

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Silvana Maria Escorsim

O Sistema de Proteção Social dos servidores públicos federais no Brasil: As Políticas de Previdência e Saúde e a trajetória do Serviço Social, desde a Assistência Patronal até a GEAP – Fundação de Seguridade Social.

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Silvana Maria Escorsim

O Sistema de Proteção Social dos servidores públicos federais no Brasil: As Políticas de Previdência e Saúde e a trajetória do Serviço Social, desde a Assistência Patronal até a GEAP – Fundação de Seguridade Social.

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social - Área de concentração em Serviço Social, Políticas Sociais e Movimentos Sociais sob a orientação da Prof.a Doutora Regina Maria Giffoni Marsiglia.

SÃO PAULO
2010

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Banca Examinadora:

Agradecimentos

Aos meus familiares pela paciência que tiveram comigo neste período de dedicação ao trabalho.

A Sra. Cassandra Grahl Passos, Gerente Regional da GEAP no Paraná e a Sra. Rita Miako Yamamoto, Gerente de Serviços aos Clientes, pelo apoio na realização desta pesquisa.

Meu profundo agradecimento às Assistentes Sociais que participaram da pesquisa de campo e contribuíram para a construção do conhecimento junto a GEAP:

*Efigênia Mendes Rocha - Piauí
Maria Inez Marques Bastos – Espírito Santo
Marta Maria Sales Silva – São Paulo
Mary Menezes Barbosa Pimentel - Ceará
Nina Rosa Escorsim - Paraná
Rogéria Goedert K. Bruhl – Santa Catarina
Rosemeire Alves Aguiar – São Paulo
Salette Vendrusculo Garcia – Rio Grande do Sul
Simone Gorgen Zeca – Rio Grande do Sul
Vânia Maria F. dos S. Dias – Piauí.*

Às Assistentes Sociais aposentadas cujos depoimentos possibilitaram-me resgatar a trajetória histórica do Serviço Social na Previdência Social e elucidar as muitas determinações sociais que influíram na constituição e desenvolvimento desta política:

*Helena Bertho da Silva – Rio de Janeiro
Maria Regina de Oliveira Vieira – São Paulo
Neusa Mendes Guedes – Santa Catarina
Rosete Pereira Hilú – Paraná.*

Às Professoras Doutoras Maria Carmelita Yazbek e Maria Olinda C. Santos Carreira pelas contribuições oferecidas ao meu trabalho por ocasião da banca examinadora de qualificação.

A minha orientadora Professora Doutora Regina Maria Giffoni Marsiglia a quem devo o meu aprendizado sobre a Política de Saúde no Brasil e ao ofício de pesquisadora, no percurso do Mestrado e Doutorado junto a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Muito Obrigada!

Nunc Sola Navigo

Agora Navego Só

Beatriz Nocera, 1999.

RESUMO

A presente tese se propôs a resgatar a constituição e o percurso sócio-histórico das políticas protetivas no Brasil, com destaque para a saúde e previdência social, particularizando aquelas destinadas a um segmento dos servidores públicos federais. Neste contexto, buscou elucidar a inserção e o trabalho dos Assistentes Sociais junto a Assistência Patronal, criada em 1945 para prestar assistência médica e social aos funcionários do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários – IAPI, até a sua sucessora: a GEAP – Fundação de Seguridade Social, privatizada em 1990.

O estudo caracterizou-se como histórico – institucional e reconstituiu a trajetória das políticas de saúde, previdência social e saúde supletiva, suas contradições e desdobramentos derivados das diferentes conjunturas, a partir do modelo de desenvolvimento capitalista adotado no Brasil. Neste processo, o Serviço Social foi alçado à condição de objeto de investigação, desde sua inauguração junto ao sistema previdenciário até a GEAP.

Para a pesquisa de campo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com duas profissionais que atuaram junto ao IAPI, IAPC e posteriormente no INPS, tendo como referência a metodologia da História Oral. Também, foram analisados questionários com perguntas estruturadas e semi-estruturadas oriundos das profissionais vinculadas à própria GEAP, classificadas em dois grupos: em atividade e já aposentadas.

Os resultados da pesquisa demonstraram que a trajetória das políticas protetivas foi permeada pelo antagonismo entre dois projetos políticos em disputa: um privatista e outro universalizante – estatal, vigorando hoje um sistema dual. Também se evidenciou mudanças nos modelos assistenciais que configuraram as práticas dos Assistentes Sociais no percurso histórico – institucional que se constitui, na atualidade, por processos de atenção coletivos desenvolvidos nos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, na perspectiva do direito social.

Palavras – chave: Previdência, Saúde, Saúde Supletiva e Serviço Social.

ABSTRACT

The present thesis proposes rescuing the Brazilian constitution and the history course of the country protective policies, mainly referring to health and social security addressed to federal public employees. In this context, the present thesis sought to explain the Social Worker insertion into the Employers' Assistance created 1945 to provide health and social care to the Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários – IAPI (*Industrial Worker Retirement and Pension Institute*) until it was replaced by: GEAP – Fundação de Seguridade Social (*Social Security Foundation*), privatized in 1990.

This study is considered to be historical/institutional and restores the health policy, social security and supplementary health trajectories with their contradictions and unfolding derived from different conjunctures, all based on the capitalist development model adopted by Brazil. In this thesis the Social Welfare Work was raised to a status of object of an investigation comprising a period from the time it was created up to the establishment of GEAP.

Using the Oral History methodology as a reference, the field research performed semi-structured interviews with two professionals who worked for IAPI, IAPC and afterwards for INPS. It also analyzed questionnaires comprising structured and semi-structured questions designed by two groups of GEAP professionals: currently working and retired professionals.

The research results showed the protective policy trajectory was permeated by the antagonism between two political projects: one was private-driven and the other was universal-driven – State. Today a dual-system is in effect. Also, there were changes in the attendance models that shaped the social welfare worker practices throughout the Historical/institutional trajectory. Nowadays, these practices comprise collective attendance processes developed under health and disease prevention programs and from the social rights perspective.

