parte das despesas realizadas em consultas, exames e procedimentos, em um percentual de 30%, feito pelo usuário e que ultrapassa o valor da mensalidade. Este percentual não é cobrado para nenhum procedimento realizado em regime de internação.

O trabalhadores do serviço público e seu grupo familiar contribuem com pagamento mensal, descontado em folha de pagamento, segundo a modalidade de acomodação – básica, para internação hospitalar coletiva, em enfermaria (6,81% até o limite de trezentos e dezenove reais e quarenta e dois centavos⁴⁵) ou especial, para internação hospitalar, em apartamento, compreendendo ambiente individual com leito para acompanhante e banheiro privativo (12,48%, até o limite de quatrocentos e setenta e cinco reais e vinte e seis centavos⁴⁶).

⁴⁵ Disponível em: <http://intraipasgo/web/ipasgonet>, Perguntas e Respostas. Acesso em: 1º ago. 2013.

⁴⁶ Disponível em: <http://intraipasgo/web/ipasgonet>, Perguntas e Respostas. Acesso em: 1º ago. 2013.

Em outubro de 2012, o valor da mensalidade, para usuários com contribuições sobre tabela atuarial variava, no plano básico, de sessenta e sete reais para pessoas entre 0 a 18 anos, até duzentos e noventa e dois reais e setenta e seis reais, para pessoas com 59 anos ou mais, e no plano especial, de setenta e seis reais e setenta centavos a quatrocentos e trinta e nove reais e noventa e quatro centavos, respectivamente⁴⁷. Em um plano privado⁴⁸, também com coparticipação de 30% para consultas, exames e terapias, o valor da mensalidade com cobertura de internação em enfermaria, para pessoas entre 0 a 18 anos é de cento e onze reais e cinqüenta centavos e para pessoas acima de 59 anos, seiscentos e trinta e oito reais e noventa e nove centavos. Para cobertura em apartamento, os valores variam de cento e trinta e quatro reais e noventa e dois centavos a setecentos e noventa e nove reais e cinqüenta centavos, respectivamente.

O Ipasgo segue, desde 2002, as recomendações obtidas pela certificação NBR ISO 9001:2000, sendo o primeiro instituto de assistência à saúde do país a ter seus serviços certificados segundo normas internacionais de qualidade⁴⁹.

Essa certificação pressupõe a inserção do Ipasgo na lógica do mercado, da iniciativa privada, no setor público, conforme as determinações dos planos dos governos estadual e federal.

O instituto oferece programas que beneficiam os usuários, como o Programa de Prevenção Oral, com profilaxia e prevenção da saúde bucal⁵⁰, o Programa de Apoio Social (PAS), que consiste em desconto ou isenção na coparticipação para o trabalhadores do serviço público estadual ativo e inativo e seu grupo familiar com renda familiar líquida mensal de até quinze salários mínimos, quando acometido de doenças oncológicas, renais crônicas, inumodeficiência adquirida ou congênita e doenças autoimunes (GOIÁS, IPASGO, 2003), o Programa de Gerenciamento de Crônicos (GOIÁS, IPASGO

⁴⁷ <http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Noticias/Tabela_12-2012_Docnix.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2013.

⁴⁸ O plano privado avaliado foi a Unimed Goiânia. Os valores foram obtidos em “Simulador de Planos”, especificando a acomodação e o plano desejado. Disponível em: <http://www.unimedgoiania.coop.br/unimedgoiania/site/simulador-planos>. Acesso em: 3 ago. 2013.

⁴⁹ Disponível em: http://www2.ipasgo.go.gov.br/site/arquivos/Institucional/historico_conteudo.html. Acesso em 17 jul. 2013.

⁵⁰ Disponível em: <http://www2.ipasgo.go.gov.br/site/arquivos/Cliente/AssistenciaOdonto.asp>. Acesso em 26 nov. 2013.

2011), com visitas domiciliares realizadas por equipe multiprofissional e direcionado, especialmente, aos idosos e pessoas com doenças crônicas, tais como, diabetes, hipertensão, doenças pulmonares, osteoporose e outras, a assistência hospitalar domiciliar (GOIÁS, IPASGO, 2010) para paciente de alta complexidade, o programa de desconto do valor da coparticipação para terapias complementares, para usuários com renda familiar líquida mensal até seis salários mínimos (GOIÁS, IPASGO, 2013). Conta ainda com o Ipasgo Preserva, “ações que visam sensibilizar os colaboradores e a sociedade a preservar o meio ambiente”⁵¹. A partir de 2011, com a criação da Gerência de Ações Preventivas, o Ipasgo iniciou o desenvolvimento de programas de obesidade, planejamento familiar e de combate ao tabagismo.

Assim, o estudo apresentado sobre a consolidação e funcionalidade do Ipasgo confirma que o seu desenvolvimento, por meio das mudanças administrativas ocorridas desde sua fundação, possuem conexões com as redefinições das funções do Estado e as mudanças no processo de acumulação do capital, sustentado por um ideário neoliberal, cujas consequências são: a) privatização do setor público; b) terceirização e mercantilização dos serviços; e c) precarização do trabalho. Essa compreensão é validada nos dados da investigação e nos estudos sobre a suas contradições, apresentadas a seguir.

3.2 Redefinição do Estado e contradições de uma autarquia de assistência a saúde do trabalhador do serviço público estadual

O exame do significado da relação público-privada na execução de ações de saúde para os trabalhadores no serviço público estadual em Goiás configurou-se, conforme análise realizada neste estudo, a partir dos anos 1960, com o desenvolvimento do planejamento estatal implantado por Mauro Borges, por meio da criação do Ipasgo. Essa relação envolveu a racionalidade impressa aos programas de saúde como estratégia de gestão estatal, subordinada inicialmente por uma lógica corporativista, de delineamento de um Estado social.

⁵¹ Disponível em: http://www2.ipasgo.go.gov.br/site/arquivos/Principal/Ipasgo_Preserva.pdf. Acesso em: 17 jul. 2013.

Posteriormente, justificou-se em um processo de redefinição do papel do Estado, em decorrência da própria estratégia de rearticulação do capital no plano mundial, pela incorporação do processo de precarização do trabalho, de mercantilização dos serviços e de subordinação do público ao privado como parte de um novo modelo de gestão, que engloba a defesa de um Estado mínimo para o social.

Nestes termos, a trajetória e funcionalidade do Ipasgo e sua relação com a redefinição das funções do Estado, em Goiás, no contexto da ordem do capital, como parte integrante de uma realidade dinâmica, implica um capitalismo diferente das décadas de 1960 e 1970, mas que continua sendo um modo capitalista “de produzir/reproduzir relações sociais a partir da produção material das condições de vida social, produção fundada *na exploração do trabalho*, contendo *contradições e limites imanentes à sua estrutura e dinâmica*” (NETTO, 2010, p. 258, grifos do autor).

A redefinição do papel do Estado, após 1970, no tocante à política de saúde, esteve condicionada pelo processo de mudança/reestruturação no modo capitalista de produção e relacionou-se com as alterações sofridas na realidade social. Esse processo desencadeou mudanças nas leis de funcionamento do Ipasgo, em períodos relativamente próximos, como demonstrado anteriormente (1973, 1986, 2002 e 2011), com alterações, também, na forma de gestão do órgão.

Como visto anteriormente, até a década de 1960, as ações públicas de saúde, no Brasil, destacaram-se pelas campanhas sanitárias e pouco financiamento estatal para o setor. Como uma alternativa de cobertura médico-previdenciária, foram criados os CAPs e os IAPs, destinados para algumas categorias profissionais, porém sem representar os trabalhadores civis e militares, do serviço público, que possuíam seu próprio instituto, o Ipase.

Esse processo demarcou a consolidação do capitalismo monopolista no país, e o Estado adquiriu características estratégicas nesse movimento, convertendo-se, no dizer de Behring (2008, p. 105) em “captador da poupança externa e base de internacionalização da economia brasileira, em consonância com os interesses de classe que representava”, a burguesia. A forte intervenção econômica do Estado ocorreu de forma diversificada em ramos que não interessavam à iniciativa privada, e com uma ambiguidade: ao mesmo tempo em

que se colocava junto ao capital nacional, facilitava a entrada do capital estrangeiro no setor produtivo.

Como analisa Netto (2011, p. 34), a organização monopólica da sociedade implicou no redimensionamento do Estado burguês, que amplia e torna mais complexa a estrutura e o significado da ação estatal e incorpora os desdobramentos do caráter público das refrações da questão social: “as sequelas da ordem burguesa passaram a ser tomadas como áreas e campos que legitimamente reclamavam, e mereciam, a intervenção da instância política que, formal e explicitamente, mostrava-se como expressão e manifestação da coletividade”.

Essa expansão reconfigura e amplia a função do Estado brasileiro que foi realizada com o discurso de defesa da iniciativa privada, em nome do crescimento econômico e marcada pelo aumento de sua capacidade de cobrança de tributos, pelo crescimento de suas atividades empresariais e pelo aumento do custo da administração indireta e descentralizada (administradoras dos fundos).

Na década de 1970, os convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela previdência social, e os planos próprios de empresas estatais e multinacionais estimularam, decisivamente, o processo da medicina privada.

Netto (2011) analisa que a perspectiva “pública” é implementada pelo Estado, no capitalismo monopolista, quando se trata de refrações da “questão social” tornadas flagrantemente massivas e em conjunturas de desenvolvimento econômico ascendente, e a perspectiva “privada” ocorre, sobretudo, em momentos imediatamente anteriores e posteriores à emergência de conjunturas críticas. Contudo, a implementação dessas perspectivas não ocorre de forma linear, regular, podendo se sobrepor a cada momento. Em qualquer alternativa, o Estado possui as condições de subsidiar a perspectiva pública e vincular a ela a perspectiva privada, além de, em toda conjuntura, utilizar das duas perspectivas.

A constituição do Ipasgo deu-se nesse contexto em que a seguridade social brasileira vivia um momento de fragmentação dos meios de consumo coletivo, liberando a prestação de serviços de saúde e previdência para o capital privado. No âmbito não governamental, observava-se a ampliação de serviços próprios das empresas. Contudo, três regimes continuavam vinculados ao

financiamento público: o dos trabalhadores do serviço público federal, os programas de assistência à saúde de empresas estatais e o financiamento específico para trabalhadores rurais, com a criação, em 1963, do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

Assim, em um conjuntura em que a saúde pública voltava-se para a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e rurais, e o setor de assistência médica previdenciária atendia aos trabalhadores do setor privado e estatal por meio dos institutos de aposentadoria e pensões, o estado de Goiás constituiu uma rede de serviços de previdência e assistência aos trabalhadores públicos por meio de um convênio com um instituto de previdência geral e, posteriormente, com o serviço oferecido pelo próprio estado, por uma autarquia, o Ipasgo.

Segundo Paula (2010), as autarquias são pessoas jurídicas de direito público, com capacidade autoadministrativa e patrimônio próprio, porém sob controle estatal e participantes do orçamento do Estado. São criadas por qualquer ente federativo (União, Estado, Município ou Distrito Federal) mediante leis específicas, e só lhe são outorgados serviços típicos da administração pública, ou seja, “atividades educacionais, previdenciárias ou quaisquer outras outorgadas pela entidade estatal matriz, mas sem subordinação hierárquica, sujeitas apenas ao controle finalístico de sua administração e da conduta de seus dirigentes” (PAULA, 2010, p. 25-26).

De acordo com o Relatório de Avaliação de Programa de Governo, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (GOIÁS, TCE, 2006), ser gerido por uma entidade autárquica confere ao Ipasgo a dimensão pública do plano, considerando o controle administrativo ou tutela estatal. Portanto, o órgão é considerado um serviço público prestado de forma indireta. Apesar de não existir uma definição de serviço público na Constituição Federal brasileira, há um entendimento doutrinário dominante que o considera como qualquer atividade de oferecimento de utilidade material à coletividade, desde que, por opção do ordenamento jurídico, essa atividade deva ser desenvolvida sob regime de direito público (CONCENTINO, 2010).

A assistência à saúde no Brasil configura-se com uma dupla institucionalidade, do sistema público e do privado, e, de acordo com Menicucci

(2006), e apesar dessas duas modalidades, sem vínculos do ponto de vista jurídico, estão submetidas à regulação de uma mesma instância governamental, o Ministério da Saúde, e no caso da saúde suplementar, por meio de uma agência reguladora, a ANS.

Apesar de tratar-se de um plano estatal, os termos que definem uma operadora de saúde privada como de autogestão e os usuários aos quais são destinados seus serviços identificam-se ao seu padrão, conforme disposto no Art. 2º da Resolução Normativa (RN) nº 137, de 14 de novembro de 2006 (BRASIL, ANS, 2006):

a) a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: sócios da pessoa jurídica, administradores e ex-administradores da entidade de autogestão, empregados e ex-empregados da entidade de autogestão, aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão, pensionistas dos beneficiários descritos, e grupo familiar dos beneficiários descritos, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim;

b) a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora, empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora, ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora, pensionistas dos beneficiários descritos, sócios da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão, empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão, empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão, aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora, pensionistas dos beneficiários descritos, grupo familiar dos beneficiários descritos, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, e as pessoas dos

últimos cinco grupos vinculadas ao instituidor desde que este também seja patrocinador ou mantenedor da entidade de autogestão; e

c) a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seguintes beneficiários: empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão, aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão, pensionistas dos beneficiários descritos e grupo familiar dos beneficiários descritos, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.

A gestão do Ipasgo Saúde aproxima-se dessa definição ao destinar-se a uma categoria profissional, porém, difere, fundamentalmente, dela quanto às características jurídicas e operacionais, uma vez que as entidades de autogestão só operam plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados acima (BRASIL, ANS, 2006) e a “a autogestão pública submete-se a regime jurídico de direito público interno, na forma de autarquia, e como tal, sujeita-se ao controle administrativo e à tutela do Estado” (GOIÁS, TCE, 2006, p. 29-30). A Lei nº 14.081/2002 (GOIÁS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, 2002) apontava a tutela do Estado em relação ao Ipasgo: “a autonomia administrativa e financeira do Ipasgo não exclui o exercício da supervisão de suas atividades pelos órgãos competentes do Poder executivo”.

Ao seguir o modelo definido como autogestão, típico do setor privado e regulamentado pela ANS, o Ipasgo “volta-se para o setor privado de assistência à saúde, desde que o Estado isentou-se, constitucionalmente, de atividades supletivas à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS” (GOIÁS, TCE, 2006, p. 74). Por outro lado, ao instituir-se público, fica desobrigado de regular-se pelas normas estabelecidas pela ANS, tendo autonomia para atribuir valores próprios às suas tabelas de mensalidades e de procedimentos médicos.

Este hibridismo público-privado em sua formulação e gestão confere-lhe, simultaneamente, situações privilegiadas e administrativamente difíceis, verificadas em suas reestruturações, como, por exemplo, a independência em

definir os valores de procedimentos e exames segundo tabela própria e as cessões de uso de imóveis do seu patrimônio (GOIÁS, TCE, 2006).

Após 1964, a intervenção do Estado como produtor gerou um descompasso institucional entre a burocracia governamental (administração direta) e o executivo de estado da administração pública (administração indireta), e fez-se acompanhar de sua privatização, por meio de suas agências, no entanto, sem a legitimação política existente em período anterior, decorrendo, portanto, o isolamento do setor governamental.

Economicamente, a articulação do Estado com a burguesia nacional e o capital estrangeiro fundou o “milagre brasileiro”, sustentado pelo êxodo rural, concentração de força de trabalho barata nos centros urbanos e oferecimento de facilidades para empréstimos privados, sem garantias de investimento produtivo e aprofundamento da dívida pública externa.

Até a década de 1980, a compra de serviços privados pelo governo, favoreceu o crescimento do setor privado de saúde, devido à fragilidade do atendimento à saúde oferecido pelo Estado e dos incentivos fiscais direcionados à iniciativa privada, propiciando o surgimento de instituições como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão, vinculadas a empresas que administram planos privados de saúde para seus empregados e incentivando a adesão de uma camada da sociedade desprovida de proteção e de regulação jurídica (CANTON; NEVES, 2006; MENICUCCI, 2006).

O país adentrou a década de 1980, enfrentando dificuldades na formulação de políticas econômicas orientadas pela política econômica norte-americana, elevação dos juros e da inflação, um empobrecimento generalizado, crise nos serviços sociais públicos, desemprego, informalização da economia e favorecimento das exportações em detrimento das necessidades internas.

Segundo Behring (2008, p. 139), em meio à crise econômica em curso, prevaleceu “a orientação que preconizava o papel do Estado como sinalizador e promotor das mudanças requeridas”. O governo reconhecia a necessidade da modernização do parque industrial e da introdução da tecnologia eletrônica e biotecnologia, com atração de capital estrangeiro, desregulamentação da atividade econômica e adoção de padrões do liberalismo como forma dessa modernização e com vistas à inserção no cenário internacional.

A política industrial, envolta em um discurso liberal, previa a adoção de fortes subsídios estatais e a abertura econômica do país, articulada a outras políticas orientadas para o mercado e com forte capacidade de persuasão, em uma conjuntura de desgastes dos planos econômicos anteriores, reestruturação produtiva e de mundialização do capital.

Associada à agenda liberal em curso, houve a retomada do Estado democrático de direito, com o surgimento de um “movimento operário e popular novo” (BEHRING, 2008, p. 142), criado em decorrência das mudanças estruturais produzidas pela industrialização e urbanização, e cuja presença e ação interferiram na agenda política ao longo dos anos 1980 e regularam alguns eixos constitucionais, como os direitos sociais, incluído, aí, a saúde como componente da seguridade social.

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988) e a implantação do SUS, modificou-se a execução do atendimento público de saúde oferecido, uma vez que a saúde passou a ser entendida como política pública, inserida no âmbito da seguridade social como direito de todos e dever do Estado.

O sistema de proteção social brasileiro fez emergir o grande paradoxo do Estado brasileiro: a estruturação de um sistema de seguridade segundo a lógica previdenciário-assistencial em uma sociedade com frágil assalariamento, precarização das relações trabalhistas e do próprio trabalho, em meio a um contexto de contradições entre as concepções de Estado liberal-conservadora e de Estado Social, em que prevaleceu a primeira concepção.

Já a partir de 1988, as forças comprometidas com a Reforma Sanitária começaram a perder espaço no interior do governo e dos aparelhos institucionais e a esfera privada de saúde começou a se reorganizar, direcionando o setor, tanto nos aspectos econômico e político, culminando nos anos 1990, com o redirecionamento do papel do Estado, conforme o ideário neoliberal (BRAVO, 2008), iniciado com Fernando Collor de Melo e seguido por Fernando Henrique Cardoso.

A abertura comercial do Brasil, imposta pelas reformas econômicas e políticas, desde o governo de Fernando Collor, repercutiu na redefinição das políticas sociais. O mercado de medicina privada impôs-se como alternativa ao

precário atendimento da saúde pública, ao incorporar o ideal de acesso e qualidade dos serviços, fortalecendo a ideologia do *público* como tudo o que é ineficiente, aberto ao desperdício e à corrupção e do *privado* como esfera da eficiência e qualidade.

De acordo com Netto (2011, p. 35-36),

nas condições da idade do monopólio, o caráter público de enfrentamento das refrações da 'questão social' incorpora o substrato individualista da tradição liberal, ressitando-o como elemento subsidiário no trato das sequelas da vida social burguesa [...]. Por uma parte, a ordem burguesa supõe necessariamente que, em última instância, o destino pessoal é função do indivíduo como tal; a consequência inelutável é que tanto o êxito quanto o fracasso sociais são creditados ao sujeito individual tomado enquanto mônada social. Por outra parte, a criação, pela via de ações públicas, de condições sociais para o desenvolvimento dos indivíduos não exclui a sua responsabilização social e final pelo aproveitamento ou não das possibilidades que lhes são tornadas acessíveis.

Tendo em vista a tradição liberal, o acesso à saúde por meio de um plano de assistência passou a ser defendido por parcela da população, que “se engaja junto ao Estado no projeto neoliberal de privatização da saúde” (CANTON; NEVES, 2006, p. 159), reforçando a contradição do pagamento individual por um direito social.

Outro fator de incentivo ao rápido crescimento do setor foi a ausência de regulamentação para a normatização, controle e fiscalização das operadoras de saúde, até 1998, quando houve a criação da ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional.

Além disto, a aprovação da Emenda Constitucional nº 20/1998 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1998d) contribuiu para o fortalecimento do setor privado de saúde e previdência, ao inserir a ruptura das duas políticas no âmbito da seguridade social, comprometendo a forma de organização e funcionamento dos institutos estaduais de provimento de previdência e assistência dos trabalhadores dos serviços públicos estaduais. Essa emenda reforçou o caráter contributivo da previdência, a filiação obrigatória, a exigência do equilíbrio financeiro e atuarial e o atendimento à cobertura de aposentadorias, pensões e auxílios à maternidade, desemprego e reclusão, além de aproximá-la do seguro privado.

Na análise de Behring (2008, p. 172), a reforma da previdência social fez parte do Plano Diretor da Reforma do Estado, dirigido por Bresser Pereira⁵², que julgava que o Brasil e a América Latina haviam sido atingidos, nos anos 1980, por uma dura crise fiscal agravada pela crise da dívida externa e pelo populismo econômico, caracterizado por políticas macroeconômicas na América Latina, mantendo o ativismo do Estado no desenvolvimento e acenando a redistribuição de renda no curto prazo, sem sustentação no longo prazo.

Behring (2008) analisa que esse plano não pretendia atingir o Estado mínimo, mas reconstruir um Estado com responsabilidades na área social, com contratação pelo Estado de serviços sociais oferecidos pelo mercado. As políticas sociais (saúde, educação) deslocariam do âmbito estatal e seriam contratadas e executadas por organizações públicas não estatais competitivas. Esse novo Estado, pequeno e forte, teria a tarefa de garantir a propriedade e os contratos, promover o bem-estar e os direitos sociais e realizar uma política industrial e de promoção de exportações.

Para garantir a modernização do Estado, foi proposto um pacto, que iniciou com a liberalização comercial, privatizações e programa de estabilização monetária (Plano Real) e prosseguiu com a reforma da previdência social e da administração pública, por meio da reforma gerencial do Estado, caracterizado como rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa.

Os argumentos referentes à necessidade da reforma do Estado foram de que a crise brasileira constituía uma *crise de Estado*, o qual se desviou de suas funções básicas, tendo como consequências a deterioração dos serviços públicos, o agravamento da crise fiscal e da inflação. Segundo Behring (2008, p. 177), “a crise do Estado assume a forma de crise fiscal, de esgotamento do modelo estatizante de intervenção na economia [...] e, por fim, a administração pública burocrática”.

De acordo com estes argumentos, a CF/1988 era considerada um entrave para a modernização do aparelho estatal, com suas medidas de extensão de regras burocráticas para empresas estatais e administração indireta, regime jurídico único, estabilidade dos trabalhadores públicos e aposentadoria integral no

⁵² Segundo Behring (2008), o Plano Diretor da Reforma do Estado, aprovado em setembro de 1995 pela Câmara da Reforma do Estado, foi elaborado por uma equipe da qual participou Bresser Pereira, então Ministro da Reforma do Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso, no período de 1995 a 1998.

serviço público, criando privilégios, desprestigiando e aumentando o custo da máquina pública e atacando diretamente a seguridade social.

A introdução de novas modalidades de gestão e de organização das políticas sociais públicas, dentre elas, a saúde, por meio do controle social na formulação e fiscalização das emanadas da CF/1988, argumentava a necessária redefinição das relações entre Estado e sociedade civil. Contudo, a partir dos anos 1990, diferentemente do período em que se deu a criação do Ipasgo, a esfera pública ganhou novas denotações. A relação Estado-sociedade civil passou a ser assumida pelo projeto neoliberal, sendo desqualificada e transmutada em esfera pública não estatal, em terceiro setor, direcionando e atribuindo à sociedade civil o papel de agente de bem-estar, por meio de práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas, enfraquecendo e diminuindo o Estado de suas responsabilidades sociais (DURIGUETTO, 2005).

Esse processo foi expresso pelo Programa de Publicização, que, institucionalmente, remeteu à implementação da seguridade social ao setor privado, com a criação de agências executivas, das organizações sociais e na regulação do terceiro setor para a execução das políticas públicas, por meio da parceria Estado-sociedade civil, na qualidade de atividades não exclusivas do Estado.

A nova modalidade de parceria público-privada (PPP) difere da relação entre Estado e Ipasgo, em razão da própria personalidade jurídica do órgão, de direito público interno, e de sua forma de gestão, uma autarquia sob supervisão estatal e participante do orçamento do Estado, mas sem subordinação hierárquica, sujeita, apenas, ao controle finalístico de sua administração e da conduta de seus dirigentes. A criação do Ipasgo deu-se mediante lei estadual específica.

Segundo a Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997 (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1997), convertida na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1998a), as organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. Para habilitar-se

como organização social, a entidade precisa comprovar o registro de seu ato constitutivo.

As atribuições, responsabilidades e obrigações do governo e da organização social são regidas por um contrato de gestão, submetido à autoridade legislativa. No contrato de gestão, além dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, também devem ser observadas a especificação do programa de trabalho proposta, a estipulação de metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, a previsão dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade, e a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos seus dirigentes e empregados no exercício de suas funções.

Apesar de toda crítica dos trabalhadores à implantação das organizações sociais, apontando o viés economicista da reforma e sua vinculação com a crise fiscal, o fortalecimento desse setor público não estatal constituiu-se como viabilizador do atendimento das necessidades, com justificativa de equilíbrio fiscal e busca de eficácia na prestação dos serviços.

As consequências desse ajuste neoliberal, cuja política econômica era sustentada na estabilidade da moeda a qualquer preço e de controle da inflação, para a política social, levou ao empobrecimento, aumento do desemprego e flexibilização de direitos, com desregulamentação de contratos de trabalho, crise fiscal aprofundada, aumento da demanda por serviços sociais públicos e corte de gastos, com diminuição do custo do Estado em políticas públicas fundamentais, como a saúde (BEHRING, 2008).

A década de 2000 apresentou aspectos de continuidade da vivenciada no século anterior em relação à política nacional de saúde, como a focalização (Programa Saúde da Família (PSF), direcionado para populações de baixa renda e sem articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência à saúde), a precarização e terceirização de recursos humanos (contratação de força de trabalho, falta de concurso público) e o desfinanciamento da seguridade social (utilização de seus recursos para garantir superávit primário das contas públicas) (BRAVO, 2008).

Segundo Bravo (2008), durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a

política macroeconômica foi mantida e as políticas sociais continuaram fragmentadas e subordinadas ao econômico. Em relação à política de saúde, houve a perda de espaço do projeto de reforma sanitária e o reforço da consolidação do projeto articulado ao projeto privatista, vinculado ao mercado, com a substituição dos valores solidários pautados na concepção de seguridade social inscrita na CF/1988, substituídos por valores individualistas. Os novos valores fortaleceram a consolidação da concepção do atendimento do SUS para a população mais pobre e em ocupações menos valorizadas, destinado aos que não têm acesso ao sistema privado de saúde, o qual cobre, em geral, as pessoas com melhores condições de trabalho ou de renda.

Esses aspectos devem ser considerados na análise sobre o Ipasgo, órgão gestor do Ipasgo Saúde, participante da administração indireta do Estado, que presta serviços de saúde para uma parcela da população, os trabalhadores públicos estaduais, ex-servidores e conveniados e seus dependentes, em todo o estado de Goiás.

Em um cenário de mercantilização e privatização da saúde, com a implantação das organizações sociais, de fragmentação e descontinuidades na política de saúde governamental, como direito social, e de contradições do próprio órgão, com características híbridas entre o público e o privado, o Ipasgo assume relevância social no estado de Goiás ao manter-se, há 51 anos, como um mecanismo de continuidade da prestação de serviços de saúde destinados à categoria de trabalhadores públicos de Goiás, cujos salários são, em geral, insuficientes para custear um plano de saúde privado.

Face ao exposto, compreende-se que o Ipasgo tem, em sua origem, uma natureza e funcionalidade demarcadas por um contexto diferente das redefinições do Estado pós-neoliberalismo, em uma perspectiva de racionalização da gestão pública. Sua história abrange um processo de longo alcance e mudanças no padrão de acumulação do capital, nas alterações verificadas na relação entre Estado e sociedade civil, na reconfiguração dos direitos sociais e das políticas de saúde com ascensão do ideário neoliberal em sua programática de defesa da parceria público-privada. A reestruturação resulta de diferentes fatores, mas destacam-se, em sua trajetória, aqueles advindos da promulgação da

Constituição Federal de 1988 e da aprovação do capítulo da seguridade social e, em particular, da política nacional de saúde, organizada no SUS.

As análises empreendidas possibilitaram apreender, das contradições geradoras de suas reestruturações e modificações, uma dimensão que confere ao Ipasgo um funcionamento contínuo e uma peculiaridade que o difere no movimento de privatização do bem público e, em especial, de privatização da saúde pública. As características jurídicas de autarquia pública, caracterizada, neste estudo, como híbrida, resultado de um corporativismo de Estado, são determinantes para a manutenção e continuidade do instituto, como órgão de assistência a saúde do trabalhador público, por mais de cinco décadas, o que possibilita defini-lo não como privado, mas como uma instituição estatal relativa à assistência à saúde de uma categoria em particular, o trabalhador público do estado de Goiás.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão, retomam-se os objetivos da presente dissertação. Inicialmente, analisar a relação entre o direito à saúde dos trabalhadores públicos estaduais de Goiás e as redefinições das funções do Estado na execução da política de saúde em uma perspectiva de direito social, em um contexto de reestruturação do capital, marcado pela privatização do setor público, terceirização, mercantilização dos serviços de saúde e precarização do trabalho. Em seguida, inquirir questões relativas à política de saúde adotada em âmbito nacional e regional, na área da saúde, para compreender o contexto em que o Ipasgo foi gestado e as propostas de mudanças, articulando-as em suas determinações sócio-históricas, o que permitiu analisar a relação público/privada do papel do estado de Goiás na execução da política de saúde voltada para o trabalhador público estadual, em uma perspectiva de configuração de direitos.

As particularidades históricas do Brasil, a partir do século XX, sugerem que a regulação estatal e a privatização não são fenômenos recentes, mas intrínsecos ao desenvolvimento capitalista da formação social do país, em que os interesses das classes dominantes, nacional e internacional, se inscreveram no âmbito dos aparatos do Estado, a fim de redefinir sua organização, seus papéis.

O Estado, nessa concepção, exerceu papel crucial na consolidação da modernização capitalista, criando laços de dependência na sociedade, mediando conflitos entre os interesses de classes e se associando à burguesia para a reprodução das condições de acumulação e apropriação privada do capital.

No plano internacional, o tempo histórico brasileiro não seguiu a dinâmica externa do capitalismo monopolista, mas manteve-se conectado à ela. A emergência de articulação entre o grande capital, Estado e trabalhadores, na transição de um capitalismo monopolista com delineamento de Estado social para um capitalismo com características flexíveis e Estado neoliberal, teve como fundamento a crise do capital contemporâneo e a busca do grande capital pela manutenção de seus lucros, fazendo ressurgir o ideário liberal (neoliberalismo) e restaurando o mercado como instância de mediação da sociedade.

No plano nacional, a partir da década de 1920, começaram a vigorar no país, as primeiras medidas de previdência social, com a criação dos CAPs e IAPs,

ambos destinados a trabalhadores de algumas categorias profissionais. A partir da década de 1950, o discurso desenvolvimentista passou a reforçar a centralidade do Estado como impulsionador do projeto de modernização do país, levando-o a assumir o papel de protagonista das funções de regulação da economia e de produtor de mercadorias e serviços.

Em relação à saúde pública do período, permaneciam as campanhas contra doenças contagiosas ou endêmicas nas zonas rurais e urbanas, sem definição de nenhum plano nacional ou regional de saúde, com poucos investimentos federais destinados à área, propiciando a entrada do capital privado no setor. Por outro lado, a efervescência política do período contribuiu para a reforma do sistema médico-previdenciário, mediante aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops).

Em Goiás, o PDEG de Mauro Borges previa para o setor de saúde, a reorganização da Secretaria de Saúde e Assistência Social e a criação do Ipasgo, dentre outros órgãos inseridos na reforma administrativa do estado, a construção de distritos sanitários e ampliação da rede hospitalar, a expansão da assistência médico-sanitária para o interior de Goiás, a continuidade das campanhas de erradicação das endemias rurais, ampliação do sistema de água e esgoto sanitário de Goiânia e do interior e a manutenção de cursos de formação e bolsas de estudo para os trabalhadores da saúde.

A partir de 1964, durante o período ditatorial, o Brasil contou com acelerado crescimento econômico, forte presença do poder da burguesia e criação de uma economia regulada. A intervenção do Estado concentrou-se no financiamento da acumulação e da expansão do capital, apoiado no capitalismo monopolista e consolidando a modernização conservadora no país, mas sem regras estáveis e abrangentes para o estabelecimento de políticas públicas globais, da consolidação de instituições democráticas e da institucionalização do acesso público a bens, serviços e direitos sociais.

A saúde pública continuava concentrada no combate às endemias e obras de saneamento, e os serviços de saúde transferiram-se gradativamente do poder público para o setor privado, por meio de convênios médicos, firmas individuais, de grupos e cooperativas médicas, com considerável crescimento de financiamento do setor devido ao ingresso de grande contingente de

trabalhadores ao sistema, a forma de contrato com a rede médica privada e à má distribuição dos recursos públicos.

As caixas e institutos de aposentadores e pensões foram unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e ampliou-se a cobertura previdenciária para trabalhadores domésticos, autônomos e rurais.

Em relação à saúde em Goiás, naquele período, houve a substituição da Secretaria da Saúde e Assistência Social pela Osego, que contava com toda dificuldade para contratação de médicos e auxiliares técnicos para o funcionamento das unidades de saúde no interior do estado, uma vez que os serviços de saúde estavam centralizados na capital e os salários pagos pelo governo estadual eram irrisórios. Com as endemias rondando os meios rurais, as campanhas de vacinação contra várias doenças endêmicas foram mantidas, na capital e no interior. Foram criados o Hospital do Pênfigo e o Laboratório Central (Lacen). Aconteceu a primeira reformulação na organização do Ipasgo em 1973, dispondo sobre a ampliação das finalidades do Instituto e qualificando os segurados dependentes.

O atendimento à saúde aos trabalhadores com vínculo com a previdência social, em Goiás, era realizado pelo INPS, e apresentava problemas relacionados ao atendimento, como descredenciamento de profissionais médicos, greves da categoria de médicos, filas enormes, carência de recursos do ambulatório, falta de médicos especialistas em algumas categorias, poucos médicos no estado para atendimento dos previdenciários, suspensão de atendimento dos hospitais conveniados aos previdenciários.

Os estudos evidenciaram que a década de 1980 foi um período de lutas pela democratização do país, em um processo de revitalização da sociedade civil, dos movimentos sociais urbanos e rurais, dos sindicatos, que ameaçavam o Estado ditatorial e o autoritarismo que atravessava o país e caracterizava as relações sociais do período e expressavam a luta por direitos, consubstanciados na CF/1988.

A saúde incluiu-se no campo da seguridade social e foi reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, com a finalidade de redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Mesmo com o caráter de

relevância pública, a execução das ações e serviços de saúde estendeu-se para o setor privado.

No entanto, as análises revelaram que os avanços políticos foram acompanhados pelo agravamento da questão social no país, e a adoção de seguridade social não se manifestou como acesso universal aos benefícios sociais, pelas próprias características excludentes do mercado de trabalho, pelo grau de pauperização da população, nível de concentração de renda e fragilidades do processo de publicização do Estado. Outro fator que levou à não coerência em relação ao texto constitucional foi a perda de espaço no interior do governo das forças do movimento sanitário e a reorganização do setor privado, culminando nos anos 1990, com o redirecionamento do papel do Estado, conforme o ideário neoliberal.

Verificou-se, nos dados investigados que, nesse período, as ações de saúde em Goiás aconteciam com as campanhas de imunização de doenças, a atuação em estabelecimentos comerciais, a busca de profissionais médicos em outros estados, para trabalhar no interior de Goiás. O Pronto-Socorro do Inamps era alvo de críticas constantes de sindicalistas, trabalhadores e usuários em razão da sua precária condição para atendimento. Foi estruturada a Coordenação de Vigilância Sanitária da Osego e a saúde mental foi discutida, buscando uma proposta de descentralização das atividades. Em setembro de 1987, Goiás registrou o acidente radioativo com o Césio-137. O setor farmacêutico continuava dependente das grandes indústrias estrangeiras.

Nesse contexto contraditório de abertura política e de crise econômica no país, o Ipasgo passou pela segunda reformulação em sua legislação. Naquele período, foi criado o Conselho de Previdência e Assistência do Estado, reformulado o Serviço de Psiquiatria do Ipasgo para Centro de Saúde Mental, acompanhando as discussões no Estado referentes ao assunto e proposta a eleição dos dirigentes do Ipasgo pelos próprios trabalhadores públicos estatais. Foi um período de forte tensão entre credenciados, trabalhadores e Ipasgo, pois os médicos exigiam um reajuste dos valores pagos pelos serviços e houve o envolvimento do Ipasgo no processo do acidente radioativo com o Césio-137.

Economicamente, analisou-se o motivo dessa década ter sido denominada de “década perdida”: por apresentar uma recessão, crescimento da inflação e dos

juros, crise fiscal do Estado, agravamento da situação de empobrecimento da população e da exclusão social, aprofundados pelo desenvolvimento capitalista globalizado e desigual. As medidas de ajuste estrutural preconizadas por organismos internacionais e implementadas pelo governo brasileiro teve efeitos regressivos e agravaram as desigualdades sociais e a concentração de riquezas. As medidas de ajuste fiscal, além de apresentarem propostas de flexibilização do trabalho e de desregulamentação do Estado como alternativas para o enfrentamento da crise econômica e social, difundiam discursos relacionados ao deslocamento de parcelas de poder de decisão do Estado para a sociedade.

O estudo demonstrou que o crescimento das organizações não governamentais /organizações sociais, chamadas de terceiro setor, e das propostas de parcerias implementadas pelo Estado ganharam a opinião pública, a partir da década de 1990. Este movimento relaciona-se à desregulamentação do papel do Estado na economia e na sociedade.

Naquele período, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, em um contexto de avanço da concepção neoliberal. O desenvolvimento social foi concebido como consequência do crescimento econômico, atingido por meio dos planos de estabilidade monetária. O ajuste estrutural implantado, direcionado para a estabilidade econômica e combate à inflação, agravou a situação de emprego e desigualdades no país, reduziu gastos sociais do governo, procedeu a reformas na previdência social e administrativa e estimulou a entrada de investimentos estrangeiros na aquisição do patrimônio público, o enfraquecimento das exportações, o crescimento da taxa de desemprego e da informalidade, a queda da renda média mensal dos trabalhadores, o corte no financiamento da política pública e sua transferência para o setor privado.

Em Goiás, a construção do sistema único de saúde apontou a necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais e de aperfeiçoamento das práticas gerenciais tradicionais da área de saúde. Goiás foi apontado, segundo dados pesquisados, como o primeiro estado a estruturar a saúde nos moldes do sistema unificado.

Dentre as ações desenvolvidas pela política pública de saúde, houve a transformação da Osego em uma unidade da Secretaria da Saúde, que foi reestruturada em 1987, continuaram as campanhas de vacinação da população,

que começaram a acompanhar um calendário nacional, houve a realização de concurso público para o Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo), hospitais regionais do interior e Centros de Atenção Integrada à Saúde (Cais) em Goiânia e no interior e o início do repasse de medicamentos para usuários portadores do vírus HIV, de hanseníase, tuberculose, pênfigo e outras doenças cadastradas no Hospital de Doenças Tropicais (HDT).

Contudo, os dados apontaram a realização de lutas sociais em prol de assegurar melhores condições de atenção à saúde, com greves e manifestações de trabalhadores pela melhoria salarial e dos serviços de saúde do Estado.

No final da década, sinais de insatisfação relativos ao atendimento oferecido pelo Ipasgo foram manifestados pelos prestadores do instituto, com a paralização dos serviços aos segurados, por 45 dias, em razão da falta de pagamento pelo estado dos serviços médico-hospitalares e outros serviços de saúde e do aumento do percentual de glosas nas contas médicas. As denúncias de privilégio de pagamentos a hospitais e empreiteiros e usos indevido dos serviços pelos usuários do Ipasgo evidenciavam a gravidade da situação financeira do instituto.

A fim de equilibrar seu orçamento e amenizar os problemas administrativos do órgão, a alternativa apresentada foi sua reestruturação institucional, com ampliação do número de usuários dependentes, extinção de benefícios previdenciários e total administração do sistema de assistência à saúde, acrescido de serviços complementares. A distinção entre previdência e saúde ocorreu por meio de uma nova estruturação na forma de organização e funcionamento do órgão, com gestão financeira e administrativa específicas. Para esta reformulação, realizou-se a terceira importante reestruturação do Ipasgo, seguindo as orientações citadas, com a instituição do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás, Ipasgo Saúde, em 2002, distinguindo-se do órgão de previdência do estado.

As análises esclareceram que a mesma política macroeconômica da década anterior foi seguida pelo governo federal, na década de 2000. A articulação da saúde ao mercado, com crescente privatização e mercantilização do setor, com ênfase à centralização dos programas, à precarização e à

terceirização dos recursos humanos e ao desfinanciamento, desconfiguraram a concepção de seguridade social.

No setor de saúde, a política governamental continuou ressaltando a focalização, a precarização, a terceirização de trabalhadores, o desfinanciamento do setor e a tendência de transferência de ações governamentais públicas para a esfera privada, as denominadas “organizações sociais” e “organizações da sociedade civil de interesse público”, em detrimento das conquistas sociais obtidas na Constituição de 1988, expressando uma crescente mercadorização do atendimento das necessidades sociais. O governo federal propôs e reforçou novas regras de funcionamento para as agências reguladoras, permitindo parcerias público-privada (PPPs), com o argumento de atração de investimentos privados, melhor qualidade dos serviços, quantidade e tarifas baixas.

Em Goiás, o setor de saúde, na década, registrava longas filas de espera, paralisações dos trabalhadores da saúde, aumento no preço de medicamentos, oligopolização do setor farmacêutico, com dependência do capital externo, falta de uma política para a indústria farmacêutica, irregularidades dos municípios na gestão dos recursos destinados pelo Ministério da Saúde para aplicação na área, péssimas condições da rede hospitalar do interior do estado, valores irrisórios pagos pelo SUS por procedimentos, internações, e outros, maior incidência de tuberculose e manifestação de dengue na capital.

Neste período, o Ipasgo vivenciou a pior crise financeira de sua história. Dentre as ações que contribuíram para o agravamento de sua crise, em 2011, foram apontadas o uso político do órgão, com a abertura para dependentes fora do grupo familiar, o não reajuste das mensalidades, as despesas com doenças crônicas e o uso indevido do plano pelos usuários.

Visando corrigir as distorções detectadas e o equilíbrio entre arrecadação e despesas, o Ipasgo reformulou, em 2011, pela quarta vez, sua legislação, cuja lei seguia os conceitos implantados, no estado, de racionalização e de administração pública gerencial, com foco em resultados e substituição de métodos considerados ultrapassados por uma nova mentalidade na gestão pública.

Em seus cinquenta e um anos de existência, o Ipasgo vivenciou as contradições decorrentes das mudanças impressas e das redefinições do papel

do estado, em Goiás, ao alterar sua legislação e a forma de administrar um bem público.

Criado como uma instituição autárquica, em um contexto em que os institutos de previdência e saúde eram direcionados, somente, aqueles com vínculo empregatício, o Ipasgo foi instituído em todo o seu arcabouço corporativo, direcionado para o trabalhador do serviço público do estado, como regime de previdência e assistência social, médica, hospitalar e farmacêutica.

Acompanhando a redefinição do Estado, a instituição, também, redefiniu-se ao longo de seu meio século. As mudanças nas leis representaram essas redefinições, sobretudo, aquela ocorrida em 2002, com a separação do instituto em previdência e saúde, em virtude da Emenda Constitucional nº 20/1998. A previdência ficou sob a responsabilidade do fundo de previdência e a Lei nº 14.081/2002 alterou a configuração do Ipasgo, direcionando sua atuação, exclusivamente, à assistência à saúde do trabalhador do serviço público de Goiás, vinculado ao poder estatal, e conveniados, porém não universal, em uma relação Estado-saúde/público-privado, passando a figurar-se como uma expressão híbrida do papel do estado, sem vínculo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A continuidade do Ipasgo, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, deu-se em virtude do próprio interesse governamental em manter o órgão, e da própria importância do instituto para os trabalhadores do serviço público estatal, que consideravam a boa funcionalidade do instituto em relação aos serviços médicos, odontológicos e multiprofissionais oferecidos.

Esse hibridismo público-privado implica em vários questionamentos em relação à própria natureza do órgão, que aproxima-se do setor privado quando mantém o corporativismo do Estado, ao ser direcionado a uma categoria, e do setor público quando está sob supervisão estatal, participa do orçamento do Estado e tem autonomia para atribuir valores próprios às suas tabelas de mensalidades e de procedimentos médicos e exames, desobrigando-se da regulamentação das normas estabelecidas pela ANS, por ser uma autarquia estadual.

Uma referência que difere o Ipasgo da racionalidade do Estado, ao transferir para o setor privado os serviços de saúde sob responsabilidade do

poder público, são os programas coordenados e executados pelos próprios trabalhadores do instituto aos seus usuários, como o Programa de Prevenção Oral, o Programa de Apoio Social (PAS), o programa de desconto do valor da coparticipação para terapias complementares, o Ipasgo Preserva, e os programas de obesidade, planejamento familiar e de combate ao tabagismo.

Outra referência que o distingue dessa racionalização, em relação à implantação de organizações não governamentais e organizações sociais para a execução das políticas públicas, por meio da nova modalidade de parceria público-privada (PPP), é a própria personalidade jurídica do órgão, de direito público interno, e de sua forma de gestão, uma autarquia sob supervisão estatal e participante do orçamento do Estado, mas sem subordinação hierárquica, sujeita, apenas, ao controle finalístico de sua administração e da conduta de seus dirigentes.

Concluindo, o estudo apresentado confirma que o desenvolvimento da consolidação e funcionalidade do Ipasgo, por meio das mudanças administrativas ocorridas desde sua fundação, possuem conexões com as redefinições das funções do Estado e com as mudanças no processo de acumulação do capital, sustentado pela própria organização e modificação na base de produção.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula). 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.
- ARRAIS, Tadeu Alencar. Planejamento e desenvolvimento regional: a intervenção governamental e a problemática regional em Goiás. **Mercator**, UFC, ano 6, n. 12, p. 25-36, 2007.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).
- BORGES, Pedro Célio Alves. Formação e representações do Estado em Goiás. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás**: sociedade e Estado. Goiânia: Cênone Editorial, 2004a. p. 187-228.
- BORGES, Pedro Célio Alves. O bipartidarismo autoritário em Goiás. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás**: sociedade e Estado. Goiânia: Cênone Editorial, 2004b. p. 132-184.
- BOSCHETTI, Ivanete. A política da seguridade social no Brasil. *In*: CFESS/ABEPSS, **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 323-338.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 20 de novembro de 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1117>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 196, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a administradora de benefícios. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 15 de julho de 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1459>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 3.807 de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 5 de setembro de 1960. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3807.htm . Acesso em: 24 maio 2013.

_____. _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 24 maio 2013.

_____. _____. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996a. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 25 de outubro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9311.htm . Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. _____. Lei nº 9.425, de 21 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às vítimas do acidente nuclear ocorrido em Goiânia, Goiás. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 26 de dezembro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9425.htm. Acesso em: 31 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998a. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 18 de maio de 1998 e retificado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil 25 de maio de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. _____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998b. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 4 de junho de 1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm . Acesso em: 25 set. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.717, de 27 de novembro de 1998c. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 28 de novembro de 1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9717.htm . Acesso em: 5 mar. 2014.

_____. _____. Emenda Constitucional (EC) nº 20, de 15 de dezembro de 1998d. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 16 de dezembro de 1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm .

Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 29 de janeiro de 2000 (Edição Extra).

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. _____. Emenda Constitucional (EC) nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3º do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, de 31 de dezembro de 2003. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc41.htm.

Acesso em: 24 maio 2013.

_____. _____. Emenda Constitucional (EC) nº 47, de 5 de julho de 2005. Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências. **Diário Oficial da República**

Federativa do Brasil, de 6 de julho de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm>.

Acesso em: 24 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal. Instrução Normativa SRF nº 3, de 13 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 15 de janeiro de 1997. Disponível em:

<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Ins/Ant2001/1997/Insr00397.htm> .

Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/16770-39.html> . Acesso em: 24 maio 2013.

_____. Presidência da República. Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** de 10 de outubro de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1591.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 2.829, de 29 de outubro de 1998. Estabelece normas para a elaboração e execução do Plano Plurianual e dos Orçamentos da União, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2829.htm>. Acesso em 5 mar. 2014.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

CAMPOS, Francisco Itami. A política tradicional em Goiás: 1930 a 1960. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás: sociedade e Estado**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2004. p. 11-47.

CANTON, Giselle Alice Martins; NEVES, Fabiana. Saúde suplementar no Brasil: Entre o direito à saúde e o fetichismo da mercadoria. **Serviço Social & Sociedade**. Temas para debate. São Paulo, ano XXVII, n. 86, p. 156-162, jul. 2006.

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. **Folha de S. Paulo**, 9 maio 1999, Caderno Mais!. Disponível em: A-Universidade-Operacional-Marilena-Chauí.pdf .

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). **Documentos III**. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>. Acesso em 24 maio 2013.

CONCENTINO, Walson Júnio Braz. Serviços públicos II. *In*: PAULA, Gil César Costa de. **Curso de direito administrativo**: doutrina, jurisprudência e questões práticas de concursos. Goiânia: Ed. Vieira, 2010. p. 295-309.

CORREIA, Salatiel Pedrosa Soares. **A construção de Goiás**: ensaio de desenvolvimento político e regional. Goiânia: Ed. UCG, 2006. p. 72-175.

COSTA, Larissa Neves. **Educação corporativa no estado de Goiás**: o programa Universidade Corporativa e a formação dos servidores públicos. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

CUNHA, Wânia Chagas Faria. Contexto socioeconômico de Goiás na década de 1970 e a adoção da política de industrialização via distritos industriais. **Boletim Goiano de Geografia**. Goiânia, v. 30, n. 1, p. 69-72, jan./jun. 2010.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS (Dieese). **Perfil do mercado de trabalho na década de 90 em Goiás**. Goiânia, jan. 2003. Disponível em: <http://www.jornadapelodesenvolvimento.com.br/esp/merformal_goiias.pdf>. Acesso em 24 maio 2013.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade civil, esfera pública, terceiro setor: a dança dos conceitos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 81, março 2005.

ESTEVAM, Luís. **O tempo da transformação**: estrutura e dinâmica da formação econômica de Goiás. 2. ed. Goiânia, Ed. da UCG, 2004.

FAVARO, Tereza Cristina Pires. Tecnocracia e planejamento no Governo Mauro Borges (Goiás: 1961-1964). *In*: SIMPÓSIO NACIONAL ESTADO E PODER: CULTURA, 6. 2010: Sergipe. **Anais...** Sergipe: UFSe, 2010. Disponível em <http://www.historia.uff.br/estadoepoder/6snepc/GT11/GT11-TEREZA.pdf> .

Acesso em 26 maio 2012.

_____. Movimento da Legalidade (1961): resgatando o protagonismo de Mauro Borges. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, v. 18, n. 33, p. 41-65, jul. 2011.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.

FERREIRA, Denise Paiva. Volatilidade eleitoral e desenvolvimento do sistema partidário em Goiás (1982-2006). *In*: FERREIRA, Denise Paiva; BEZERRA, Heloísa Dias (orgs.). **Panorama da política em Goiás**. Goiânia: UCG, 2008. p. 123-142.

GOIÁS (Estado). Assembleia Legislativa Estado de Goiás. **Lei nº 4.190**, de 22 de outubro de 1962. Cria o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) e dá outras providências. Goiânia, 22 de outubro de 1962. Disponível em:

<http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/1/1962/0041901962.pdf> .

Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Lei nº 7.770, de 20 de novembro de 1973. Reorganiza o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 14 de janeiro de 1974. Disponível em:

http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=9436 . Acesso em: 20

maio 2012.

_____. _____. Lei nº 8.974, de 05 de janeiro de 1981. Dispõe sobre a aposentadoria do pessoal que especifica. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 13 de janeiro de 1981. Disponível em:

http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=6878 . Acesso em: 20 maio 2012.

GOIÁS (Estado). Assembleia Legislativa Estado de Goiás. Decreto nº 2.653, de 16 de dezembro de 1986a. Cria, junto ao Ipasgo, o Conselho de Previdência e Assistência do Estado. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 24 de dezembro de 1986. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=10481>. Acesso em: 31 de mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 10.150, de 29 de dezembro de 1986b. Reformula o sistema de previdência e assistência instituído pela Lei nº 4.190, de 22 de outubro de 1962, e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 12 de janeiro de 1987. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=6050 . Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Decreto nº 2.740, de 11 de junho de 1987. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 17 de junho de 1987. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/decretos/numerados/1987/decreto_2740.htm>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 10.502, de 09 de maio de 1988a. Introduz modificações na organização administrativa do Poder Executivo e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 12 de maio de 1988. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/1988/lei_10502.htm . Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Decreto nº 3.045, de 23 de setembro de 1988b. Introduz alterações no Decreto nº 2.740, de 11 de junho de 1987, e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 30 de setembro de 1988. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=9404>. Acesso em: 30 mar. 2014.

GOIÁS (Estado). Assembleia Legislativa Estado de Goiás. Decreto nº 3.109-A, de 28 de dezembro de 1988c. Transforma a Organização de Saúde do Estado de Goiás, Osego, em unidades administrativas integrantes da Secretaria de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 28 de dezembro de 1988. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/decretos/numerados/1988/decreto_3109-A.htm>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 12.773, de 18 de dezembro de 1995. Introduce alterações nas leis que especifica e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 22 de dezembro de 1995 e 22 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/1995/lei_12773.htm>. Acesso em: 30 mar. 2014. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 12.872, de 16 de maio de 1996. Dispõe sobre a contribuição do servidor público estadual para o custeio de aposentadorias e pensões. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 17 de maio de 1996. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/1996/lei_12872.htm>. Acesso em: 7 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 12.964, de 19 de novembro de 1996. Introduce alterações na Lei nº 10.150, de 29 de dezembro de 1986. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 22 de novembro de 1996. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/1996/lei_12964.htm>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 13.570, de 28 de dezembro de 1999. Estabelece o Plano Plurianual para período 2000-2003 e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 29 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=1878>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Lei Complementar nº 29, de 12 abril de 2000. Institui o regime de previdência estadual e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 18 de abril de 2000. Disponível em:

http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=7062 . Acesso em: 20 maio 2012.

GOIÁS (Estado). Assembleia Legislativa Estado de Goiás. Lei nº 14.081, de 26 de fevereiro de 2002a. Reestrutura o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) e institui o Plano de Assistência à Saúde – Ipasgo Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 8 de março de 2002. Disponível em:

http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=1750 . Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Decreto nº 5.592, de 14 de maio de 2002b. Regulamenta o Plano de Saúde do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado e Goiás - Ipasgo Saúde - instituído pela Lei nº 14.081, de 26 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 17 e 21 de maio de 2002. Disponível em:

http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=1342 . Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Lei nº 14.258, de 11 de setembro de 2002c. Altera a Lei nº 14.081, de 26 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 24 de setembro de 2002. Disponível em: <<http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/1/2002/0142582002.pdf>>.

Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Lei nº 14.488, de 24 de julho de 2003. Altera a Lei nº 14.081, de 26 de fevereiro de 2002, que reestrutura o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás – Ipasgo e institui o Plano de Assistência à Saúde – Ipasgo Saúde. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 24 de julho de 2003. Disponível em:

<http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/1/2003/0144882003.pdf> . Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Lei nº 15.981, de 07 de fevereiro de 2007. Altera dispositivos da Lei nº 14.081, de 26 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, de 12 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/1/2007/0159812007.pdf>>.

Acesso em 20 maio 2012.

GOIÁS (Estado). Assembleia Legislativa Estado de Goiás. Lei nº 16.474, de 27 de janeiro de 2009a. Altera a Lei nº 14.081, de 20 de fevereiro de 2002, e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 2 de fevereiro de 2009. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=7816 . Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Lei nº 16.673, de 23 de julho de 2009b. Altera dispositivos das Leis que especifica e dá outras providências. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 28 de julho de 2009. Disponível em: <<http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/1/2009/0166732009.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. _____. Lei nº 16.927, de 09 de março de 2010. Altera a Lei nº 14.081/02, no que dispõe sobre o Ipasgo Saúde. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 12 de março de 2010. Disponível em: <<http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/1/2010/0169272010.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

_____. _____. Projeto de Lei nº 93, de 16 de setembro de 2011a (Processo 2011003793). Dispõe sobre o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores de Goiás – Ipasgo Saúde. Goiânia, set. 2011.

_____. _____. Lei nº 17.477, de 25 de novembro de 2011b. Dispõe sobre o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo Saúde). **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, de 2 de dezembro 2011. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=10133 . Acesso em: 20 maio 2012.

_____. Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo). Instrução Normativa nº 15, de 1º de novembro de 2003. Dispõe sobre a concessão da redução ou isenção do valor da coparticipação nos procedimentos que especifica, ao beneficiário do Ipasgo Saúde, conforme art.12, § 5º da Lei nº 14.081/02. **Diário Oficial Estado de Goiás**, Poder Executivo, Goiânia, 27 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/4/2003/0000152003.pdf> . Acesso em 20 maio 2012.

GOIÁS (Estado). Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo). **Portaria Normativa da Presidência nº 7**, de 22 de junho de 2010. Implementa alteração no serviço de Assistência Hospitalar Domiciliar (AHD), no âmbito do Programa Ipasgo Domiciliar e revoga Portaria Normativa nº 004-2009/PR. Goiânia, 22 de junho de 2010. Disponível em: <http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/7/2010/0000072010.pdf> . Acesso em 26 out. 2013.

_____. _____. **Portaria Normativa da Presidência nº 17**, de 17 agosto de 2011. Institui o programa de gerenciamento de casos crônicos, com a finalidade de humanizar o atendimento aos segurados e otimizar os custos do Ipasgo. Goiânia, 17 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/7/2011/0000172011.pdf> . Acesso em 26 out. 2013.

_____. _____. Relatório total de usuários (sintético) mês de outubro de 2012. In: GOIÁS (estado). Ipasgo. **Sistema de Relatórios Gerais**. Goiânia, 5 out. 2012a. Não publicado.

_____. _____. **Instrução Normativa nº 117**, de 24 de julho de 2013. Dispõe sobre a concessão da redução do valor das coparticipações dos procedimentos de fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia nas condições e aos usuários que especifica. Disponível em: <http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Legislacao/4/2013/0001172013.pdf> . Acesso em 26 out. 2013.

_____. Poder Judiciário. Ação civil pública. Acidente radiológico com o Césio-137. (Processo no 95.8505-4). Goiânia, mar. 2000. Disponível em: <http://jus.com.br/jurisprudencia/16292/sentenca-na-acao-civil-publica-no-caso-do-acidente-radioativo-com-cesio-137-em-goiania>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2. ed. rev. Goiânia: SES, 2004. p. 13-25.

_____. Tribunal de Contas do Estado (TCE). **Relatório de avaliação de programa de governo: programa de aperfeiçoamento dos serviços do Ipasgo Saúde**. Goiânia, 2006.

GONÇALVES, Reinaldo. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 112, p.637-671, out./dez. 2012.

GRAMSCI, Antonio. Os intelectuais e a organização da cultura. 4. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1982. (Coleção Perspectivas do Homem, 48, Série Filosofia).

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 22. Ed. São Paulo: Loyola, 2012.

IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 15-50.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010, s.p. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualização/monografias/...%20RJ/panorama.pdf .

Acesso em: 18 jul. 2013.

KERBAUY, Maria Teresa Micheli. Resenhas: Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. **Perspectivas Revista de Ciências Sociais**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (Unesp), v. 3, p. 165-168, 1980. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1700/1381>>. Acesso em: 25 set. 2011.

LUZ, Jocélio Mendes. **A primeira experiência de planejamento estatal em Goiás**: o plano e a reforma administrativa do Governo Mauro Borges (1961-1964). 1987. Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Agrárias) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. *In*: ANTUNES, Ricardo (org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013, v. 1. p. 31-58.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O verso e o averso de uma história**: o acidente e a morte no trabalho. 1999. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 87, p. 58-75, set. 2006.

MERGULHÃO, Alfredo. Má gestão e fraude afundam Ipasgo. **Assessoria de Comunicação da UFG (Ascom)**, Goiânia, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://www.ascom.ufg.br/pages/13513> . Acesso em: 10 ago. 2013.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 5).

MOTA, Ana Elizabete da. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs.) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 40-48.

_____. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira dos anos 80 e 90. 6. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

_____. Posfácio. *In*: COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 233-286.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 82, p. 5-21, jul. 2005.

OLIVEIRA, Iris Maria de. Cultura política, direitos e política social. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (org.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 109-127.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). **O perfil do sistema de serviços de saúde - Brasil: monitoramento e análise dos processos de mudança:** 2008, Washington, D.C. Opas. Disponível em:

<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/Acervo%20Sade/PfISdeBr.pdf> .

Acesso em: 25 set. 2011.

PALACÍN, Luis; MORAES, Maria Augusta de S. **História de Goiás** (1722-1972). 7. ed. rev. Goiânia: Editoras Vieira e UCG, 2008. p. 167-181.

PAULA, Gil César Costa de. **Curso de Direito Administrativo:** doutrina, jurisprudência e questões práticas de concursos. Goiânia: Ed. Vieira, 2010.

RABELO, Francisco Chagas E. Mobilização social e tradicionalismo político em Goiás (governo Mauro Borges, 1961-1964). *In:* SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás: sociedade e Estado.** Goiânia: Cãnone Editorial, 2004. p. 51-86.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. *In:* MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 73-87.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena:** experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Marta Alves. A reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do trabalhador. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 82, p. 73-85, jul. 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Neimy Batista. **Dificuldades e avanços na implantação do SUS em Goiânia – Goiás no período de 1997 a 2004.** 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília (UnB), Brasília.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Previdência social no Brasil:** (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo, Cortez, 2012.

SIMIONATO, Ivete. **Gramsci:** sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, Dalva Borges. O golpe em Goiás. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás: sociedade e Estado**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2004. p. 87-132.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. Capítulo 5, p. 242-272.

VIANA, Maria José de Faria. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar**: prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública. Goiânia: PUC Goiás, 2012.

VIEIRA, Evaldo. **Estado e miséria social no Brasil**: de Getúlio a Geisel. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VIEIRA, Evaldo. **Autoritarismo e corporativismo no Brasil**. 3. ed. São Paulo, Ed. Unesp, 2010.

REPORTAGENS DE JORNAIS

- ABIP apoia Suds com institutos estaduais. **O Popular**, Goiânia, 9 out. 1987, p. 9.
- ACABOU o plano piloto. e agora?. **O Popular**, Goiânia, 6 fev. 1970, p. 3.
- AÇÃO é descentralizada. **O Popular**, Goiânia, 11 jan. 1987, p. 8.
- ALTO índice de abortos. **O Popular**, Goiânia, 22 jan. 1987, p. 8.
- ALVES, Cileide. Estado deve passar por minirreforma. **O Popular**, Goiânia, 31 out. 2002, p. 22. (colaboradora Cecília Nunes).
- AMBULATÓRIO do antigo HDT já funciona. **O Popular**, Goiânia, 1º out. 1998, p. 5B.
- ANESTESISTAS voltam a atender e P.S. não fecha. **O Popular**, Goiânia, 9 dez. 1986, p. 5.
- ANS: de olho nas operadoras. **O Popular**, Goiânia, 20 mar. 2002, p. 12.
- APARECIDA de Goiânia: obra de hospital sofre com atraso de dois anos. **O Popular**, Goiânia, 21 mar. 2004, p. 4.
- APENAS 4% conseguem aviar as receitas. **O Popular**, Goiânia, 28 abr. 2000, p. 2B.
- APROVADA migração de planos. **O Popular**, Goiânia, 25 mar. 2004, p. 15.
- ASSEMBLEIA Legislativa: apelo para aumento de dotação destinada ao DNE-Ru e malária. **O Popular**, Goiânia, 30 out. 1962, p. 3.
- ASSINADO novo acordo para sustento do pronto socorro. **O Popular**, Goiânia, 10 jan. 1970, p. 3.
- ASSIS, Osires. Voluntariado: exército do bem. **O Popular**, Goiânia, 11 abr. 2004, p. 4.
- ASSISTÊNCIA a envolvidos com césio será ampliada. **O Popular**, Goiânia, 20 set. 2001, p. 6.
- ATENDENTES recebem certificados de conclusão de curso na Osego. **O Popular**, Goiânia, 19 dez. 1964, p. 3.

ATO contra aumento para a previdência. **O Popular**, Goiânia, 23 mar. 2000, p. 3B.

AUMENTO dos remédios. **O Popular**, Goiânia, 25 mar. 2002, p. 17.

BORGES, Carla. Planos de saúde: sem caução, hospital vai mandar usuários para SUS. **O Popular**, Goiânia, 29 jul. 2003, p. 5.

_____. Saúde investiga denúncia de irregularidades no SUS. **O Popular**, Goiânia, 5 mar. 2002, p. 2B.

BRAGA, Maria José. Brasília chega aos 40 anos com forte influência sobre Goiás. **O Popular**, Goiânia, 17 abr. 2000, p. 6.

_____. Polo de atração de migrantes. **O Popular**, Goiânia, 17 abr. 2000, p. 6.

_____. Elevada taxa de crescimento no eixo Brasília-Goiânia. **O Popular**, Goiânia, 17 abr. 2000, p. 7.

_____. Entrevista com Marconi Perillo: a sociedade goiana resolveu mudar. **O Popular**, Goiânia, 18 out. 1998, p. 5.

_____. Goiás e Quebec devem reforçar cooperação. **O Popular**, Goiânia, 6 abr. 2004, p. 5.

_____. Planos são semelhantes: candidatos têm propostas semelhantes e dizem que elas são exequíveis, mesmo as que surgiram na campanha. Goiânia, 25 out. 1998, p. 3B.

CÂMARA aprova projeto sobre remédio com nome genérico. **O Popular**, Goiânia, 19 nov. 1998, p. 14.

CAMELÔS escondem medicamentos. **O Popular**, Goiânia, 28 abr. 2000, p. 2B.

CEME abastece os postos da Osego. **O Popular**, Goiânia, 11 jun. 1975, p. 6.

CENTRO de saúde começa vacinação contra sarampo. **O Popular**, Goiânia, 6 nov. 1973, p. 3

COMBATE à malária em 63: prevista a dedetização de 348 mil habitações! **O Popular**, Goiânia, 5 out. 1962, p. 1.

CONASS pede a governadores 10% para a saúde. **O Popular**, Goiânia, 4 dez. 1986, p. 6.

CONCURSO da saúde não preenche vagas. **O Popular**, Goiânia, 16 jan. 1987, p. 6.

CONCURSO da saúde terá 5 mil vagas. **O Popular**, Goiânia, 29 set. 1990, p.8.

CONCURSO do Estado abre inscrições dia 8. **O Popular**, Goiânia, 26 set. 2001, p. 4.

CONGRESSO promulga reforma da Previdência no último dia. **O Popular**, Goiânia, 16 dez. 1998, p. 4

CONSELHO é de caráter consultivo. **O Popular**, Goiânia, 18 dez. 1986, p. 7.

CONTRATO-PADRÃO é recusado em Goiás. **O Popular**, Goiânia, 17 jan. 1987, p. 6.

CONVÊNIO municipaliza os serviços de saúde. **O Popular**, Goiânia, 18 out. 1987, p. 13.

CORTE de verba piora atendimento pelo SUS: corte no orçamento da saúde deve ser de R\$1,1 bilhão. **O Popular**, Goiânia, 17 out. 1998, p. 5B.

CPI faz diligências hoje em Goiânia. **O Popular**, Goiânia, 27 abr. 2000, p. 2B.

CUNHA, Rosane Rodrigues da. Reforma amplia instalações do Hugo. **O Popular**, Goiânia, 5 mar. 2002, p. 3B.

CURSO para socorristas. **O Popular**, Goiânia, 9 abr. 2000, p. 2B.

CUT e CGT querem pressa. **O Popular**, Goiânia, 7 dez. 1986, p. 12.

CEZPAK, Isabel. Césio 137: vítimas serão atendidas no HGG. **O Popular**, Goiânia, 3 maio 2002, p. 5

_____. Hospitais põem pacientes em risco. **O Popular**, Goiânia, 19 maio 2002, p. 3.

_____. Perda da confiança pelo paciente leva as denúncias. **O Popular**, Goiânia, 28 jul. 2003, p. 4-5.

_____. Hospital de urgências tem sobrecarga de pacientes. **O Popular**, Goiânia, 25 jul. 2003, p. 3.

DECISÃO do Inamps. **O Popular**, Goiânia, 14 out. 1987, p. 6.

DEFENDIDA nova política para a saúde mental. **O Popular**, Goiânia, 11 jan. 1987, p. 8.

DEPUTADOS aprovam fundo de previdência. **O Popular**, Goiânia, 23 mar. 2000, p. 3.

DIRETOR defende maior contribuição do servidor. **O Popular**, Goiânia, 5 dez. 1998, p. 4B.

DISCRIMINAÇÃO e o estigma. **O Popular**, Goiânia, 2 out. 1988, p. 10-11.

DOENÇA de chagas é erradicada em Goiás. **O Popular**, Goiânia, 22 mar. 2000, p. 11.

DOENTE mental tem assistência grátis. **O Popular**, Goiânia, 13 maio 1975, p. 3

DORIAN, Amanda. Saúde pune hospital por fraude e investiga mais 55. **O Popular**, Goiânia, 26 abr. 2000, p. 3B.

_____. Tuberculose: Goiás tem pior taxa na região. **O Popular**, Goiânia, 24 mar. 2004, p. 6.

EMPRESÁRIOS destacam potencial. **O Popular**, Goiânia, 8 set. 2001, p. 6.

EMPRESAS sofrem intervenção. **O Popular**, Goiânia, 25 mar. 2002, p. 3.

ESTADO controla gastos, mas resultados possuem limitação. **O Popular**, Goiânia, 25 out. 1998, p. 4B.

FALTA comissão de infecção em 10% das unidades. **O Popular**, Goiânia, 19 mar. 2002, p. 4.

FALTA emprego. **O Popular**, Goiânia, 2 set. 2001, p. 2B.

FERREIRA, Sônia. Goiás terá mais apoio para exportar. **O Popular**, Goiânia, 14 set. 2001, p. 9.

FERREIRA FILHO, Manoel Xavier. O novo perfil da economia goiana. **O Popular**, Goiânia, 25 set. 2001, p. 13.

FIRMADO convênio para mudar sistema de previdência. **O Popular**, Goiânia, 5 dez. 1998, p. 6B.

FÓRUM DE UNIÃO EM DEFESA DOS SERVIDORES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS. Fundo de Previdência: golpe nos servidores. **O Popular**, Goiânia, 29 mar. 2000, p. 3. (Informe publicitário).

FRANCO FILHO, Marcondes. Dengue: Centro tem maior infestação. **O Popular**, Goiânia, 25 mar. 2004, p. 3.

FUNDAÇÃO DE APOIO ÀS AÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS (Funsauúde). Nota Oficial: Visita de integrantes da CPI dos medicamentos ao Juarez Barbosa foi um jogo de cena. **O Popular**, Goiânia, 29 abr. 2000, p. 3.

GOIÂNIA recebe insulina até o fim da semana. **O Popular**, Goiânia, 20 maio 1975, p. 3.

GOIÁS competitivo. **O Popular**, Goiânia, 25 out. 2002, p. 8.

GOIÁS DIGITAL; AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS (Aganp); GOVERNO DE GOIÁS. Goiás Digital: tecnologia a serviço da cidadania. **O Popular**, Goiânia, 27 mar. 2004, p. 12.

GOIÁS é o 1º estado a estruturar a saúde. **O Popular**, Goiânia, 13 nov. 1988, p. 10.

GOIÁS quer intensificar comércio com Alemanha. **O Popular**, Goiânia, 28 fev. 2002, p. 6.

GOULART, Péricles. Donos de hospitais acham que o governo precisa deles. **O Popular**, Goiânia, 1º jun. 1975, Cidade/Estado.

_____. Falta um hospital no caso Nilvani. **O Popular**, Goiânia, 27 maio 1975, p. 5.

GOVERNADOR decreta rescisão do contrato entre o Estado e o Ipase. **O Popular**, Goiânia, 15 dez. 1962, p. 2.

GREVE deixa 5 mil sem atendimento. **O Popular**, Goiânia, 6 set. 1990, p. 6.

GREVE na Osego recebe adesão do Materno Infantil. **O Popular**, Goiânia, 17 dez. 1986, p. 6.

GREVE parcial na saúde e na educação. **O Popular**, Goiânia, 18 mar. 2000, p. 4B.

HAMU, Fabrício. Solução com as próprias mãos. **O Popular**, Goiânia, 10 mar. 2002, p. 2B.

HC pede socorro e anuncia demissão: corte de alimentos e demissão vão gerar economia de r\$ 50 mil, mas dívida do hospital é de r\$ 3,6 milhões. **O Popular**, Goiânia, 27 out. 1998, p. 4.

HGG retoma cirurgias com 4 mil na fila de espera. **O Popular**, Goiânia, 25 mar. 2000, p. 3B.

HOJE funcionará o Pronto Socorro. **O Popular**, Goiânia, 4 dez. 1964, p. 1.

HOSPITAIS da Osego não chegam a parar. **O Popular**, Goiânia, 13 jan. 1987, p. 6.

HOSPITAIS já não podem internar previdenciários. **O Popular**, Goiânia, 14 jan. 1970, p. 3.

HOSPITAIS podem ficar sem remédios e sem alimentação. **O Popular**, Goiânia, 30 mar. 2000, p. 5B.

HOSPITAIS suspendem atendimento ao Ipasgo. **O Popular**, Goiânia, 2 dez. 1998, p. 4B.

HOSPITAIS vão debater saúde. **O Popular**, Goiânia, 20 out. 1987, p. 8.

HOSPITAIS voltam a criticar Inamps. **O Popular**, Goiânia, 15 jan. 1987, p. 6.

HOSPITAL pensa em romper com Inamps. **O Popular**, Goiânia, 5 dez. 1986, p. 6.

IAPI emprestará 10 milhões para a Casa do Trabalhador. **O Popular**, Goiânia, 30 mar. 1962, p. 1.

INAMPS garante que hospital não será fechado. **O Popular**, Goiânia, 7 dez. 1986, p. 12.

INPS quer mais gente para atender melhor. **O Popular**, Goiânia, 23 maio 1975, p. 4.

INSCRIÇÕES da saúde recomeçam dia 12. **O Popular**, Goiânia, 7 abr. 2004, p. 6.

INSTITUTOS criarão em Goiânia a comunidade de serviços médicos. **O Popular**, Goiânia, 16 fev. 1962, p. 1.

INSULINA chegou mas acabou em dois dias. **O Popular**, Goiânia, 3 jun.1975, p. 5.

IPASE pagará reajustamento. **O Popular**, Goiânia, 28 fev. 1962, p. 1.

IPASGO acusado de favorecer empreitada. **O Popular**, Goiânia, 19 dez. 1998b, p. 5B.

IPASGO acusado de pagar indenizações indevidas. **O Popular**, Goiânia, 3 dez. 1998a, p. 4B.

IPASGO ameaça descredenciar quem não atender urgências. **O Popular**, Goiânia, 13 jan. 1999, p. 4B.

IPASGO amplia a sua área de abrangência. **O Popular**, Goiânia, 2 set. 1990, p. 18.

IPASGO disposto a elevar tabela. **O Popular**, Goiânia, 18 jan. 1987, p. 12.

IPASGO e hospitais entram em guerra. **O Popular**, Goiânia, 28 abr. 2000, p. 4B.

IPASGO fará auditoria em contas. **O Popular**, Goiânia, 2 jan. 1999, p. 3B.

IPASGO fará triagem de consultas e internações. **O Popular**, Goiânia, 19 dez. 1998, p. 3B.

IPASGO implanta novo setor para aplicar vacinas. **O Popular**, Goiânia, 6 maio 1975, p. 4.

IPASGO inaugura a “Casa do Segurado”. **O Popular**, Goiânia, 15 dez. 1998, p. 7.

IPASGO pagou quase meio bilhão de benefício em 10 meses de ação. **O Popular**, Goiânia, 19 nov. 1964, p. 2.

IPASGO premia o seu quadro com diretoria. **O Popular**, Goiânia, 7 jan. 1987, p. 7.

IPASGO reajusta serviços médicos. **O Popular**, Goiânia, 21 jan. 1987, p. 5.

IPASGO regulamentará carteira de empréstimo para os segurados. **O Popular**, Goiânia, 24 dez. 1964, p. 2.

IPASGO substitui todas as antigas identidades pelos atuais modelos. **O Popular**, Goiânia, 2 dez. 1973, p. 3.