Key-words: Social Security; Health; Supplementary Health; Social Welfare Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro nº. 1 Distribuição dos Assistentes Sociais e psicólogos nas regionais da GEAP:.....	31
Quadro nº. 2 Comparativo entre os Institutos dos serviços e benefícios operacionalizados:.....	94
Quadro nº. 3 Comparação entre a Assistência Patronal e a Assistência Previdenciária no IAPI:.....	123
Quadro nº. 4 Distribuição de usuários por tipo de contratação, segundo a modalidade da operadora:.....	186
Quadro nº. 5 Contribuição para o ano de 2006:.....	200
Quadro nº. 6 Plano de custeio 2009:.....	203
Quadro nº. 7 Percapitas patronais de janeiro de 2008 a julho de 2009:.....	203
Quadro nº. 8 Custeio do Plano GEAP Saúde II a partir de janeiro de 2009.....	219
Quadro nº. 9 Custeio do Plano GEAP Clássico a partir de janeiro de 2009:.....	224
Quadro nº. 10 Plano de custeio do GEAP Essencial a partir de janeiro de 2009:....	228
Quadro nº. 11 Plano de custeio do GEAP Referência a partir de janeiro de 2009: 232	
Quadro nº. 12 Plano de custeio dos planos de saúde da GEAP – 2010:.....	233
Quadro nº. 13 Cronograma / Grupos de Trabalho:.....	287

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº. 1 Estados de lotação das Assistentes Sociais pesquisadas:.....	296
Gráfico nº. 2 Colação de Grau em Serviço Social:.....	297
Gráfico nº. 3 Ano de contratação das Assistentes Sociais na GEAP:.....	298
Gráfico nº. 4 Experiência profissional na área da saúde anterior a GEAP:.....	299
Gráfico nº. 5 Natureza das organizações de saúde onde as Assistentes Sociais trabalharam:.....	300
Gráfico nº. 6 Programas do Plano de Assistência Social em que atuam:.....	301
Gráfico nº. 7 Programas do Plano de Assistência à Saúde em que atuam:.....	307

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social;
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo;
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;
AC	Administração Central;
AIS	Ações Integradas de Saúde;
AMB	Associação Médica Brasileira;
ANFIP	Associação Nacional dos Fiscais de Contribuições Previdenciárias;
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar;
APA	Adiantamentos;
APD	Assistência Odontológica;
APE	Assistência Especializada;
APH	Assistência Hospitalar;
API	Assistência Cirúrgica;
APM	Assistência Médica;
APN	Assistência à Maternidade;
ARENA	Aliança Renovadora Nacional;
ASSEPAS	Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde;
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico;
BNH	Banco Nacional de Habitação;
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões;
CBCISS	Comitê Brasileiro da Conferência Internacional de Serviço Social;
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social;
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde;
CEME	Central de Medicamentos;
CFM	Conselho Federal de Medicina;
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças;

CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde;
CLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido;
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho;
CNS	Conselho Nacional de Saúde;
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados;
CNT	Conselho Nacional do Trabalho;
CODAP	Comissão Diretora de Assistência Patronal;
COFINS:	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social;
CONAD	Conselho de Administração;
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde;
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
CONDEL	Conselho Deliberativo;
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar;
CONSULT	Conselho Consultivo;
CPI	Comissões Parlamentares de Inquérito;
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira;
CRR	Conselho Regional de Representantes;
CRM	Conselho Regional de Medicina;
DAG	Departamento de Administração Geral
DAM	Departamento de Assistência Médica;
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social; Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (nome atual);
DF	Distrito Federal;
DG	Direção Geral;
DGS	Direção Geral de Serviço;
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais;
DNPS	Departamento Nacional de Previdência Social;
DNS	Departamento Nacional de Saúde;
DOU	Diário Oficial da União;
DPF	Departamento da Polícia Federal;
DPRF	Departamento da Polícia Rodoviária Federal;

DNPM	Departamento Nacional de Produção Mineral;
DRU	Desvinculação das Receitas da União;
EC 29	Emenda Constitucional nº. 29;
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente;
EFPC	Entidade Fechada de Previdência Complementar;
EFPP	Entidade Fechada de Previdência Privada;
ESG	Escola Superior de Guerra;
EUA	Estados Unidos da América;
FACR	Fundação Abrigo do Cristo Redentor;
FAD	Fundo de Administração;
FAP	Fundo de Assistência Patronal;
FAS	Fundo de Assistência a Saúde;
FAS	Fundação de Ação Social de Curitiba;
FBH	Federação Brasileira de Hospitais;
FCBIA	Fundação Centro Brasileiro para Infância e Adolescência;
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
FENASPS	Federação Nacional das Associações de Servidores da Previdência Social;
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
FHC	Fernando Henrique Cardoso;
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social;
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo;
FMI	Fundo Monetário Internacional;
FPF	Fundo de Pecúlio Facultativo;
FSE	Fundo Social de Emergência;
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem – Estar do Menor;
FUNAI	Fundação Nacional do Índio;
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural;
GAPEC	Gerência-Adjunta de Previdência Complementar;

GCON	Gerência de Controle de Qualidade;
GEAFI	Gerência de Administração e Finanças;
GEAP	Grupo Executivo de Assistência Patronal;
GEPROM	Gerência de Promoção da Saúde;
GESAU	Gerência de Assistência à Saúde;
GSER	Gerência de Serviços aos Clientes;
GESSIS	Gerência de Assistência Social;
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social;
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários;
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes;
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários;
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos;
IAPETEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Carga;
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões;
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Nacionais Renováveis;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IN	Imprensa Nacional;
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor;
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social;
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social;
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado;
ISSB	Serviços Sociais do Brasil;
L.B.A	Fundação Legião Brasileira de Assistência;
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias;
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social;
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social;
LOS	Lei Orgânica da Saúde;
MDB	Movimento Democrático Brasileiro;
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio Exterior;
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome;

MEC	Ministério da Educação e Cultura;
MJ	Ministério da Justiça;
MME	Ministério das Minas e Energia;
MP	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social;
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde;
MT	Ministério do Trabalho;
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego;
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social;
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio;
MVR	Maior Valor de Referência;
NOB	Norma Operacional Básica;
OCDE	Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento;
OMS	Organização Mundial da Saúde;
ONU	Organização das Nações Unidas;
OR	Ordem de recolhimento;
OTN	Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional;
PA	Posto de Assistência;
PAB	Piso Assistencial Básico;
PAPS	Plano de Ação para a Previdência Social;
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público;
PDS	Partido Democrático Social;
PGC	Programa de Gerenciamento de Casos;
PIB	Produto Interno Bruto;
PIS	Programa de Integração Social;
PP	Partido Progressista;
PPA	Plano de Pronta Ação;
PPGR	Programa de Prevenção e Gerenciamento de Riscos;
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde;
PRN	Partido da Renovação Nacional;