- IPASGO vai cuidar da saúde da mente. **O Popular**, Goiânia, 28 dez. 1986, p. 6.
- IPASGO: Comunicado. **O Popular**, Goiânia, 27 jan. 1987, p. 6.
- IQUEGO: convênios e parceria. **O Popular**, Goiânia, 23 mar. 2004, p. 4.
- LABORATÓRIO com irregularidade foi fechado pela Osego. **O Popular**, Goiânia, 9 maio 1975, p. 5.
- LACEN faz teste em portador de tuberculose. **O Popular**, Goiânia, 2 out. 1998, p. 4B.
- LADISLAU, Waldineia. Cnen e médicos condenados a reparar danos do césio 137. **O Popular**, Goiânia, 28 mar. 2000, p. 5B.
- _____. Ipasgo afirma que já pagou por césio. **O Popular**, Goiânia, 29 mar. 2000, Judiciário.
- LEONARDO, Aline. A vida rude no Nordeste goiano. **O Popular**, Goiânia, 2 set. 2001, p. 2B.
- LÍDER fala da importância do projeto. **O Popular**, Goiânia, 24 mar. 2000, p. 2.
- LIMA, Edimilson de Souza. Trabalhadores vivem situação de desespero. **O Popular**, Goiânia, 19 abr. 2000, p. 10.
- _____. Produtor pede socorro para estradas vicinais. **O Popular**, Goiânia, 17 fev. 2002, p. 7.
- _____. Produção goiana de grãos sobe mais que a nacional. **O Popular**, Goiânia, 5 mar. 2002, p. 6.
- MAIS de oito bilhões em verbas federais para Goiás neste ano. **O Popular**, Goiânia, 7 jan. 1962, p. 3.
- MARCONI se inspira em modelo adotado no Ceará. **O Popular**, Goiânia, 15 nov. 1998, p. 3.
- MÉDIA de vida humana em Goiânia é de 58 anos. **O Popular**, Goiânia, 29 maio 1975, p. 6.
- MÉDICO culpa Ipasgo, o dono do imóvel. **O Popular**, Goiânia, 2 out. 1987, p. 5.

MÉDICOS cariocas virão para o interior goiano. **O Popular**, Goiânia, 21 dez. 1962, p. 3.

MÉDICOS congratulam-se com Osego por campanhas. **O Popular**, Goiânia, 7 nov. 1973, p. 3.

MÉDICOS manifestam disposição de dialogar com INPS. **O Popular**, Goiânia, 18 jan. 1970, p. 3.

MÉDICOS querem receber melhor remuneração. **O Popular**, Goiânia, 10 out. 1998, p. 4B.

MÉDICOS sugerem estatização. **O Popular**, Goiânia, 17 jan. 1987, p. 6.

MÉDICOS: luta é pelo previdenciário. **O Popular**, Goiânia, 14 jan. 1970, p. 3.

MINISTRO garante que a assistência será mantida. **O Popular**, Goiânia, 10 jan. 1970, p. 3.

MONTEIRO, Lúcia. 26.199 novas vagas este ano. **O Popular**, Goiânia, 23 jul. 2003, p. 13.

_____. Goiás tem o 4º melhor resultado. **O Popular**, Goiânia, 15 abr. 2004, p. 15.

MONTEIRO, Silvana. Greve de servidores deixa população sem atendimento. **O Popular**, Goiânia, 19 set. 2001, p. 5.

MUDANÇAS no Ipasgo com o Tocantins. **O Popular**, Goiânia, 20 nov. 1988, p. 22.

MUNICÍPIO investe na saúde do povo. **O Popular**, Goiânia, 22 jan. 1987, p. 8.

NETO, Barbosa. Saúde sem lei. **O Popular**, Goiânia, 27 abr. 2000, p. 10.

NOVA embalagem de remédio terá lacre de segurança e raspadinha: Serra anuncia medida para dificultar falsificação. **O Popular**, Goiânia, 9 out. 1998, p. 2.

NOVO pronto-socorro funcionará em setembro. **O Popular**, Goiânia, 26 jun. 1975, p. 5.

ONZE estados já receberam remédios de Goiás. **O Popular**, Goiânia, 24 jun. 1975, p. 6.

OSEGO aconselha vacinação contra pólio. **O Popular**, Goiânia, 10 jan. 1970, p. 3.

OSEGO aplicará em 65 quase um bilhão em obras hospitalares e assistência. **O Popular**, Goiânia, 28 fev. 1970, p. 3.

OSEGO aplicará grande soma na assistência do setentrião. **O Popular**, Goiânia, 17 dez. 1964, p. 9.

OSEGO busca médicos em outros estados. **O Popular**, Goiânia, 2 dez. 1986, p. 6.

OSEGO divulga número. **O Popular**, Goiânia, 9 dez. 1986, p. 5.

OSEGO diz que é intensa a vacinação contra a pólio. **O Popular**, Goiânia, 31 jan. 1970, p. 3.

OSEGO empenhada em obter insulina para Goiás. **O Popular**, Goiânia, 17 maio 1975, p. 3.

OSEGO enfrenta problema para contratar médicos e auxiliares. **O Popular**, Goiânia, 10 nov. 1964, p. 3.

OSEGO envia “Sabin” para vários municípios goianos. **O Popular**, Goiânia, 22 jan. 1970, p. 3.

OSEGO faz concurso e resultado sai 6^a. **O Popular**, Goiânia, 11 jan. 1987, p. 10.

OSEGO fecha mais cinco farmácias. **O Popular**, Goiânia, 18 dez. 1986, p. 8.

OSEGO inclui a comunidade em suas unidades. **O Popular**, Goiânia, 9 out. 1987, p. 5.

OSEGO insiste no uso da carteira de saúde. **O Popular**, Goiânia, 31 jan. 1970, p. 3.

OSEGO interdita duas farmácias. **O Popular**, Goiânia, 11 dez. 1986, p. 7.

OSEGO multa quem não tem carteira de saúde. **O Popular**, Goiânia, 15 jan. 1970, p. 3.

OSEGO reinicia hoje a vacinação no Norte. **O Popular**, Goiânia, 23 maio 1975, p. 8.

- OSEGO termina a Operação Cerrado. **O Popular**, Goiânia, 17 jun.1975, p. 4.
- OSEGO vacina mais de 200 mil no Sudoeste. **O Popular**, Goiânia, 14 jun.1975, p. 5.
- PARALISAÇÃO na saúde já afeta 50% dos serviços. **O Popular**, Goiânia, 25 mar. 2000, p. 4B.
- PARALISAÇÃO pode ser suspensa na saúde. **O Popular**, Goiânia, 29 mar. 2000, p. 2B.
- PEDIDO também bloqueio contra Ipasgo. **O Popular**, Goiânia, 24 dez. 1998, p. 2B.
- PINHO, Eduardo. Problemas não param de crescer. **O Popular**, Goiânia, 2 set. 2001, p. 4B.
- POLIO mata mais três crianças. **O Popular**, Goiânia, 15 jan. 1970, p. 3.
- POLO farmoquímico de Anápolis é referência nacional. **O Popular**, Goiânia, 25 set. 2001, p. 10.
- POPULAÇÃO entre 30 e 49 anos é maioria no estado. **O Popular**, Goiânia, 14 abr. 2004, p. 4.
- POUCA procura no 1º dia de atendimento pelo Ipasgo. **O Popular**, Goiânia, 20 jan. 1999, p. 4B.
- PREJUDICADOS serviços no Setor de Emergência. **O Popular**, Goiânia, 20 abr. 2000, p. 4.
- PREVIDÊNCIA em Goiás precisa de 75 médicos. **O Popular**, Goiânia, 25 jun.1975, p. 4.
- PRIVATIZAÇÃO começa a ser votada na próxima semana. **O Popular**, Goiânia, 29 mar. 2000, p. 3.
- PROJETO Rondon e INPS vão dar assistência agora em ação conjunta. **O Popular**, Goiânia, 15 dez. 1973, p. 5.
- PRONTO-SOCORRO da UFG aguarda verbas para dar prosseguimento a obras. **O Popular**, Goiânia, 8 nov. 1973, p. 3.

REESTRUTURAÇÃO do Ipasgo vem para melhorar arrecadação e assistência. **O Popular**, Goiânia, 15 dez. 1998, p. 7.

REFORMA administrativa prevê gerente de metas. **O Popular**, Goiânia, 19 nov. 1998, p. 2.

REMÉDIO continuará em falta. **O Popular**, Goiânia, 2 dez. 1986, p. 6.

REMÉDIOS terão preços controlados até 2002. **O Popular**, Goiânia, 11 set. 2001, p. 6.

RESIDENTES do Hospital das Clínicas da UFG mantêm greve. **O Popular**, Goiânia, 20 mar. 2004, p. 5.

RESPONSABILIDADE é apurada. **O Popular**, Goiânia, 2 out. 1988, p. 12.

RIBEIRO, José Orlando. Pronto-socorro sob nova ameaça de fechamento. **O Popular**, Goiânia, 5 dez. 1986, p. 6.

RODRIGUES JR., Jarbas. Crescem as exportações goianas. **O Popular**, Goiânia, 4 abr. 2000, p. 5.

_____. Expansão urbana: erguendo um bairro do nada. **O Popular**, Goiânia, 26 maio. 2002, p. 18.

_____. Fieg quer dobrar exportações goianas. **O Popular**, Goiânia, 20 abr. 2000, p. 6.

_____. Goianos estão ganhando mais no mercado de trabalho informal. **O Popular**, Goiânia, 2 abr. 2000, p. 8B.

_____. Marconi defende maior parceria com a Argentina. **O Popular**, Goiânia, 8 set. 2001, p. 6.

_____. Produzir vai entrar em vigor na próxima semana. **O Popular**, Goiânia, 26 abr. 2000, p. 5.

_____. Sinais visíveis de riqueza. **O Popular**, Goiânia, 2 set. 2000, p. 3B.

RONEI revela sua preocupação. **O Popular**, Goiânia, 7 dez. 1986, p. 12.

SANITARISTAS debatem bases das mudanças. **O Popular**, Goiânia, 27 jan. 1987, p. 6.

SANITARISTAS iniciam plano de saneamento. **O Popular**, Goiânia, 7 jun.1975, p. 5.

SANTANA, Mariza. Goiás é destaque em emprego. **O Popular**, Goiânia, 23 jul. 2003, p. 13.

SANTOS, Antônio Ribeiro dos. Dívida pública: Estado desembolsa r\$3,5 bilhões só com encargos. **O Popular**, Goiânia, 18 maio. 2002, p. 14.

_____. Estado corta R\$400 milhões. **O Popular**, Goiânia, 22 out. 2002, p. 10.

_____. Goiás pode se tornar um novo polo têxtil. **O Popular**, Goiânia, 16 abr. 2000, p. 6B.

_____. União aprova aval para empréstimo do Bird. **O Popular**, Goiânia, 6 set. 2001, p. 8.

SASSINE, Vinícius Jorge. Crer agora oferece serviço de internação. **O Popular**, Goiânia, 4 abr. 2004, p. 6.

SAÚDE admite que vai faltar verba para hospitais do SUS: cortes podem chegar a quase R\$ 2 bilhões na área de saúde. **O Popular**, Goiânia, 9 out. 1998, p. 16.

SAÚDE é a meta de Faleiros. **O Popular**, Goiânia, 30 jan. 1987, p. 3.

SAÚDE investiga fábricas que fazem refrescos. **O Popular**, Goiânia, 6 jun.1975, p. 6.

SAÚDE libera mais 11 remédios genéricos. **O Popular**, Goiânia, 21 abr. 2000, p. 12.

SAÚDE paga menos à mulher. **O Popular**, Goiânia, 19 out. 1998, p. 7.

SAÚDE pode melhorar com maior vigilância. **O Popular**, Goiânia, 7 jan. 1987, p. 7.

SAÚDE quer vacinar 533 mil crianças no Estado. **O Popular**. Goiânia, 22 set. 1990, p. 6.

SEC. de Saúde prepara-se para iniciar vacinação contra varíola e difteria! **O Popular**, Goiânia, 1º mar. 1962, p. 3.

SEIXAS, Wandell. Saúde em Goiás, um quadro triste. **O Popular**, Goiânia, 15 fev. 1970, p. 7.

SERÃO realizadas amanhã eleições nos institutos. **O Popular**, Goiânia, 13 nov. 1962.

SERVIÇOS públicos: nova proposta para agências. **O Popular**, Goiânia, 13 abr. 2004, p. 15.

SERVIDOR contribuirá com 11% para fundo. **O Popular**, Goiânia, 24 mar. 2000, p. 2.

SERVIDORES da saúde acenam com greve na terça-feira. **O Popular**, Goiânia, 20 nov. 1998, p. 5B.

SERVIDORES da saúde decidem retomar greve. **O Popular**, Goiânia, 28 abr. 2000, p. 5B.

SERVIDORES do estado já descontam para o Ipasgo. **O Popular**, Goiânia, 2 dez. 1962, p. 3.

SERVIDORES podem dirigir o Ipasgo. **O Popular**, Goiânia, 9 jan. 1987, p. 6.

SINDICATOS repudiam a medida. **O Popular**, Goiânia, 2 dez. 1998, p. 4B.

SINDICATOS vão entrar na briga médicos-INPS. **O Popular**, Goiânia, 3 jan. 1970, p. 1

SURGEM novas críticas às multinacionais. **O Popular**, Goiânia, 1º jun. 1975, p. 7.

TODOS os médicos se descredenciam do INPS. **O Popular**, Goiânia, 9 jan. 1970, p. 1.

TUBERCULOSE é sério desafio para a saúde. **O Popular**, Goiânia, 4 dez. 1973, p. 5.

TUCANO anuncia auditoria na folha de pagamento. **O Popular**, Goiânia, 28 nov. 1998, p. 2.

USUÁRIO do Ipasgo tem de volta atendimento. **O Popular**, Goiânia, 19 jan. 1999, p. 3B.

UTI do Materno está pronta. **O Popular**, Goiânia, 5 mar. 2002, p. 3B.

VACINA contra meningite irá atingir 800 mil. **O Popular**, Goiânia, 4 maio 1975, p. 1.

VACINAÇÃO contra rubéola será estendida também às mulheres em idade fértil. **O Popular**, Goiânia, 15 out. 1998, p. 14.

VACINAÇÃO contra rubéola será reforçada no estado. **O Popular**, Goiânia, 4 set. 2001, p. 8B.

VACINAÇÃO de idosos é prorrogada por uma semana. **O Popular**, Goiânia, 29 abr. 2000, p. 3B.

VACINAÇÃO em massa contra febre amarela. **O Popular**, Goiânia, 8 out. 1998, Cidades.

VACINADORES da Osego atuaram em Goianésia. **O Popular**, Goiânia, 3 jan. 1970, p. 3.

VENDA em supermercados. **O Popular**, Goiânia, 28 abr. 2000, p. 2B.

SITES PESQUISADOS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):
<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go> . Acesso em: 24 mar. 2013.

GOIÁS. Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo): <http://www.ipasgo.go.gov.br> . Acesso em: 1º ago. 2013; 18 nov. 2013.

_____. _____.: <http://intraipasgo/web/ipasgonet> . Acesso em: 1º ago. 2013.

_____. _____.:

<http://www2.ipasgo.go.gov.br/site/arquivos/Cliente/AssistenciaOdonto.asp> .

Acesso em 26 nov 2013.

_____. _____.: <http://www2.ipasgo.go.gov.br/upload/SGC/Noticias/Tabela_12-2012_Docnix.pdf> Acesso em: 3 ago. 2013.

_____. _____.:

http://www2.ipasgo.go.gov.br/site/arquivos/Institucional/historico_conteudo.html
. Acesso em 17 jul. 2013.

_____. _____.:

http://www2.ipasgo.go.gov.br/site/arquivos/Principal/lpasgo_Preserva.pdf .

Acesso em: 17 jul. 2013.

_____. Secretaria da Casa Civil:

<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/106749/governantes-republica> . Acesso em: 4 out. 2013.

_____. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (Segplan):

<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/pub/conj/conj7/08.htm> Acesso em: 29 mar. 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SES):

<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=79006> . Acesso em: 26 abr. 2013.

UNIMED Goiânia:

<http://www.unimedgoiania.coop.br/unimedgoiania/site/simulador-planos> .

Acesso em: 3 ago. 2013.

Wikipédia: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>.

Acesso em: 18 nov. 2013.

BIBLIOGRAFIA

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da Política Social. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008b.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

BORBA, Carlos Alberto Vieira. A contrarrevolução antes da revolução: o golpe de 1964 em Goiás. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL ESTADO E PODER: SOCIEDADE CIVIL. 2012: Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2012. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/estadoepoder/7sneq/docs/093.pdf> . Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. Formação e representações do Estado em Goiás. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás**: sociedade e Estado. Goiânia: Cãnone Editorial, 2004a. p. 187-228.

BORGES, Pedro Célio Alves. O bipartidarismo autoritário em Goiás. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás**: sociedade e Estado. Goiânia: Cãnone Editorial, 2004b. p. 133-186.

BOSCHETTI, Ivanete. A política da seguridade social no Brasil. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 323-338.

_____; SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 87, p. 25-57, Especial, 2006.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

CANTON, Giselle Alice Martins; NEVES, Fabiana. Saúde suplementar no Brasil: Entre o direito à saúde e o fetichismo da mercadoria. **Serviço Social &**

Sociedade. Temas para debate. São Paulo, ano XXVII, n. 86, p. 156-162, jul. 2006.

CARVALHO, Brígida Gimenez, *et al.* A organização do sistema de saúde no Brasil. *In:* ANDRADE, Selma Meffei de (org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, 2001. p. 2-59.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, n. 112, p.613-636, out./dez. 2012.

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. **Folha de S. Paulo**, 9 maio 1999, Caderno Mais!. Disponível em: A-Universidade-Operacional-Marilena-Chauí.pdf .

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). **Documentos III.** Rio de Janeiro, 1987.

CONCENTINO, Walson Júnio Braz. Serviços Públicos II. *In:* PAULA, Gil César Costa de. **Curso de Direito Administrativo:** doutrina, jurisprudência e questões práticas de concursos. Goiânia: Ed. Vieira, 2010.

CORREIA, Salatiel Pedrosa Soares. **A construção de Goiás:** ensaio de desenvolvimento político e regional. Goiânia: Ed. UCG, 2006. p. 72-175

COSTA, Larissa Neves. **Educação corporativa no estado de Goiás:** o programa Universidade Corporativa e a formação dos servidores públicos. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia. CDU: 378.4(817.3).

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão.** Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1972.

ESTEVAM, Luís. **O tempo da transformação:** estrutura e dinâmica da formação econômica de Goiás. 2. ed. Goiânia, Ed. da UCG, 2004.

FAVARO, Tereza Cristina Pires. **O controle social no Sistema Único de Saúde:** a experiência de Goiânia – em duas gestões (1988 a 1992 e 1993 a 1996). 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Católica de Goiás (UCG). Goiânia.

_____. Tecocracia e planejamento no governo Mauro Borges (Goiás: 1961-1964). *In:* VI SIMPÓSIO NACIONAL ESTADO E PODER: CULTURA. 2010: Sergipe. **Anais...** Sergipe: UFSe, 2010, s.p.. Disponível em

<http://www.historia.uff.br/estadoepoder/6snepc/GT11/GT11-TEREZA.pdf> .

Acesso em: 26 maio 2012.

FAVARO, Tereza Cristina Pires. Movimento da Legalidade (1961): resgatando o protagonismo de Mauro Borges. **Revista Anos 90**, Porto Alegre, v. 18, n. 33, p. 41-65, jul. 2011.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.

FERREIRA, Denise Paiva. Volatilidade eleitoral e desenvolvimento do sistema partidário em Goiás (1982-2006). *In*: FERREIRA, Denise Paiva; BEZERRA, Heloísa Dias (orgs.). **Panorama da política em Goiás**. Goiânia: UCG, 2008. p. 123-142.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2. ed. rev. Goiânia: SES, 2004. p. 13-25.

GONÇALVES, Reinaldo. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. *In*: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 112, p.637-671, out./dez. 2012.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 22. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

IAMAMOTO, Marilda. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (org.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 13-43

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 15-50.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010, s.p. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualização/monografias/...%20RJ/panorama.pdf .

Acesso em: 18 jul. 2013.

_____. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. **Revista Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica**. Rio de

Janeiro, n. 25, s.p., 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic.../indicsaude.pdf> .

Acesso em: 18 jul. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: educação e deslocamentos, resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2010.

KERBAUY, Maria Teresa Micheli. Resenhas: Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. **Perspectivas Revista de Ciências Sociais**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (Unesp), v. 3, p. 165-168, 1980. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1700/1381>>. Acesso em: 25 set. 2011.

LUZ, Jocélio Mendes. **A primeira experiência de planejamento estatal em Goiás**: o plano e a reforma administrativa do Governo Mauro Borges (1961-1964). 1987. Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Agrárias) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

MACHADO, Grace. **Estratégia de equidade**: um estudo da acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS – Goiás. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás (UCG), Goiânia.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. *In*: ANTUNES, Ricardo (org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. 2. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013, v. 1. p. 31-58.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 24, n. 74, p. 85-117, jul. 2003.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O verso e o averso de uma história**: o acidente e a morte no trabalho. 1999. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo.

_____; WÜNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de Saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 87, p. 58-75, set. 2006.

MERGULHÃO, Alfredo. Má gestão e fraude afundam Ipasgo. **Assessoria de Comunicação da UFG (Ascom)**, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://www.ascom.ufg.br/pages/13513> . Acesso em: 10 ago. 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. capítulo 6, p. 273-303.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 5).

MOTA, Ana Elizabete da. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs.) **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 40-48.

_____. **O feitiço da ajuda: as determinações do serviço social na empresa**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete da. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira dos anos 80 e 90**. 6. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

_____. Posfácio. *In*: COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 233-286.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 82, p. 5-21, jul. 2005.

OLIVEIRA, Iris Maria de. Cultura política, direitos e política social. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (org.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 109-127.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). **O perfil do sistema de serviços de saúde Brasil: monitoramento e análise dos processos de mudança**: 2008, Washington, D.C. Opas. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/Acervo%20Sade/PfISdeBr.pdf> .

Acesso em: 25 set. 2011.

PALACÍN, Luis; MORAES, Maria Augusta de S. **História de Goiás (1722-1972)**. 7. ed. rev. Goiânia: Editoras Vieira e UCG, 2008. p. 167-181.

PAULA, Gil César Costa de. **Curso de Direito Administrativo**: doutrina, jurisprudência e questões práticas de concursos. Goiânia: Ed. Vieira, 2010.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-108.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012.

RABELO, Francisco Chagas E. Mobilização social e tradicionalismo político em Goiás (governo Mauro Borges, 1961-1964). *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás**: sociedade e Estado. Goiânia: Cãnone Editorial, 2004. p. 51-86.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 73-87.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Marta Alves. A reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do trabalhador. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 82, p. 73-85, jul. 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Previdência social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo, Cortez, 2012.

SILVA, Neimy Batista. **Dificuldades e avanços na implantação do SUS em Goiânia – Goiás no período de 1997 a 2004**. 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília (UnB), Brasília.

SIMIONATO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, Dalva Borges. Apresentação. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás: sociedade e Estado**. Goiânia: Cânone Editorial, 2004a. p. 7-12.

_____. O golpe em Goiás. *In*: SOUZA, Dalva Borges (org.). **Goiás: sociedade e Estado**. Goiânia: Cânone Editorial, 2004b. p. 87-132.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2008. Capítulo 5, p. 242-272.

VIANA, Maria José de Faria. **Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar: prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública**. Goiânia: PUC Goiás, 2012.

VIEIRA, Evaldo. **Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VIEIRA, Evaldo. **Autoritarismo e corporativismo no Brasil**. 3. ed. São Paulo, Ed. Unesp, 2010.

Apêndice 1

Roteiro para pesquisa de campo no jornal *O Popular*

PERÍODO	ROTEIRO
Jan./dez. 1962	<p>O Plano de Desenvolvimento Econômico de Goiás</p> <p>A saúde em Goiás</p> <p>A organização dos trabalhadores</p> <p>A criação do Ipasgo</p> <p>Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade</p>
Nov./dez. 1964	<p>A saída de Mauro Borges do governo, em novembro</p> <p>A instauração do regime militar em Goiás – o Estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo</p> <p>Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade</p> <p>A criação da Osego e a extinção da Secretaria de Saúde</p>
Jan./fev. 1970	<p>O regime militar em Goiás – o Estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo</p> <p>A saúde em Goiás – o INPS, Osego, Ipasgo e outros órgãos</p> <p>Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade</p> <p>O censo do funcionalismo público</p>
Nov./dez. 1973	<p>O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo</p> <p>A saúde em Goiás – o INPS, Osego, Ipasgo e outros órgãos</p> <p>A mudança na Lei do Ipasgo</p> <p>O contexto socioeconômico do estado de Goiás</p>

(continua)

(continuação)

Roteiro para pesquisa de campo no jornal *O Popular*

PERÍODO	ROTEIRO
Maio/jun. 1975	O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo A recriação da Secretaria de Saúde As ações de saúde – INPS, Ipasgo, e outros órgãos O contexto socioeconômico do estado de Goiás
Dez. 1986/ jan. e out. 1987	O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo As ações de saúde – INPS, Ipasgo, e outros órgãos O contexto socioeconômico do estado de Goiás A mudança na Lei do Ipasgo O acidente radioativo com o céσιο 137 e a inclusão das vítimas no Ipasgo
Out. 1988	A política de saúde em âmbito nacional A Constituição Federal/1988 e a repercussão em Goiás
Out./Dez. 1998 e Jan. 1999	A política de saúde em âmbito nacional Emenda Constitucional nº 20/1998 e repercussão em Goiás As eleições em Goiás O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo (a vitória do PSDB) O contexto socioeconômico do estado de Goiás
Abr. 2000	A política de saúde em âmbito nacional Lei Complementar nº 29/2000 – previdência estadual O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade, a “introdução” do terceiro setor O contexto socioeconômico do estado de Goiás A situação da saúde no estado de Goiás

(continua)

(continuação)

Roteiro para pesquisa de campo no jornal *O Popular*

PERÍODO	ROTEIRO
Fev./mar. 2002	<p>Mudança na Lei do Ipasgo para a Lei nº 14.081/2002 – inclusão de agregados, ônus para o Ipasgo com a divisão da previdência e saúde, transferência de vínculo do Ipasgo para a Secretaria da Fazenda</p> <p>O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo</p> <p>Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade, a “introdução” do terceiro setor</p> <p>O contexto socioeconômico do estado de Goiás</p> <p>A situação da saúde no estado de Goiás</p>
Nov./dez. 2011	<p>Mudança na Lei do Ipasgo para a Lei nº 17.477/2011 – a exclusão dos agregados, o aumento das mensalidades, a crise financeira no Ipasgo, as medidas para sanar a crise</p> <p>O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo</p> <p>Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade, a “introdução” do terceiro setor</p> <p>Demandas dos servidores do Estado para saúde e Ipasgo</p> <p>A política de saúde em âmbito nacional – a política de parcerias/privatizações do governo federal</p>

Observações:

1 A pesquisa no jornal *O Popular* será realizada no Centro de Documentação (Cedoc) da Organização Jaime Câmara, organizados da seguinte forma:

- a) de 1962 a 1990 – arquivos estão armazenados em microfilme;
- b) de 1990 a 2007 – arquivos em banco de dados de 1990 a 2007;
- c) de 2007 a 2012 – arquivos em PDF.

2 O título em negrito, no roteiro, refere-se ao motivo que determinou a pesquisa do período determinado.

Apêndice 2

Roteiro de Pesquisa em Sindicatos de Trabalhadores

ROTEIRO	
1	O estado de Goiás e as redefinições de suas funções: troca de governos, mudanças nos planos de governo
2	A criação da Osego e a extinção da Secretaria de Saúde
3	A saúde em Goiás – o INPS, Osego, Ipasgo e outros órgãos
4	Dados sobre o funcionalismo público sindicalizado – quantidade, local de trabalho, municípios, etc
5	As mudanças nas leis do Ipasgo e as repercussões para os trabalhadores – a inclusão de agregados, os ônus para o Ipasgo com a divisão da previdência e saúde, a transferência de vínculo do Ipasgo para a Secretaria da Fazenda, a exclusão dos agregados, o aumento das mensalidades, a crise financeira no Ipasgo, as medidas para sanar a crise
6	A recriação da Secretaria de Saúde
7	A Emenda Constitucional nº 20/1998 e a repercussão em Goiás
8	Lei Estadual Complementar nº 29/2000 – instituição da previdência estadual
9	Medidas que indiquem a privatização do Estado, redução dos investimentos do Estado na área social, aumento da lucratividade e produtividade, a “introdução” do terceiro setor
10	Demandas dos trabalhadores do serviço público estadual em relação à saúde e ao Ipasgo
11	A política de saúde em âmbito nacional – a política de parcerias/privatizações do governo federal
12	A Constituição Federal de 1988 e a repercussão em Goiás

Apêndice 3

Síntese das Reportagens

GOIÁS – CONTEXTO REGIONAL

DATA E PÁGINA	SÍNTESES DAS REPORTAGENS
JANEIRO 1962	
07 jan. 1962, p. 3	Mais de oito bilhões em verbas federais para Goiás neste ano – A bancada goiana no Congresso Nacional conseguiu, para Goiás, cerca de oito bilhões e vinte e sete milhões de cruzeiros, quantia superior ao total do orçamento estadual.
OUTUBRO 1998	
18 out. 1998, p. 5	Entrevista com Marconi Perillo: a sociedade goiana resolveu mudar (por Maria José Braga) – Sobre o apoio político recebido: “É uma união forte em favor da mudança, da transformação. É a mudança de métodos, das práticas conservadoras e ultrapassadas do governo que está aí há 16 anos, por uma prática nova, moderna, diferente, cuja verdade vai ser o principal objetivo. (...) Nosso objetivo é fazer um governo eficiente, moderno, honesto e ético, que possa ter um excelente desempenho e faça o Estado funcionar. (...) Nós pretendemos fazer um governo sério e transparente. (...) Nós vamos gastar com planejamento e por isso que nós vamos ter a bolsa universitária, o salário-escola e escolas técnicas, além de melhorar o salário dos professores. Na área da saúde, nós vamos gastar 10% ou mais. No meu entendimento não há governo sério sem que se resolva o problema das filas nos hospitais, sem se resolva o caos da saúde”. A respeito do entorno, Perillo diz que o governo de Goiás, nestes últimos quatro anos, não mostrou interesse em realizar ações conjunta na região, e que o problema não era do estado de Goiás: “Sendo eleito eu e Cristovam Buarque, vamos ter uma parceria na área de segurança, saúde, educação, geração de empregos e saneamento da região”.
25 out. 1998, p. 1B Eleições	Planos são semelhantes (Maria José Braga): candidatos têm propostas semelhantes e dizem que elas são exequíveis, mesmo as que surgiram na campanha – Análise das semelhanças de dois planos de governo, de Iris Rezende e Marconi Perillo.
25 out. 1998, p. 4B Eleições	Estado controla gastos, mas resultados possuem limitação – O governo goiano está se preparando para os tempos duros, promovendo um controle de suas despesas, gastando apenas o essencial. Mas, também, nesse ponto, existe limitação. Primeiro, a maior conta do estado, o pagamento da folha com funcionalismo, não mostra retração. Em agosto de 1998, foram gastos 74% da receita líquida do Tesouro com os salários dos servidores estaduais e 68% a 69%, em média, da receita líquida do estado. Outra despesa é dívida do estado, de aproximadamente 6 bilhões de reais, renegociada por trinta anos, representando um desembolso mensal de 11 a 13% da receita líquida do estado, segundo o economista Luiz Alberto de Oliveira. Oliveira afirma que está havendo arrocho salarial dos servidores e enxugamento de pessoal, que a dívida pública já foi renegociada e que o dinheiro do governo goiano para investimentos em obras são provenientes da privatização de Cachoeira Dourada, em setembro de 1997. Para Luiz Estevam, doutor em Economia pela Universidade

	<p>Estadual de Campinas (Unicamp), o próximo governo deverá implantar uma profunda austeridade fiscal, com enxugamento da máquina pública e controle total sobre os gastos. Diz que os estados já estão sofrendo cortes nos repasses de recursos federais, estão proibidos de lançar títulos públicos no mercado para captação de recursos, até 2010. Para realizar investimentos, só com recursos de privatizações de empresas estatais. Na próxima proposta orçamentária do estado para 1999, o governo contempla recursos de 180 milhões de reais com a venda de ações de empresas estatais. Dentre as privatizáveis, constam a Metrobus e três pequenas usinas hidrelétricas, Centrais Elétricas de Goiás SA (Celg) [atualmente, Celg Distribuição], Banco do Estado de Goiás (BEG). Estevam afirma que dessa forma, o estado reduziria seus desembolsos com o pagamento da dívida, folgando os cofres públicos para novos investimentos.</p>
NOVEMBRO 1998	
15 nov. 1998, p. 3 – Política	<p>Marconi se inspira em modelo adotado no Ceará – O modelo de governo empreendido no estado do Ceará deverá servir de inspiração para muitas realizações do governo de Marconi Perillo. Ele e Tasso Jereissati estão afinados numa parceria natural que mantêm, por pertencerem ao mesmo partido e estarem afinados com a política neoliberal do presidente Fernando Henrique Cardoso.</p>
19 nov. 1998, p. 2	<p>Reforma administrativa prevê gerente de metas – O governador eleito Marconi Perillo (PSDB) vai reformular a máquina administrativa estadual não só para torná-la enxuta, mas também na tentativa de torná-la eficiente e moderna. O novo modelo traz inovações e incluirá a figura do gerente de metas, responsável pelo monitoramento da implantação dos programas sociais como a bolsa família, o médico da família, a distribuição de cestas de alimentos a famílias carentes e outros e informar o governo sobre o <i>status</i> de cada obra no Estado. A intenção é informatizar os canais de comunicação entre as secretarias e o Palácio das Esmeraldas. Perillo quer implantar o programa Goiás em Ação, nos moldes do Brasil em Ação.</p>
28 nov. 1998, p. 2 Política 4118	<p>Tucano anuncia auditoria na folha de pagamento – Os auxiliares de Perillo querem saber o motivo do crescimento da folha de pagamento dos servidores públicos estaduais de 63% para 68%, pois não houve nenhum reajuste salarial nos últimos quatro anos. O futuro secretário de Planejamento, Giuseppe Vecci, assegurou que não haverá demissão de funcionários concursados, mas que promoverá um corte significativo nos cargos comissionados do Estado.</p> <p>Reforma – O governo deverá usar como modelo experiências de outros estados como a parceria com o setor empresarial, a implantação do programa de qualidade total em algumas áreas da administração estadual.</p>
MARÇO 2000	
29 mar. 2000, p. 3	<p>Privatização começa a ser votada na próxima semana – A Assembleia Legislativa deve começar, na próxima semana, a votar o projeto de lei que autoriza o governador a privatizar da Centrais Elétricas de Goiás SA (Celg) [atualmente, Celg Distribuição] e Saneamento de Goiás SA (Saneago), a alienar outros bens e imóveis e a desestatizar alguns serviços. Este projeto será objeto de discussão no fórum de debates que a Assembleia Legislativa promove toda sexta-feira, sobre as privatizações, uma vez que a Celg e Saneago desempenham papel relevante para o desenvolvimento estratégico do estado.</p>
ABRIL	

2000	
2 abr. 2000, p. 8B Economia	Goianos estão ganhando mais no mercado de trabalho informal (Jarbas Rodrigues Júnior) – As sucessivas crises econômicas, desemprego elevado, exigência de qualificação dificultam a milhares de goianos conseguirem trabalho no mercado formal, levando muitos a buscarem o informal, visando uma fonte de renda. Contudo, imperam nesse mundo as dificuldades, a falta de segurança (de direitos trabalhistas) e uma carga horária maior que do setor formal. O mercado informal foi a saída para 450 mil trabalhadores goianos (20% da População Economicamente Ativa – PEA do estado, segundo o IBGE) que movimentam 22% do Produto Interno Bruto (PIB) de Goiás, estimado em 27 bilhões de reais. Segundo estudo do Secretário do Ministério da Fazenda, Edward Amadeo, as novas formas de produção e de relação de trabalho tendem a aumentar o número de trabalhadores autônomos, pelo processo de terceirização.
4 abr. 2000, p. 5 Economia	Crescem as exportações goianas (Jarbas Rodrigues Jr.) – Dados da Secretaria de Comércio Exterior do Ministério do Desenvolvimento constataam que as vendas externas de Goiás somaram um crescimento de 60,9% no primeiro bimestre em relação ao mesmo período de 1999, auge da crise cambial causada pela desvalorização do real, apesar de estar recebendo menos em dólares pelas suas mercadorias. As importações de Goiás diminuíram em 12,5% em valor nesse período, em relação a 1999, mas aumentou a quantidade de mercadorias. Desta forma, a balança comercial de Goiás, no primeiro bimestre de 1999, estava deficitária de 25,7 milhões de dólares e, em 2000, já apresentou saldo positivo (superávit) de 1,9 milhão de dólares para o mesmo período, com os produtos sementes e frutos oleaginosos (aumento de 1,796%), perolas, pedras e metais preciosos (174,7%), alimentos para animais (100,4%), sal, enxofre, gesso, cal e cimento (74,3%) e carne (53,4%). Importações que cresceram: produtos químicos (426,4%), veículos, tratores e ciclos (236,7%), preparações para carne e peixes (167%), cereais (56%), preparações de produtos hortícolas e frutas (30,8%) e adubos e fertilizantes (27,8%).
16 abr. 2000, p. 6B	Goiás pode se tornar um novo polo têxtil (Antônio Ribeiro dos Santos) – De acordo com Paulo Skaf, presidente da Associação Brasileira da Indústria Têxtil (Abit), Goiás tem todas as condições para receber indústrias têxteis por possuir um forte polo confeccionista, ser o segundo maior produtor de algodão do país e ter um considerável mercado consumidor. Afirmou que o setor está vivendo uma nova fase, com crescimento das exportações, da produção, geração de empregos e vendas internas, que o cenário é positivo e favorece a entrada de fábricas para Goiás. Segundo ele, o setor gerou 30 mil novos empregos em 1999 e a previsão para este ano é de sejam abertas entre 40 mil e 50 mil novas vagas em toda cadeia produtiva, com o setor empregando 1,5 milhão de trabalhadores no país. Considera também o desempenho das exportações como relevante, por ter sido 30% maiores em relação ao primeiro trimestre de 1999. Segundo ele, os artigos brasileiros com boa aceitação no exterior são itens de cama, mesa e banho.
17 abr. 2000, p. 6 Cidades	Brasília chega aos 40 anos com forte influência sobre Goiás (Maria José Braga) – Brasília ainda conserva a modernidade, mas as contradições sociais são visíveis. As cidades satélites desenvolveram-se sem planejamento e sem boas soluções para os problemas urbanos e sociais. Problemas semelhantes vivem as cidades do Entorno de Brasília, já no estado de Goiás, que sofrem forte influência da capital federal, tendo como referência Brasília e não Goiânia, desde a assistência medica ate a assistência social.