PROASP	Programa de Assistência Patronal;
PROCONS	Coordenadorias de Proteção ao Consumidor;
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural;
PT	Partido dos Trabalhadores;
RET	Regime Especial de Tributação;
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor;
SADT	Serviços de Diagnose e Terapia;
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social;
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social;
SPC	Secretaria de Previdência Complementar;
STF	Supremo Tribunal Federal;
SUS	Sistema Único de Saúde;
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde;
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados;
TCB	Título de Cobrança Bancária;
TCU	Tribunal de Contas da União;
TFD	Tratamento Fora do Domicílio;
TISS	Troca de Informações de Saúde Suplementar;
TRT/SC	Tribunal Regional do Trabalho de Santa Catarina;
UFS	Universidade Federal de Sergipe;
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde;
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas;
URV	Unidade Real de Valor;
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

Introdução.....	18
- Objeto de pesquisa.....	23
- Objetivos da Pesquisa.....	25
- Objetivos Específicos.....	25
- Justificativa.....	26
- Metodologia de Investigação.....	27
CAPÍTULO I:	
A constituição da Saúde Pública e da Previdência Social no Brasil.....	34
1.1 A Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS.....	52
1.2 Nova fase da centralização na Previdência Social.....	59
1.3 A década de 80: Dois projetos em debate na saúde – A Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal.....	63
1.4 O Avanço do Projeto Neoliberal.....	71
1.5 O governo de Luís Inácio Lula da Silva.....	84
CAPÍTULO II:	
O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários: A instituição da Assistência Patronal e sua transformação na GEAP – Fundação de Seguridade Social.....	88
2.1 A constituição da Assistência Patronal na década de 40.....	113
2.2 A uniformização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.....	122
2.3 A criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS: a ampliação da Assistência Patronal.....	130
2.4 A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS.....	135
2.5 A instituição do Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP.....	141
2.6 A criação da GEAP – Fundação de Seguridade Social.....	146

CAPÍTULO III:

A constituição da Saúde Supletiva no Brasil e a GEAP na atualidade.....	157
3.1 A criação do órgão regulador da Saúde Supletiva.....	175
3.2 A GEAP – Fundação de Seguridade Social na atualidade: estrutura, organização e cobertura assistencial.....	188
3.2.1 Estrutura e organização administrativa.....	189
3.2.2 Os desafios da GEAP no novo milênio.....	193
3.2.3 A nova perspectiva da GEAP – a operacionalização dos Multiplanos.....	199
3.2.4 Planos operacionalizados e coberturas assistenciais.....	203

CAPÍTULO IV:

A trajetória histórica do Serviço Social na Previdência, sua inserção na Assistência Patronal e na GEAP.....	235
4.1 A institucionalização do Serviço Social no Brasil.....	235
4.2 A incursão do Serviço Social na Previdência Social.....	241
4.3 A ideologia do desenvolvimentismo e o Serviço Social.....	251
4.4 O Movimento de Reconceituação.....	262
4.5 A emergência do Projeto Ético – Político no Serviço Social.....	276
4.6 A onda neoliberal no Brasil: a privatização da GEAP e a re-inserção do Serviço Social na Fundação.....	279
4.7 Formação e trabalho: a intervenção profissional das Assistentes Sociais da GEAP.....	295
Considerações finais.....	330
Referências bibliográficas.....	337
Anexo A.....	344
Anexo B.....	348
Anexo C.....	350

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constituiu-se num desafio: resgatar a trajetória do sistema de proteção social de um segmento dos servidores públicos federais no Brasil e nele a inserção sócio-histórica e o trabalho dos Assistentes Sociais, desde a Assistência Patronal, órgão de assistência médica e social dos funcionários do extinto Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, inaugurado na década de 40, até a sua transformação numa fundação de direito privado sem fins lucrativos na década de 90: a GEAP – Fundação de Seguridade Social.

O interesse da pesquisadora pelo tema nasceu da prática profissional, como Assistente Social, junto à GEAP – Fundação de Seguridade Social desde 1990, num período histórico em que esta organização deixou de ser um órgão do serviço público federal, localizado no interior do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, para se transformar numa Entidade Fechada de Previdência Complementar, a qual é também uma operadora no campo da saúde supletiva¹.

Um aspecto interessante na constituição desta nova organização é que apesar de ter sido considerada um fundo de pensão, por administrar um pecúlio facultativo, também operacionaliza planos de saúde e de assistência social, o que a caracteriza como uma autogestora multipatrocinada da saúde supletiva, com serviços historicamente prestados desde a sua antecessora, a Assistência Patronal.

A princípio, poder-se-ia pensar que estudar a história da Previdência Social no Brasil em seus múltiplos desdobramentos e a conseqüente inserção dos Assistentes Sociais se constituiria campo de análise suficiente para explicar as relações sócio-ocupacionais desta profissão e suas respostas profissionais às conjunturas políticas, advindas das determinações estruturais da sociedade, em particular da constituição

¹ A terminologia suplementar foi descrita por MESQUITA (2002:85) como um acréscimo à assistência integral e universal prestada ao Sistema Único de Saúde – SUS.

e desenvolvimento do sistema previdenciário e a inserção da assistência à saúde neste cenário.

Contudo, o objeto em análise situa-se num contexto vasto e complexo, que se insere na história nacional a partir da constituição do sistema de proteção social brasileiro². Desse modo, o campo de investigação amplia-se para a intersecção das políticas sociais, desde as suas protoformas no século XIX, com benefícios previdenciários pontuais, restritos e uma saúde praticada em sua maioria por curandeiros e boticários, até o ponto de inflexão produzido pela Lei Eloy Chaves, em 1923, marco histórico do início da proteção social no país.

Para MERHY (1992) e ACIOLE (2006) a saúde considerada como política decorre da ação e do protagonismo de indivíduos e grupos sociais, o que torna necessário o estudo dos momentos históricos, os quais são reveladores dos mecanismos sociais, políticos e econômicos que produziram modelos assistenciais, segundo lógicas divergentes à medida que se configuraram distintos projetos e distintos atores sociais e coletivos. Os reflexos deste campo de disputas reforçaram no imaginário, historicamente, a relação dicotômica entre público e privado, curativo e preventivo, individual e coletivo.