	<p>Polo de atração de migrantes (Maria José Braga) – Os municípios do entorno sobrecarregam a infraestrutura urbana e social da capital federal. Segundo o sociólogo Elimar Pinheiro, o inchaço urbano do Entorno de Brasília, que alcançou a taxa de crescimento de 7,56% entre 1991 e 1996, é consequência da falta de condições de manter as populações migrantes que atrai, expulsando grande parte para as cidades vizinhas. A influência de Brasília extrapola os limites das cidades vizinhas e atinge municípios mais distantes, como Pirenópolis, que teve a vida dinamizada por causa dos brasilienses. Pinheiro reforça a tese de Brasília ser um centro de referência para toda a Região Centro-Oeste, mas ressalta que essa influência é, antes de mais nada, migratória. A capital federal como uma das mais jovens do país, situada numa área de expansão de fronteiras agrícolas, atrai migrantes de todos os cantos do país.</p>
<p>17 abr. 2000, p. 7</p>	<p>Elevada taxa de crescimento no eixo Brasília-Goiânia (Maria José Braga) - Brasília é a cidade brasileira que apresenta o Produto Interno Bruto (PIB) per capita mais elevado do país, em razão do setor de serviços especializados de governo. Brasília é apontada como uma metrópole nacional, porque é o mais importante centro de decisões políticas do país e exerce função administrativa de âmbito nacional. Perto de Goiânia, uma metrópole regional, ela polariza grande área da região central do Brasil. O eixo Brasília-Goiânia projeta sua área de influência em direção ao Norte, extrapolando os limites regionais, apresenta a mais alta taxa de crescimento da rede urbana nacional (3,41% em 1991), reúne 382 cidades com cerca de 7 milhões de habitantes. Dados como esses fazem que alguns estudiosos apontem o complexo urbano formado por essas cidades como o principal mercado consumidor potencial do país.</p>
<p>19 abr. 2000, p. 10 Economia</p>	<p>Trabalhadores vivem situação de desespero (Edimilson de Souza Lima) – O presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Acreúna, Severino José Sobrinho, denunciou, ontem, a situação de desespero em que se encontram cerca de duas mil famílias de trabalhadores rurais no município. Segundo ele, devido ao acelerado processo de mecanização da agricultura local, os trabalhadores não conseguem colocação, gerando grave problema social, com muitas famílias passando fome e sem qualquer tipo de assistência oficial.</p> <p>Sensibilidade – Severino Sobrinho acusa os grandes produtores rurais da região, principalmente as destilarias de álcool de não ter nenhuma sensibilidade social, mecanizando aleatoriamente seus processos de produção, sem levar em conta a massa de trabalhadores que elas próprias recrutaram durante anos. Para ele, o fator que mais tem gerado desemprego na região é a crescente mecanização da colheita da cana e do algodão.</p>
<p>20 abr. 2000, p. 6</p>	<p>Fieg [Federação das Indústrias do Estado de Goiás] quer dobrar exportações goianas (Jarbas Rodrigues Jr.) – A Federação das Indústrias do Estado de Goiás (Fieg) propôs ontem uma ação conjunta de empresários e governo para dobrar as exportações de empresas goianas nos próximos três anos, objetivando alcançar vendas externas de 650 milhões de dólares. Paulo Afonso Ferreira, presidente da Fieg, disse que o maior desafio é criar uma cultura exportadora entre os empresários goianos que, por muito tempo, ficaram voltados, apenas, para o mercado interno, com poucas empresas no estado exportando suas mercadorias, na maioria produtos básicos de pouco valor agregado. Acrescentou que, com o ambiente econômico favorável às exportações (câmbio flexível e economia estável), Goiás tem oportunidades de vender ao exterior produtos de maior valor agregado, como sapatos e alimentos industrializados.</p>

26 abr. 2000, p. 5	<p>Apontou como entraves para o crescimento das exportações das empresas de Goiás, além do fator cultural, a questão tributária, e a falta de uma política integrada de comércio exterior em Goiás, o que ele espera solucionar com a criação do Conselho Temático, que terá participação de membros do governo estadual, que deverá desenvolver um plano de ação que incremente as vendas externas de Goiás.</p> <p>Produzir vai entrar em vigor na próxima semana (Jarbas Rodrigues Jr.) – Entra em vigor na próxima semana, o novo programa atração de investimentos privados do governo de Goiás, o Programa de Desenvolvimento Industrial de Goiás (Produzir), que vai substituir o Fundo de Participação e Fomento à Industrialização (Fomentar), criado em 1984 e responsável pela atração de 214 indústrias para Goiás. As principais novidades do Produzir são o sistema de descontos, o prazo limite de até quinze anos dos incentivos fiscais e a área social. O programa oferece descontos para os empresários que pretendam obter financiamento do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) incentivado. A primeira faixa é no patamar de 30% como bônus por adimplência das obrigações assumidas pelo Produzir, município e estado. As demais faixas de descontos entre 5% a 70% no ICMS para empresários que invistam na área social, dentre eles, qualificação da mão-de-obra, qualidade total, utilização de novas tecnologias, contratação de jovens para o primeiro emprego e profissionais experientes com mais de cinquenta anos e deficientes físicos, substituição de importações e localização estratégica. Para as grandes empresas, o percentual pode chegar até 73%.</p>
SETEMBRO 2001	
2 set. 2001, p. 2B	<p>Falta emprego – No Norte do estado, algumas cidades impressionam pela pobreza e pela falta de infraestrutura básica. Lá, grande parte da população não tem emprego, tem renda familiar de até um salário mínimo e se enquadra nos programas sociais dos governos estadual e federal. Em quase todas as casas, a latrina substitui o banheiro. Mesmo crianças que se alimentam bem têm baixo peso, por causa das verminoses.</p> <p>A vida rude no Nordeste goiano (Aline Leonardo) – A vida, como no século passado, em povoados de casas de palha e adobe, sem energia, carro, farmácia ou telefone ainda é comum no Nordeste goiano, onde é possível encontrar pessoas sem registro de nascimento ou qualquer outro documento, casas sem banheiro e sem acesso a computadores ou <i>Internet</i>. Sem emprego, a população vive em situação de grande pobreza. Em algumas cidades, a prefeitura é o grande empregador, e o comércio depende completamente de cidades próximas maiores.</p>
2 set. 2001, p. 3B	<p>Sinais visíveis de riqueza – No eixo Sudeste, Sul e Sudoeste do estado, o desemprego é praticamente inexistente, o comércio é intenso, as construções são modernas, carros importados transitam pelas avenidas, restaurantes e bares estão sempre cheios, não faltam centros médicos especializados, escolas e faculdades. Há uma década, essas regiões veem suas economias impulsionadas pela industrialização, crescimento comercial e aumento da produtividade agrícola. O rápido desenvolvimento está mudando o mercado de trabalho dessas regiões e atraindo famílias de outros estados.</p>
2 set. 2001, p. 4B	<p>Problemas não param de crescer – Com uma população de aproximadamente 658.734 habitantes, segundo dados preliminares do Censo IBGE/2000, as oito principais cidades do Entorno de Brasília não param de crescer. Além do rápido crescimento, essas cidades têm em comum uma série de problemas sociais, fruto da</p>

6 set. 2001,
p. 8
Economia

ocupação desordenada dos espaços urbanos, com ocupação desordenada do espaço urbano e indefinição de providências, se do Distrito Federal ou do estado de Goiás.

União aprova aval para empréstimo do Bird [Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento] (Antônio Ribeiro dos Santos) – Foi aprovado pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, aval para o governo de Goiás pleitear empréstimo com o Banco Mundial, cujo recurso deverá ser aplicado na recuperação da malha rodoviária de Goiás entre 2001 e 2006. O aval foi aprovado porque o Estado cumpriu o programa de ajuste fiscal em 2000 e estava adimplente com a União. Com o cumprimento do acordo, Goiás recupera credibilidade e crédito, podendo pleitear outros empréstimos externos, como os que estão sendo negociados com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para o programa de saneamento básico e programas de ciência e tecnologia e destinados à área educacional.

8 set. 2001,
p. 6
Economia

Marconi defende maior parceria com a Argentina (Jarbas Rodrigues Jr.) – O governador Marconi Perillo defendeu, ontem, em Buenos Aires, maior parceria comercial e política com a Argentina, afirmando que Goiás, nos últimos dois anos, é um dos estados brasileiros com maior taxa de crescimento econômico e de geração de empregos, diminuição da carga tributária e geração de empregos. Além disso, destacou as vantagens fiscais oferecidas pelo estado, cuja carga tributária vem diminuindo para o setor produtivo, elevando a competitividade para a iniciativa privada, sem gerar impacto negativo para as contas públicas. Disse que pretende corrigir a pouca visibilidade internacional do estado, ou pelo menos iniciar uma exposição maior do estado no exterior que está começando em Buenos Aires.

Empresários destacam potencial – Os empresários brasileiros convidados para participar do seminário promovido ontem pelo governo de Goiás foram enfáticos em defender os investimentos realizados no estado. O Diretor da Perdigão em Rio Verde, Ricardo Menezes, disse para os empresários argentinos que os mercados do Sudeste e Sul estão saturados e que o Centro-Oeste mostra potencial de crescimento, não se tratando apenas de incentivos fiscais, mas de infraestrutura completa, mão de obra barata e capacitada, produção agrícola crescente e boa logística de escoamento. O Diretor da Copebras, Jarbas José de Almeida, ressaltou o investimento que a empresa realiza na expansão e modernização de sua unidade industrial em Catalão, destacando ter encontrado um excelente mercado potencial em Goiás, infraestrutura completa do estado, incentivos fiscais, apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), desburocratização, e as reservas de dinheiro para produzir sobretudo fosfato, com destino para uso industrial e agrícola. O Superintendente do Porto Seco de Anápolis, Edson Tavares, demonstrou muito ânimo com a possibilidade de fechar negócios com empresários argentinos. Ele espera que o trem expresso, de Anápolis ao Porto de Santos, entre em operação no próximo mês, tornando mais ágil e competitivo o sistema alfandegário na estação aduaneira para as empresas instaladas em Goiás.

14 set. 2001,
p. 9
Economia

Goiás terá mais apoio para exportar – O governo federal vai empenhar-se na missão de fortalecer a economia de Goiás, sobretudo na maior presença de produtos goianos no mercado externo, com presença de representantes de Goiás, em todas as missões comerciais do Brasil ao exterior. Estão programadas visitas à China, Japão, México, Irã, Alemanha e Inglaterra, para 2002. Em 2000, as exportações goianas registraram o segundo maior crescimento no país, com incremento de 120% nos últimos 10 anos.

25 set. 2001, p. 13	<p>Dados mostram a diversificação da pauta das exportações, com carne suína, carne de frango, algodão em pluma e outros de valor agregado: conservas, biscoitos e açúcar cristal. Os principais mercados dos produtos goianos são a União Europeia, a Ásia, Estados Unidos, Mercado Comum do Sul (Mercosul), Oriente Médio. Os países europeus continuam com subsídios agrícolas, o que, de certa maneira, retira a competitividade dos produtos brasileiros. Por isso a necessidade de industrialização dos produtos no próprio estado. O saldo da balança comercial goiana, de janeiro a agosto 2001 foi positivo em 151,1 milhões de dólares, quantia superior 33% em relação ao mesmo período de 2000. Apesar das exportações goianas, no ano passado, terem crescido em comparação a 1999, elas representam menos de 1% no contexto nacional.</p> <p>O novo perfil da economia goiana (Manoel Xavier Ferreira Filho) — Goiás caminha rumo à conquista de seu espaço entre as seis unidades mais desenvolvidas e competitivas da federação. Nos próximos cinco anos, deverão ser investidos mais de 24 bilhões de reais em projetos privados e públicos. Nesse momento, a Região Centro Oeste vive intensa ebulição no crescimento populacional e de desenvolvimento. Outras mudanças como a abertura de financiamento para os setores de comércio e serviços também contribuíram. O Fundo Constitucional do Centro-Oeste (FCO) está abrindo portas para áreas estratégicas como infraestrutura, com prioridade para a geração de energias alternativas e promovendo mudanças a partir das reivindicações de segmentos organizados da sociedade. A corrida aos recursos do FCO reflete a nova realidade da economia goiana, cada vez mais empreendedora, ousada, dinâmica, moderna e competitiva. Fatores como aumento da produção agrícola, avanços na pecuária, modernização e diversificação do parque industrial e crescimento das exportações foram significativos na definição desse novo perfil. Manoel Xavier Ferreira Filho atua como Superintendente executivo da Secretária de Planejamento e Desenvolvimento Goiás.</p>
26 set. 2001, p. 4	<p>Concurso do estado abre inscrições dia 8 – As inscrições para o concurso do estado para gestor público e agentes serão abertas dia 8 de outubro. Com a posse dos selecionados, que ocuparão quinhentas vagas da administração direta, autárquica e fundacional de Goiás, outros quinhentos funcionários comissionados serão exonerados, evitando impacto financeiro nas despesas de pessoal. Segundo o Secretário Estadual de Planejamento, Giuseppe Vecci, o governo não realizava concurso para a gestão pública desde 1974.</p>
FEVEREIRO 2002	
17 fev. 2002, p. 7 Economia	<p>Produtor pede socorro para estradas vicinais – Dirigentes de entidades de produtores rurais de Goiás manifestaram-se contra o mau estado de conservação das estradas vicinais do estado e apelaram para o governo estadual e prefeituras realizarem recuperação emergencial para evitar maiores prejuízos para os produtores, com dificuldades de escoamento da produção. De acordo com o presidente da Organização das Cooperativas de Goiás (OCG), Antônio Chavaglia, o Sudoeste goiano está em plena colheita de milho e soja, iniciando um período de intenso tráfego de caminhões nas estradas vicinais, retirando a safra das fazendas para os armazéns e até para outros Estados.</p>
28 fev. 2002, p. 6	<p>Goiás quer intensificar comércio com Alemanha – Os empresários e o governo de Goiás querem intensificar o comércio com a Alemanha e atrair investimentos para as</p>

Economia	áreas agroindustrial, mineral, farmacêutica e têxtil. O diretor executivo da Câmara de Comércio Brasil-Alemanha, Gert Egon Dannemann, foi a Goiânia para conhecer um pouco da economia do estado e falou da intenção de empresários alemães investirem no Brasil, citando o caso da BASF [The Chemical Company]. Em 2001, Goiás exportou para a Alemanha carne bovina, suína e de aves, soja e farelo de soja, algodão, ferroníquel e ferronióbio. Os goianos importaram da Alemanha matéria-prima para medicamentos, máquinas e equipamentos e veículos e outros produtos.
MARÇO 2002	
5 mar. 2002, p. 6 Economia	Produção goiana de grãos sobe mais que a nacional – O Grupo de Coordenação de Estatísticas Agropecuárias (GCEA) divulgou ontem o prognóstico da produção goiana de grãos: a produção goiana de grãos deve bater mais um recorde histórico em 2001-2002, chegando a 9,420 milhões de toneladas ou 4,14% a mais que a safra anterior, com crescimento de quase 400 mil toneladas, assegurando ao estado uma participação de 9,5% na produção nacional. De acordo com os dados da pesquisa, o melhor desempenho é apresentado pela cultura da soja. O milho apresenta o pior desempenho, com queda de 21,03%. Área do milho migrou para a soja em virtude da má comercialização e do preço de mercado abaixo dos custos de produção durante boa parte do tempo, na safra passada.
10 mar. 2002, p. 2B cidades	Solução com as próprias mãos (Fabrícia Hamu) – Um tipo de entidades que vem obtendo grande destaque social recentemente são as organizações não governamentais (ONGs), associações ou fundações fundadas por pessoas que, cansadas de esperar que o poder público tomasse as providências para sanar os problemas da comunidade, resolveram buscar a solução com as próprias mãos, conseguindo atender uma demanda expressiva da sociedade que não é beneficiada pelas políticas públicas. Amone Inácia Alves, mestre em sociologia e professora da Universidade Salgado de Oliveira explica que as ONGs preenchem lacunas deixadas pelo governo e são a prova de que a sociedade civil pode se organizar para obter maior qualidade de vida. Diz que fundações e associações em Goiânia vêm crescendo muito, fruto não apenas do descontentamento da sociedade civil com o poder público, mas também da explosão populacional e do aumento da migração para os grandes centros, criando demanda maior de pessoas carentes que precisam de ações emergenciais.
MAIO 2002	
18 maio 2002, p. 14 Economia	Dívida pública: estado desembolsa 3,5 bilhões de reais só com encargos (Antônio Ribeiro dos Santos) – O governo Marconi Perillo vai desembolsar, até o final de seu mandato, cerca de 3,5 bilhões de reais só com o pagamento dos juros, correção (encargos) e amortização da dívida pública do estado com a união, avaliada em 9,1 bilhões. Perillo diz que a maior parte desse dinheiro deveria ser aplicada em programas sociais e que esse pagamento o obriga a governar com extrema dificuldade, sem condições de incrementar o volume de obras. Mas garantiu que os programas sociais e obras que estão em andamento não serão prejudicados. Perillo diz que, quando assumiu em janeiro de 1999, a dívida era de 6,4 bilhões de reais e cresceu 43% até maio, totalizando 9,1 bilhões de reais. Ele disse também que, em 1999, o endividamento do estado correspondia a quatro vezes a receita líquida real e, atualmente, caiu para 3,2 em virtude do programa de ajuste fiscal do governo do Estado, controle rígido das despesas, aumento da arrecadação e reforma administrativa.

26 maio 2002, p. 18	Expansão urbana: erguendo um bairro do nada (Jarbas Rodrigues Jr.) – Do nada, está sendo construído um novo bairro em Goiânia, um conjunto de prédios onde vão morar quatro mil famílias. Para lá, estão indo vários comerciantes e prestadores de serviços. Trata-se do Bairro Eldorado, o primeiro de Goiânia totalmente planejado antes de ser construído. Além do condomínio fechado Granville e do bairro Eldorado, também está sendo construído o Residencial Porto Seguro. Os três novos conjuntos habitacionais devem abrigar mais de 30 mil pessoas, todas da classe média.
OUTUBRO 2002	
22 out. 2002, p. 10	Estado corta 400 milhões de reais (Antônio Ribeiro dos Santos) – O governador Marconi Perillo decidiu ontem tomar uma série de medidas administrativas para adequar as despesas do governo às exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A primeira providência do governador foi a publicação do Decreto nº 5.669/2002, que prevê o corte de despesas, revisão de contratos e empenhos no montante de 400 milhões de reais, proibição de gastos que impliquem elevação de despesas com pessoas. As medidas são amplas e envolvem recomendações aos órgãos do governo para controlar e reduzir gastos com telefone, água, luz, internet, combustíveis, alimentação, diárias, aquisição de material de consumo, aquisição de equipamentos e materiais permanentes e a contratação de serviços de consultoria. Entretanto, preserva despesas com programas sociais, o pagamento de pessoal e despesas de amortização de juros e encargos da dívida pública do estado com a união e transferências constitucionais aos municípios. Mas as despesas com a manutenção da saúde e educação deverão ser realizadas com os percentuais legais.
25 out. 2002, p. 8 Opinião	Goiás competitivo – Uma feira ligada à indústria alimentícia, realizada no Centro de Cultura e Convenções de Goiânia, mostrou o crescimento e a qualificação da indústria alimentícia no estado, com assimilação tecnológica e em espaço no mercado de consumo doméstico. Atualmente, são quase 2 mil indústrias de alimentos e bebidas no estado, gerando quase 50 mil empregos diretos, além dos indiretos gerados pela produção de matéria-prima, em boa parte no campo e pela comercialização, na cadeia do agronegócio. A indústria alimentícia goiana avança, também, na direção do mercado exportador. Esta atividade gera empregos, proporciona ao setor público mais recursos para investimentos em obras inadiáveis e em programas sociais. Se o Brasil reduzir barreiras protecionistas de países ricos, pelo menos algo como 20% de crescimento será obtido pelo fluxo de vendas de produtos brasileiros ao exterior.
31 out. 2002, p. 22 Política	Estado deve passar por minirreforma (Cileide Alves, colaboração de Cecília Nunes) – As mudanças devem atingir cerca de 10% a 15% da máquina administrativa, visando aprimorar as ações do novo governo. No segundo mandato, pretendem-se destacar quatro eixos: os programas de inclusão social, a melhoria da qualidade da prestação de serviços do Estado à população, a consolidação de projetos macroestruturais – Ferrovia norte-sul, metrô de superfície em Goiânia e implantação do gasoduto, e o eixo econômico, consolidando Goiás como o estado do agronegócio. Só depois de definidas as mudanças, será escolhida sua equipe.
JULHO 2003	
23 jul. 2003, p. 13 Economia	Goiás é destaque em emprego (Mariza Santana) – De acordo com o estudo da empresa paulista de pesquisa Geografia de Mercado para a Revista Exame, com informações do Ministério do Trabalho, Goiás consolida-se como fronteira do

	<p>crescimento econômico do país, após estabilidade monetária com o plano real de 1996 a 2001. O estado, nesse período, apresentou índices de crescimento econômico acima das médias nacionais, embora seja pequena a sua participação no total do país, com apenas 2,7% no total de empregos formais do país (dados de 2001), 3,4% do total de empresas formais do país e 2% da massa salarial do país. Constatou-se que a oferta de emprego tem sido maior em áreas cujas economias se baseiam na agroindústria e agropecuária. De acordo com o estudo, as atividades econômicas goianas que apresentaram o maior crescimento no número de empregos foram a farmacêutica, higiene e cosméticos, com elevação de 132%. A criação do polo farmacêutico em Anápolis e Goiânia, direcionado para a produção de medicamentos genéricos, é a grande responsável pelo bom resultado do segmento, com aumento da massa salarial de 64% e mão de obra especializada. O crescimento de postos de trabalhos formais é resultado da instalação de novas empresas atraídas pela política de incentivos fiscais do governo estadual. No período de 1996 a 2001, o número de estabelecimentos formais em Goiás cresceu 64%, ao passo que a média nacional foi de 27%. A boa notícia verificada pelo estudo é que a massa salarial brasileira encolheu 3%, de 1996 a 2001, e, em Goiás, apresentou crescimento de 21%. Como o Produto Interno Bruto (PIB) goiano vem crescendo mais do que o PIB nacional nos últimos anos, foi possível melhorar a remuneração total dos trabalhadores goianos.</p> <p>26.199 novas vagas este ano (Lúcia Monteiro) – O estado de Goiás fechou os primeiros seis meses deste ano com um saldo de 26.199 novas vagas criadas no mercado formal, um crescimento de 4,7%, segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego. A indústria de transformação foi a maior empregadora com 8,92% no número de vagas criadas de janeiro a junho. Dos 10.220 empregos criados pelo setor de transformação, 9.420 são das indústrias de alimentos e bebidas de Goiás. O crescimento do número de emprego na agroindústria chegou a 19,44%, graças à instalação de novas unidades e expansão da produção das empresas já instaladas. O setor agropecuário é o segundo maior gerador de empregos.</p>
MARÇO 2004	
27 mar. 2004, p. 12	<p>Institucional: Goiás Digital Tecnologia a serviço da cidadania (Goiás Digital, Agência Goiana de Administração e Negócios Públicos (Aganp), Governo de Goiás) – Inclusão digital ao alcance de todos, Vapt Vupt Virtual, quiosques de autoatendimento em pontos estratégicos, as muitas informações de Goiás, Goiás na palma da mão – pocket, Intragoiás, um novo conceito de gestão pública, mensagem cidadã.</p>
ABRIL 2004	
14 abr. 2004, p. 4 Cidades	<p>População entre 30 e 49 anos e maioria no Estado – Levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta como tendência brasileira o crescimento da população com idade entre 30 e 60 anos, cuja tendência, também, é observada em Goiás. Dos 5.233.574 habitantes do Estado, 170.851 tem mais de 70 anos. A maior concentração é na faixa entre 30 e 49 anos, com quase 1,5 milhão. O levantamento indica bons índices para Goiás: a mortalidade infantil em queda (20,7 em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, mais de 7 pontos inferior à média brasileira, que é de 27,8, maior concentração de mortes (9,8) no chamado período neonatal precoce, de até 6 dias de idade) e a escolaridade em alta (a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais é de 11,3%, menor que a média nacional, que é de 11,8%, e maior que a do Centro Oeste de 9,6%).</p>

<p>15 abr. 2004, p. 15 Economia</p>	<p>Discriminação – A pesquisa reforça a discriminação histórica em relação às mulheres em Goiás. Embora tenham maior escolaridade (em média 6,3 anos de estudo, e, dos homens, de 5,8 anos de estudos), 76,1% ganham entre meio e dois salários mínimos. Apenas 3,7% recebem mais de cinco salários mínimos. A média nacional é de 4%, e a do Centro-Oeste, de 5,5%.</p> <p>Goiás tem o quarto melhor resultado – A indústria goiana continua apresentando um dos maiores índices de crescimento do país, graças ao incremento da produção e das exportações das agroindústrias instaladas no Estado. Segundo a Pesquisa Industrial Mundial de Produção Física, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Goiás registrou o quarto melhor desempenho do país em fevereiro, com crescimento de 4,1% sobre o mesmo mês de 2003. O estado também exibiu índices positivos nos indicadores mais abrangentes: 4,1% no acumulado do ano (janeiro e fevereiro) e 3,1% nos últimos 12 meses. O acumulado do ano refletiu o crescimento de 10% da produção de alimentos e bebidas. O aumento da produção de farelo de soja, molhos de tomate, farinhas, adubos e sabão para uso doméstico impulsionou o desempenho industrial no estado. A abundância de matéria-prima e os incentivos fiscais para instalação de novas empresas e expansão das indústrias já instaladas estão entre os principais fatores de estímulo, e 63% do parque fabril goiano é composto pelo setor de alimentos e bebidas que têm grande peso na produção industrial do estado.</p>
---	---

PREVIDÊNCIA E SAÚDE

DATA E PÁGINA	SÍNTESES DAS REPORTAGENS
FEVEREIRO 1962	
16 fev. 1962, p. 1	<p>Institutos criarão em Goiânia a Comunidade de Serviços Médicos – O Departamento Nacional da Previdência Social já iniciou a fase de extensão do projeto de instalação de Comunidades de Serviços Médicos em todas as capitais dos estados. A Comunidade de Serviços Médicos será a reunião dos recursos de todos os Institutos previdenciários em um só estabelecimento de assistência, de modo que todos os segurados da previdência social de qualquer categoria sejam atendidos em um só local, com a instalação de um hospital com capacidade de atendimento de um número ilimitado de doentes, bem como dotado de condições de atendimento em todas as especialidades médicas, sanando deficiências dos atuais Institutos previdenciários. Os institutos de previdência de Goiás estão aguardando instruções do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS) para a compra de um hospital nessa capital, que servirá aos segurados de todas as categorias trabalhistas.</p>
MARÇO 1962	
1º mar. 1962, p. 3	<p>Secretaria de Saúde prepara-se para iniciar vacinação contra varíola e difteria! – Em breve, a Secretaria da Saúde iniciará, em todo o estado de Goiás, campanha de vacinação em massa contra a varíola e difteria, destinada a população interiorana.</p>
30 mar.	<p>IAPI [Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários] emprestará 10 milhões</p>

1962, p. 1	para a Casa do Trabalhador – O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários emprestará à Federação dos Trabalhadores na Indústria do Estado de Goiás a quantia de 10 milhões de cruzeiros para a construção da Casa do Trabalhador.
OUTUBRO 1962	
5 out. 1962, p. 1	Combate à malária em 63: prevista a dedetização de 348 mil habitações! – As autoridades da Campanha de Erradicação da Malária, em Goiás, estão concluindo o planejamento para o próximo ano, que prevê a dedetização de 348 mil habitações em todo estado, prevendo a triplicação do pessoal em serviço. Até o momento, já foram feitas borrifação de residências em 70 municípios do Norte e Sul do Estado, com cobertura nas zonas urbana e rural.
30 out. 1962, p. 3	Assembleia Legislativa: apêlo para aumento de dotação destinada ao DNE-Ru e malária – Deputado Clepino Araújo (PTB) encaminhou à mesa um requerimento com proposta para a bancada goiana, no Congresso Nacional de aumento do orçamento para 1963 destinada à Circunscrição Goiana do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNE-Ru) e Departamento da Malária, objetivando um combate mais intensivo do mal de chagas e malária no território goiano.
NOVEMBRO 1962	
13 nov. 1962, p. 13	Serão realizadas amanhã eleições nos institutos – Serão realizadas amanhã as eleições para as seguintes juntas de julgamento e revisão dos institutos da previdência social, sediados em Goiânia: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC).
DEZEMBRO 1962	
21 dez. 1962, p. 3	Médicos cariocas virão para o interior goiano – Diretor do Departamento Hospitalar da Secretaria da Saúde irá para o Rio de Janeiro para contratar uma equipe de cerca de trinta médicos para trabalharem em municípios goianos, com os quais a Secretaria da Saúde (Sesa) manterá convênios. A Sesa já mantém convênios com os municípios de Veadeiros, Cavalcante e Nova Roma e está programando outros para Tocantinópolis, Damianópolis, Porangatu, São Miguel do Araguaia, Dianópolis, Porto Nacional, Pedro Afonso. Posteriormente, os convênios serão com os municípios do Sul.
NOVEMBRO 1964	
10 nov. 1964, p. 3	Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] enfrenta problema para contratar médicos e auxiliares – O maior problema da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) é a falta de médicos e auxiliares técnicos para as unidades do interior. Cento e dezoito municípios goianos estão sem médicos. Dos 480 médicos residentes em Goiás, cerca de 250 residem em Goiânia. A maioria da população de Goiás não é assistida por médicos ou dentistas, circunstância que agrava as atividades da Osego. A falta de médico é devido ao baixo salário oferecido pelo estado. Para solucionar o problema, estão sendo oferecidos, para auxiliares técnicos e atendentes, cursos de treinamento e de divulgação sanitária oferecidos pela Osego.
DEZEMBRO 1964	
4 dez. 1964, p. 1	Hoje funcionará o Pronto-Socorro – Funcionará, a partir de hoje, o Pronto-Socorro no Hospital Geral, que já se acha completamente instalado. O convênio entre Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) foi firmado

17 dez. 1964, p. 9	ontem. Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] aplicará grande soma na assistência do setentrão – a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) contará com orçamento superior a três e meio bilhões de cruzeiros para o próximo exercício. Grande parte do recurso deverá concentrar-se no Setentrão goiano, onde a população encontra-se praticamente sem assistência médico-hospitalar. O superintendente da Osego declarou estar disposto a prestar assistência à Região Norte e incentivar suas atividades em todos os setores. Região Norte: a situação da assistência médico-hospitalar é considerada grave, com apenas cinco médicos na Região. As treze unidades existentes não dispõem de material e medicamentos para o atendimento de suas necessidades. O médico Abílio Maranhão diz que se a Osego concluir a construção do Hospital Regional de Porto Nacional será um passo para a solução dos problemas médico-hospitalares do Norte e que a meta da Osego é desenvolver intenso programa de saneamento básico e campanha profilática sobre várias endemias e não dar remédio aos doentes.
19 dez. 1964, p. 3	Atendentes recebem certificados de conclusão de curso na Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] – Os concluintes do curso de atendente, cerca de 40 alunos, desempenharão suas funções em Goiânia e no interior onde há unidades sanitárias da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego).
JANEIRO 1970	
3 jan. 1970, p. 1	Sindicatos vão entrar na briga médicos-INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] – Todos os trabalhadores reunir-se-ão para examinar o rompimento da classe médica com o INP. Ontem, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) continuou emitindo guias normalmente a quem procurou seus guichês, por não ter recebido comunicação da Associação Médica sobre a suspensão do atendimento.
3 jan. 1970, p. 3	Vacinadores da Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] atuaram em Goianésia – Retornou para a capital, Goiânia, a equipe de vacinadores da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) que esteve em Goianésia para um serviço de vacinação da população infantil, tendo em vista os diversos casos de paralisia infantil que ali surgiram. A equipe desenvolveu suas atividades mais na zona rural, uma vez que, na sede do município, a unidade sanitária local já havia aplicado a vacina Sabin.
9 jan. 1970, p. 1	Todos os médicos se descredenciam do INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] – Os quatrocentos médicos de Goiânia que atendiam aos contribuintes da previdência social solicitaram seu descredenciamento coletivo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), conforme assembleia geral promovida pela Associação Médica de Goiás. Esta iniciativa está implícita no movimento grevista iniciado pelos médicos no dia primeiro do corrente.
10 jan. 1970, p. 3	Ministro garante que a assistência será mantida – O Ministro do Trabalho e o Presidente do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) disseram aos líderes sindicais, anteontem, que serão adotadas todas as medidas indispensáveis à continuidade da assistência aos previdenciários de Goiás, a fim de evitar prejuízos, caso os médicos locais persistam em seu movimento. Para amenizar o problema, virão alguns médicos das especialidades que faltam no atendimento, novas ambulâncias para o transporte de doentes para outros centros e os hospitais de Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo ficarão à disposição, em qualquer emergência. Os líderes sindicais fizeram um relato da crise. O

panorama do atendimento aos previdenciários em Goiás vem como sendo um dos mais graves possíveis. Disseram que os previdenciários enfrentam deficiências no atendimento, permanecendo várias horas e até dias nas filas para conseguir uma consulta, quando existe especialista, uma vez que faltam médicos de umas cinco categorias. Presidente do INPS garante como primeiras providências: vinda de especialistas que o ambulatório não dispõe, a abertura de todos os hospitais que o Instituto mantém nos grandes centros para atendimento das necessidades de Goiás, instalação de uma unidade móvel destinada ao reforço do ambulatório, e chamamento do governo estadual para doar o terreno para a construção da unidade, ampliação do Hospital Rassi para funcionamento do Hospital dos Previdenciários, cujas obras foram anunciadas há dois anos, mas ainda nada foi feito, com previsão de encerramento para dois anos.

Assinado novo acordo para sustento do Pronto-Socorro – Firmado convênio na tarde de ontem entre Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), prefeitura e o Hospital das Clínicas de manutenção do Pronto-Socorro. A Prefeitura e Osego entrarão com um bilhão de cruzeiros antigos. O Hospital das Clínicas deverá prestar atendimento a toda população goianiense e, eventualmente, à população do interior. O serviço de três ambulâncias será feito pela Osego, que também colocará à disposição do hospital atendentes, motoristas e telefonistas. As ambulâncias serão adquiridas o mais breve possível. O Pronto-Socorro deverá iniciar o atendimento no novo esquema a partir do próximo dia 1º de fevereiro, com o contrato vencendo a 31 de dezembro de 1970.

Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] aconselha vacinação contra pólio – A Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) volta a insistir na vacinação em massa da população infantil contra poliomielite, o que poderá ser feito nas unidades sanitárias dos diversos municípios do estado e em Goiânia nos postos da Osego e no centro de saúde. Mesmo não havendo surto de pólio, a vacinação é aconselhável, tendo em vista vários casos de paralisia infantil em Goiás.

14 jan. 1970,
p. 3

Hospitais já não podem internar previdenciários – Dois médicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) mandaram carta para *O Popular*, declarando que a classe médica está lutando pelos previdenciários, para que tenham uma assistência médica qualificada, humana e responsável, para que o previdenciário possa escolher o médico de sua confiança e o hospital de sua preferência, para que seja tratado pelo próprio nome e não pelo número do leito que ocupa e que o litígio é uma divergência profunda entre os dirigentes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que teimam em estatizar a assistência médica. A carta foi publicada.

Médicos: luta é pelo previdenciário – Os hospitais de Goiânia deixaram de atender aos previdenciários nos casos de internamento, em virtude de decisão da Associação Médica de Goiás (AMG) de paralisação dos médicos e anestesistas que atendiam pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), admitindo a possibilidade de atendimento apenas de emergência. A AMG informa à Associação dos Hospitais de Goiás a desvinculação de todos os filiados ao INPS. O atendimento aos previdenciários será feito mediante pagamento das despesas ou gratuitamente para quem não tem condições de efetuar o pagamento.

15 jan. 1970,
p. 7

Pólio mata mais três crianças – Mesmo não sendo surto, prossegue vacinação no centro de saúde e nos postos da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) nos bairros da capital e nas unidades sanitárias no interior. Todos os dias apresentam-se mais casos de pólio e agora com registro de casos fatais motivados pela doença. A vacinação da pólio tem atingido um bom índice em Goiânia, o mesmo ocorrendo com a vacina tríplice contra

<p>18 jan. 1970, p. 3</p> <p>22 jan. 1970, p. 3</p> <p>31 jan. 1970, p. 3</p>	<p>crupe, tétano e coqueluche. Verminose – A campanha de combate à verminose continua acontecendo no Setor São Francisco, dessa capital, com exames parasitológicos, vacinas e extrações dentárias.</p> <p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] multa quem não tem carteira de saúde – As multas a barbearias, comércios de gêneros alimentícios da capital, ainda sem a carteira de saúde, estão sendo aplicadas pelos sanitaristas da Divisão de Saúde e Ambiente da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego). Posteriormente, irão para as feiras livres e comércio ambulante da cidade.</p> <p>Médicos manifestam disposição de dialogar com INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] – O impasse entre médicos de Goiânia e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) apresentou ontem os primeiros sinais de diálogo. Na área dos trabalhadores, há certo descontentamento com o nível atual do atendimento. O ambulatório do instituto não comporta o volume de doentes, muitos tendo que voltar para casa depois de horas de permanência nas filas. Das promessas feitas pelo presidente do INPS, o que foi atendido foi a vinda de dois oftalmologistas para o ambulatório.</p> <p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] envia “Sabin” para vários municípios goianos – Tendo em vista o surgimento de inúmeros casos de paralisia infantil no interior, estão sendo enviadas vacinas “Sabin” aos municípios onde já apareceram casos da pólio, a fim de não haver descontinuidade no serviço.</p> <p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] diz que é intensa a vacinação contra a pólio – Apesar de não ter tido mais nenhum caso de pólio, a vacinação continua na capital, com movimento considerável. A última solicitação da vacina Sabin foi feita por Buriti Alegre, onde houve um óbito. No Hospital Oswaldo Cruz, continuam em tratamento nove crianças, com melhoras.</p> <p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] insiste no uso da carteira de saúde – Esta é uma exigência dos sanitaristas da Divisão de Saúde e Ambiente aos comerciantes ambulantes, barbeiros e feirantes da cidade.</p>
<p>FEVEREIRO 1970</p>	
<p>6 fev. 1970, p. 3</p>	<p>Acabou o Plano Piloto. E Agora? – A revogação do Plano Piloto da Previdência Social, anunciada pelo Ministro do Trabalho, pode provocar um colapso na prestação da assistência aos segurados, 231 mil, só em Goiânia. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) Regional não dispõe de uma estrutura capaz de proporcionar atendimento em larga escala, pois é o mesmo de dois anos atrás: não houve modificação na ampliação da utilização de clínicas e hospitais particulares permitidas no Plano Piloto. Só são mantidos quatorze consultórios no ambulatório do Instituto, instalado no Hospital Rassi e que terá que atender a totalidade dos previdenciários. Dos 122 médicos espalhados pelo estado, vários exercem funções burocráticas. Serão canceladas guias, permitindo apenas internamentos autorizados pelos médicos do ambulatório. O atendimento deverá ser feito como em 1969, até que surja outro plano. Atualmente, o INPS dispõe em Goiânia de: 2 clínicas de pediatria, 1 de ginecologia, 4 gerais, 3 de cirurgia, 2 de psiquiatria, 1 de oftalmologia e 1 de otorrinolaringologia, com 1 médico por clínica, 39 atendentes, 17 auxiliares de enfermagem e 21 auxiliares de serviço.</p> <p>E o plano? – A experiência piloto da previdência social, colocada em prática em Goiás a partir do dia primeiro de janeiro de 1969, constitui um capítulo de crises entre as três partes com atuação ou interesse no problema: os médicos, os trabalhadores e a</p>

Superintendência Regional do Instituto. Paradoxalmente, nenhuma das partes contesta o plano, porque todos sempre viram na experiência um dado básico para o aperfeiçoamento da previdência social no Brasil. O Superintendente do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi sempre um entusiasta da iniciativa. Os trabalhadores dizem que a assistência melhorou, não obstante a participação extra nas despesas, aumento do número de clientes por médico, com a livre escolha dos previdenciários que deixaram as filas dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e passaram a frequentar os consultórios espalhados pela cidade.

Mas as discordâncias relativas a aspectos da Experiência geraram crises e a impossibilidade de paz talvez tenham orientado o Ministro do Trabalho a revogar o plano.

Como surgiu? – Em julho de 1967, os médicos pediram ao Ministro do Trabalho o estabelecimento da livre escolha no sistema de assistência médica, e o ministro assinou a portaria instituindo um Grupo de Trabalho e todos concordaram com a participação nas despesas. Em meados de 1969, com a necessidade de uma definição da experiência, cuja duração seria de seis meses, os debates apontaram algumas divergências. O Grupo de Trabalho (GT) sugeriu a introdução das prioridades nos tratamentos, os trabalhadores criticaram o plano e sugeriram mudanças básicas, sem as quais se correria o risco de dificuldades futuras.

A primeira crise – Em agosto de 1969, quando os hospitais psiquiátricos e clínicas de repouso suspenderam o atendimento aos previdenciários, protestando contra o sistema pelo qual recebiam pelos serviços prestados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

As normas de 70 - As normas elaboradas pelo Secretário de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para vigorar durante todo o ano de 1970 foram aceitas pelos trabalhadores, mas rejeitadas pelos médicos que entraram em greve contra o INPS em 30 de dezembro, deixando de atender aos previdenciários que o instituto encaminhava com guias para consultas. Isto durou por vários dias, pois nem médicos nem dirigentes do Instituto se abriram para o diálogo, até que o INPS informou que as conversações seriam abertas se o movimento fosse suspenso. O diálogo esperado ainda não se realizou, pois nem o INPS nem o Ministro do Trabalho convocou os médicos para a conversa. Então foi dada a informação da revogação da experiência, em 4 de fevereiro de 1970.

Presidente da AMG teme socialização – A queda da livre escolha em Goiás pode marcar o início da socialização da medicina brasileira, para o presidente da Associação Médica de Goiás (AMG). Para ele, Infelizmente, o Plano Piloto não foi seguido de acordo com o plano original, que defendia melhores condições para o segurado e a abertura de campo de trabalho junto à assistência médica previdenciária brasileira, em benefício da própria população carente dessa assistência.

15 fev. 1970, p. 7	<p>Saúde em Goiás, um quadro triste (Wandell Seixas) – A carência de recursos eleva o número de mortes no interior goiano. E o mais dramático, é que o poder público estadual não conta com dotações orçamentárias para um plano que impeça essa situação. São raros os postos de saúde que contam com recursos esperados, mesmo os socorros de urgência. Nota-se a falta de pessoal habilitado, ingerência política, falta de médico ou enfermeiro de saúde pública, e a cooperação emprestada pelo Projeto Rondon, que, ainda assim, não constitui uma solução. Encontram-se médicos só nas cidades do estado com maior densidade demográfica. As endemias rondam os meios rurais. Mesmo que haja farmácia, o homem do sertão não conta com recursos para aquisição de remédios. O serviço itinerante de saúde foi extinto pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) por falta de recursos e não foi substituído. Poucos municípios contam com ambulância para o transporte de um doente mais grave. Em Goiânia, trampolim para os demais municípios do Estado, a Osego clama pela falta de recursos financeiros. O previdenciário perdeu mais uma conquista com o encerramento das atividades do Plano Piloto do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores no Estado de Goiás (Ipasgo) cobre só um pouco das despesas, e os servidores públicos estaduais residentes no interior consideram-no mais um órgão que toma o seu dinheiro. Enfim, o quadro geral de saúde em Goiás é apenas negro.</p>
28 fev. 1970, p. 3	<p>Osego aplicará em 65 quase um bilhão em obras hospitalares e assistência – Um bilhão de cruzeiros serão utilizados, fora do plano global, na construção do Hospital do Pênfigo, para 100 leitos; no plano global, está incluída a reforma de vários hospitais, postos de saúde e adaptação de unidades sanitárias em hospital de emergência e aquisição de material e equipamentos para as unidades sanitárias e hospitalares, visando o funcionamento de todos os órgãos da Osego.</p> <p>Organização – O plano de trabalho prevê a elaboração do organograma geral da Osego, do regulamento, estudo da reestruturação dos hospitais e unidades sanitárias da Capital, organização do Laboratório Central e reforma do Centro de Saúde de Goiânia.</p>
NOVEMBRO 1973	
6 nov. 1973, p. 3	<p>Centro de Saúde começa vacinação contra sarampo – A partir de hoje, inicia-se a vacinação contra o sarampo, cujas aplicações serão no Centro de Saúde, da Avenida Tocantins com Rua 4. As vacinas antissarampo produzidas pela Central de Medicamentos serão distribuídas às unidades sanitárias da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) da capital. A campanha de vacinação com o BCG prossegue normalmente, e até o final do ano, prevê-se a imunização de aproximadamente 35 mil crianças, entre 4 e 14 anos. Com a política federal de controle da tuberculose, acredita-se que até o final do ano serão vacinadas 80% das crianças goianas, de 4 a 14 anos, por 10 anos, e 90% da população recém-nascida em maternidades terão proteção por 4 anos.</p>
7 nov. 1973, p. 3	<p>Médicos congratulam-se com Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] por campanhas – A Associação Médica de Goiás parabenizou os trabalhos de vacinação anti-polio e aplicação de BCG feita pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego). Doenças registradas no Hospital Oswaldo Cruz, ontem, apresentaram um total de 53 casos, incluindo pólio, sarampo, malária, coqueluche, tétano, meningite e hepatite.</p> <p>Centro Materno – registro de atendimento de 300 crianças; no Centro de Saúde, 853 pessoas foram atendidas em ambulatórios.</p>
8 nov. 1973, p. 3	<p>Pronto-Socorro da UFG [Universidade Federal de Goiás] aguarda verbas para dar prosseguimento a obras – As obras do novo Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas</p>

	<p>aguardam liberação de verbas dos governos do estado e união. O atual Pronto-Socorro vem se desdobrando para atender as urgências diárias.</p> <p>Hospital das Clínicas – Com 500 leitos, atualmente o Pronto-Socorro da Universidade Federal de Goiás vem atendendo um grande número de pacientes em diversas especialidades médicas. Segundo informações, ele está bem aparelhado, contando com moderno serviço de radiologia, equipe médica relativamente grande e com estagiários de medicina. Atualmente está superlotado, com doentes de diversos pontos do estado, cobrando apenas uma taxa de acordo com as possibilidades financeiras do paciente, quando ele é pobre, o tratamento é gratuito, com medicamentos oferecidos pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), por meio da Central de Medicamentos.</p>
DEZEMBRO 1973	
4 dez. 1973, p. 5	<p>Tuberculose é sério desafio para a saúde – Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil está perdendo a batalha da tuberculose, pois dos 120 mil novos doentes anuais, são curados apenas 50 mil, morrem 30 mil. Acredita-se que 40% da população brasileira esteja infectada. A partir de hoje, o Ministério da Saúde assinará convênio com todos os estados, duplicando ou triplicando os recursos para o combate à doença. Em 1972, conseguiu vacinar apenas 2% da população de 0 a 15 anos. Este percentual aumentou este ano para 15% e deverá alcançar 40% em 1974, graças ao constante aumento de recursos e apoio das unidades sanitárias estaduais.</p>
15 dez. 1973, p. 05	<p>Projeto Rondon e INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] vão dar assistência agora em ação conjunta – Os universitários poderão estagiar em todos os setores do Instituto. O convênio acertou que ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) caberá encaminhar estagiários sempre que julgar conveniente, com o número desejado, programa a ser cumprido e qualidade do estagiário, e o Projeto Rondon atenderá aos pedidos e acompanhará o programa, substituindo estagiários que não se adaptarem ao programa. O pagamento será de um salário mínimo da região para o estagiário, e o Projeto Rondon receberá 20% a mais do montante pago aos estudantes para cobrir as despesas da administração. Nos seus pedidos ao Projeto Rondon, o INPS convocará estudantes para todos os seus serviços, desde a arrecadação e fiscalização, assistência médica, seguros sociais e diversos.</p>
MAIO 1975	
4 maio 1975, p. 1	<p>Vacina contra meningite irá atingir 800 mil – A abrangência será Goiânia e cidades situadas num raio de 70 km da capital. A campanha é promovida pelo Ministério da Saúde e executada pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego). Para Goiás, foram destinados dois milhões e 700 mil doses, que serão aplicados em todos os municípios.</p>
9 maio 1975, p. 5	<p>Laboratório com irregularidade foi fechado pela Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] – Foi fechado o laboratório do povoado de Professor Jamil, por trabalhar com irregularidades nas normas técnicas e higiênicas estabelecidas pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia.</p>
13 maio 1975, p. 3	<p>Doente mental tem assistência grátis – Entrou em funcionamento, com atendimento gratuito, o Pronto-Socorro Psiquiátrico da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) para atendimento de urgência dos funcionários públicos municipais, estaduais ou federais, nas ocorrências psiquiátricas que antes eram levadas para hospitais comuns ou ao distrito policial. A instituição funcionará como filtragem para o Hospital Adauto Botelho, “deficiente e super-lotado, motivo constante de críticas”, conforme o médico Walter</p>

<p>17 maio 1975, p. 3</p>	<p>Massi, médico psiquiatra da Associação Médica de Goiás (AMG). O atendimento em ambulatórios do Pronto-Socorro Psiquiátrico tem três finalidades: tratamento ambulatorial com remédios da Central de Medicamentos (Ceme), internações de urgência e encaminhamento dos casos de tratamento prolongado para o Adalto Botelho. No mesmo local do Pronto-Socorro, funciona o Departamento de Psiquiatria da AMG.</p> <p>OSEGO [Organização de Saúde do Estado de Goiás] empenhada em obter insulina para Goiás – A Organização de Saúde do Estado de Goiás declarou, ontem, estar empenhada na obtenção de estoques de insulina, produto cuja escassez no mercado farmacêutico tornou dramática a situação de milhares de diabéticos. Apesar de não ser tarefa sua, a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) decidiu mobilizar-se para uma solução para o problema. As farmácias e drogarias não sabem quando podem receber novas remessas de medicamentos, pois existem informações de que estaria faltando matéria-prima para a produção de remédio. A insulina é fabricada pelo Laboratório Lilly do Brasil, o único que possui concessão para sua produção no Brasil e a matéria-prima é extraída na Argentina e industrializada nos Estados Unidos da América.</p>
<p>20 maio 1975, p. 3</p>	<p>Goiânia recebe insulina até o fim da semana – O diretor do Laboratório Eli Lilly garantiu o reabastecimento do mercado até quinta-feira, em virtude da importação dos Estados Unidos de um lote de 78 mil unidades e que, em julho, a produção do medicamento voltará a seu ritmo normal. Segundo o diretor, a falta do medicamento ocorreu pela notícia de que o medicamento iria faltar, provocando uma corrida dos doentes às farmácias e compras acima do normal.</p> <p>Vacinação – Equipe de vacinadores da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) irá hoje para o Norte para vacinação contra a meningite. Depois, provavelmente irá pra o eixo Goiânia-Itumbiara.</p>
<p>23 maio 1975, p. 4</p>	<p>INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] quer mais gente para atender melhor – O Superintendente Regional Substituto do INPS afirmou que a falta de pessoal atrapalha o bom funcionamento da previdência social em Goiás. Apresentou a meta de melhoria do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e que alguma coisa já foi feita: antigamente, a burocracia era maior, até para aquisição de móveis. Hoje estão melhorando as instalações dos prédios e até entregando móveis novos, funcionários bem treinados suprem as deficiências de pessoal, e há cursos para os funcionários. Embora seja patente a escassez de funcionários do instituto, acredita que os funcionários bem treinados poderão resolver a maioria dos problemas e que, colocando pessoal bom para o atendimento das filas, as pessoas se sentiriam muito melhor nelas. Estão previstos para setembro concursos para contratação de funcionários para o INPS. Atualmente, em Goiás, são aproximadamente 700 funcionários, além daqueles do Hospital da Previdência, cujo número se aproxima de oito centenas.</p>
<p>23 maio 1975, p. 8</p>	<p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] reinicia hoje a vacinação no norte – Mais duas equipes de vacinadores iniciam hoje novo programa de vacinação contra a meningite, em cidades do Norte de Goiás. As vacinas para atendimento das cidades do Norte, eixo Goiânia-Itumbiara e parte do Sudoeste serão enviadas pelo Ministério da Saúde. Segundo o relatório do departamento técnico da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), enviado ontem, 905.000 pessoas foram vacinadas no Estado. Somente em Goiânia, 697.000.</p>
<p>27 maio 1975, p. 5</p>	<p>Falta um hospital no caso Nilvani (Péricles Goulart) – A paciente, de Itumbiara, faleceu, sem assistência médica, depois de perambular por quatro hospitais, no interior de um táxi,</p>

<p>29 maio 1975, p. 6</p>	<p>à procura de tratamento. Ela estava grávida e submetida à intervenção cirúrgica. Em razão do agravamento do seu estado, foi trazida para Goiânia. A Santa Casa de Misericórdia alegou estar sem vaga; o Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas, sem médico, outro hospital, sem vaga e sem médico. A paciente faleceu à porta da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. Os hospitais mantinham convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com a instauração do inquérito, foram descredenciados médicos e suspenso um hospital por trinta dias. A Falta de atendimento às pessoas em iminente perigo de vida é crime e tem pena de nove a dezoito meses de detenção, com agravante, segundo o Código Penal, art. 135.</p> <p>O ministro da Previdência Social antecipou a aplicação do Plano de Pronta Ação, no qual todos os hospitais conveniados ou não ao INPS são obrigados a prestar assistência a qualquer pessoa, seja ou não previdenciária, recebendo pagamento pelo serviço médico hospitalar do instituto, e, além disso, anunciou a reformulação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) “para corrigir erros e distorções, pondo fim às injustiças”. Algumas medidas já estão em vigor, mas alguns médicos e hospitais ainda não estão identificados com elas.</p> <p>Média de vida humana em Goiânia é de 58 anos – A principal causa de morte infantil até 5 anos em Goiás (quase 80%), segundo o Ministério da Saúde, é a desnutrição, atingindo 102,64/1.000 crianças nascidas vivas. Esse percentual é considerado muito alto, superior aos de outras capitais economicamente menos importantes. A situação sanitária em Goiás é definida pelo Ministério da Saúde como grave, apresentando como pontos críticos: média de 64 anos de vida das mulheres e de 58 anos dos homens; nos países desenvolvidos, chega a 75; falta de planejamento – duplicidade de ações; multiplicidade de órgãos que cuidam da saúde sem definição das atividades, a maioria se concentrando nas três principais cidades; 52% dos médicos e 60% de dentistas se concentram em Goiânia; percentual de 4,08 médicos, 19 dentistas, e 0,64 enfermeiros por 1.000 habitantes, considerado pequeno frente as necessidades. O quadro sanitário agrava-se, segundo o Ministério da Saúde, pela situação socioeconômica: somente 30% da população urbana terá esgotos em 1980; diminuição crescente da População Economicamente Ativa (PEA), tornando as esperanças de uma mudança da situação sanitária muita remotas.</p> <p>A conclusão das obras de construção do Centro Materno Infantil está prevista para os próximos três meses. Atualmente, o hospital está funcionando com metade da capacidade – uma parte ainda não concluída, e outra, utilizada pela sede administrativa da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), que aguarda transferência para outro local.</p>
<p>JUNHO 1975</p>	
<p>1º jun. 1975, p. 7</p>	<p>Surtem novas críticas às multinacionais – Quase totalidade da indústria farmacêutica brasileira está nas mãos do capital estrangeiro. A crescente desnacionalização do setor ocorre concomitante com o seu crescimento nos últimos anos. Segundo o Secretário Geral do Conselho de Desenvolvimento Industrial, Taylor Frazão, 50 indústrias passaram para o controle estrangeiro nos últimos 15 anos. A Associação brasileira da Indústria farmacêutica contesta, calculando 27 nos últimos 25 anos. A denúncia foi confirmada pela Central de Medicamentos e pela Organização Americana Administração de Alimentos e Remédios (Food and Drug Administration).</p> <p>Denúncias e problemas – abuso na livre comercialização no Brasil, de medicamentos proibidos nos Estados Unidos; inexistência de infraestrutura própria na indústria químico-farmacêutica levando o país a despender ponderável quantidade de divisas na aquisição de matéria-prima no mercado internacional, que são sempre produzidas pelas mesmas subsidiárias estabelecidas no país, exaurindo os poucos recursos disponíveis e afetando as</p>

<p>jun. 1975, p.</p>	<p>relações da economia brasileira com o exterior; produtos com prazo da ação terapêutica vencidos; inexistência de avisos sobre a conservação adequada do medicamentos.</p> <p>Donos de hospitais acham que o governo precisa deles (Péricles Goulart) – A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) afirma que “a iniciativa privada não pode ser relegada à condição de mera suplementadora da ação oficial, uma vez que detém 83,77% dos hospitais e 66,10% dos leitos do País”. Para o Vice-Presidente da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, Aloisio Fernandes, a ação do governo deve ser supletiva: “À vista da predominância esmagadora de atividades particulares, se não bastasse o princípio básico de que o Governo não deve fazer o que a iniciativa privada possa e queira fazer.” Conforme o Cadastro Hospitalar Brasileiro de 1971, havia um total de 4.067 hospitais no país, destes só 660 oficiais; de um total de 367.522 leitos, só 124 mil oficiais e 242.921 da iniciativa privada.</p> <p>Fechadas – A experiência demonstra que os hospitais governamentais, sobretudo os de ensino, exigem despesas tão grandes para construção e manutenção, que vários deles são obrigados a permanecer fechados, como o Hospital do Fundão, o Hospital das Clínicas de São Paulo (HC–SP), o do Câncer do Rio de Janeiro, e outros, todos inaugurados com centenas de leitos que, por anos, foram diminuindo acentuadamente, o que atesta a incapacidade do governo, segundo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), em gerir o setor.</p> <p>A FBH não aceita a afirmação oficial de que a “rápida elevação do custo da assistência médica é uma das causas mais importantes de sua inacessibilidade”, pois o custo diário do paciente em hospital privado é inferior ao do hospital oficial.</p> <p>E o INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] – O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) acaba de reconhecer a responsabilidade de prestar assistência em caráter prioritário, o que, segundo Aloísio Fernandes, dificilmente conseguirá atender os quatro milhões de novos beneficiários, por ano, que a autarquia ganhará até o final da década. Atualmente, a autarquia possui 42 milhões de beneficiários aos quais deveria fornecer um mínimo de 84 milhões de consultas ano. O INPS produziu 44.145.000 consultas em 1974, comprando 10.355.000 de terceiros e deixando uma demanda insatisfeita de 29.500.000 consultas.</p> <p>Fernandes faz estimativas da saúde oficial para 1980, apostando um quadro desastroso.</p>
<p>3 jun. 1975, p. 5</p>	<p>Insulina chegou mas acabou em dois dias – Chegou uma pequena remessa de insulina em Goiânia, no sábado, e a venda foi limitada em apenas dois frascos por pessoa. Com a importação da insulina dos Estados Unidos, o Laboratório Lilly do Brasil passou a distribuir cotas para as principais redes de drogarias e farmácias, mas, para o estado de Goiás, a remessa durou apenas dois dias.</p>
<p>6 jun. 1975, p. 6</p>	<p>Saúde investiga fábricas que fazem refrescos – A Sessão de Saneamento da Divisão de Saúde do Ambiente da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) visitou, em maio, um total de 1.838 estabelecimentos comerciais e industriais de gêneros alimentícios, feiras livres, comércio provisório e ambulantes em Goiânia e no interior, para adequação de uso e instalações dos locais.</p>
<p>7 jun. 1975, p. 5</p>	<p>Sanitaristas iniciam plano de saneamento – Para a festa de Trindade durante a Festa do Divino Pai Eterno, um plano de saneamento foi elaborado pela Divisão de Saúde do Ambiente.</p>
<p>11 jun. 1975, p. 6</p>	<p>Ceme abastece os postos da Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] – Convênio do governo goiano com a Central de Medicamentos para suprimento de suas</p>

	unidades assistenciais.
14 jun. 1975, p. 5	Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] vacina mais de 200 mil no Sudoeste – A vacinação contra meningite no Sudoeste Goiano, denominada Operação Cerrado, já imunizou mais de 200 mil pessoas. A incidência de meningite diminuiu nos últimos dias em Goiás. As autoridades da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) acreditam que isto se deve à prevenção do próprio povo, e acham que a vacinação anterior é também responsável pela não proliferação da doença.
17 jun. 1975, p. 4	Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] termina a Operação Cerrado – Com atendimento de quase 500 mil pessoas nos postos de vacinação, a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) encerrou ontem a Operação Cerrado. Terminada a vacinação no Sudoeste, a Osego está preparando esquema para áreas ainda não atingidas: eixo Goiânia- Iporá, atendendo grande área do Mato Grosso Goiano.
24 jun. 1975, p. 6	Onze estados já receberam remédios de Goiás – Goiás está produzindo medicamentos para 11 unidades da federação, além do necessário ao seu consumo. Autorizada pela Central de Medicamentos para produzir uma cota anual de remédios, a Indústria Química de Goiás (Iquego) deverá ampliar a sua produção em 1976. Sessenta funcionários trabalham em laboratórios de produção e exame. Na embalagem e fabricação dos medicamentos, trabalhadores operam máquinas modernas, com capacidade de produção que pode ser aumentada até três ou quatro vezes. A produção é vendida para a Central de Medicamentos que determina a distribuição direta para órgãos de saúde de várias cidades e capitais brasileiras: Cuiabá, Belém, Belo Horizonte, Terezina, Rio Branco, Vitória, Manaus, Porto Velho, São Luís do Maranhão e Goiânia. A população carente de recursos recebe gratuitamente os produtos.
25 jun. 1975, p. 4	Previdência em Goiás precisa de 75 médicos – O número ideal para atendimento de toda a população previdenciária de Goiânia, relativamente a médicos, é de 375. No entanto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) dispõe atualmente de 300 profissionais. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), para cada 1000 pessoas deve existir um médico. Supondo 500 mil habitantes em Goiânia, 500 médicos seriam o suficiente. No entanto, Goiânia tem 700 médicos, o que seria um superávit. Não Muito Boa – Para os previdenciários a situação não é muito boa. A média que se tem é de 75% dos previdenciários com relação a uma área populacional. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) seriam necessários 375 médicos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para cuidarem da saúde da população previdenciária goianiense. Também para consultas, o ideal é de duas por ano por previdenciário, totalizando 61 mil anualmente. Comparativo – Para o Subsecretário da Assistência Médica da Superintendência Regional do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em Goiás, Wilson Mendonça, o número de consultas, em Goiânia, tem aumentado, em razão do pragmatismo do Plano de Pronta Ação do INPS, implantado na capital. Números de 74/75 – De janeiro a abril de 1973, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) Goiânia, foram feitas 918 internações e 103.388 consultas. Pelos contratados, foram feitas 28.856 internações e 153.053 consultas. De janeiro a abril de 1974, o INPS Goiânia realizou 2.219 internações e 171.129 consultas e pelos contratados, 47.437 internações e 286.862 consultas.
26 jun. 1975, p. 5	Novo pronto-socorro funcionará em setembro – O início do funcionamento do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas está previsto para setembro, com término das obras

	destinadas à internação, em seis meses. Um dos blocos da construção está com as obras paralisadas há quatro anos. Atualmente, o Pronto-Socorro possui seis leitos, quatro boxes, e equipamentos insuficientes e antiquados. A parte de internamento realiza cerca de trezentas consultas diárias, possui trezentos leitos, cento e cinquenta médicos, muitos problemas financeiros, atrasos de pagamentos pelo estado e prefeitura e crescimento do orçamento do hospital somente em 3,4%, de 1974 para 1975.
DEZEMBRO 1986	
2 dez. 1986, p. 6	<p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] busca médicos em outros estados – Há seis meses, a Organização de saúde do Estado de Goiás (Osego) vem procurando contratar médicos para atuar em algumas cidades do interior de Goiás. Agora, passou a publicar anúncios em jornais não só locais, mas também de outros estados. Entretanto, não significa que, em Goiás, não existam médicos para ocupar as vagas existentes, mas que, há seis meses, procuram-se por médicos formados em Goiás e não se encontra quem queira ir para o interior. Ao todo, existem 23 vagas a serem preenchidas, algumas para cidades (do interior) que não contam com nenhum profissional da rede pública. Além do salário, oferece-se ajuda de custo a ser paga pelas prefeituras. Após a publicação, dois médicos já foram contratados.</p> <p>Remédio continuará em falta – A principal conclusão da reunião realizada pelas distribuidoras de medicamentos em Goiânia e o Sindicato Varejista de Produtos Farmacêuticos no Estado de Goiás foi de que, em curto prazo, não há solução para a falta de medicamentos em Goiânia. As distribuidoras alegam não repassarem os produtos às farmácias, pois as indústrias não atendem a todos os pedidos. Por sua vez, as indústrias reclamam falta de embalagem até matéria-prima. As causas do desaparecimento dos remédios do mercado serão investigadas pelos donos de farmácias e distribuidoras pelo governo federal. Segundo o presidente do sindicato, Jair Borges Taquary, a solução para amenizar a crise será o reajuste que o governo está prometendo, mas que até agora nada de concreto aconteceu.</p>
4 dez. 1986, p. 6	<p>CONASS [Conselho Nacional de Secretários de Saúde] pede a governadores 10% para a saúde – O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) enviará um telex para os governadores eleitos em 15 novembro, em defesa de uma ampliação dos investimentos no setor saúde, com reserva de 10% do orçamento para a saúde. Em Goiás, Santillo foi eleito o governador, com a promessa de investir 13%.</p> <p>Expansão das AIS [Ações Integradas de Saúde] – Durante reunião para balanço da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) solicitou ao Ministério da Previdência aumento na dotação orçamentaria destinada as AIS, bem como expansão do convênio e a assinatura de termos de adesão com todos os municípios que mantêm serviços de saúde, investimento dos recursos repassados aos estados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) também em saneamento básico e meio ambiente. Atualmente, os recursos são aplicados apenas na rede de atendimento básico e hospitalar. Todos os secretários presentes consideraram as AIS como um grande avanço na política nacional de saúde e um meio eficaz para a reorganização do setor. O Conass vê a necessidade de implementação dessa política e aprofundar ainda mais as mudanças na política nacional da saúde. Para isso, está buscando o apoio dos constituintes para que procurem lutar e assegurar que a nova Constituição brasileira garanta a saúde como um direito do cidadão e maiores investimentos públicos para o setor.</p>

5 dez. 1986,
p. 6

Pronto-Socorro sob nova ameaça de fechamento (José Orlando Ribeiro) – O Pronto-Socorro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) pode fechar a qualquer momento. A situação é grave e talvez seja a maior crise da saúde em Goiânia. O Diretor Geral do Hospital Geral de Goiânia, Teobaldo Silva Costa, afirma que não se justifica manter uma unidade de urgência aberta quando há pessoas que chegam à emergência em estado grave e não encontram médicos anestesistas para atendê-las. Servidores do Hospital Geral de Goiânia (HGG) também denunciam que pessoas estão morrendo na entrada do Pronto-Socorro. Os gritos, choros, desespero e apelos são cotidianos por falta de atendimento que exigem socorro.

Faltam anestesistas - Teobaldo Costa disse que os problemas estão ocorrendo em consequência da falta de anestesistas. O hospital tem 8 anestesistas, com carga horária preenchendo o atendimento em 2,5 dias por semana cada e precisa de 40. Os outros dias da semana ficam sem socorro, com isso, casos cirúrgicos de urgência não são atendidos e a rede privada se recusa a atendê-los. Os doentes são encaminhados para o Hospital das Clínicas, onde enfrentam dificuldades, como a falta de leitos. Desde maio, o atendimento médico de urgência em Goiânia vem sendo discutido e nada foi feito. Teobaldo Costa, diretor do Hospital Geral de Goiânia (HGG) diz ser preferível o fechamento do Pronto-Socorro, se não houver uma solução imediata. E que isto só não aconteceu em respeito à população. Os próprios médicos e servidores do HGG já se manifestaram, em abaixo-assinado, exigindo seu fechamento.

Solução urgente – Para voltar a atender no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), os anestesistas exigem o pagamento com base em 50% da tabela da Associação Médica Brasileira, como a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) vem fazendo. O Inamps alega que só pode pagar 35%.

Hospital pensa em romper com Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] – Salomão Rodrigues Filho, presidente da Associação dos Hospitais no Estado de Goiás, adverte que, caso o Ministério da Previdência Social não revogue a cláusula que garante ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) a intervenção no hospital a seu exclusivo critério, a rede particular de hospitais, que atende a previdenciários e que, em Goiânia, é responsável pelo atendimento de mais de 90% deles, não renovará o contrato para prestação de seus serviços. Segundo o presidente, 85% do atendimento médico hospitalar do país é feito pela rede privada de hospitais, com gastos de 30% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e que os serviços próprios do Instituto e as Ações Integradas de Saúde (AIS) atendem 15% e ficam com 70% do orçamento.

7 dez. 1986,
p. 12

Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] garante que hospital não será fechado – Carlos Vieira, Superintendente interino do Instituto, garantiu que o Hospital Geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) não fechará, apesar do movimento de setores do Hospital Geral do Inamps e de membros do próprio Conselho Consultivo do hospital para que seja fechado em razão da absoluta precariedade em que se encontra. Segundo ele, apesar das deficiências enfrentadas pelo Pronto-Socorro, o setor ainda tem prestado serviços essenciais à população e acrescentou que a rede privada, mesmo com dificuldades, tem atendido os serviços de emergência encaminhados pelo Inamps.

Tentando resolver – Dr. Antônio Aécio, assessor da Superintendência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) deixou claro que a questão dos anestesistas será solucionada nacionalmente pelo Ministério da Previdência Social. Declarou que, mesmo com a precariedade do Pronto-Socorro, os esforços feitos pela

superintendência e outros setores engajados na área de saúde de Goiás, foi possível reabrir o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e transformar os Centros Integrados de Assistência Médica e Sanitária (Ciams) em postos de emergência. Por meio da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) conseguiu contratar anestesistas e colocá-los à disposição do Hospital das Clínicas (HC).

“Medidas impactuais” – Serão anunciadas medidas impactuais para a superação da crise no Hospital Geral de Goiânia (HGG), que tem provocado revolta entre a população e tem sido denunciada pela arquidiocese de Goiânia e a Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Goiás.

CUT [Central Única dos Trabalhadores] e CGT [Central Geral dos Trabalhadores] querem pressa – As duas Centrais Sindicais responsabilizaram o governo pela situação do Hospital Geral de Goiânia (HGG) e exigiram providências imediatas para a restituição do socorro médico à população carente, não concordando com o impasse entre Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e anestesistas. Além disso, o HGG sofre com as péssimas condições de funcionamento.

Ronei revela sua preocupação – O Secretário de Saúde de Goiás e Presidente da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) do Estado, Ronei Edmar Ribeiro, fez apelo para o não fechamento do Pronto-Socorro do Hospital Geral de Goiânia (HGG) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), por penalizar a população carente. Entende que, apesar das precárias e inadequadas condições de atendimento, há que propor soluções e não problemas, como aconteceria se o setor fosse fechado. Diante da proposta dos servidores do Hospital Geral de Goiânia (HGG) de fecharem o Pronto-Socorro, o Presidente da Associação de Servidores da Previdência Social (Asseps), em Goiás, Dimas Macário Macêdo, disse ser radicalmente contra, por ser ainda uma opção de atendimento para as pessoas mais carentes e que o Inamps deveria interferir decisivamente na questão, procurando assegurar condições de atendimento condigno à população, solucionando o impasse entre o órgão e os anestesistas.

9 dez. 1986,
p. 5

Anestesistas voltam a atender e PS [Pronto-Socorro] não fecha – O atendimento dos anestesistas aos segurados retorna amanhã. A decisão foi tomada pelas entidades representativas dos anestesistas após negociação entre o Secretário de Medicina Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Conselho Comunitário do Hospital Geral de Goiânia e representantes da Secretaria Estadual de Saúde. Foi anunciada também a suspensão temporária de cirurgias eletivas a partir de amanhã, em virtude de poucos anestesistas contratados pelo instituto. O atendimento será concentrado na área de urgência.

Secretaria da Saúde – Ficou acertado o envio, pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), de médicos e outros profissionais da área da saúde para reforçar o atendimento no Hospital Geral de Goiânia (HGG) em todos os setores, e assegurados os materiais e equipamentos que estão faltando, para que o hospital possa desempenhar melhor o seu trabalho. O Superintendente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), José Alcino Rabelo, considerou a solução encontrada como um ato de humanidade e que os problemas só serão solucionados com a construção de um outro Pronto-Socorro. O candidato ao governo do Estado, Senador Henrique Santillo, enviou telex ao Ministro da Previdência Social, solicitando seu empenho para impedir o fechamento do Pronto-Socorro. Segundo Santillo, o funcionamento, que sempre foi precário, piorou muitíssimo, com a falta de anestesistas. Disse que, Goiânia com mais de um milhão de habitantes, fica apenas com o Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas (HC),

	<p>que, antes mesmo do agravamento da crise naquela unidade da previdência, já atendia sobrecarregado e com gritantes deficiências.</p> <p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] divulga número – Divulgado o número de candidatos inscritos para ao concurso público instituído pela Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) para preenchimento de vagas nas áreas de técnicos de saúde e de pessoal administrativo.</p>
11 dez. 1986, p. 7	<p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] interdita duas farmácias – Fiscais da Coordenação de Vigilância Sanitária da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) interditaram três estabelecimentos comerciais, ontem, que desrespeitaram a legislação, pois não possuíam alvará de licença e não contavam com responsável técnico farmacêutico devidamente habilitado e com registro no Conselho Regional de Farmácia. A Vigilância Sanitária continuará, em Goiânia e no interior, atuando na fiscalização do exercício profissional.</p>
17 dez. 1986, p. 6	<p>Greve na Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] recebe adesão do [Hospital Materno Infantil] – A greve dos servidores da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) e da Secretaria da Saúde, em protesto pelo atraso do pagamento conseguiu, ontem, a adesão dos médicos do Hospital Materno Infantil que passaram a atender somente urgências. À exceção da Maternidade Nossa Sra de Lourdes, todas as demais unidades de saúde da capital estão paralisadas, só com atendimentos de urgência. Assim, aumentou a procura pelo Pronto-Socorro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e pelo Hospital das Clínicas (HC).</p>
18 dez. 1986, p. 8	<p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] fecha mais cinco farmácias – Cinco farmácias em Goiatuba, que já vinham sendo advertidas há vários meses, foram fechadas pela Divisão de Vigilância Sanitária da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego). Três foram fechadas por funcionarem sem responsável técnico e, outras duas, por venda irregular de medicamentos controlados. Ainda no município, a Vigilância Sanitária multou dois estabelecimentos por não possuírem alvará de licença para funcionamento.</p>
JANEIRO 1987	
7 jan. 1987, p. 7	<p>Saúde pode melhorar com maior vigilância – Sebastião Ferreira de Carvalho, da Coordenação de Vigilância Sanitária da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), acredita que se o trabalho desse órgão for melhor estruturado, os índices de procura aos postos de saúde podem diminuir. Para reavaliar e reestruturar a fiscalização, pretende-se formar uma comissão para elaboração de um projeto que será enviado ao governador eleito, Henrique Santillo. Carvalho explica que o objetivo não é aplicar multas, mas acelerar a normatização das irregularidades encontradas nos estabelecimentos autuados. Diz que, atualmente, é feito um trabalho de conscientização, mostrando a importância e necessidade de ter um local condizente com as exigências da Vigilância Sanitária, mas são constantes as denúncias.</p>
11 jan. 1987, p. 8	<p>Defendida nova política para a saúde mental – Segundo o Presidente da Associação Psiquiátrica de Goiás, José Reinaldo do Amaral, não há, no estado, uma política que trate de forma eficiente da problemática da saúde mental, prevalecendo uma atitude de total distanciamento de ações entre o governo estadual e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e a atuação de ambos, centra-se no hospitalismo. O estado conta com poucas unidades para atendimento nessa área, ficando o Hospital Adaulto Botelho sobrecarregado e sem condições de fazer um trabalho adequado, além da</p>

precariedade do tratamento ambulatorial. O Pronto-Socorro conta só com dois ambulatoristas, não tendo uma política definida de atuação. José Reinaldo afirmou também que o Adauto Botelho é mais um hospital de doentes crônicos, com terapêutica medicamentosa, com muitos casos de internações com mais de 20 anos, envolvendo indigentes ou abandonados pela família. Ele propõe a existência de uma política descentralizada por meio dos Centros Integrados de Assistência Médica e Sanitária (Ciams), com atendimento por equipes de saúde mental (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), mapeamento das comunidades e formação de uma equipe que conheça as deficiências de seus locais de atendimento. Assim, o Adauto Botelho serviria como referência e seria evitado o enorme contingente de doentes provenientes do interior e mesmo de Goiânia.

Deficiências - O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) conta com um Pronto-Socorro, e em cerca de cinco clínicas particulares e dois sanatórios espíritas com serviços privados, conveniados ao Inamps, a situação não é muito diferente. O atendimento ambulatorial é restrito ao Pronto-Socorro, que monopoliza todas as internações. A matéria trata de como é o atendimento oferecido pelo Inamps.