Componente da seguridade social, a saúde está constituída hoje por um subsistema estatal (público) e um subsistema privado. Estas esferas são desenhadas em função das práticas sociais que organizam as ofertas de serviços e ações regulamentadas, num processo de permanente tensão entre as categorias cidadania e consumidor (ACIOLE, 2006), resultantes da interface entre o Estado e o mercado na busca da realização de seus projetos políticos, sociais e econômicos.

Neste sentido, a partir das relações entre o público e o privado nas políticas protetivas, em especial na previdência e na saúde, foi que se buscou percorrer o território histórico em que estas se constituíram como política e como campo de prática de seus agentes. O estudo iniciou no Brasil colonial situando a configuração de uma sociedade elitista e patrimonialista, em que os recursos públicos foram

² Para um maior aprofundamento sobre a constituição e desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro, em particular nas políticas de saúde e previdência, é necessário consultar os clássicos trabalhos de BRAGA e GÓES DE PAULA (1981), CORDEIRO (1994), MALLOY (1986), MENDES (1999), e OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986).

apropriados pelos interesses privados, às práticas no campo da saúde, como também uma incipiente e pontual ação no campo previdenciário. Prosseguiu com a formação do Estado republicano, e a inserção da lógica higienista na medicina brasileira, com o modelo do Sanitarismo Campanhista no combate das principais epidemias. Situou o nascimento da previdência social e sua transformação nos principais Institutos de Aposentadorias e Pensões das várias categorias profissionais, com destaque para o Instituto dos Industriários, berço da Assistência Patronal.

O desenvolvimento do sistema protetivo deu-se na Era Vargas com a consolidação da sociedade salarial de massa e a promulgação da legislação trabalhista e previdenciária. A trajetória do estudo perpassou o mecanismo de uniformização da previdência com a Lei Orgânica da Previdência, e a unificação do sistema com o Instituto Nacional de Previdência Social consolidado no período ditatorial. Neste, o desenvolvimento da medicina previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O percurso das políticas protetivas no Brasil sofreu novas determinações num contexto mundial de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais emergentes nos anos 60 com a expansão do capitalismo. A Guerra Fria protagonizada pelos Estados Unidos, liderança capitalista e pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, liderança do pólo socialista, trouxe conseqüências para a América Latina com a emergência de governos militares ditatoriais que impuseram um modelo econômico de desenvolvimento excludente e subordinado ao capital. Na esfera pública e social, o Brasil viveu a supressão das liberdades civis e políticas, acompanhado pelo incremento de políticas assistenciais regulatórias.

A reconquista da democracia exigiu esforços mobilizadores dos movimentos sociais e políticos num contexto econômico assolado pela crise internacional do capital, cuja repercussão no país foi a intensificação da dívida externa, inflação, desemprego estrutural, aprofundamento da pobreza e da desigualdade social. As políticas de proteção, fundadas no aparato técnico – burocrático do Estado, sofreram as conseqüências da crise no aumento de sua demanda por serviços e benefícios, sem a contrapartida de arrecadação em seus fundos, visto o elevado custo de mais

de duas décadas de investimentos públicos no setor privado, em particular na área da saúde, para a execução dos serviços médicos especializados.

A saúde pública, de caráter preventivo e de baixo custo assistencial, sempre fora colocada na periferia do sistema, com poucos investimentos do fundo público; a Previdência Social salvaguardava apenas os segurados contribuintes amparados pelo vínculo trabalhista, através do INAMPS, instituição integrante do aparato técnico-burocrático do Estado para a qual se atribuiu o desenvolvimento do modelo médico – assistencial privatista (MENDES, 1999).

O movimento sanitário, constituído politicamente pelos intelectuais, trabalhadores da saúde, e entidades organizadas como CEBES e ABRASCO³, capitaneou junto aos demais movimentos civis organizados, a proposta de desmercantilização e ampliação das políticas públicas, defendendo a universalização da saúde, como direito constitucional garantido pelo Estado. Esta concepção, gestada desde a década de 60, influenciou decisivamente a Constituição de 1988, num momento político – econômico de profunda crise fiscal do Estado, não sem encontrar oposição nos setores privatistas, defensores das políticas de mercado.

Contudo, ainda que a Carta Magna tenha expressado a garantia destes direitos, asseverando a existência do campo de Seguridade Social, a sua efetivação encontrou frentes antagônicas e suas políticas neoliberalizantes, constituindo um campo dicotomizado entre a prestação dos serviços e benefícios públicos estatais e do sistema operacionalizado pelo setor privado, caracterizado como suplementar ao primeiro. Evidenciou-se a disputa entre dois projetos sanitários: o universalista com o Sistema Único de Saúde e o derivado do modelo neoliberal de caráter privatista.

Sem dúvida, o estudo sócio-histórico sobre o impacto e os desdobramentos que cada conjuntura (em seu aspecto social, político e econômico) impôs ao avanço das políticas de previdência social e da saúde, sinalizou as mudanças nos modelos assistenciais adotados: ora pela via do seguro social com tendências a mercantilização dos serviços e benefícios com privilegiamento do setor privado, ora

³ CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em 1976, tem como eixo a luta pela democratização da saúde e da sociedade. ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Criada em 1979, tem como objetivo congregar os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva.

pela via da seguridade social com tendências a universalização das políticas públicas, no qual o Estado é o depositário dos mecanismos de políticas compensatórias. A questão mais contundente é a de que o Estado brasileiro assumiu estas tendências de gestão, na saúde previdenciária, na consolidação do modelo médico – assistencial privatista, e posteriormente no modelo de universalização excludente.

Foi no percurso histórico das políticas de proteção social, anterior a Constituição Federal de 1988 e posterior a ela, nas especificidades da previdência e da saúde, que se pretendeu situar o Serviço Social, sua emergência, projetos profissionais eleitos nestes modelos assistenciais, arsenal teórico-metodológico e ético-político que qualificaram o seu espaço sócio-ocupacional e configuraram sua intervenção junto aos usuários, que neste caso específico são os servidores públicos federais e seus dependentes familiares.