Ação é descentralizada – Na tentativa de descentralizar as atividades da área de saúde mental em Goiás e diminuir a concentração de pacientes no Hospital Adauto Botelho, a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) criou a Coordenação de Saúde Mental, composta por duas psicólogas, uma assistente Social, um enfermeiro, um médico psiquiatra e um agente administrativo. Alguns limites são impostos pela estrutura burocrática sem uma dinâmica necessária para a realização de projetos e razões sociopolítico e econômicas, que interferem no desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Equipes especializadas – Pela centralização na capital dos recursos de atendimento ao doente mental, a Coordenação de Saúde Mental pretende formar equipes que tenham condições de atuar nas comunidades. A necessidade desses cursos, sobretudo no interior, surgiu de levantamentos obtidos em viagens pelo estado, quando foi constatada a inexistência de pessoal especializado capaz de assumir um tratamento psíquico conforme a proposta da coordenação, praticamente nada foi feito para modificar e melhorar a atuação nessa área. Em Goiânia, a intenção é lotar equipes nos Centros Integrados de Assistência Médica e Sanitária (Ciams) e criação do hospital-dia-psiquiátrico.

11 jan. 1987,
p. 10

Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] faz concurso e resultado sai 6ª [sexta-feira] – O Presidente da Comissão de Concurso Público da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), Milton Barboza de Lima, espera que os resultados dos aprovados saiam na sexta-feira. A contratação dos classificados será concretizada rapidamente, levando-se em consideração as necessidades do órgão. A falta de recursos humanos foi a principal razão para a realização do concurso, pois existem várias unidades que ainda nem chegaram a funcionar por falta de pessoal. Lima não acredita que o preenchimento das 577 vagas possa suprir a carência da Osego, admitindo a possibilidade de outra seleção de candidatos em um futuro próximo.

13 jan. 1987,
p. 5

Hospitais da Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] não chegam a parar – Apesar da greve decretada pelos servidores da Secretaria da Saúde e Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), contra o atraso no pagamento, as principais unidades de saúde do estado na capital funcionaram, ontem, normalmente. As demais unidades atenderam casos de urgência. A previsão do governo para quitar os vencimentos da Secretaria da Saúde e Osego relativos ao mês de dezembro é para a próxima quinta-feira.

15 jan. 1987,

Hospitais voltam a criticar Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da

p. 6	<p>Previdência Social] – Segundo Sílio Nascimento Andrade, Presidente da Federação Brasileira de Hospitais, a decisão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de fazer os hospitais assinarem o contrato-padrão com o instituto é um plano para liquidar a iniciativa privada e estatizar o setor de saúde no país. Há três cláusulas não aceitas no contrato: a primeira sobre os preços para os hospitais, a segunda sobre punições aos hospitais sem direito de defesa e, finalmente, a intervenção nos hospitais por 180 dias por parte do Inamps.</p>
16 jan. 1987, p. 6	<p>Concurso da [Secretaria da] Saúde não preenche vagas – Somente 375 candidatos foram aprovados no concurso da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), para preenchimento das 577 vagas oferecidas pelo órgão. Os classificados serão imediatamente contratados, de acordo com as necessidades e locais onde irão trabalhar.</p> <p>Não soluciona – Segundo Ronei Ribeiro, Secretário da Saúde, o concurso realizado não soluciona o problema de saúde em Goiás. Sobre as 202 vagas que sobraram, atribuiu o fato às exigências do concurso, uma vez que, em algumas regiões, o nível de escolaridade não atingia as exigências básicas do teste.</p>
17 jan. 1987, p. 6	<p>Contrato-padrão é recusado em Goiás – Os hospitais privados de Goiás decidiram não assinar o contrato-padrão com a Previdência, destinado ao atendimento dos segurados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A decisão goiana junta-se aos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Pará, mas os hospitais estão dispostos a continuar o atendimento à população previdenciária. A Federação Brasileira de Hospitais encaminhará ao Ministério da Previdência Social uma nova minuta de contrato elaborada pelos hospitais.</p> <p>Estatização – Salomão Rodrigues considera as declarações do Presidente do Sindicato dos Médicos, Adriano Auad, pedindo a estatização dos hospitais uma forma de agredir os hospitais, sem nenhuma preocupação com a população. Segundo ele, a estatização já está sendo feita pelo governo, citando que o custo de um tratamento no setor público é 10 vezes maior do que o do setor privado. Lembrou que hoje o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) gasta 70% de seu orçamento com o setor público e apenas 30% com o setor privado e que a rede privada atende entre 85 e 90% de toda a clientela previdenciária e o Inamps presta assistência a apenas 15%.</p> <p>Médicos sugerem estatização – O presidente do Sindicato dos Médicos no Estado de Goiás, Adriano Auad, disse ontem que a única solução para evitar que a população seja mais uma vez prejudicada pela briga entre hospitais e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) é a estatização dos hospitais, acabando com a interferência de lobbies que buscam apenas o lucro. A construção de um novo pronto-socorro em Goiânia só ainda não aconteceu em razão de interferências dos hospitais particulares, que têm se colocado contra a iniciativa. Disse que a briga entre Inamps e hospitais é antiga, e a única forma de evitar que os donos dos hospitais coloquem em cheque o Inamps é a estatização, como na França e Inglaterra.</p>
22 jan. 1987, p. 8	<p>Município investe na saúde do povo – O novo secretário de saúde do município, Cairo Alberto de Freitas, que assume no próximo dia 26, assegurou que o ponto de partida de seu trabalho será o atendimento básico a toda população de Goiânia, incluindo assistência médica e odontológica e atenção às medidas preventivas, como controle de doença transmissíveis, saúde escolar, saúde mental e vigilância sanitária. Reconheceu a dificuldade da situação, mas disse que se dedicará à luta por uma política municipal de saúde, com meta para 1988 é contemplar de 8% a 10% do orçamento municipal para o setor de saúde. Lembrou que o problema da urgência e emergência em Goiânia é uma preocupação e</p>

	<p>lutará para que seja solucionado num trabalho conjunto dos governos federal e estadual, dando sua contribuição para a construção de um grande pronto-socorro, já anunciado por Henrique Santillo. Informou que, com essa proposta, serão intensificadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) na busca de um setor único de saúde, descentralizando o atendimento de urgência com a construção de quatro postos de atendimento em setores periféricos da capital e implantação de uma política de desenvolvimento de recursos humanos aos profissionais da saúde, elaboração de um plano de carreira para a área, absorção do pessoal da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec) de Goiânia, que pertence à área médica, pela área da saúde e contratação só por concurso público, após estudo das reais necessidades.</p> <p>Alto índice de abortos – A Coordenadora do Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher e da Criança, Rosa Rassi, informou que ainda é grande o número de abortos realizados ilegalmente e que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) recebe vários internamentos de mulheres com problemas deles advindos. A Assistência Integral, programa implantado pelo Ministério da Saúde por meio da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), desde 1984, efetiva um trabalho de base no qual o conhecimento e a decisão da paciente são acompanhados e respeitados por pessoal especializado.</p>
27 jan. 1987, p. 6	<p>Sanitaristas debatem bases das mudanças – Acontecerá, hoje e amanhã, em Goiânia, a VII Reunião da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, no qual serão discutidas as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, a fim de levantar sugestões para a criação de um novo Sistema Nacional de Saúde. Segundo Roni Ribeiro, Secretário da Saúde em Goiás, a saúde no Brasil vai mal, falta unificação e integração das ações do sistema de saúde, uma das causas do desperdício de recursos. Ele defende a reformulação do setor em decorrência do recrudescimento de muitas doenças, do mau atendimento oferecido à população e da falta de recursos financeiros, que trarão problemas como falta de vacinas, aumento nos índices de hanseníase, Aids, etc. Nesta reunião, serão debatidos temas da área da saúde pelos técnicos especialistas que ajudarão a redigir um documento e a intenção é enviá-lo à Constituinte até 10 de março. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária surgiu em agosto de 1986, por meio da portaria dos ministérios da Saúde, Previdência e Educação, cujo objetivo principal era viabilizar as decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde. Dela fazem parte os partidos políticos, entidades sindicais, elementos diretamente comprometidos com a área de saúde, além de secretarias municipais e estaduais. Segundo Tereza Cristina Tavares, a grande novidade do evento é que, pela primeira vez, a sociedade civil não está marginalizada do processo de discussão de um problema que é, sobretudo, dela.</p>
30 jan. 1987, p. 3	<p>Saúde é a meta de Faleiros – Cotado para ocupar a Secretaria da Saúde, o deputado estadual eleito, Antônio Faleiros afirmou como sua principal meta melhorar o atendimento de emergência em todo o Estado. Dentre suas propostas estão a construção de um pronto-socorro na capital, além da dinamização dos postos de saúde dos bairros e a construção de hospitais regionais.</p>
OUTUBRO 1987	
9 out. 1987, p. 5	<p>Osego [Organização de Saúde do Estado de Goiás] inclui a comunidade em suas unidades – Cada unidade da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego) começou a contar com um conselho de participação da comunidade (Decreto estadual nº 2718/87), cuja posse foi ontem. Os conselhos têm como função promover a integração serviço-comunidade, com acompanhamento do controle externo e interno da prestação de</p>

<p>14 out. 1987, p. 6</p>	<p>serviços de saúde. Trata da composição e atribuições do conselho e instituições em que atuarão.</p> <p>Decisão do Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] – Os servidores do Hospital Geral de Goiânia (HGG) reúnem-se para discutir a volta ao trabalho depois da paralisação iniciada com a greve nacional da categoria e, em decorrência de internações no HGG dos pacientes contaminados pelo Césio 137, em razão da falta de informações seguras aos trabalhadores. Em relação ao Pronto-Socorro, a categoria decidiu mantê-lo fechado pela falta de condições de trabalho e de atendimento aos pacientes em estado grave. Faleiros, Secretário de Saúde, diz não poder ser a atual administração responsável por mais de dez anos de problemas ali verificados e que o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) vem desenvolvendo um trabalho para melhorá-lo.</p>
<p>18 out. 1987, p. 13</p>	<p>Convênio municipaliza os serviços de saúde – Com o objetivo de ampliar atendimento básico na cidade, principalmente na periferia, e estruturar uma rede de postos para atendimento racional e integrado à comunidade, foi implantado na última sexta-feira, em Goiânia, o sistema de municipalização dos serviços de saúde, cujo convênio será coordenado pelos Centros Integrados Municipais de Saúde (CIMS). Com integração da rede primária de atendimento, sem necessidade de guias, haverá nova organização hierárquica no sistema, com a criação de seis distritos sanitários, utilizando a rede de postos da prefeitura, Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e Universidade Federal de Goiás (UFG). Havendo necessidade de tratamento médico especializado, a pessoa será encaminhada aos Centros de Atenção Integral à Saúde (Cais) ou à rede hospitalar dos Centros Integrados de Assistência Médica e Sanitária (Ciams). Será encaminhada à Câmara Municipal proposta de criação da Secretária Municipal de Saúde. Para o interventor, Joaquim Roriz, o convênio viabilizará o dobro de recursos aplicados atualmente na área de saúde pela Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec) de Goiânia.</p>
<p>20 out. 1987, p. 8</p>	<p>Hospitais vão debater saúde – Sob a coordenação da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás, um grupo de cem diretores e proprietários de hospitais privados vai a Brasília amanhã participar de um simpósio sobre saúde denominado “O Brasil exige liberdade para a medicina”. Após o simpósio, os participantes irão ao Congresso Nacional e transmitirão suas preocupações aos constituintes em relação à proposta de estatização da saúde, ressaltando que, atualmente, a iniciativa privada é responsável por 85% do atendimento médico hospitalar prestado à população, envolvendo mais de 141 milhões de brasileiros.</p>
<p>NOVEMBRO 1988</p>	
<p>13 nov. 1988, p. 10</p>	<p>Goiás é o 1º estado a estruturar a saúde – Cândido Jose Santiago, Secretário Adjunto da Secretaria de Saúde, lembrou que o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) é resultado de uma luta que começou em 1976 e teve êxito em julho de 1987 quando foi criado no estado, em meio a muitas dúvidas. A partir de então, houve a consolidação do Suds na nova Constituição Federal e a extinção da Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), fazendo que a proposta inicial ganhasse corpo. Em Goiás, esse trabalho obedece à reforma administrativa de Henrique Santillo e deve dinamizar o setor, com uma coordenação única para a administração e atendimento no estado.</p> <p>Organograma – Segundo a nova estrutura organizacional, o Secretário de Saúde coordenará o sistema, composto de três núcleos, de Planejamento e Coordenação, de</p>

	Finanças e de Administração, além das superintendências de ações básicas de saúde, controle e avaliação técnica de saúde, serviços de referências de saúde, vigilância sanitária, saúde bucal e formação e desenvolvimento de pessoal de saúde.
SETEMBRO 1990	
6 set. 1990, p. 6	Greve deixa 5 mil sem atendimento – Cerca de cinco mil pessoas estão deixando de ser atendidas nas unidades de saúde do estado, em Goiânia, em razão da greve dos servidores do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o dia 21. O movimento luta pelo pagamento dos salários em atraso e por melhores condições de saúde nas unidades, totalmente desprovidas de materiais. Em algumas unidades de saúde, o atendimento está sendo efetuado apenas para casos de emergência e vacinação antirrábica humana. Os Centros de Atenção Integral à Saúde (Cais) estão funcionando normalmente. No posto de atendimento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o número de atendimento aumentou cerca de 30%. A situação deverá agravar-se a partir do dia 11, quando os servidores da previdência social também entrarão em greve. Dentre outras reivindicações, os previdenciários requerem um reajuste de 274%, isonomia salarial, manutenção das 30 horas semanais e revisão das demissões e disponibilidades.
22 set. 1990, p. 6	Saúde quer vacinar 533 mil crianças no estado – Acontece hoje a Campanha de Multivacinação contra paralisia infantil, sarampo, diarreia, tétano e coqueluche. A meta é imunizar 100% das crianças de zero a cinco anos contra a paralisia infantil em todo o Estado de Goiás. Os servidores da área da saúde em greve garantiram a participação na campanha. Na próxima semana, os trabalhadores terão uma audiência com o Ministro da Saúde, Alcení Guerra, para expor a falta de condições de trabalho nas unidades e solicitar mais verbas para a saúde em Goiás.
29 set. 1990, p. 8	Concurso da [Secretaria de] Saúde terá 5 mil vagas – A Secretaria Estadual de Saúde (SES), realizará, em dezembro, um concurso público para preenchimento de cinco mil vagas distribuídas em todas as categorias profissionais para o Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo), hospitais regionais do interior e Centros de Atenção Integral à Saúde (Cais), em Goiânia e interior. O concurso é uma reivindicação antiga do Sindicato dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde (Sindsaúde), e da própria Secretaria de Saúde e representa uma chance para a regularização funcional de mais de quatro mil funcionários contratados como prestadores de serviços.
OUTUBRO 1998	
1º out. 1998, p. 5B	Ambulatório do antigo HDT [Hospital de Doenças Tropicais] já funciona – Foi inaugurada, ontem, por Naphtali Alves, a ampliação do Hospital de Doenças Tropicais, com novo ambulatório, serviços de vídeo-endoscopia e ultrassonografia, sala de odontologia e o laboratório de análises clínicas. O laboratório é todo automatizado. A farmácia repassará medicamentos para HIV, hanseníase, tuberculose, pênfigo e outras enfermidades aos cadastrados no hospital.
2 out. 1998, p. 4B	Lacen [Laboratório Central de Saúde Pública Giovanni Cysneiros] faz teste em portador de tuberculose – O Laboratório Central de Saúde Pública Giovanni Cysneiros (Lacen) começou a realizar, rotineiramente, exames que verificam a sensibilidade do portador de tuberculose a medicamentos. Até então, os exames eram realizados em Brasília, e os laudos demoravam de três a quatro meses para serem liberados. Agora, demorarão trinta dias. A incidência da doença vem crescendo muito com a proliferação da Aids.

8 out. 1998, Cidades	<p>Vacinação em massa contra febre amarela – O Ministério da Saúde repassará para a Secretaria Municipal de Saúde 700 mil doses de vacina para a campanha de combate à febre amarela, que será de 14 a 30 de outubro e oferecida em vários pontos de Goiânia (postos de saúde, feiras, terminais de ônibus, shoppings e supermercados). A última campanha contra febre amarela em Goiânia foi em 1993, com 400 mil pessoas imunizadas. Desde então, a vacinação tem acontecido rotineiramente nos postos.</p>
9 out. 1998, p. 2 Brasil	<p>Nova embalagem de remédio terá lacre de segurança e raspadinha – O Ministro da Saúde, José Serra, anunciou duas das oito medidas para combater a falsificação de remédios e que serão adotadas no prazo de seis meses a um ano: as embalagens de remédios deverão conter lacre de segurança e um sistema de raspadinhas lotéricas pelo qual o consumidor conseguirá identificar a logomarca do fabricante após raspar com a unha ou moeda uma parte da caixa. O ministro garante que as mudanças na embalagem não irão provocar aumento de preços dos remédios, apesar das ameaças de reajustes feitas pela indústria farmacêutica durante a negociação dos sistemas de proteção contra fraudes.</p>
9 out. 1998, p. 16 Brasil	<p>[Secretaria de] Saúde admite que vai faltar verba para hospitais do SUS [Sistema Único de Saúde] – Os cortes podem chegar a quase 2 bilhões de reais na área de saúde. Para evitar isso, o Ministério da Saúde vem negociando com a área econômica a liberação de verba. O Conselho Nacional de Saúde criticou a redução de recursos na saúde e exigiu a reavaliação dessa decisão, o que deverá resultar em um debate sobre o assunto. José Serra, Ministro da Saúde, criticou publicamente o anúncio dos cortes no setor, mas sua equipe ainda não decidiu os setores em que eles ocorrerão.</p>
10 out. 1998, p. 4B	<p>Médicos querem receber melhor remuneração – O Chefe do Serviço de Urologia e da Equipe Cirúrgica de Transplante de Rim da Santa Casa, João Machado, afirma que a falta de remuneração suficiente para seus profissionais é o principal motivo do atraso do processo na unidade. Segundo ele, montar equipe não é o problema, mas há necessidade de plantão permanente, à disposição 24 horas por dia, e a remuneração paga pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para retirada de órgãos é mínima. Além disso, falta transporte da equipe, falta treinamento da equipe para retirada de órgãos de doadores mortos. Afirma que é necessário o treinamento para a equipe, mas que sem a ajuda da Secretaria Estadual de Saúde, a unidade não tem como enviar seus profissionais para treinamento fora do Estado.</p> <p>Profissionais – Para viabilizar o funcionamento da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) foi solicitado à Secretaria Estadual de Saúde: seis enfermeiros, três médicos, dois psicólogos, dois assistentes sociais, além de veículo e central telefônica a ser montada no Hospital Geral de Goiânia. O banco de dados da CNCDO está instalado no Hospital das Clínicas.</p>
15 out. 1998, p. 14	<p>Vacinação contra rubéola será estendida também às mulheres em idade fértil – O governo federal estenderá a vacinação rotineira contra rubéola às mulheres em idade fértil, entre 15 e 45 anos, a partir do próximo ano. Atualmente, a vacina vem sendo aplicada somente em crianças até 11 anos e para as mulheres, somente após o parto ou aborto.</p> <p>Sarampo – O Ministério da Saúde monitorará mensalmente a rotina de vacinação nos estados, no próximo ano. A meta é imunizar pelo menos 95% das crianças menores de 5 anos e eliminar a doença até o ano 2000, conforme proposta da Organização Mundial de Saúde.</p>

<p>17 out. 1998, p. 5B Cidades</p>	<p>Corte de verba piora atendimento pelo SUS [Sistema Único de Saúde]: corte no orçamento da [Secretaria de] Saúde deve ser de R\$1,1 bilhão – Os prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) estão apreensivos em função do corte de R\$ 1,1 bilhão de reais no orçamento do Ministério da Saúde, pois faltará dinheiro para o pagamento dos hospitais. Com isto, a Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás (Fehoesg) prevê uma redução gradativa do atendimento aos usuários do SUS, atualmente voltado quase que exclusivamente para urgência e emergência. O sindicato critica a falta de transparência do governo federal na área da saúde e acrescenta que isto prejudica os serviços e os prestadores de serviços pagarão a conta.</p>
<p>19 out. 1998, p. 7</p>	<p>Saúde paga menos à mulher – Apesar de serem maioria no Sistema Único de Saúde (SUS), em Goiás, elas ganham menos que os homens, comparando os dados de 1995 e 1996. Os dados são do estudo apresentado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), para o Sindicato dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde de Goiás (Sindsaúde). Em 1995, o rendimento médio feminino era 55% inferior ao masculino, além de ocupar cargos com menor qualificação. Elas são 69,4% dos trabalhadores da categoria, enquanto 29,91% ganham entre dois e três salários mínimos; 21,29%, no máximo, dois salários mínimos. Estão ganhando menos que em 1995, quando 35,97% ganhavam entre dois e três salários mínimos. Dentre os homens, a maioria recebe entre quatro e sete salários mínimos. Em 1996, o número de funcionários na saúde diminuiu (6.781) em relação a 1995 (7.106). A reportagem traz a situação salarial conforme a escolaridade.</p>
<p>27 out. 1998, p. 4 Cidades</p>	<p>HC [Hospital das Clínicas] pede socorro e anuncia demissão – O corte de alimentos dos servidores e a demissão de 60 funcionários do Hospital das Clínicas (HC) vão gerar uma economia de 50 mil reais. A dívida do hospital é de 3,6 milhões de reais. As medidas tomadas tem o objetivo de equilibrar as contas e acabar com a dívida: corte de sessenta funcionários de serviços (cozinha, lavanderia, vigilância, portaria e enfermagem), suspensão dos lanches matutino e vespertino para os funcionários, substituição da ceia por um lanche reforçado, economia nas compras de material e combate ao desperdício, cancelamento de compras de equipamentos e pequenas reformas, redução das despesas com taxas de administração e pagamento dos anestesiológica, que pretende ser custeado pelo governo estadual. Há um ano, o HC gasta mais que recebe, não recebe tudo o que produz para o Sistema Único de Saúde (SUS), fatura menos desde maio, atende mais que o limite autorizado e tem que arcar com as despesas sozinho. O diretor-geral do HC, Rodopiano Florêncio, acredita que isto poderia ser evitado se o município aumentasse o teto financeiro para a produção ambulatorio do hospital.</p>
<p>NOVEMBRO 1998</p>	
<p>19 nov. 1998, p. 14 Brasil</p>	<p>Câmara aprova projeto sobre remédio com nome genérico – A Câmara dos Deputados aprovou ontem, projeto de lei sobre a comercialização de medicamentos com nomes genéricos, com identificação pelo nome de seu princípio ativo. Eles deverão ter preços de 40 a 45% menor que os remédios com nome de fantasia. O texto precisa passar pela aprovação do Senado Federal.</p>
<p>20 nov. 1998, p. 5B</p>	<p>Servidores da Saúde acenam com greve na terça-feira – Os servidores do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovaram um indicativo de greve para terça-feira. As reivindicações estão centradas nas gratificações de produtividade aos salários, na aprovação do Plano de</p>

	Carreira, Cargos e Salários e na correção da Lei nº 13052/97, que proíbe a realização de concurso público. O pagamento de outubro foi resolvido ontem.
DEZEMBRO 1998	
5 dez. 1998, p. 6B	Firmado convênio para mudar sistema de previdência – Goiás participará do Programa de Apoio à Reforma dos Sistemas Estaduais de Previdência (Parsep) a ser desenvolvido com recursos da união. Para o governador de Goiás, Helenês Candido, o caos do setor em Goiás se deve à alíquota de contribuição reduzida – 6%, não dando para equilibrar receita e despesa. Para o Ministro da Previdência, em Goiás, para cada um real arrecadado, o governo estadual paga nove reais. Afirma que o limite para o gasto previdenciário é de 12%. O convênio não visa cobrir o <i>déficit</i> do setor, mas desenvolver a capacidade institucional dos estados para a formulação e gestão da previdência de seus funcionários, assegurando a viabilidade financeira dos regimes previdenciários e contribuir para o equilíbrio das finanças estaduais, modernizando o sistema e encontrando mecanismos para solucionar o problema.
16 dez. 1998, p. 4	Congresso promulga reforma da previdência no último dia – O Congresso Nacional encerrou ontem as atividades neste ano, com a promulgação da reforma modificando vários pontos do sistema previdenciário brasileiro, mas que não conseguiu acabar com muitas das distorções. Para o líder do governo na Câmara, Arnaldo Madeira, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB-SP), a promulgação da reforma significou um grande avanço porque conseguiu reduzir a apenas três – militares, servidores e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) – os sistemas de previdência no Brasil. As principais distorções da reforma da previdência resultam do déficit de 42,2 bilhões de reais este ano nas contas. O documento de apresentação do Programa de Ajuste Fiscal informa que o desequilíbrio da Previdência ameaça “inviabilizar as administrações públicas, pela compressão dos salários dos servidores da ativa e esgotamento da disponibilidade de recursos para execução das demais políticas públicas” Das três reformas apresentadas pelo governo em 1995, a tributária não saiu do papel, a administrativa foi a que teve o melhor encaminhamento e a reforma da Previdência foi retalhada e nem mesmo o esforço de suprir as deficiências com medidas provisórias (MPs) foi satisfatório.
MARÇO 2000	
18 mar. 2000, p. 4B Cidades	Greve parcial na saúde e na educação – A greve de servidores das áreas de saúde e educação decretada ontem afetou parcialmente o atendimento nos Centros de Atenção Integral à Saúde (Cais), Centros Integrados de Assistência Médica e Sanitária (Ciams) e postos e deixou muitas escolas sem aula. Mesmo com muitas unidades de saúde funcionando normal ou parcialmente, foi baixa a procura por atendimento médico na rede pública, no primeiro dia de paralisação dos servidores.
22 mar. 2000, p. 11	Doença de chagas é erradicada em Goiás – Para considerar que um estado erradicou de vez a doença de chagas é preciso que não haja registro desta nos últimos três anos, nem em crianças nascidas com ela. Além do Brasil, apenas Chile e Uruguai já receberam o certificado na América do Sul.
25 mar. 2000, p. 3B	HGG [Hospital Geral de Goiânia] retoma cirurgias com 4 mil na fila de espera – Após quase dois anos de reaberto, só agora a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Goiânia entra em funcionamento com 40% de sua capacidade e iniciando atendimento aos mais de 4 mil pacientes que esperam na fila por uma cirurgia. O Hospital Geral de Goiânia (HGG) deve funcionar como unidade de referência, se responsabilizando por

	<p>procedimentos de especialistas.</p> <p>Equipes são estruturadas – A fila de espera começou a formar-se desde a reabertura do Hospital Geral de Goiânia, em maio de 1998, mas tem pacientes que esperam a cirurgia desde o fechamento do hospital, há nove anos. As equipes estão sendo remontadas para atender as cirurgias.</p>
<p>25 mar. 2000, p. 4B Cidades</p>	<p>Paralisação na saúde já afeta 50% dos serviços – O titular da Secretaria Municipal Saúde, Elias Rassi Neto, disse que 10% dos servidores aderiram à paralisação, mas que os problemas gerados para a população são enormes. Avisa que os pontos dos faltosos serão cortados, como determina a lei, e pede a volta ao trabalho. Disse que o plano de cargos encontra-se em tramitação.</p>
<p>29 mar. 2000, p. 3</p>	<p>Informe publicitário do Fórum de União em Defesa dos Servidores e dos Serviços Públicos: fundo de previdência, golpe nos servidores – O Fórum de União em Defesa dos Servidores e dos Serviços Públicos, inconformado com a aprovação na madrugada do dia 22 último, do projeto de lei que institui o regime de previdência estadual, externou publicamente sua indignação e esclareceu a todos os servidores públicos estaduais e toda comunidade goiana, que a referida aprovação não atende às reivindicações dos servidores. Os servidores terão participação minoritária no Conselho Estadual de Previdência e foram afastados da gestão do fundo, que terá seus diretores indicados politicamente pelo governador e haverá ausência de garantia de aporte de recursos para a capitalização do fundo. A imposição da alíquota de 11% significa confisco nos salários dos servidores, há seis anos sem qualquer aumento em seus vencimentos. Essa alíquota não seguiu os critérios técnicos necessários para sua determinação. Além disso, a equipe do governo impôs aos servidores ativos uma contribuição complementar vitalícia de 4,32% referente aos anos de 1988 a 1996, taxa jamais devida pelos servidores que sempre cumpriram as regras unilaterais impostas pelo Estado. Finalmente, deixa registrado seu repúdio quanto à forma arbitrária como foi conduzida a votação do projeto de lei.</p>
<p>29 mar. 2000, p. 2B Cidades</p>	<p>Paralisação pode ser suspensa na saúde – Foi assinado, ontem, um acordo entre o sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (Sindsaúde), o secretário estadual, Fernando Cupertino e o Secretário Municipal de Saúde, Elias Rassi Neto, em que os trabalhadores se comprometem a suspender a greve, iniciada há onze dias, por trinta dias em garantia de negociação de suas reivindicações: plano de carreira, melhores condições de trabalho e isonomia entre os profissionais da área.</p>
<p>30 mar. 2000, p. 5B Cidades</p>	<p>Hospitais podem ficar sem remédios e sem alimentação – As unidades vinculadas à Fundação de Apoio às Ações de Saúde no Estado de Goiás (Funsaúde), (Hospital Geral de Goiânia (HUGO), Hospital Geral de Goiânia (HGG), Hospital Materno Infantil (HMI), Maternidades Nossa Senhora de Lourdes e Dona Iris e Hemocentro), podem ficar sem medicamentos, materiais de consumo hospitalar, alimentação, limpeza e oxigênio, caso o governo estadual não pague os fornecedores, que se preocupam com o futuro da Funsaúde, incluída na reforma administrativa para ser extinta. A Superintendente-executiva da Funsaúde, Maria Paula Curado, informou ontem a disposição do órgão de negociar com os fornecedores para evitar os transtornos para a população, se a ameaça de suspensão do fornecimento se concretizar.</p>
<p>ABRIL 2000</p>	
<p>9 abr. 2000, p. 2B</p>	<p>Curso para socorristas – Para melhorar o atendimento aos pacientes de emergência que profissionais da área de saúde e gestores do sistema de saúde vão discutir até terça-feira,</p>

	<p>durante congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE). Um dos motivos de o congresso estar sendo realizado em Goiânia é que, apesar de ainda não existir na capital goiana um comitê gestor para o atendimento de emergência, o trabalho realizado já conta com certa integração. A Secretaria Estadual de Saúde mantém o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e às Emergências (Siate), que estruturou um atendimento cooperado: bombeiros, postos e hospitais.</p>
<p>20 abr. 2000, p. 2B Cidades</p>	<p>Prejudicados serviços no setor de emergência – Para suprir a falta de equipamentos especializados e de instalações adequadas para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os funcionários trabalham em dobro e prejudicam os atendimentos de emergência. A reportagem mostra exemplos de falta de vagas em UTIs pediátricas nos hospitais de Goiânia.</p>
<p>21 abr. 2000, p. 12</p>	<p>Saúde libera mais 11 remédios genéricos – O Ministro da Saúde, José Serra, concedeu registro a mais 11 genéricos, totalizando 45 medicamentos aprovados e registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS). Da lista divulgada, 9 medicamentos são vendidos em farmácias. Os remédios devem trazer na embalagem o nome do princípio ativo, seguido da frase: “Medicamento genérico – Lei nº 9.787”. Por não envolverem gastos com pesquisas e marketing, serem cópias de produtos estabelecidos no mercado e não usarem nome de fantasia, os genéricos podem ser vendidos por um preço até 55% menor do que os outros medicamentos. Com a sua inclusão, 45 medicamentos genéricos estão registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS). Como muitos no mercado têm várias apresentações – pomada, comprimido, ampola, gel, e outros – estão disponíveis 87 produtos para o consumidor.</p>
<p>26 abr. 2000, p. 3B</p>	<p>Saúde pune hospital por fraude e investiga mais 55 (Amanda Dorian) – A realização de procedimentos médico-hospitalares feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi proibida no Hospital Evangélico Goiano de Anápolis desde a última segunda-feira. A suspensão vigorará por 60 dias e foi determinada pelo Ministério da Saúde (MS), em virtude de irregularidades na unidade, como cobranças indevidas feitas a pacientes atendidos pelo SUS. Outros 55 hospitais no estado estão sendo investigados e podem ser punidos se comprovadas as acusações. A auditoria da Secretaria Estadual de Saúde (SES) suspendeu os atendimentos do SUS no hospital e exigiu a devolução do dinheiro aos pacientes. Desde junho de 1999, quando foi iniciada a apuração, diversos hospitais foram suspensos e outros descredenciados. Já foram encaminhadas para Goiás, pelo Ministério da Saúde, 348 denúncias de irregularidades contra unidades hospitalares e postos de saúde públicos. Das 41 denúncias apuradas, 35 foram comprovadas.</p>
<p>27 abr. 2000, p. 10</p>	<p>Saúde sem lei (Barbosa Neto – PMDB GO [Partido do Movimento Democrático Brasileiro de Goiás]) – Pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde (MS) à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) revela que, entre 1995 e 1998, 50 laboratórios que dominam o mercado brasileiro aumentaram o preço médio de seus remédios em até 232%, não se verificando tamanho absurdo em nenhum outro setor da economia, visto que a inflação do período medida pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) não ultrapassou 39,53%. A pesquisa chegou a outras conclusões, como a oligopolização do setor. Cinquenta empresas, de um total de 400, detêm 89,69% do mercado. Verificou-se, também, que quanto mais imprescindível um produto, mais alto e seu preço, significando que os segmentos mais desfavorecidos da população estão deixando de tomar os medicamentos que necessitam. Outra conclusão é a diferença entre o rendimento domiciliar médio dos brasileiros, que caiu 1,45% entre 1995 e 1998, e os remédios, que subiram 29,6%. O setor faz parte de um segmento industrial fortemente dependente de insumos importados e de</p>

	<p>licenças externas. O poder público dispõe de mecanismos para acabar com os excessos. O mais efetivo é a liberação dos genéricos. A lei de patentes possui dispositivo que permite a suspensão de direitos quando registrados abusos. O trabalho da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos, instalada na Câmara dos Deputados, em novembro, não pode ficar só nos discursos. É preciso dotar o país de uma legislação que proteja a saúde da população, que combata os abusos e puna quem os pratica.</p>
27 abr. 2000, p. 2B	<p>CPI [Comissão Parlamentar de Inquérito] faz diligências hoje em Goiânia – Serão investigadas pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos, hoje em Goiânia, a falta de medicamentos na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a venda de remédios por camelôs, denúncias de sonegação fiscal de empresas do setor, denúncia de que somente 4% dos pacientes do SUS conseguem acesso aos medicamentos prescritos, aumentos abusivos dos preços dos remédios e a falsificação de produtos. Esta diligência irá subsidiar a elaboração de uma proposta para solucionar as carências na assistência farmacêutica prestada atualmente no País.</p>
28 abr. 2000, p. 2B	<p>Apenas 4% conseguem aviar as receitas – Falta de remédios nas farmácias públicas e na Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) Juarez Barbosa.</p> <p>Camelôs escondem medicamentos – Irregularidades: comercializados por camelôs e sem receita médica, superfaturamento e escassez de produtos, venda de remédio proibido em farmácias.</p> <p>Venda em supermercados – O Conselho Regional de Farmácia reivindica a proibição da venda de medicamentos em supermercados, camelódromos ou outros locais que não sejam farmácias.</p>
28 abr. 2000, p. 5B Cidades	<p>Servidores da saúde decidem retomar greve – Depois de uma trégua de trinta dias, os trabalhadores das redes municipal e estadual de saúde decidiram retomar, a partir de hoje, a paralisação na saúde. Segundo o Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (Sindsaúde), nenhuma das propostas apresentadas pelas secretarias municipal e estadual de saúde contempla a reivindicação de reajuste salarial da categoria. A reportagem traz as propostas feitas pelos trabalhadores e pelas secretarias.</p>
29 abr. 2000, p. 3	<p>Nota oficial da Fundação de Apoio às Ações de Saúde no Estado de Goiás (Funsauúde) [Fundação de Apoio às Ações de Saúde no Estado de Goiás], de esclarecimento ao público: Visita de integrantes da CPI [Comissão Parlamentar de Inquérito] dos Medicamentos ao Juarez Barbosa foi um jogo de cena – A nota questiona a visita dos deputados componentes da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos ao Juarez Barbosa e suas conclusões.</p>
29 abr. 2000, p. 3B Cidades	<p>Vacinação de idosos é prorrogada por uma semana – O Ministro da Saúde, José Serra, decidiu prorrogar por mais uma semana a Campanha Nacional de Vacinação de Idosos, maiores de 60 anos, contra gripe, pneumonia, difteria e tétano. O Ministério da Saúde pretende imunizar 9 milhões de idosos. Na campanha do ano passado, 7,8 milhões de pessoas com mais de 65 anos foram vacinadas, tendo como consequência a imediata redução do número de internações decorrentes da gripe.</p>
SETEMBRO 2001	
4 set. 2001, p. 8B	<p>Vacinação contra rubéola será reforçada no estado – A campanha de vacinação contra rubéola em Goiás, de 18 a 25 de setembro, atingiu até agora menos de 40% da meta. Os</p>