Neste aspecto, as duas políticas públicas: previdência e saúde conjugaram-se para situar o objeto do estudo, cuja relevância recaiu no trabalho dos Assistentes Sociais numa particularidade: o sistema de proteção social dos servidores públicos federais, cujo histórico é de uma organização pública perpassada por diferentes modelos assistenciais até a ultrapassagem desta à esfera privada, a GEAP – Fundação de Seguridade Social, como autogestora multipatrocinada na saúde supletiva, a qual congrega hoje quase noventa entidades, autarquias e órgãos públicos.⁴

Assim, este trabalho procurou resgatar a trajetória da atenção médica – previdenciária a sua transformação em saúde supletiva, e no seu interior a ação profissional dos Assistentes Sociais a partir do desenvolvimento destas políticas, nos campos estatal e privado e mais recentemente em seu sistema dual⁵, com o intuito de explicá-la no movimento histórico da sociedade como produto de relações sociais, na complexa teia da reprodução da vida social.

⁴ A relação destas entidades, autarquias e órgãos do poder público federal e em alguns casos estaduais, encontram-se no anexo A deste trabalho.

⁵ A análise sobre o sistema dual na saúde brasileira encontra-se em MENICUCCI (2007).

As tendências teóricas, metodológicas e éticas do Serviço Social e sua intervenção nesta realidade social só puderam ser desveladas na medida em que se interpretou o desenvolvimento capitalista no Estado brasileiro em diferentes conjunturas. Este imprimiu estratégias e relações por vezes seletivas, setoriais, antagônicas e heterogêneas no atendimento as demandas coletivas da classe trabalhadora, na clivagem derivada das políticas de previdência e de saúde emanadas do poder público. O próprio movimento da sociedade imbuíu a esta profissão a necessidade de eleger seu acervo intelectual, fundado em doutrinas e nas principais matrizes do pensamento social em voga no século XX, inserindo um debate não menos tenso e por vezes antagônico, com o qual seus profissionais integraram o quadro das profissões da saúde e intervém na realidade social de seus usuários, na contraditória relação saúde – doença.

O OBJETO DE PESQUISA

Com referência a institucionalização e os desdobramentos históricos que configuraram o Serviço Social no Brasil, emergiu a necessidade de resgatar e compreender a trajetória histórica desta profissão junto a GEAP – Fundação de Seguridade Social, a partir de sua antecessora, a Assistência Patronal, identificando as contradições histórico – sociais das diferentes conjunturas e seus pontos de inflexão que conformaram funções sócio- institucionais determinando papéis sócio – ocupacionais, e assim, possibilitando desvendar o sentido e a direção destas funções.

O Serviço Social brasileiro avançou no debate das questões estruturais capitalistas e as repercussões da questão social nas relações sociais da classe trabalhadora, e consolidou uma postura que tem procurado intervir na reprodução da força de trabalho, tanto na dimensão material, como sociopolítica e ideocultural, no sentido da emancipação do ser social. Reconfigurou sua prática no sentido de retraduzir os valores ético-políticos, defender direitos humanos, da justiça, da

liberdade, da equidade e da democracia como diz SARMENTO⁶, com forte participação e aliança junto às classes populares. Isto possibilitou ao profissional conquistar um novo perfil: o da competência teórica, técnica e política.

A inquietação da pesquisadora localizou-se sobre as atuais demandas sociais postas ao trabalho dos assistentes sociais e suas respostas profissionais, junto à particularidade da GEAP, entendendo a profissão como inserida na divisão sócio - técnica do trabalho coletivo (IAMAMOTO, 1982) no campo da saúde supletiva. Assim, interrogou-se de que modo às mudanças históricas ocorridas junto à natureza jurídica da Fundação e a nova configuração dos programas e serviços emanados da Direção Executiva, sediada em Brasília – DF, através das seguintes gerências: Gerência de Promoção à Saúde, Gerência de Assistência Social e Gerência de Saúde, possibilitaram alcançar avanços, manutenção ou retrocessos no atendimento das demandas dos usuários, com vistas a sua emancipação e, em especial, buscou-se clarificar e debater as dimensões teórico-metodológicas, técnicas-operativas e aproximação ao projeto ético-político profissional.

Uma vez que o presente trabalho se propôs a realizar um resgate histórico no período compreendido entre a criação da Assistência Patronal até o presente momento, nas áreas de prestação dos serviços de saúde e de assistência social da GEAP e a inserção e o trabalho dos assistentes sociais, delimitou-se o seguinte objeto da pesquisa:

A constituição e as mudanças no sistema de proteção social dos servidores públicos federais – da Assistência Patronal até a GEAP – Fundação de Seguridade Social e a trajetória dos Assistentes Sociais.

⁶ SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. Brasília: UNB, CEAD, 2000. p.98.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

O presente estudo tem como objetivos:

Objetivo Geral:

Resgatar a trajetória do Sistema de Proteção Social dos Servidores Públicos Federais no Brasil e a inserção do Serviço Social neste processo, desde a Assistência Patronal, em 1945, até a sua sucessora GEAP – Fundação de Seguridade Social, autogestora multipatrocinada na saúde supletiva.

Objetivos Específicos:

- Evidenciar os pontos de inflexão na história institucional, as contradições histórico–sociais nas diferentes conjunturas brasileiras que conformaram as políticas de previdência e saúde e delimitaram os objetos de intervenção profissional;

- Elucidar a trajetória histórica do Serviço Social nesta organização, as funções sócio–institucionais, papéis sócio – ocupacionais que caracterizam o trabalho dos assistentes sociais desde a Assistência Patronal até a GEAP;

- Caracterizar e refletir sobre o trabalho dos assistentes sociais junto a GEAP na contemporaneidade em suas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

- Desvendar o sentido e a direção das funções sócio-ocupacionais a partir das mudanças e/ou continuidades ocorridas no trabalho do assistente social após o processo de privatização da Assistência Patronal que a transformou na GEAP – Fundação de Seguridade Social;

JUSTIFICATIVA

O projeto proposto intencionou resgatar os aspectos mais complexos e ricos na historiografia brasileira no que diz respeito às Políticas de Saúde e Previdência Social em uma particularidade: a criação e o desenvolvimento da Assistência Patronal, órgão de prestação de serviços de saúde e assistência social do extinto IAPI e em seu interior a trajetória do Serviço Social, sua inserção junto à constituição do sistema protetivo e mais contemporaneamente na GEAP – Fundação de Seguridade Social, caracterizada como uma Entidade Fechada de Previdência Complementar e Autogestora na saúde supletiva.

Ainda que a literatura do Serviço Social tenha se debruçado e procedido à reflexão crítica quanto à constituição histórica desta profissão⁷ engendrada no contexto da produção e reprodução social da sociedade capitalista, muitos aspectos particulares da construção do Serviço Social junto ao nascente sistema de proteção social brasileiros sequer foram identificados e alçados a condição de objeto de estudo.