Cidades	<p>balanços parciais dos postos da capital e do interior, repassados até ontem à Secretaria Estadual de Saúde (SES), indicavam a vacinação de 36,15% das 870 mil mulheres de 12 a 29 anos que devem ser imunizadas em todo o estado. Nos primeiros 8 meses deste ano, foram registrados 700 casos da doença em Goiás, mas as autoridades sanitárias reconhecem que os números não refletem a realidade, pois a subnotificação é alta.</p>
11 set. 2001, p. 6	<p>Remédios terão preços controlados ate 2002 – O governo decidiu manter até 31 de dezembro de 2002 o controle sobre o preço dos medicamentos, previsto para acabar em dezembro deste ano. Uma Medida Provisória (MP) editada ontem pelo presidente Fernando Henrique Cardoso prorroga até o final de seu mandato o mecanismo que, ao longo deste ano, restringiu aumentos nos preços dos remédios. O “congelamento” de preços foi resultado de briga entre governo e indústria farmacêutica. Depois de intensa negociação, o Ministério da Saúde optou, em dezembro de 2000, por editar medida provisória com regras rígidas para reajustes. Em março, a MP foi convertida na Lei nº 10.213, que agora está sendo alterada para garantir a prorrogação do controle de preços.</p>
19 set. 2001, p. 5 Cidades	<p>Greve de servidores deixa população sem atendimento (Silvana Monteiro) – Os servidores da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) de Goiás estão em greve. Os servidores do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) estão em greve há quase um mês.</p> <p>Manifestantes impedem funcionários de trabalhar – Na Universidade Federal de Goiás (UFG) e no Centro Federal de Educação Tecnológica (Cefet) os alunos estão preocupados com a possibilidade de perder o período letivo e os professores acreditam que o vestibular pode ficar prejudicado. Na sede da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o dia foi tumultuado ontem. Um grupo de manifestantes formado por servidores federais organizou um piquete na entrada do edifício, impedindo a entrada de funcionários e usuários. Os trabalhadores querem que o governo abra um canal de negociação, já que os servidores federais não estão dispostos a aceitar o aumento de 3,5% proposto e reivindicam 75,48% de aumento.</p>
20 set. 2001, p. 6	<p>Assistência a envolvidos com césio será ampliada – O Ministério Público negociará com o Estado uma reparação às vítimas na forma de pensão e assistência médica. A Superintendência Leide das Neves (Suleide) vai prestar assistência a outras pessoas que foram irradiadas em decorrência do acidente com a cápsula de césio 137, além das seiscentas já atendidas pela instituição. Cerca de noventa pessoas relacionadas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) que foram atendidas na ocasião do acidente radiológico, estão sendo cadastradas na Suleide e terão toda a assistência do órgão. Da mesma forma, a superintendência aguarda a conclusão de um inquérito movido pela Promotoria de Defesa do Cidadão, envolvendo mais de 600 funcionários estaduais que teriam sido irradiados há quatorze anos e até hoje permanecem sem assistência, para assegurar todo apoio a essas vítimas do acidente com o césio 137.</p>
25 set. 2001, p. 10	<p>Polo farmacêutico de Anápolis é referência nacional – O Polo Farmacêutico de Anápolis vem sendo considerado uma exceção no país, diante da crise por que passa a indústria farmacêutica nacional. O Presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac), Dante Alário Júnior, apontou uma série de dificuldades que a indústria nacional vem enfrentando para sobreviver, destacando a falta de incentivos do governo para a produção nacional, as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem fazendo ao setor, com prazos pequenos para as adequações e os efeitos da alta do dólar que beneficiam as multinacionais do setor. O diretor executivo da Alanac, José Fernando Leme Magalhães, destacou a ausência de uma política nacional para o setor</p>

	com capital exclusivamente brasileiro, que concorra com as multinacionais.
MARÇO 2002	
5 mar. 2002, p. 2B	Saúde investiga denúncia de irregularidades no SUS [Sistema Único de Saúde] (Carla Borges) – Representantes da Comissão Bipartite estiveram ontem em Uruaçu, para apurar denúncias de irregularidades na gestão dos recursos destinados pelo Ministério da Saúde para aplicação na área, com reclamações de prestadores de serviços de contas de serviços prestados que não foram pagas e queda no número de internações para uso em outros setores da saúde. Uruaçu tem com gestão plena dos recursos e o sistema é todo municipalizado. Se as denúncias se confirmarem, Uruaçu poderá perder a gestão plena dos recursos. A Secretaria de Saúde de Uruaçu nega as denúncias, dizendo que as internações diminuiriam por causa do trabalho do Programa Saúde da Família.
5 mar. 2002, p.3B	Reforma amplia instalações do Hugo - A reforma geral do Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo) deve começar na próxima semana. Hugo completou 11 anos de funcionamento em 1º de março e é a primeira vez que tem reforma de suas instalações elétricas e hidráulicas e nova pintura, construção de uma rampa do térreo ao quinto andar e outras instalações. Atualmente de cem pacientes que chegam ao Hugo necessitando de internação, 30% são internados na unidade e o restante encaminhado à rede conveniada. UTI [Unidade de Terapia Intensiva] do materno [Hospital Materno Infantil] está pronta – a Secretaria Estadual de Saúde entregou ontem a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Materna do Hospital Materno Infantil (HMI) e a nova lavanderia do hospital. A UTI vai atender mulheres da própria unidade e de outros estabelecimentos, da capital e interior. A UTI Materna conta com 11 leitos, dos quais oito já vão funcionar de imediato. De início, serão lotados na UTI Materna 15 médicos, além de enfermeiros e pessoal de apoio.
MAIO 2002	
3 maio 2002, p. 5 Cidades	Césio 137: vítimas serão atendidas no HGG [Hospital Geral de Goiânia] (Isabel Czepak) – O atendimento às vítimas com o césio 137, Goiânia, deve ser transferido para o Hospital Geral de Goiânia, Hospital Geral de Goiânia (HGG), nos próximos meses. A mudança foi aprovada pelo Ministério da Saúde e depende só de acertos com direção do hospital. Atualmente, os radioacidentados são atendidos na Superintendência Leide das Neves (Suleide) e, segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a estrutura improvisada prejudica a assistência. Segundo a titular da Suleide, Maria Paula Curado, a equipe responsável pelo acompanhamento das vítimas será a mesma que atende na superintendência e no HGG ainda terá o suporte de multidisciplinar. Segundo os radioacidentados, desde que a Fundação Leide das Neves foi extinta, a qualidade do atendimento caiu, o fornecimento de medicamentos e a realização de exames tornaram-se mais morosos.
19 maio 2002, p.3 Cidades	Hospitais põem pacientes em risco (Isabel Czepak) – A situação da rede hospitalar no interior do estado é de tirar o sono de quem está para ser internado. Em algumas regiões chega a ser péssima. Vinte e oito das 371 unidades tiveram serviços fundamentais interditados pela Superintendência de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Os hospitais de Goiânia não constam do levantamento porque a fiscalização na capital é responsabilidade da Vigilância Sanitária Municipal. Para a superintendente da Vigilância Sanitária, Maria Cecília Martins Brito, mais 20% dos estabelecimentos que atendem à população deveriam ter seu funcionamento parcialmente suspenso porque se encontram em condições não muito melhores do que os que foram interditados. Eles

<p>19 maio 2002, p. 4 Cidades</p>	<p>permanecem atendendo e já apresentaram um cronograma de readequação. Se fossem fechados, o prejuízo para a clientela seria maior, porque os pacientes dos municípios ficariam sem nenhuma opção de assistência. Em uma fiscalização realizada ano passado, a Vigilância Sanitária verificou que 64% dos estabelecimentos desobedeceram às normas sanitárias. Quarenta e um por cento dos estabelecimentos precisavam de reforma predial. No quesito higiene, 27% foram reprovados. Em 10% das unidades, os fiscais encontraram medicamentos vencidos nas farmácias. Ou seja, o quadro é mais ou menos o mesmo. A maioria dos hospitais (18) que tiveram alas interditadas pela Vigilância Sanitária pertence às prefeituras. Os outros são privados ou filantrópicos.</p>
<p>20 maio 2002, p. 12 Economia</p>	<p>Falta comissão de infecção em 10% das unidades – O coordenador do Programa estadual de Controle de Infecção Hospitalar, Quimarques Cassemiro Barros, disse que se 10% dos hospitais não têm comissões de controle de infecção hospitalar (CCIHS) sequer no papel e, na maioria das unidades, essas comissões só existem na teoria. Para Grace Machado, chefe do Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que inspeciona as condições de funcionamento dos hospitais, lembra que o Ministério da Saúde edita normas para regulamentar o funcionamento dos hospitais. A Portaria nº 1.884, que define o padrão das construções hospitalares, é de 1994. Em Goiás, os hospitais têm, em média, tritna anos de existência. Grace Machado identifica certa apatia e acomodação das administrações hospitalares e diz que, ao passo que os serviços ambulatoriais evoluíram, os hospitais continuaram parados no tempo. Rita Helena Meluzzi Xavier, chefe do Departamento de Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária, diz que hospitais públicos e privados alegam falta de dinheiro para justificar as más condições e diz que há casos de falta de interesse e, em outros casos, o problema é cultural.</p>
<p>25 maio 2002, p. 3 Cidades</p>	<p>ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar]: De olho nas operadoras – A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), decretou, na semana passada, a liquidação extrajudicial de quatro operadoras de saúde e duas direções fiscais e restabeleceu o regime de operação regualr de uma operadora do Espírito Santo. As empresas em regime de direção fiscal, pelo prazo máximo de um ano são foco de fiscalizadores da ANS que desenvolvem análises profundas das condições das operadoras, com o objetivo de evitar que segurados de planos de saúde sejam surpreendidos por diminuição de cobertura ou falência.</p>
<p>25 maio 2002, p. 17 Economia</p>	<p>Empresas sofrem intervenção – Cinquenta e oito planos de saúde em todo Brasil sofrerão intervenção branca da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A agência trabalhará no interior das empresas para levantar dados. Caso seja necessário, a ANS poderá até liquidar, extrajudicialmente, as empresas caso seja comprovado que elas não têm condições de prestar o serviço, além de aplicação de multa. Há suspeitas de que algumas empresas sejam fantasmas.</p>
<p>25 maio 2002, p. 17 Economia</p>	<p>Aumento dos remédios – Laboratórios de medicamentos enviaram à Câmara de Medicamentos (Camed) solicitação de reajustes dos preços de seus produtos, segundo a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma). Desde o final de 2000, os preços dos medicamentos estão congelados, e apenas três reajustes foram autorizados pelo governo. Dois aumentos foram liberados: em janeiro de 2001 e de 2002, e um concedido extraordinariamente em outubro de 2001. A desvalorização do real pressiona os preços dos medicamentos porque muitos insumos para fabricação nacional são importados. O presidente da Abifarma esclareceu que a dança do dólar não é motivo para um pedido da indústria em geral para revisão de preços. O congelamento acaba em dezembro.</p>

JULHO 2003	
25 jul. 2003, p. 3 Cidades	Hospital de urgências tem sobrecarga de pacientes (Isabel Czepak) – O Hospital de Urgência de Goiânia (Hugo) está com dificuldades para encaminhar pacientes para hospitais conveniados, os neurocirurgiões ameaçam parar suas atividades e apresenta falta de leitos. As duas enfermarias comportam juntas, 24 doentes. Com o excedente, estavam com o dobro da sua capacidade. A situação agravou-se com o aumento do movimento no hospital em 20% em julho, em virtude do maior número de acidentes e de vítimas de violência. Em razão do aumento do número de atendimentos, está sendo dada prioridade a cirurgias de casos graves e urgentes.
28 jul. 2003, p. 4 e 5 Cidades	Perda da confiança pelo paciente leva as denúncias (Isabel Czepak) – A grande vilã na história do erro médico, com o conseqüente aumento das ações contra os profissionais, é a degradação da relação entre médico e paciente. O grande número de denúncias decorre da quebra de confiança no médico e o que faz a diferença na forma de reagir do paciente é como ele é tratado quando se torna vítima de erro. Segundo o Presidente do Sindicato dos Médicos do Estado de Goiás (Simego), Heitor de Freitas, nesse caso, o médico deve dar toda a assistência ao paciente e assumir a sua responsabilidade, com transparência e honestidade. Roberto D'Ávila, corregedor do Conselho Federal de Medicina (CFM), aponta como agravante no número de denúncias contra médicos o desenvolvimento tecnológico da medicina, em que médico bom é aquele que pede exames. Para o presidente do Conselho Regional de Medicina de Goiás (CRM), Erso Guimarães, o aparato tecnológico e terapêutico, e a preocupação com a constante atualização técnica e científica têm sido o ponto de equilíbrio na balança do erro médico. Ele considera que o médico tem menos chance de errar com aparelhos, exames e medicamentos modernos à sua disposição.
29 jul. 2003, p. 5 Cidades	Planos de saúde: Sem caução, hospital vai mandar usuários para SUS [Sistema Único de Saúde] (Carla Borges) – Os usuários de planos de saúde poderão ter como destino o atendimento pela rede pública, conforme decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de proibir que os hospitais particulares do país exijam cheques-caução para garantia de atendimento médico. Essa decisão contraria o Sindicatos dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Goiás (Sindhoesg), que é a favor do cheque-caução. A proibição já existia, tomando como base o Código de Defesa do Consumidor e o novo Código Civil. Em Goiás, somente a Fundação de Seguridade Social (Geap) e algumas categorias da Unimed Cooperativa de Trabalho Médico e do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) mantêm central telefônica de plantão para autorizar procedimentos fora do horário comercial. Para o Sinhoesg, a solução é o encaminhamento para o serviço público de saúde, após o primeiro atendimento ao paciente, justificando o agravamento do quadro diante da atual situação deficitária dos hospitais.
MARÇO 2004	
20 mar. 2004, p. 5 Cidades	Residentes do Hospital das Clínicas da UFG [Universidade Federal de Goiás] mantêm greve (Maise Lima) – Em greve desde segunda-feira, os médicos-residentes do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), decidiram ontem manter a greve pelo menos até segunda-feira. Os residentes alegam que o HC está enfrentando uma série de problemas que comprometem a formação teórico-científica, com reflexos na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Eles citam como exemplo a falta de medicamentos de rotina e de materiais básico para alguns procedimentos e a dificuldade para obtenção de exames complementares para pacientes internados ou em atendimento no Pronto-

21 mar. 2004, p. 4 Cidades	<p>Socorro. Apesar dos transtornos causados pela greve, o hospital manteve o atendimento ao público, embora prestado com dificuldades em virtude da sobrecarga da unidade. Em razão da paralisação, não estão sendo feitas as internações e as cirurgias estão restritas às emergências e àquelas que as equipes do hospital têm condições de realizar.</p> <p>Aparecida de Goiânia: obra de hospital sofre com atraso de dois anos (Isabel Czepak) – Pelo cronograma, unidade deveria ter ficado pronta em 2002. Apenas 40% do projeto arquitetônico esta concluído.</p>
23 mar. 2004, p. 4	<p>Iquego [Indústria Química de Goiás]: Convênios e parceria – A Indústria Química de Goiás (Iquego) é considerada, atualmente, o quarto maior laboratório oficial em operação no país e o quinto em faturamento entre 16 laboratórios existentes no Brasil. Um dos principais da Iquego é o Ministério da Saúde, o governo de Goiás, as secretarias estaduais e municipais de vários outros estados, a Fundação para o Remédio Popular, em São Paulo, a Fundação Ezequiel Dias, em Minas Gerais e a Far-Manguinhos, do Rio de Janeiro. Os laboratórios privados são o Greenpharma, Neo-Química, Teuto e todos os outros pertencentes ao polo farmoquímico de Anápolis.</p>
24 mar. 2004, p. 6 Judiciário	<p>Tuberculose: Goiás tem pior taxa na região (Amanda Dorian) – Dados do Ministério da Saúde de 2001 indicam que a taxa de incidência da tuberculose em Goiás é de 23,40 casos por grupo de 100 mil habitantes quando a média da Região Centro-Oeste é de 19,70 casos. Outro indicador assusta ainda mais: o índice de abandono do tratamento da tuberculose no Estado, cuja média é de 10%, o dobro da média nacional, que é de 5%.</p>
25 mar. 2004, p. 3 Cidades	<p>Dengue: centro tem maior infestação (Marcondes Franco Filho) – A Região Central de Goiânia apresentou o maior índice de infestação pelo mosquito da dengue (2,88%) entre as nove pesquisadas neste mês pelo Departamento de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O segundo maior índice foi da Região Sul e o terceiro, da Região Leste. Desde janeiro deste ano, já foram feitas 1.929 notificações da doença em Goiânia, com 297 confirmações.</p>
25 mar. 2004, p. 15	<p>Aprovada migração de planos – O Senado Federal aprovou ontem a medida provisória (MP) que autoriza a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a fixar normas e incentivos para que planos de saúde contratados antes de 2 de fevereiro de 1999 se adaptem à Lei de Planos de Saúde. A medida deve beneficiar cerca de 22 milhões de usuários, pois a Lei de Planos de Saúde introduziu cobertura assistencial mais ampla, incluindo doenças preexistentes. Pelos contratos antigos, os consumidores perderam uma série de garantias, como a proibição de rescisão unilateral de contratos ou o limite de internações. O texto altera garantias de ressarcimento que vêm sendo feitas pelas operadoras em caso de pacientes atendidos na rede pública. A MP foi publicada em dezembro do ano passado.</p>
ABRIL 2004	
4 abr. 2004, p. 6 Cidades	<p>Crer [Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo] agora oferece serviço de internação (Vinícius Jorge Sassine) – O Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer) inaugurou ontem, o serviço de internação. O setor de internação foi financiado por empresas da iniciativa privada, com recursos da campanha Amigos do Crer. O setor de internação do Crer tem 65 leitos, destinados a pacientes com lesões graves. Atualmente, mesmo não atendendo situações de emergência, conta com cerca de 7 mil pacientes e realizar mil procedimentos diários. Para agilizar o atendimento, o</p>

<p>6 abr. 2004, p. 5 Cidades</p>	<p>laboratório de análises clínicas passará a fazer dosagens bioquímicas e análises hematológicas e microbiológicas. Outro serviço do Crer, ainda em fase de implantação, é o de equoterapia. A pista para a atividade está sendo montada em parceria com a Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura (SGPA) e a Polícia Montada.</p> <p>Goiás e Quebec devem reforçar cooperação – O Secretário da Saúde da província de Quebec, no Canadá, Philippe Couillard, disse que o governo canadense e, em especial, o de Quebec, quer reforçar os laços estabelecidos entre os dois países na área da saúde. Ele veio a Goiânia para visitar o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer), uma vez que as duas unidades mantêm convênio de cooperação técnica. O Secretário Estadual de Saúde, Fernando Cupertino, ressaltou que o acordo de cooperação técnica entre os dois hospitais é uma via de mão dupla e que o interesse é o aperfeiçoamento dos profissionais dos dois Estados. O acordo não prevê ajuda financeira, mas apenas intercâmbio entre os profissionais.</p>
<p>7 abr. 2004, p. 6</p>	<p>Inscrições da [Secretaria da] Saúde recomeçam dia 12 – As novas inscrições para o concurso da Secretaria Estadual de Saúde (SES) serão realizadas de 12 a 16 de abril e as provas serão realizadas dia 23 de maio e o resultado deverá ser divulgado dia 18 de junho. O concurso da saúde oferece 1.655 vagas, em cargos de nível fundamental, médio e superior.</p> <p>Fisco – As inscrições para o concurso da Secretaria da Fazenda (Fisco) terminaram dia 21 de março. O concurso oferece 138 vagas para auditor fiscal e 50 para gestores. As provas serão aplicadas dia 25 de abril e o resultado será divulgado dia 12 de maio.</p> <p>Aparecida – Hoje é o último dia de inscrição para o concurso público da prefeitura de Aparecida de Goiânia, que oferece 1.098 vagas para guarda municipal, agente de trânsito e transporte, analista de cultura e desporto, analista em segurança do trabalho, analista em informática e profissional da educação. As provas serão realizadas dia 02 de maio.</p>
<p>11 abr. 2004, p. 4 Cidades</p>	<p>Voluntariado: Exército do Bem (Osires Assis) – Eles podem ser encontrados na área da saúde e diversas outras instituições, muitas vezes contribuindo para a economia de gastos e melhoria da qualidade do serviço prestado pelas instituições. Hoje, o número de voluntários é quase o dobro do existente em 2001, ano considerado como o Ano do Voluntariado pela Organização das Nações Unidas (ONU).</p> <p>Solidariedade no maior hospital de urgência de Goiás – Nas dependências do Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo) atuam 241 voluntários, oito vezes mais do há cerca de dois anos. Estão presentes em várias áreas do maior hospital de urgências do estado.</p> <p>Análise: crise fomenta voluntariado (Marcondes Franco Filho) – Os tempos de crise e de dificuldades de toda sorte favorecem o sentimento de caridade, que leva as pessoas a pensarem que elas podem resolver todos os problemas da população por meio do trabalho voluntário. Segundo a Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social, Maria Aparecida Skorupski, “Voluntários não são os salvadores da pátria. A questão é muito mais política, estrutural. De nada adianta as pessoas atuarem como voluntárias, se não mudar a estrutura da sociedade”.</p>
<p>13 abr. 2004, p. 15</p>	<p>Serviços públicos: nova proposta para agências – O governo enviou ontem ao Congresso Nacional o projeto de lei que fixa as novas regras de funcionamento para as agências reguladoras e que garantirá estabilidade aos presidentes de agências e aumentará a interferência do executivo em suas atividades. Na opinião de Antônio Palocci, Ministro da Fazenda, o projeto das agências é um instrumento que se associará à política</p>

macroeconômica e a mecanismos como a parceria público-privada (PPP). O ministro-chefe da Casa Civil, José Dirceu, disse que o modelo de agências é essencial para o funcionamento dos serviços públicos e indispensável para atração dos investimentos privados. Segundo ele, o papel das agências revelou-se fundamental para que o consumidor tenha qualidade nos serviços, quantidade e tarifas baixas. Ele disse ser contra a proliferação de agências, defendendo a necessidade de definição clara do seu papel e que devem ter suas atividades de regulação aperfeiçoadas, deixando com os ministérios a formulação das políticas. Para o governo o modelo de agências é essencial para o funcionamento dos serviços públicos e indispensável para a atração dos investimentos privados, para o consumidor ter qualidade dos serviços, quantidade e tarifas baixas.

Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – Ipasgo

DATA E PÁGINA	SÍNTESES DAS REPORTAGENS
FEVEREIRO 1962	
28 fev. 1962, p. 1	Ipase [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado] pagará reajustamento – O pagamento de pensões será efetuado em março próximo.
NOVEMBRO 1962	
8 nov. 1962, p. 5	Os funcionários do estado passarão a descontar para novo Instituto: Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – os funcionários públicos estaduais passarão a descontar para o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo). A Lei nº 4.190-62 foi sancionada ontem. A autarquia estadual é ligada administrativamente à Secretaria da Administração. O executivo abrirá crédito especial de 15 milhões de cruzeiros, a fim de que haja condições de funcionamento do novo Instituto.
DEZEMBRO 1962	
2 dez. 1962, p. 3	Servidores do estado já descontam para o Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – Foram suspensas, ontem, as contribuições do funcionalismo estadual para o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase), transferindo-as para o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo). O Secretário do governo mandou correspondência para todas as repartições estaduais comunicando o fato.
15 dez. 1962, p. 2	O governador decreta rescisão do contrato entre o estado e o Ipase [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado] – A criação do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) anulou as finalidades dos descontos para a autarquia federal. A rescisão do contrato foi autorizada na lei que instituiu o Ipasgo. O contrato com o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase) foi assinado em 30 de setembro de 1943, com cláusulas aditivas de 28 de fevereiro de 1947.
NOVEMBRO	

1964	
19 nov. 1964, p. 2	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] pagou quase meio bilhão de benefício em 10 meses de ação – O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) gastou 227 milhões de cruzeiros com benefícios nos últimos dez meses, pagos em indenizações, 32 milhões; auxílio natalidade, 33 milhões; auxílio matrimônio, 9 milhões; pagamento de médicos e hospitais, 118 milhões; pensões 24 milhões; e outros, 8 milhões. Também foi repassada a importância de 22 milhões de cruzeiros de empréstimo-doença, concedido no caso de doentes sem condições de pagar sua parcela no momento do tratamento. A arrecadação do Ipasgo para o próximo ano está prevista em um bilhão de cruzeiros, devendo a receita total atingir cerca de quase 2 bilhões.
DEZEMBRO 1964	
24 dez. 1964, p. 2	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] regulamentará carteira de empréstimo para os segurados – Para funcionamento no início do ano. Empréstimo-doença sendo concedido aos segurados mesmo sem regulamentação. A carteira funcionará para empréstimos de doença, com até dois anos de prazo, e para o escolar e o de férias, com doze meses de prazo. Para o próximo exercício, melhoria e ampliação do sistema previdenciário e vários planos em benefício do segurado. Sobre o plano imobiliário: com a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) foram paralisados os estudos visando a abertura da carteira imobiliária e os entendimentos mantidos com a Aliança para o Progresso. A Divisão Jurídica do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) está aguardando a regulamentação do BNH para finalizar os estudos que poderá resultar na celebração de um convênio para construção da casa própria dos funcionários estatais.
DEZEMBRO 1973	
2 nov. 1973, p. 3	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] substitui todas as antigas identidades pelos atuais modelos – Cerca de quatro mil novas carteiras de servidores públicos estaduais, segurados do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), já foram distribuídas em Goiânia e no interior. Com a nova carteira de identidade para atendimento do segurado ou dependente, o serviço torna-se mais rápido. O Ipasgo tem todo cadastro do pessoal do estado e dispensa a apresentação do órgão em que trabalha o interessado. Para adquirir o documento, o interessado deve comparecer à sede do Instituto, à Rua 2, Centro. Os servidores públicos do interior devem ir à agência local para entrega dos documentos exigidos. As primeiras agências que serão implantadas no interior funcionarão a partir dos primeiros dias de janeiro (os lotes foram doados pelas prefeituras): Porangatu, Porto Nacional, Ceres, Araguaína, Morrinhos, Rio Verde, Goiás, Mineiros e Catalão e uma última ainda não definida. Elas funcionarão com expedição de guias para consultas, pedidos de empréstimos e, posteriormente, passarão a contar com consultório odontológico para atendimento dos segurados do Ipasgo e seus dependentes. Está em estudos por uma equipe técnica nomeada pelo presidente do Ipasgo, a carteira habitacional do instituto. Até o fim do ano, o estudo deve ser entregue ao governador Leonino Caiado.
MAIO 1975	
6 maio 1975, p. 4	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] implanta novo setor para aplicar vacinas – Os cento e oitenta mil segurados e dependentes terão um centro de imunização a partir de 12, subordinado à Carteira de Previdência e Assistência do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo). Serão

	administradas vacinas contra caxumba, rubéola, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e poliomelite. A médio prazo, esse serviço será implantado em todas as cidades onde a autarquia possui agências.
DEZEMBRO 1986	
18 dez. 1986, p. 7	Conselho é de caráter consultivo – O governador Onofre Quinan assinou decreto criando o Conselho de Previdência e Assistência do Estado, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), que funcionará como órgão colegiado de caráter consultivo, instalado na própria sede do Instituto. Será composto por onze membros, dez representantes de segurados escolhidos em assembleias gerais das associações de classe e entidades afins, nos órgãos da administração estadual que tenham contribuintes do Ipasgo em seus quadros, e um do Ipasgo, com mandato de dois anos. Compete ao conselho emitir parecer sobre proposta orçamentária para o exercício seguinte, balancetes e balanço geral do Ipasgo, aquisição e alienação de bens imóveis, sugerir prioridades e metas estratégicas do Ipasgo, representar, perante o Ipasgo, os interesses de seus segurados e apresentar sugestões e reivindicações que contribuam para a melhoria da previdência e assistência prestada pelo Instituto.
28 dez. 1986, p. 6	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] vai cuidar da saúde da mente – Com a nova proposta implementada pelo atual presidente do órgão, José Quinan, o Serviço de Psiquiatria do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) agora será Centro de Saúde Mental (CSM). O Centro contará com equipe multidisciplinar de psicólogos, médicos, psiquiatras e assistentes sociais e realizará atendimentos individuais ou em grupo, para crianças, adolescentes e adultos e grupos de “alcoólatras e de gestantes”. Os segurados mais carentes (indicados pelo Serviço Social, conforme o nível de renda) serão atendidos gratuitamente. A matéria fala de como é o atendimento e o estágio no CSM.
JANEIRO 1987	
7 jan. 1987, p. 7	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] premia o seu quadro com diretoria – Foi empossado ontem, pelo Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), José Quinan, o novo diretor financeiro do órgão, Pedro Peixoto Junior. O novo diretor pertence aos quadros da instituição e foi indicado por Quinan para ocupar o cargo. Segundo Quinan, o aproveitamento de funcionários é uma forma de estimular os que sempre trabalharam com afinco e defende a escolha do novo presidente pelos 80 mil funcionários pertencentes às 54 autarquias e secretarias estaduais, cujos servidores são previdenciários do Instituto.
9 jan. 1987, p. 6	Servidores podem dirigir o Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – Segundo José Quinan, Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), o órgão está pronto e estruturado para ter, já no próximo governo, todos seus dirigentes eleitos por seus servidores. Questionado se isto não provocaria um confronto entre a classe política e o governo, uma vez que a classe política tem indicado os diretores ao longo dos anos, Quinan disse não estar preocupado pois o partido se engrandece com o aperfeiçoamento democrático. Conselho – José Quinan, Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), disse já estar funcionando o Conselho do Instituto, agora regulamentado por decreto governamental, que fará uma assembleia para escolher seus membros substitutos com mandato de dois anos. Afirmou, ainda, que o conselho fez um estudo sobre a destinação do terreno do Instituto de Previdência e Assistência dos

18 jan. 1987, p. 12	<p>Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) onde seria construído o Hospital do Servidor Público. A ideia inicial seria a construção de um grande shopping em metade da área. O instituto ficaria com a metade, e a outra seria vendida. Com essa venda, Quinan acredita que pagaria todo o prédio e aumentaria os benefícios para os seus associados.</p> <p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] disposto a elevar tabela – O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) irá conceder um aumento com base em 100% da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) dos valores percebidos pelos médicos credenciados, caso essa tabela não tenha reajuste, por considerar a profunda defasagem dos valores. O Presidente do Ipasgo, José Quinan, deixou claro que esse reajuste não significa qualquer aumento na contribuição dos segurados, pois o próprio instituto arcará com a diferença. Em contrapartida, o Ipasgo espera das entidades médicas que ajudem a fiscalização do atendimento, para que nenhum médico cobre ágio sobre as consultas aos segurados.</p> <p>Apartamentos – O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) abrirá inscrições para os segurados interessados em financiar os apartamentos que serão construídos à Rua 90, e parte de um projeto maior que objetiva construir mais moradias para os contribuintes do órgão.</p>
21 jan. 1987, p. 5	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] reajusta serviços médicos – O Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) disse não ser possível o reajuste de 100% sobre a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), pois a realidade do órgão não permite: com o reajuste, suas despesas passaram para 33 milhões de cruzados mensais e sua arrecadação chega só a 32 milhões de cruzados. A diferença é paga com a reserva técnica. Lembrou que estava disposto a reajustar o pagamento dos médicos em 100% da tabela da AMB caso ela não fosse reajustada. Como isso não aconteceu, o Ipasgo continuará pagando 70% sobre a nova tabela, reajuste maior que se pagasse 100% com base na tabela anterior. A Associação Médica de Goiás (AMG) continua lutando pelos 100% da tabela da AMB.</p>
23 jan. 1987, p. 2	<p>Nota: do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) – Comunicado – Aos segurados do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo): a partir de 21.07.87, a tabela de preços de assistência médica será reajustada de acordo com o reajuste da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Goiânia, 19 de janeiro de 1987.</p>
27 jan. 1987, p. 6	<p>Nota: Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) – Comunicado – Aos segurados do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo): a partir de 21 de julho de 1987, a tabela de preços de assistência médica será reajustada de acordo com o reajuste da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Retifica a data do reajuste para 21 de janeiro de 1987, e não 21 de julho de 1987, conforme comunicado anterior. Goiânia, 22 de janeiro de 1987.</p>
OUTUBRO 1987	
2 out. 1987, p. 5	<p>Médico culpa Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás], o dono do imóvel – O médico radioterapeuta, Orlando Alves Teixeira, um dos proprietários do Instituto Goiano de Radiologia (IGR) eximiu-se de qualquer responsabilidade pelo acidente com material radioativo pertencente à sua clínica e culpa o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), que impediu a clínica de transportar o aparelho de RX para a nova sede, conforme ordem judicial acionada pelo Ipasgo, que demandava com os antigos funcionários da clínica. O Presidente</p>

3 out. 1987, p. 7	do Ipasgo, Lício Gabriel afirma desconhecer essa ordem, e que ainda não recebeu o terreno pela Santa Casa, uma vez que reza, no contrato, a entrega da área livre e desimpedida. Admite ter recorrido à polícia para impedir a retirada de material da casa em que funcionava o IGR, mas não se tratava da bomba de cézio, e sim de telhas, grades, portas e janelas que os proprietários da clínica tentavam retirar da casa e que não podiam deixar por se tratar de um patrimônio do Ipasgo. Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] não tem culpa – O Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) diz que impediu a retirada de telhas, tijolos e similares da casa existente na área e não a retirada do aparelho de RX, no dia 4 de maio.
15 out. 1987, p. 8	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] envolvido no caso – A Polícia Federal apurou que o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) assumiu a responsabilidade pela guarda e proteção do aparelho de radioterapia do Instituto Goiano de Radiologia (IGR) perante dois policiais, que impediram a retirada de material do hospital a pedido do próprio órgão. Caso isto se confirme, a responsabilidade recai sobre o Presidente do Ipasgo.
16 out. 1987, p. 7	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] nega culpa – O Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) negou ter assumido a responsabilidade sobre a posse e segurança da bomba de cézio 137 do Instituto Goiano de Radiologia (IGR) perante dois policiais militares, e que a área estava sob júdice naquela data e disse estar há apenas 45 dias na presidência do Ipasgo. Afirmou ter impedido a retirada de bens que considerava do Ipasgo, a fim de preservar o patrimônio público que estava sendo depredado. A Polícia Federal considera que, ao impedir a retirada de bens do hospital, o presidente do Ipasgo assumiu a responsabilidade pela guarda do aparelho, esclarecendo que não há provas da responsabilidade do Ipasgo no acidente, mas indícios estão sendo investigados.
21 out. 1987, p. 5	Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] depõe na CPI [Comissão Parlamentar de Inquérito] – Nervoso e contraditório, o Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) prestou depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito da Assembleia Legislativa que apura as causas do acidente radioativo. Ele alegou que o Ipasgo não teve qualquer responsabilidade pelo acidente e que não tinha conhecimento da existência do aparelho antes da descoberta do acidente.
23 out. 1987, p. 6	Polícia inocenta o Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – a Polícia Federal culpa os médicos do Instituto Goiano de Radiologia (IGR), e o físico nuclear, por falta de elementos para responsabilizar o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo). Ainda em estudo a inclusão da Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen), Secretaria de Estado da Saúde (SES), e Ministério da Saúde.
OUTUBRO 1988	
2 out. 1988, p. 10 E 11	Um ano depois do acidente radioativo: o que já se resgatou? Discriminação e o estigma - Revelações – Apesar de trágico e de revelar o despreparo do país para enfrentar as possíveis consequências negativa do uso da energia nuclear, o acidente radioativo trouxe como conquista a instalação de entidades de pesquisa, a

<p>2 out. 1988, p. 12</p> <p>9 out. 1988, p. 9</p>	<p>reabertura da discussão nacional sobre o uso da energia nuclear e o projeto brasileiro, e as descobertas médicas no campo do tratamento das vítimas da radiação. Foram criadas a Fundação Leide das Neves, em 24 de fevereiro de 1988, para dar acompanhamento às vítimas até a terceira geração, e o Núcleo de Acompanhamento do Acidente com o Césio (NUAC), da Universidade Federal de Goiás (UFG) e o Conselho Superior de Energia Nuclear Brasileiro. O acidente contribuiu, também, para implantar, na nova Constituição, normas que submetem a política nuclear do país às decisões do Congresso Nacional e abriu debates sobre a criação de um depósito definitivo para o lixo atômico produzido no país.</p> <p>Responsabilidade é apurada – O inquérito sobre o Césio-137, instaurado pela Polícia Federal, foi concluído e encaminhado à Justiça Federal. Em outro inquérito, sob a responsabilidade da Polícia Civil, evidenciou-se a responsabilidade dos proprietários do aparelho de césio-137. Foram indiciados, nos dois inquéritos, os médicos Carlos de Figueiredo Bezerril, Criseide Castro Dourado, Orlando Alves Teixeira e Amaurillo Monteiro de Oliveira e o físico Flamorion Barbosa Goulart. O inquérito da Polícia Federal incluiu também o farmacêutico Sebastião Ferreira de Carvalho e o físico José de Júlio Rozental. O juiz federal, Carlos Humberto de Souza, entende que houve um lapso das advogadas ao citarem a Secretaria de Saúde, a Organização de Saúde do Estado de Goiás (Osego), o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores no Estado de Goiás (Ipasgo) e a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), quando os réus deveriam ser o Estado e a União.</p> <p>Abip [Associação Brasileira dos Institutos de Previdência] apóia Suds [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde] com institutos estaduais – A manutenção dos institutos estaduais e municipais de previdência no atual sistema é possível, apesar da subordinação ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), coordenado pela Secretaria de Saúde. De acordo com o Presidente da Associação Brasileira dos Institutos de Previdência (Abip), e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), tudo vai depender do interesse dos governadores dos estados, pois existe a possibilidade de assembleias legislativas manterem os institutos vinculados ao Suds, mas com uma certa independência e autonomia. Grande parte dos servidores públicos não quer que seus institutos na área de assistência médica sejam extintos, por funcionarem bem em diversos locais.</p>
<p>NOVEMBRO 1988</p>	
<p>20 nov. 1988, p. 22</p>	<p>Mudanças no Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] com o Tocantins – O Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), Lício Gabriel Borges, referindo-se às mudanças que serão implantadas no Ipasgo com a criação do estado do Tocantins, afirma que Goiás terá o melhor instituto de previdência estadual do país. Segundo ele, Goiás continuará atendendo ao funcionalismo público que ora trabalha no atual estado do Tocantins, no que diz respeito à assistência médica e previdenciária, enquanto mantiver suas relações trabalhistas com o estado de Goiás. Borges é favorável à conservação desses institutos, contando com apoio de Faleiros e Henrique Santillo, que, segundo ele, tendem pela continuidade do Ipasgo. Diz ser este um assunto a ser tratado pelos constituintes estaduais que devem adaptar as novas regras à realidade goiana. Quanto às fraudes cometidas pelos usuários, garante que diminuiriam muito.</p>
<p>SETEMBRO 1990</p>	
<p>2 set. 1990,</p>	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] amplia a</p>

p. 18	<p>sua área de abrangência – Com o objetivo de melhorar a quantidade e qualidade dos serviços prestados aos segurados do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), o órgão está credenciando novos dentistas para trabalhar em regime de prestação de serviços. O Diretor-Geral do Ipasgo, Roberto Maia Arantes, ressalta que a prestação de serviço é mais eficiente no atendimento do segurado e se torna mais barato, uma vez que o Ipasgo compra o serviço do profissional e não banca o mesmo. Anteriormente, o Ipasgo teve o serviço próprio de assistência odontológica no interior do Estado, mas foi desativado em razão do alto custo operacional, passando hoje a serviços prestados.</p>
NOVEMBRO 1998	
<p>15 nov. 1998, p. 3B Informe especial</p> <p>20 nov. 1998, p. 5B Cidades</p>	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] discute adaptações à reforma da previdência – O Diretor geral do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), Arédio Teixeira, e o Diretor de Previdência, Álvaro Soares de Melo, participaram dia 12 de uma discussão, patrocinada pela Associação Brasileira dos Institutos de Previdência dos Estados e Municípios (Abipem), sobre os reflexos da reforma da previdência nos sistemas estaduais e municipais. Em um mês, haverá o 32º Congresso Nacional dos Institutos, em Vitória, Espírito Santo, para discutir o tema. É recomendado aos estados e municípios que queiram manter regimes próprios de previdência pública que façam isso de maneira sólida, de acordo com resultados técnicos, legislativos, atuariais e financeiros, consagrando somente os benefícios de natureza estritamente previdenciários.</p> <p>Benefícios da informatização – As agências de Anápolis, Catalão, Ceres, Iporá serão interligadas à central informatizada do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), para emissão de guias médicas e exames complementares. A previdência informa que nos municípios com movimento mensal superior a duas mil guias serão instalados terminais de computação para facilitar o controle da prestação assistencial e despesas projetadas.</p> <p>Controle mais rígido – No ambulatório do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), no prédio novo, exige-se apresentação da identidade e carteira do usuário, para evitar desperdícios e mau uso da assistência paga pelo segurado.</p> <p>Ponto digital – Quando o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) mudar para a sede, ainda este ano, começará o ponto digital dos funcionários, evitando fraudes e outras irregularidades.</p> <p>Contas médicas – Repasse de 8 milhões de reais pelo estado ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) para atualizar contas dos credenciados até maio.</p> <p>Hospitais ameaçam suspender atendimento: débito do Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] é estimado em mais de 44 milhões de reais – Caso o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) não quite parte da dívida, em 30 dias, com os prestadores que estão até dez meses sem receber pagamento pelos serviços prestados. O débito com os prestadores é estimado em 44 milhões de reais. Segundo a direção do Ipasgo, o atraso é dos serviços de junho, julho e</p>

<p>28 nov. 1998, p. 2B Cidades</p>	<p>agosto, e a maioria dos credenciados recebeu pelos serviços até maio. O Ipasgo quer pagar até o fim do ano os meses de junho e julho.</p> <p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] vai descredenciar no interior – Segundo o Diretor de Previdência e Assistência do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), Álvaro Soares de Melo, a situação do instituto complicou-se nos últimos meses em virtude de liberação de cirurgias eletivas e internações pelo Ministério Público (MP), a proibição pela justiça do desconto do Ipasgo nos contracheques dos servidores aposentados, congelamento dos salários dos servidores estaduais, há quatro anos sem aumento, período em que o valor das contribuições não foi alterado. Acredita que, com a reforma previdenciária, a situação do Ipasgo melhora e informou o descredenciamento de 64 prefeituras do interior que gastam mais do que repassam ao instituto.</p> <p>Servidor quer indicar novo dirigente do Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – Membros de quinze entidades representativas dos servidores públicos estaduais visitaram o Centro de Diagnóstico do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), que está sendo construído em área vizinha ao Hospital Geral de Goiânia (Hugo). As entidades discutem a transferência da administração do Ipasgo para as mãos dos servidores. Mauro Rubem, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde (Sindsaúde) diz que a dívida do Ipasgo com prestadores é de cerca de 35 milhões de reais, os débitos referentes a outros gastos somam quase 5 milhões de reais e lembra que o estado tem dívidas com o Ipasgo, como o pagamento pela área desapropriada do Ipasgo para a construção do Hugo, dívidas de cartórios e de prefeituras, totalizando 4 milhões de reais. As entidades pretendem apresentar ao governador uma lista de nomes para compor a diretoria e destacou que há quase uma década os funcionários públicos lutam para administrar o Ipasgo.</p>
<p>DEZEMBRO 1998</p>	
<p>2 dez. 1998, p. 4B</p> <p>3 dez. 1998, p. 4B</p>	<p>Hospitais suspendem atendimento ao Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – Os credenciados ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) suspendem todos os atendimentos pelo Instituto, em virtude do não pagamento dos serviços prestados. A suspensão foi decidida por unanimidade, em uma assembleia na sede da Associação Médica de Goiás. Os credenciados mostraram-se insatisfeitos com a histórica inadimplência do Ipasgo, cujo cronograma de pagamento, acordado entre representantes do governo e credenciados para este ano, que previa o pagamento de maio até o dia 22 de outubro, não foi cumprido. Os credenciados calculam uma dívida do Ipasgo com eles de 44 milhões de reais, alegando que os hospitais não recebem pagamento desde janeiro, o que os obriga a recorrer a empréstimos bancários, pagando juros para quitar os débitos.</p> <p>Sindicatos repudiam a medida – O Sindicato dos Servidores Públicos de Goiás (Sindipúblico), diz que a suspensão só piora a situação dos servidores públicos que pagam as mensalidades em dia e que os credenciados deveriam cobrar o pagamento diretamente do governo.</p> <p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] acusado de pagar indenizações indevidas – O Sindicato dos Servidores Públicos de Goiás (Sindipúblico) acusa o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) de pagar indenizações para 17 fiscais do órgão, em valor maior que o estipulado pela justiça, antes de quitar os precatórios de perdas salariais dos demais servidores e prestadores de serviços, o que fez o Tribunal de Contas do Estado (TCE) entrar</p>

5 dez. 1998,
p. 4B

com representação na Procuradoria Geral de Justiça para providências em relação aos pagamentos irregulares. O Procurador do Estado contesta as acusações. O artigo indica os valores pagos.

Dívida pode ser inserida no orçamento – O impasse entre o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipsago) e seus prestadores de serviços continua. A negociação entre Ipsago, prestadores, o Secretário Estadual da Fazenda, Valdivino de Oliveira, e o Presidente da Assembleia Legislativa, Paulo Rodrigues, não chegou a um acordo.

Insatisfatória – Os prestadores de serviço consideraram insatisfatória a negociação. Eles não cogitam a possibilidade de retomar o atendimento interrompido a zero hora de ontem sem que haja o pagamento do instituto a eles, assegura o Presidente da Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás (Fehoesg), Luiz Antônio Ludovico. O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipsago) gasta 2 milhões de reais mensais a mais do que arrecada, tendo uma dívida acumulada que só teria como pagá-la, hoje, se recebesse 30 milhões de reais em consignações não transferidas pelo governo estadual nas administrações de 1986 a 1994.

Sem 13^o – O Presidente do Sindicato dos Servidores Públicos de Goiás (Sindipúblico), Nilton Perillo, aprovou a ideia de inclusão da dívida do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipsago) na previsão orçamentária de 1999, mas os prestadores querem a metade dos atrasados agora, em virtude da crise dos hospitais advinda do não pagamento dos atendimentos. Alguns estabelecimentos de saúde estão sem receber por atendimentos prestados no mês de maio. O Presidente da Federação dos Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Imagem e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás (Fehoesg), Luiz Antônio Ludovico informa que os atrasos geraram uma crise tão grande que muitos hospitais, clínicas e consultórios médicos não têm caixa para pagar sequer a primeira parcela do 13^o salário de seus funcionários. O presidente da Fehoesg acrescentou que a paralisação da assistência aos usuários do Ipsago está ocorrendo até mesmo por falta de condições financeiras dos serviços.

Diretor defende maior contribuição do servidor – Para o Diretor Geral do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipsago), Arédio Teixeira, o instituto não vai sair da crise sem que seja eliminado o *déficit* mensal entre arrecadação e despesas. Ele defende uma maior contribuição dos usuários e dependentes, a participação do governo no custeio da assistência médica aos servidores, a volta do desconto em folha da contribuição dos aposentados e pensionistas, a vinculação da despesa à receita, a participação do usuário nas despesas hospitalares e a contenção de abusos na utilização dos serviços oferecidos pelo Ipsago. Teixeira rebate as críticas de que o Ipsago é mal gerenciado.

15 dez. 1998,
p. 7

Reestruturação do Ipsago [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] vem para melhorar arrecadação e assistência – Desde 1962, quando foi criado, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipsago) vem prestando relevantes serviços no campo da assistência à saúde e do controle previdenciário ao funcionalismo público estadual e seus dependentes, porém, tem enfrentado, nos últimos anos, inúmeras dificuldades financeiras para cumprir sua missão. Para resgatar sua função e desonerá-lo do peso da instabilidade, propõe-se uma reestruturação institucional, embasada em estudos de custos e competências. O excesso de obrigações, sem a correspondente receita, tem causado problemas administrativos, conforme atestam os dirigentes do órgão, que anunciam algumas medidas necessárias.

Novos segurados – O estudo propõe a ampliação do número de facultativos, com

	<p>contribuições em cálculo atuarial, extinção dos dispositivos que criam obrigações para o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), por não contarem com a respectiva fonte de custeio (auxílio-natalidade, reclusão e pecúlio) e contrariarem o princípio de universalidade do sistema. A diretoria diz que a contribuição que o estado prometeu recolher em favor do Ipasgo, a partir deste ano, é insuficiente para manter um sistema de assistência à saúde nas condições desejadas. O Tesouro Estadual assumiu a responsabilidade pelas aposentarias e pensões pela Lei nº 12.872, de 16 maio de 1996. Mas outras obrigações foram criadas sem o aporte financeiro.</p> <p>Natalidade e reclusão – Os estudos indicam que, com uma reestruturação aprovada por lei, a responsabilidade pelos auxílios natalidade e reclusão passariam para o órgão de lotação do servidor. Na área da assistência à saúde, seriam fixados critérios mais bem definidos para firmar contratos, convênios e credenciados de prestação de serviços de assistência aos usuários.</p> <p>Obrigação do Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – A diretoria deseja que o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) se responsabilize apenas pela concessão de benefícios e administração do sistema de assistência à saúde e serviços complementares.</p>
19 dez. 1998, p. 3B	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] inaugura a “Casa do Segurado” – O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) inaugura sua nova sede administrativa no Setor Pedro Ludovico, na qual funcionarão o Centro de Diagnóstico e Triagem e outras repartições. Fala como seria dividido o prédio do Ipasgo e seus atendimentos.</p> <p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] fará triagem de consultas e internações – Ao inaugurar as novas instalações administrativas do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), dia 15, no Setor Pedro Ludovico, o governador Helenês Cândido disse que o órgão exerce importante papel na sociedade prestando assistência hospitalar de alto nível e realizando um trabalho de cunho social da mais alta qualificação para o funcionalismo público estadual. No órgão, haverá presença constante de auditores nos guichês para verificar a emissão de guias de consulta e a necessidade das internações, o que deverá inibir o grande número de internações e consultas e exames desnecessários que são pagas pelo instituto, reduzindo custos. Outro fator de redução de custos é o desconto de 30% que laboratório e clínicas de Raio X e médicos irão praticar por atender no Ipasgo, sem desembolsar os custos da estrutura de atendimento.</p>
19 dez. 1998, p. 5B	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] acusado de favorecer empreitada – O Tribunal de Contas do Estado entrará com representação na Procuradoria Geral de Justiça em relação ao pagamento dos prestadores de serviços, pois há a constatação de pagamento de proventos de julho a um hospital de Goiânia, beneficiando uns em detrimento de outros prestadores de serviços. A maioria dos hospitais está sem receber desde maio. O Sindicato dos Servidores Públicos de Goiás (Sindipúblico) denuncia que o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) vem pagando empreiteiras em dia, e mantendo a suspensão do pagamento dos hospitais.</p>
24 dez. 1998, p. 2B	<p>Pedido também bloqueio contra Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – A Coordenadora do Centro de Defesa do Cidadão do Ministério Público, Marilda Helena dos Santos, propôs ação cautelar inominada, com pedido de liminar, requerendo bloqueio dos recursos existentes em contas do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo). Segundo ela, o órgão</p>

	<p>vivencia, atualmente, situação de total descontrole, com prejuízos para os servidores públicos que não estão contando com a assistência à saúde. Argumenta que a assistência médica aos usuários do Ipasgo está inviabilizada por irregularidades e problemas enfrentados ao longo dos últimos anos. Exemplifica, como um dos motivos, a própria posição do estado de Goiás, que deve elevada importância ao órgão e não repassa os descontos feitos nas folhas de pagamento dos servidores ao Ipasgo.</p>
JANEIRO 1999	
2 jan. 1999, p. 3B	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] fará auditoria em contas – A transmissão do cargo de Diretor-Geral do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) será segunda-feira na sede nova do instituto na qual passam a funcionar todas as diretorias. Uma das primeiras medidas anunciadas pelo novo Diretor-Geral, Gedyr Vieira da Silva Júnior, é a deflagração de auditorias em todos os setores do órgão. Ele quer investigar até mesmo débitos contraídos nas administrações anteriores. Com essa medida, ele pretende evitar pagamentos de tratamentos faturados e não realizados ou realizados fora do protocolo utilizado mundialmente para cada categoria, de despesas fraudadas pelos próprios usuários, que emprestam suas carteiras de identificação a familiares, vizinhos, amigos, auditorias das internações antes, durante e depois, além de apurar a real dívida do Ipasgo, estimada em cerca de 50 milhões de reais, Silva Júnior pretende negociar um cronograma de pagamento do débito, com participação direta do governador. “Só teremos condições de arcar com as despesas na medida em que o governo puder nos repassar os 35 milhões de reais que temos a receber do Estado”, diz Gedyr, que se reunirá com os prestadores parados há 27 dias para pedir a normalização do atendimento aos segurados.</p>
13 jan. 1999, p. 4B	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] ameaça descredenciar quem não atender urgências – Para garantir o atendimento de urgência e emergência, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) montou, em sua unidade da Rua 15, um esquema de plantão no posto de serviços da Rua 15. No local, trabalham um médico para triar e encaminhar somente casos urgentes e um assessor jurídico para assegurar o atendimento. Também foi colocado à disposição dos usuários um carro com motorista para levá-los às unidades de saúde. A equipe irá relatar qualquer negativa de atendimento dos credenciados e, se alguém se recusar a receber os pacientes, será descredenciado. O Diretor-Geral, Gedyr Vieira da Silva Júnior, está tentando liberação de dinheiro do Ipasgo, bloqueado em uma conta na Caixa Econômica Federal, para pagamento aos credenciados e restabelecimento do atendimento.</p> <p>Propostas não tiveram respostas positivas – a Associação dos Hospitais do Estado de Goiás diz não haver necessidade de plantão pelo Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), pois nenhum usuário ficou desprotegido desde que a prestação de serviços foi suspensa e que os prestadores não podem retornar o atendimento somente com base em promessa de negociação, sem cronograma de pagamento de atrasados e sem pagamento de parte do débito pelo estado. A situação está mais crítica na capital que no interior, pois muitos usuários dirigem-se a Goiânia, buscando atendimento.</p>
19 jan. 1999, p. 3B Cidades	<p>Usuário do Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] tem de volta atendimento – Os prestadores de serviços ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) decidiram ontem aceitar a proposta do governo e retomar o atendimento, a partir da zero hora de hoje, aos cerca de 465 mil usuários do instituto, que estavam sem atendimento desde o dia 4 de dezembro. Conforme</p>

20 jan. 1999, p. 4B	<p>a proposta feita pelo governador, o estado vai repassar 5 milhões de reais ao instituto ainda em janeiro, 7 milhões de reais em fevereiro, e o restante vai ser quitado em seis vezes até que a dívida seja resgatada.</p> <p>Pouca procura no 1º dia de atendimento pelo Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] – Ontem, no primeiro dia de retomada do atendimento, a procura por guias de consultas médicas ficou abaixo da expectativa. O Diretor-Geral do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), Gedyr Vieira, atribuiu a fraca procura à desinformação dos segurados quanto à retomada dos atendimentos. Além de iniciar um processo de enxugamento do instituto, a nova direção prepara-se para mudar a sede para o Setor Pedro Ludovico, em fevereiro. No prédio próprio, funcionarão a área administrativa e um setor de triagem. A parte ambulatorial e laboratorial não tem data para serem instaladas no local.</p>
MARÇO 2000	
23 mar. 2000, p. 3 Política	<p>Deputados aprovam fundo de previdência – Aprovado pela Assembleia Legislativa o projeto de lei complementar que institui o Regime de Previdência Estadual e regulamenta o Fundo Estadual de Previdência, elevando de 6% para 11% a alíquota de contribuição dos servidores. Várias reivindicações dos servidores foram acatadas, porém, alguns pontos discordantes referentes à gestão do órgão e valores das alíquotas permaneceram e prevaleceu o ponto de vista do governo, que manteve a alíquota de contribuição em 11%, embora a área técnica tenha sugerido que fosse de 13,78%.</p>
23 mar. 2000, p. 3B Cidades	<p>Ato contra aumento para a previdência – O encontro dos grevistas das áreas de saúde e de educação na Assembleia Legislativa ocorreu por conta do projeto de lei que cria o Fundo de Previdência Estadual. A votação prevista para o período da tarde foi adiada para a sessão especial à noite. Os trabalhadores montaram uma comissão para permanecer em vigília na assembleia com a intenção de sensibilizar os deputados e impedir a aprovação do projeto. A manifestação reuniu cerca de 3 mil pessoas.</p>
24 mar. 2000, p. 2	<p>Servidor contribuirá com 11% para fundo – O Projeto de lei que institui o Regime de Previdência e regulamenta o Fundo de Previdência Estadual foi aprovado, ontem, por 22 votos favoráveis e 11 contrários. As emendas apresentadas foram rejeitadas em sua maioria, sendo aprovado o projeto do governo quase na íntegra. A sessão especial, que contou com a presença de sindicalistas e representantes do governo, não foi de toda tranquila, e foi até solicitado pelo Presidente da Assembleia Legislativa a presença de uma tropa de choque policial que impedisse o acesso do público à assembleia. A lei deverá ser sancionada hoje pelo governador e entrará em vigor em 90 dias, após publicação no Diário Oficial do Estado. Os principais pontos são: criação do Fundo de Previdência, que será o gestor das aposentadorias e demais benefícios previdenciários dos servidores públicos estaduais, elevação da alíquota de contribuição dos servidores de 6% para 11% (a contribuição do estado para o fundo equivalerá ao dobro da dos servidores), criação do Conselho Estadual de Previdência (CEP), órgão normativo e deliberativo do fundo composto por seis representantes do governo e cinco escolhidos pelos servidores, e conselho fiscal. A gestão do fundo fica a cargo da diretoria do Ipasgo. Em caso de inadimplência do fundo, o estado garantirá o pagamento das aposentadorias.</p> <p>Insatisfeitos – A aprovação do fundo deixou insatisfeitos os representantes dos servidores e deputados da oposição. Segundo o Presidente do Sindicato dos Funcionários do Fisco do Estado de Goiás (Sindifisco), Sinomil Soares da Rocha, os servidores estão insatisfeitos por ter sido mantida a vontade do governo nos principais pontos do projeto. Para ele, um</p>

	<p>servidor que ganha acima de 1.800,00 de reais e paga cota integral ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) terá um desconto de 49,5% em seus salários, sendo 11% para o fundo de previdência, 6% para o Ipasgo normal e 5% de Ipasgo integral. Rubens Otoni e Denise Carvalho (deputados) apoiam a criação do fundo, mas com alíquota de 6% até ser concluído o censo cadastral.</p> <p>Líder fala da importância do projeto – Samuel Almeida, líder do governo na Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, diz que a criação do fundo aliviará os cofres públicos do governo, atualmente com gasto na folha de pagamento de servidores inativos em 36% da renda corrente líquida do estado. O Diretor do Ipasgo, Armando Vergílio, afirmou que a criação do fundo é a garantia dos servidores de recebimento integral de proventos de aposentadoria e pensão, e a análise de concessão de benefícios será feita por um único órgão especializado no assunto.</p>
<p>28 mar. 2000, p. 5B</p>	<p>CNEN [Comissão Nacional de Energia Nuclear] e médicos condenados a reparar danos do céσιο-137 (Waldineia Ladislau) – A Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo), o médico Amaurillo Monteiro de Oliveira, e o físico hospitalar, Flamarion Barbosa Goulart, foram condenados pelos danos ambientais ocasionados pelo acidente com o céσιο-137. A sentença proferida em ação civil pública foi proposta há quatro anos e seis meses pelo Ministério Público Federal em parceria com o Ministério Público Estadual. A CNEN foi condenada a recolher um milhão de reais para o Fundo de Defesa de Direitos Difusos (Lei nº 7.347/1985, Decreto nº 1306/1994) e a garantir atendimento médico-hospitalar, técnico, odontológico e psicológico às vítimas direta e indiretamente atingidas até a 3ª geração, viabilizar, se necessário, o transporte das vítimas em estado mais grave para a realização de exames, prosseguir com o acompanhamento médico da população de Abadia de Goiás, prestar eventual atendimento médico, em caso de contaminação, efetivar um sistema periódico de notificação epidemiológica sobre câncer e contribuir e auxiliar, no que for necessário, com o trabalho de monitoramento epidemiológico permanente da população de Goiânia, atualmente realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. O Ipasgo, o médico e o físico foram condenados à prestação pecuniária e a recolher cem mil reais, cada um, para o mesmo Fundo, tudo com juros moratórios desde o rompimento da cápsula de céσιο-137, ocorrido em setembro de 1987, e correção monetária desde o ajuizamento da demanda, em setembro de 1995. Parte da área onde ficava o antigo Instituto Goiano de Radiologia (IGR) foi adquirida pelo IPASGO. O artigo expõe sobre as responsabilidades da CNEN.</p>
<p>29 mar. 2000, JUDICIÁRIO</p>	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] afirma que já pagou por céσιο (Waldineia Ladislau) – O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) vai recorrer da sentença que condenou o órgão a pagar cem mil reais pelo acidente com o Céσιο-137. O Presidente do Ipasgo, Geovalter Corrêa dos Santos, diz que o Instituto já pagou quantia superior a esta ao prestar, há vários anos, assistência médica aos acidentados, gastando de sete mil reais a dez mil reais por mês, com as vítimas, que hoje são 139, divididas em três grupos.</p>
<p>ABRIL 2000</p>	
<p>28 abr. 2000, p. 4B Cidades</p>	<p>Ipasgo [Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás] e hospitais entram em guerra – A Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (Aheg) denuncia que a nova diretoria do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) quer sanear as contas do instituto à custa dos conveniados e da saúde dos usuários, restringindo remédios, exames e diárias de internação, com glosas entre</p>

	<p>15% e 17%. Antes, as glosas atingiam no máximo 5%. A Aheg ameaça paralisar os atendimentos aos usuários do Ipasgo ou até quebrar contratos com o instituto e cobra justificativas referentes às glosas. A direção do órgão rebate que apenas está fiscalizando melhor as faturas e que os próprios hospitais são culpados pelos cortes, porque apresentam cobranças indevidas e, muitas vezes, absurdas. O Ipasgo diz que seu quadro de auditores é insuficiente.</p> <p>Médico acusa corte de exames básicos – Os conflitos entre Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) e hospitais começaram no ano passado, com a edição de uma série de portarias da direção do Instituto, que foram posteriormente revogadas.</p> <p>Faturas em disquetes devem acelerar fiscalização – No próximo mês, a direção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo) pretende contratar mais quatorze profissionais, credenciar mais profissionais (a portaria já foi publicada) e continuar priorizando a auditoria das faturas para manter o pagamento em dia. Antônio Bauer, presidente do Ipasgo, anuncia que a fiscalização ficará mais ágil quando as faturas forem entregues em disquetes, o que está previsto para sessenta dias.</p>
FEVEREIRO 2002	
28 fev. 2002, p. 4B	<p>Ipasgo [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás] deixa de ser obrigatório para servidores – Uma das principais mudanças previstas na lei que cria o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo Saúde), promulgada ontem pela Assembleia Legislativa, e que entra em vigor em sessenta dias. Com o novo projeto: o Ipasgo Saúde livra-se do pagamento de aposentadorias de donos de cartórios, implicando economia ao estado de cerca de 7 milhões de reais anuais. A assistência à saúde será opcional. Será permitida a contratação por meio de convênio, de empresas privadas de assistência à saúde para prestação de serviços aos segurados, será criada uma contribuição mínima e máxima e estabelecidos tempo de carência e mecanismos de controle para a adesão e desligamento de segurados do Ipasgo Saúde. As alterações beneficiam os pais e filhos maiores de 21 anos do segurado, que passam a contribuir individualmente. O Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) tem, hoje, cerca de 400 mil usuários entre segurados e dependentes. Antônio Bauer, presidente do órgão, diz que apesar de não visar lucros, o órgão não pode ter déficit.</p>
MAIO 2002	
24 maio 2002, p. 4 Cidades	<p>Pais dependentes devem pagar taxa menor por plano – Anunciados novos valores das contribuições dos pais dos segurados que participavam do sistema como dependentes antes da implantação do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo Saúde), em 28 de abril. As contribuições terão um valor menor, beneficiando cerca de 20 mil pessoas e atendendo reivindicações das entidades representativas dos servidores. Com a redução, o Ipasgo Saúde deixará de arrecadar 473 mil reais por mês, déficit que será coberto por um fundo de reserva.</p>
31 maio 2002, Encarte do Ipasgo: Padrão de Qualidade	<p>Regional: descentralizar para melhorar – Hoje, o Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) conta com 478 mil segurados e dependentes; uma média mensal de 131.136 guias emitidas e 1.340 processos protocolados. O órgão foi descentralizado, administrativamente, na gestão de Antônio Bauer, dando origem, a partir de fevereiro de 2000, a regionais para atendimento ao usuário, prestando serviço de informação padronizado e de alta qualidade aos segurados. São onze regionais: Anápolis,</p>

ISO 9001

Catalão, Ceres, Formosa, Cidade de Goiás, Goiânia, Iporá, Itumbiara, Jataí, Luziânia e Porangatu, cada uma com uma agência e postos de autoatendimento. A pretensão é informatizar 60% dos postos no interior e quarenta deles já foram automatizados. As agências do interior possuem dotação orçamentária e realizam cadastros, emissão de guias, auditoria médica e abrem processos que são encaminhados à sede administrativa do Ipasgo, em Goiânia. À divisão do Ipasgo em agências foi conferido o selo ISO 9001.

Modernidade: cartão magnético e quiosques economizam tempo do usuário – O cartão magnético substituiu a tradicional carteirinha, representando rapidez no atendimento, confiabilidade para o usuário e possibilidade de gerenciamento do sistema pelo Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo), sem tantos papéis e burocracia para o segurado. Desta forma, o usuário pode obter autorização do atendimento direto no estabelecimento de saúde. Os pagamentos já podem ser feitos em casas lotéricas ou na rede bancária do estado ou em débito automático em conta corrente. Foram instalados, também, dez quiosques do Ipasgo na capital e Anápolis, para atendimento ao usuário.

Multiatendimento: quebra de paradigmas – O Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) aderiu ao Programa Vapt-Vupt. Um dos objetivos do Instituto é acabar com o servidor especialista, transformando-o em um profissional cada vez mais generalista e propenso a procurar quaisquer soluções para eventuais entraves.

Saúde mental: centro de referência em Goiás – Com serviços especializados em psicologia, fonoaudiologia e serviço social. O artigo especifica cada programa oferecido.

Ipasgo Saúde [Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás]: segurança para a família – O Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) adotou, em 28 de abril, o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo Saúde) pela Lei 14081/2002, que permite a inclusão de parentes no Ipasgo como dependente, mesmo fora do núcleo familiar. Aposentados e pensionistas com o benefício, antes da Emenda Constitucional nº 16, de 12 de março de 1997, continuarão gozando da assistência irrestrita do Ipasgo, no plano Ipasgo básico. Quem quiser o plano especial, deverá contribuir com um percentual de 11%. A matéria trata dos planos básico e especial, carências e permanência de dependentes no plano.

ISO 9001: conquista que merece respeito do povo goiano – Conquistada em janeiro 2001, marcou uma nova era no instituto e refletiu na supervalorização do servidor estadual segurado. Para tanto, o Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) teve que acabar com ranços burocráticos que acarretavam demora do atendimento e falta de uma política administrativa para a área previdenciária. Antes, o órgão convivia com filas intermináveis, dívidas, greves constantes dos prestadores, usuários insatisfeitos, funcionários desmotivados, caixa deficitário e uma imagem negativa na sociedade goiana. Para conseguir a ISO, o órgão precisou de dedicação, quebra de paradigmas, eliminação de privilégios, planejamento, visão moderna das relações empresa-cliente, atuação em equipe e trabalho árduo. O órgão priorizou a elaboração de planos de ação e a integração das áreas. No tocante às mudanças, percebe-se uso de conceitos usados no setor privado, decidindo-se por sistematizar esses processos e buscando a conquista da qualificação. O Ipasgo foi o primeiro instituto de previdência e assistência no Brasil a ganhar o selo ISO 9001. Fala sobre como a ISO foi implantada e traz o conceito de ISO.

Previdência: funcionalidade e rapidez – A Emenda Constitucional nº 29/2000 instituiu a

contribuição dos servidores de 6% para 11% e a do estado, como o dobro da contribuição dos servidores; instituiu o Conselho Estadual de Previdência (CEP). Por esta lei, o governo estadual criou o Fundo de Previdência Estadual, responsável pelo gerenciamento dos benefícios. Antes da lei, Goiás não tinha uma regra previdenciária de âmbito, jurídico e financeiro. Em janeiro 1999, o Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) devia 53 milhões de reais. Além disso, poucas cidades contavam com rede credenciada, restringindo o atendimento dos usuários. O déficit do Ipasgo era de 1 milhão de reais /mês. Antes da lei, a previdência dos servidores públicos era tratada como extensão da folha de pagamento, sem qualquer vinculação entre contribuição e plano de benefícios, em virtude da ausência de um ordenamento jurídico que estipulasse a forma de organização dos regimes próprios de previdência, do descontrole, da despadronização dos procedimentos relativos a administração desses regimes e da falta de exigência para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial. A situação gerou evasão de receitas de contribuição, tornando a gestão previdenciária ineficiente e obscura. Essa alteração comprometia em 22% a receita líquida estadual com pagamento de aposentados e pensionistas, contraindo um passivo atuarial de 11 bilhões de reais. Para readequar o sistema previdenciário e qualificar os serviços, fez-se uma avaliação jurídica, organizacional e atuarial do regime, e foi constatado que o Ipasgo tinha uma vocação eminentemente assistencial, ficando encarregado apenas de analisar processos de concessão de pensões e administrar um regime de previdência para serventuários da justiça não remunerados pelos cofres públicos, e o entrave burocrático e inexistência de uma base de dados organizada tornava complexa a avaliação atuarial do sistema previdenciário.

Mudança de ótica gerou economia e dinamismo – A partir de janeiro 1999, foram repactuados os valores pagos aos credenciados, adotada a política de medicamentos genéricos; ampliada a rede credenciada, reduzido os custos dos serviços odontológicos e ampliados os serviços, com a eliminação de terceirização dos setores de prevenção, urgência/emergência e das auditorias e realização dos serviços pela própria clínica do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo), movimentação de capitais, cujos repasses relativos ao desconto mensal dos funcionários ficavam estagnados nos cofres do Tesouro Estadual, em vez de serem feitos para o Ipasgo, firmados convênios com as prefeituras, com novo sistema que prevê o desconto do repasse no valor de parte do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) que o estado deve repassar para os municípios, remodelagem operacional do Fundo de Previdência. A absorção dos servidores do estado pelo fundo, foi remetida pela Lei Complementar nº 29 para sua regulamentação, absorvendo todos os servidores estaduais e condicionando essa absorção ao repasse regular do capital pelo Tesouro Estadual. Goiás conta com o Certificado de Regularidade Previdenciária (CRP), documento que atesta a regularidade do regime de previdência dos titulares de cargos efetivos de estados ou de municípios.

Ipasgo [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás] sem fila: segurado ganha rapidez e facilidades no atendimento – Com o cartão magnético, o usuário tem acesso a todos os serviços do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo), sem burocracia, sem entraves administrativos, e comodidade. Até agora, foram emitidos mais de 350 mil cartões (80% de todos os titulares, agregados e dependentes).

Benefícios: servidor pode aproveitar as vantagens do plano de saúde – O servidor pode aderir ao Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás (Ipasgo Saúde),

em virtude da fragmentação do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) em saúde e previdência que irá qualificar ainda mais o órgão. A contribuição com a previdência é obrigatória, com 11% de desconto na folha de pagamento. O restante do montante do Fundo de Previdência é aplicado pelo próprio estado. As contribuições pelo regime de repartição do fundo somam hoje 8 milhões de reais por mês para pagamento de inativos nesse sistema de transição. Contudo, a folha dos inativos é de 55 milhões de reais por mês. O déficit é coberto pelos cofres do estado. Com o novo sistema, o servidor desembolsa 11% sobre o salário, e o Estado, 22%, iniciando um processo de aplicações mensais que visam garantir os pagamentos decorrentes de aposentadorias e pensões.

Compromissos em dia – Números do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo): dívida e consultas.

Atualização: recadastramento permitiu conhecer perfil de servidores – Foi realizado o recadastramento, no ano 2000, de todos os servidores inscritos no sistema previdenciário estadual, encontrando 38 mil inativos, sendo 31 mil aposentados e 7 mil pensionistas, entre os 115 mil cadastros feitos. Os 350 que não fizeram o recadastramento foram excluídos da folha de pagamento de abril, em sua maioria, beneficiários já falecidos. Processos fraudulentos já estão sob investigação e foram arquivados na Delegacia de Crimes contra a Fazenda Pública Estadual e fizeram parte da política de saneamento de verbas. O Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) adotou leis compatíveis com as leis federais em razão da necessidade do estágio atual da administração nos âmbitos da saúde e da previdência. A revogação da legislação proporcionou a instituição do Fundo Estadual de Previdência.

Saúde bucal: programa prioriza prevenção – Capacidade de atendimento de 800 pessoas por mês, com objetivo de prevenir doenças orais e estimular a educação em saúde.

Ipasgo Atende: Cliente cada vez mais perto – Ipasgo [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás]: humanizando serviços. O projeto Ipasgo-Atende pressupõe: instalação de bebedouros, cadeiras, televisão e outros recursos nos locais de recebimento do público, atendimento direto ao usuário com um auditor médico e um advogado destacados para atendê-lo no próprio guichê, realização de pesquisas de opinião nos locais de atendimento avaliando conhecimento, cordialidade e rapidez do atendente, desburocratização do sistema e extinção de mediadores no atendimento, implantação de um serviço de atendimento pela Internet pelo *site*, em que o cidadão pode tirar guias e efetuar pagamentos em casas lotéricas, instalação de um painel com receitas e despesas do órgão, no pátio do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo). Dinamismo, modernidade, conforto, flexibilidade, satisfação do cliente.

Ipasgo [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás] em casa: atendimento domiciliar – O Programa Ipasgo Domiciliar, implantado em janeiro 2002, ainda em caráter experimental, para pacientes com longa permanência de internação ou internações repetidas, com visitas de um especialista do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) na casa do usuário, faz a consulta, delibera sobre exames e medica o paciente. Tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida do usuário que tinha de se locomover até um posto do Ipasgo para ser atendido. As equipes são formadas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e odontólogos. Antecessor do Ipasgo Domiciliar: o Ipasgo Família.

	<p>Serviço Social beneficia usuários de baixa renda – Para segurados de baixa renda em tratamento médico de alto custo acometidos das seguintes patologias: insuficiência renal crônica, hemodiálise, câncer e AIDS. As vítimas do cério também são beneficiadas. A concessão de vantagens leva em consideração a renda familiar e a especificidade de cada caso, após estudo socioeconômico, conforme a Portaria nº 20/2000. Para terapias complementares, a Portaria nº 138/2000 prevê a isenção da coparticipação aos usuários. Além disso, o Serviço Social faz o acompanhamento de processos de inclusão de dependentes e planejamento familiar.</p> <p>Tecnologia: software vai gerenciar sistema – O sistema informatizado é o responsável pelo gerenciamento dos planos de saúde de 5 milhões de brasileiros. É um sistema aberto e flexível, adaptado à nova regulamentação (Lei nº 9.656/98), podendo ser adaptado às necessidades do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipsago). Sua implantação teve início no Ipsago, em 27 de janeiro. Na próxima segunda-feira, os computadores do Ipsago já trabalharão com o novo programa.</p> <p>Órgão inicia adesão dos servidores da UFG [Universidade Federal de Goiás] – Feita na primeira quinzena de maio, com apresentação organizada pelo Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos da UFG (Sint-UFG), juntamente com a reitoria. Mais de três mil servidores serão beneficiados com o convênio. Este é o primeiro convênio firmado entre Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipsago) e outra instituição, permitindo acesso ao plano para não servidores públicos estaduais.</p> <p>Ipsago [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás] reduz contribuição de dependente maior inválido – A mudança foi divulgada em 28 de maio, fruto de discussões entre Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do estado de Goiás (Ipsago) e fórum das entidades representativas do Estado de Goiás, em razão das dificuldades de muitas pessoas em manter esses dependentes. Com a implantação do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás (Ipsago Saúde), esses dependentes não eram considerados do núcleo familiar, e, por isso as contribuições passaram a ser cobradas por cálculo atuarial. Com a mudança, a cobrança passa a ser pela remuneração, baseada na faixa salarial do segurado, beneficiando apenas aqueles que já eram segurados antes do Ipsago Saúde. Quem entrou após 28 de abril contribuirá conforme tabela de cálculo atuarial.</p> <p>Quadro: tabela com os valores e idades para permanência de dependente inválido.</p>
OUTUBRO 2002	
23 out. 2002, p. 4 Cidades	<p>Previdência: Pesquisa revela satisfação com Ipsago [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás] – Índices consideráveis de confiança e satisfação entre seus 550 mil usuários e 4,45 mil prestadores de serviços, segundo pesquisa realizada pelo órgão entre agosto e setembro deste ano, pelo Instituto Next Brasil. Com confiança de mais de 90% dos prestadores de serviços de pessoa jurídica e 80% entre médicos e outros profissionais. Entre os usuários, 83% acham o Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipsago) melhor ou igual aos demais planos existentes no mercado. O Ipsago teve 90 mil adesões de novos usuários desde sua criação em 28 de abril deste ano, com pedidos de exclusão de cerca de 10 mil.</p>
JULHO 2003	
17 jul. 2003,	<p>Mudança reduz em 16,5 milhões de reais previsão de economia – Conforme as mudanças</p>

p. 12 Política	<p>na reforma da previdência. O Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo) previa uma economia de 81,1 milhões de reais por ano com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 40 enviada pelo governo ao Congresso Nacional, cujas propostas eram: contribuição dos inativos, aumento da idade mínima para aposentadoria e o limite nas pensões (de até 70% do salário da ativa). O acordo político diminuiu essa expectativa para 64,6 milhões de reais. No ano de 2002, Goiás gastou 713,5 milhões de reais com despesas previdenciárias, gerando um déficit de 446,3 milhões de reais e esperando rombo maior para este ano. O Ipasgo fez uma estimativa de déficit de aproximadamente 720 milhões de reais /ano em 2020, considerando as alterações na proposta inicial do governo, explica o Diretor de Previdência do Ipasgo, Euzébio Ribeiro da Costa Junior. O déficit atuarial (diferença entre o que o governo paga e o que arrecada para a aposentadoria) da atual massa de funcionários, em Goiás, varia entre 11,1 bilhões de reais, com as regras em vigor, e 8,7 bilhões de reais, com a PEC original. No caso dos futuros servidores, o Ipasgo conta com um fundo de previdência capitalizado.</p> <p>Quadro: a previdência em Goiás – Diferenças entre os reflexos da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) original e as novas propostas.</p>
----------------	---