A contribuição deste estudo deu-se na ampliação destes conhecimentos, com a descoberta de singularidades e particularidades constitutivas da história, pois a política previdenciária no Brasil foi campo da inserção e atuação profissional, em menos de uma década após a institucionalização do Serviço Social no Brasil. Tornou-se relevante a tese de que o sistema previdenciário constituiu-se numa das primeiras políticas públicas nas quais os Assistentes Sociais intervieram em mais de uma área, no interior dos Institutos: no seguro social, na assistência médica e na habitação, atuando junto aos segurados e seus familiares.

A partir das fontes bibliográficas consultadas, até então, constatou-se que apenas a história e a atuação profissional dos Assistentes Sociais do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC) havia sido documentada, como campo interventivo junto ao nascente sistema previdenciário e não dos demais institutos. Assim, a tarefa proposta foi resgatar a trajetória histórica do trabalho

⁷ IAMAMOTO (1982); NETTO (1994); YASBEK (1993).

profissional junto a Assistência Patronal do extinto Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), perseguindo o curso histórico até a sua transformação em GEAP, como autogestora multipatrocinada que opera planos de saúde e produtos previdenciários.

Outro aspecto significativo quanto à importância da temática escolhida foi o fato de que muitos documentos perderam-se sem o devido tratamento científico, o que levou a necessidade de resgatar as diversas conjunturas sócio-históricas, a partir tanto dos documentos existentes quanto dos depoimentos dos Assistentes Sociais que estiveram inseridos nestas organizações previdenciárias e desenvolveram suas intervenções sociais, até a atualidade da prática profissional no interior da GEAP.

A trilha desbravada colocou-se como necessária e relevante, tendo em vista os 68 anos de existência do Serviço Social junto a Previdência Social brasileira, como também, a contemporânea inserção profissional dos Assistentes Sociais junto às operadoras de saúde suplementar, área de conhecimento ainda pouco explorada e conhecida, o que faz desta abordagem quase inédita. Eis o desafio da pesquisadora e a relevância do estudo ora em tela.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Para atingir os objetivos propostos recorreu-se a pesquisa qualitativa, uma vez que a dimensão do objeto eleito requer a descrição histórico-social do fenômeno, buscando captar a sua essência. Conforme TRIVIÑOS (1987:128-129), a pesquisa deve situar-se numa realidade muito mais ampla e complexa, distinguindo nela uma base, ou infra-estrutura e uma superestrutura.

Esta metodologia possibilitou a apreensão do fenômeno indutivamente, porém ao mesmo tempo, ao descobrir sua aparência e essência, aliou-se um suporte teórico que atuou dedutivamente, alcançando validade à luz da descrição das práticas sociais.

Tendo em vista a particularidade do objeto, a escolha do Estudo Histórico – Institucional foi necessária, uma vez que o interesse recaiu sobre a vida de uma instituição, em seus muitos desdobramentos conjunturais, os quais foram investigados exaustivamente, a partir das pesquisas bibliográficas e documentais, aliados ao recurso do Depoimento Oral e aplicação de questionários com os sujeitos significativos deste processo.

Estas técnicas de pesquisa entrecruzaram-se e possibilitam o desvelamento do objeto de estudo, tendo como ponto de partida à vasta literatura produzida no país e os registros impressos desta organização, tais como normas, portarias, legislação previdenciária, ofícios circulares, entre outros, levantados junto à GEAP e os órgãos públicos a ela vinculados. Alguns desses documentos tiveram tratamento científico de primeira mão, visto não terem sido analisados anteriormente. Outros, referenciados neste trabalho, já foram objetos de análise por esta pesquisadora em estudo anterior.

Contudo, muitos documentos dos extintos órgãos previdenciários não foram encontrados nos arquivos da GEAP ou em suas entidades instituidoras, tais como, o Instituto Nacional do Seguro Social e Ministério da Saúde o que impulsionou a necessidade de resgatar os aspectos significativos da história institucional, desde a Assistência Patronal no interior do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários - IAPI e o Serviço Social, utilizando-se o Depoimento Oral, modalidade da História Oral, para a coleta e análise de dados.

Neste particular, selecionaram-se duas profissionais que atuaram junto à Assistência Patronal e na Previdência Social nos Estados do Paraná e São Paulo, sujeitos significativos da pesquisa, cujos depoimentos foram colhidos através de entrevistas gravadas. Foram realizados outros contatos, com uma profissional do Estado do Rio de Janeiro e outra do Estado de Santa Catarina, porém, os seus depoimentos estavam afetos as suas atuações no INPS, sem nenhuma aproximação com a Assistência Patronal.

Uma das profissionais selecionadas foi Assistente Social no IAPI e a segunda, iniciou sua carreira no IAPC e concluiu-a na própria GEAP. Em suas histórias, ambas

foram integradas ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) quando da unificação dos Institutos em 1966/1967.

Como método de pesquisa para o conhecimento da realidade, LANG e CAMPOS (1998) afirmam que é uma metodologia de pesquisa voltada para o estudo do tempo presente e baseada na voz de testemunhos. A partir da bibliografia consultada, a metodologia específica foi o Depoimento Oral:

O depoimento oral constitui uma modalidade bastante diversa das anteriores⁸, à medida que se busca, através deles, obter dados informativos e factuais, assim como o testemunho do entrevistado sobre sua vivência ou participação em determinadas situações ou instituições que se quer estudar. Tenha-se presente que nas ciências sociais o depoimento não tem o sentido do estabelecimento da verdade, mas do conhecimento de uma versão.⁹

No intuito de resgatar a intervenção profissional junto a Assistência Patronal, no período em que esta era executada pelas Assistentes Sociais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foram convidadas duas profissionais do Estado do Paraná, para a coleta oral de seus depoimentos. Contudo, as mesmas não se dispuseram, apesar da insistência da pesquisadora em quatro ocasiões distintas. Desse modo, a investigação prosseguiu com a utilização de documento interno do extinto órgão que normatizou as funções profissionais junto ao INAMPS.

Avançando para o momento histórico atual, a pesquisa sobre as políticas institucionais da GEAP nas áreas de saúde e assistência social, bem como sua materialização nos Programas e Projetos, objetos da intervenção profissional dos Assistentes Sociais, teve como sujeitos de pesquisa os profissionais, colaboradores da GEAP, nas regionais desta organização que mantém em seus quadros funcionais estes profissionais.

⁸ Nesta bibliografia as autoras procedem a uma diferenciação entre A história oral de vida e relato oral de vida.

⁹ LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo; CAMPOS, Maria Christina Siqueira de Souza; DEMARTINI, Zeila de Brito Fabri. História Oral e Pesquisa Sociológica: a experiência do CERU. Centro de Estudos Rurais e Urbanos. São Paulo: Humanitas, 1998.

Para a coleta de dados junto aos Assistentes Sociais da Fundação, utilizou-se como instrumento um questionário contendo perguntas estruturadas e semi-estruturadas, tendo como referência os objetivos específicos da pesquisa.

Desde 2008, o cargo ocupado por estes profissionais recebeu a nomenclatura de Analista de Programas Assistenciais e, segundo o Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações da Fundação, pode ser ocupado tanto por Assistentes Sociais como por Psicólogos. A fim de que os sujeitos selecionados pudessem ser convidados a participar da pesquisa, encaminhou-se por duas vezes, em datas distintas, o instrumento via correio eletrônico, com uma carta explicativa sobre a pesquisa e seus objetivos, utilizando-se o sistema intranet da própria GEAP. O instrumento de pesquisa destinado as profissionais em atividade encontra-se no anexo B deste trabalho.

A exceção do envio se deu nos Estados de Acre, Amapá, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Roraima e Tocantins que são classificados como Representações Regionais da GEAP e por este motivo, não possuem o cargo mencionado em seu quadro de colaboradores. Os Estados de Alagoas e Goiás também não foram contemplados pela pesquisa, uma vez que em ambos, existem apenas Psicólogos no cargo. Também, não foi enviado o instrumento ao Estado do Rio Grande do Norte pelo fato de que a única Assistente Social havia se desligado da organização, naquele momento. Assim, as informações apontavam que os Assistentes Sociais e Psicólogos estavam assim distribuídos, em número, por Gerências Regionais da GEAP nos Estados:

Quadro nº. 01: Distribuição dos Assistentes Sociais e Psicólogos nas regionais da GEAP.

Estados	Assistentes Sociais	Psicólogos	Total
Alagoas	Não há	01	01
Amazonas	01	Não há	01
Bahia	01	Não há	01
Ceará	01	Não há	01
Distrito Federal	01	01	02
Espírito Santo	01	Não há	01
Goiás	Não há	01	01
Maranhão	01	Não há	01
Minas Gerais	02	Não há	02
Pará	01	Não há	01
Paraíba	01	Não há	01
Paraná	02	Não há	02
Pernambuco	01	Não há	01
Piauí	01	Não há	01
Rio de Janeiro	02	02	04
Rio Grande do Norte	Não há	Não há	00
Rio Grande do Sul	03	Não há	03
Santa Catarina	01	Não há	01
São Paulo	03	Não há	03
Sergipe	01	Não há	01
Total	24	05	29

Fonte: intranet GEAP / catálogo. Consultado em 01/09/09.

Partindo desta referência quanto à distribuição de profissionais nos Estados, o questionário foi encaminhado para vinte e três profissionais, excetuando-se a pesquisadora. Pelo motivo de não haver obrigatoriedade em participar da pesquisa, estimou-se que o retorno dos questionários poderia alcançar em torno de trinta por cento sobre o número total de instrumentos encaminhados. Deste grupo, participaram da pesquisa oito profissionais, o que correspondeu a 34,8% do universo.

No intuito de adensar a coleta de dados, incluindo o registro de informações progressas de profissionais que já haviam trabalhado na Fundação, quando era a Assistência Patronal até períodos posteriores a privatização, ocorrida em 1990, foram convidadas três profissionais que hoje não fazem mais parte do corpo de empregados. Nestes casos, o convite foi realizado através de telefonemas e

posterior envio de questionário, com perguntas estruturadas e semi-estruturadas, também por meio eletrônico. A primeira convidada atuou no Estado do Ceará aposentando-se em 2008. A segunda atuou no Estado do Rio Grande do Sul sendo desligada em 2004 e a terceira entrevistada foi profissional no Estado do Espírito Santo, aposentando-se no ano de 2009. Deste grupo retornaram dois instrumentos. O instrumento de pesquisa direcionado as profissionais aposentadas encontra-se no anexo C deste trabalho.

O tratamento e a análise dos dados obtidos através dos questionários efetivaram-se através da tabulação dos dados quantitativos e suas respectivas análises, como também, a análise qualitativa dos discursos contidos nas perguntas semi-estruturadas. Esta técnica deu ênfase aos conteúdos das mensagens que permitiram a inferência de conhecimentos a partir do roteiro pré-definido no instrumento. E por fim, utilizou-se a interpretação reflexiva sob a luz da literatura do Serviço Social na saúde, a qual possibilitou o desvendar dos conteúdos latentes, aproximando-os das teorias explicativas do real.

A presente tese está estruturada nos seguintes capítulos:

O capítulo I: A constituição da Saúde Pública e da Previdência Social no Brasil apoiou-se em vasta pesquisa bibliográfica e documental que intencionou resgatar os movimentos sócio-históricos e conjunturais que propiciaram a institucionalização e o desenvolvimento das Políticas de Saúde Pública e Previdência Social no Brasil.

O capítulo II retratou a história do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários: a instituição da Assistência Patronal e sua transformação na GEAP – Fundação de Seguridade Social, através de pesquisas bibliográficas e documentais, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a especificidade desta organização e identificar a constituição dos benefícios e serviços oferecidos nos modelos assistenciais, adotados em diferentes pontos de inflexão históricos até a atualidade de sua estrutura organizacional e sua política de saúde e assistência social, no campo da saúde supletiva.

O capítulo III se propôs a resgatar o processo sócio-histórico em suas condições ideológicas e materiais que possibilitaram a constituição e o

empresariamento dos serviços médicos, os quais hoje compõem o campo da saúde supletiva, subsistema auxiliar ao SUS, de característica heterogênea e complexa, regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Supletiva (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. Nesta arena, destacou-se a modalidade de autogestão em saúde, a qual caracteriza o modelo de gestão da GEAP.

O capítulo IV elucidou a trajetória do Serviço Social neste processo histórico, sua incursão no sistema de Previdência Social e na particularidade da Assistência Patronal, objetivando reconstituir a inserção e a prática profissional neste órgão. Também, investigou a trajetória dos Assistentes Sociais na GEAP, desde o momento da privatização até a atualidade das intervenções profissionais junto aos Planos e Programas oferecidos pela Fundação aos seus beneficiários.

As considerações finais apontaram para as muitas inflexões sócio-históricas e institucionais que demarcaram os caminhos tortuosos percorridos, na construção e efetivação do sistema de proteção social dos servidores públicos federais no Brasil.

CAPÍTULO I

A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Para que se possa compreender a formação e o desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro, em particular da saúde e da previdência, necessário se faz resgatá-las, situando-as nas diferentes conjunturas sócio-históricas que moldaram a formação social, política e econômica do Brasil, em suas particularidades, como também na construção de um modelo de desenvolvimento capitalista dependente e periférico, estabelecido pelas elites brasileiras campo das relações políticas e econômicas internacionais. Estas particularidades plasmaram-se no cotidiano do povo brasileiro, em sua permanente história de lutas para a conquista e consolidação das políticas sociais de saúde, previdência e do trabalho.

A história da formação social e política nacional emergiram a partir das relações subservientes - coloniais com a coroa portuguesa. E não sem tempo para recordar que durante trezentos anos após o descobrimento, a colônia brasileira demonstrava sua utilidade no fornecimento de matérias primas essenciais ao enriquecimento econômico de Portugal, através do extrativismo do pau-brasil, ouro, cana-de-açúcar, dentre outros produtos que compuseram os ciclos econômicos, integrantes da economia mercantilista impulsionada em solo europeu.

Segundo Machado e colaboradores citados por NUNES (2000:251) a administração portuguesa no Brasil não se caracterizou por organizar o espaço social. As formas de atenção à saúde limitavam-se aos próprios recursos da terra na utilização das plantas e das ervas e, àqueles que, por conhecimentos empíricos desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Os curandeiros adquiriram dos povos indígenas a tradição cultural desta arte e as praticavam junto às populações locais. Mais tarde, o conhecimento africano trazido pelos escravos contribuiu para a ampliação destas práticas.

Somente com a vinda da família real ao Brasil, em 1808, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder e a elite que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Para se ter uma idéia, até 1850 as atividades de saúde pública se restringiam a:

1 - Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais;

2 - Controle de navios e saúde dos portos;

Estas ações representavam o interesse primordial da corte na capital do império, no controle sanitário mínimo, tendência que se alongou por quase um século.

No início do século XIX, Dom João VI criou as primeiras escolas de medicina: A Escola de Cirurgia em 1808, na Bahia e a cátedra de anatomia no Hospital Militar e a medicina operatória. Contudo, segundo NUNES (2000), a medicina social teve como referência de sua criação a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1829. O ideário desta última seria a defesa das ciências médicas como guardiã da saúde pública. Ainda assim, a carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme. Além do Rio de Janeiro, em outros estados brasileiros eram quase inexistentes.

Neste cenário, os atores que ocuparam o espaço de atuação afetos a área de saúde foram os boticários. A formação destes artesãos era equivalente aos aprendizes de ofício; bastava o candidato aprender as práticas de manipulação e aplicação dos fármacos junto a um boticário experiente durante alguns meses para exercer sua função. Os boticários tiveram ampla aceitação por parte da população em geral.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro¹⁰ passou a influenciar as decisões da corte sobre a saúde pública, sua intercessão se fez através de um amplo programa que previu segundo NUNES (2000:254):

¹⁰ Fundada em 1829.

- Higiene e a medicina legal;
- Educação física das crianças;
- A questão dos enterros nas igrejas;
- Denúncias sobre a carência de hospitais;
- Regulamentos sobre as farmácias;
- Medidas para melhorar a assistência aos doentes mentais;
- Denúncias sobre as casas insalubres e repletas de pessoas;
- Destaque ao saneamento.

O crescimento urbano, com destaque para a capital do Império, cujo crescimento em importância do comércio e da produção faziam-se sentir, foram aspectos colocados em pauta para atuação das sociedades médicas. Neste aspecto, NUNES (2000) aponta que o conhecimento do meio era essencial para as práticas médicas nascidas sob o signo da formação positivista europeia. O pensamento científico foi permeado por duas categorias de análise: o natural e o social para explicar a desordem urbana.

Como determinantes naturais para a proliferação das doenças eram considerados os acidentes geográficos tais como os pântanos, as montanhas, entre outros. Como causas sociais postulavam-se o funcionamento geral das cidades, sob o ponto de vista macrossocial e das instituições sociais a nível microssocial (NUNES, 2000:254). Tendo em vista estes parâmetros, medicalizar as instituições era indispensável. Neste sentido, as ações de saúde em hospitais, cemitérios, escolas, quartéis, fábricas e prostíbulos, contribuíram para manter a ordem e a moral, não sem repercutir na manutenção do poder do Estado.

Diversos autores ocuparam-se em estudar o vínculo que a medicina deste período estabeleceu no espaço urbano, com o intuito de transformá-lo. Seu enfoque residia no espaço territorial e na medicalização e disciplinarização da vida social, ou seja, afeta a força de trabalho urbana. É necessário destacar que o contexto histórico residia numa economia de base agrária-exportadora, cuja elite era formada pelos grandes latifundiários e fundada no trabalho escravo.

Ao final do século XIX, a conjuntura nacional estava tensionada pela pressão internacional no sentido da reconfiguração do modelo produção capitalista, que

desencadeou a crise do modelo imperial escravagista, e na formação de uma nova elite hegemônica no plano interno. O período revelou a transição entre a utilização de mão de obra escrava que deveria ceder espaço para outras formas de produção pré-capitalistas e capitalistas e a transição da monarquia para a República no Brasil.

O estado monárquico enfrentou sua crise após 1870, expressa pelo fortalecimento do exército, pela crise entre a igreja e o Estado, o enfraquecimento do partido liberal com o crescimento da ideologia republicana, pressões internacionais e nacionais pela abolição da escravatura e em particular as lutas travadas por setores das camadas urbanas, como a pequena burguesia que se formava, e dos latifundiários que já não se ocupavam do trabalho escravo. Naquele contexto, o exército representou a vanguarda da classe média e de todos os setores que apoiavam a mudança do regime político.

A expansão significativa que a produção cafeeira exerceu na economia nacional, produziu um problema fundamental: a substituição da mão-de-obra escrava; isto foi contornado pelos incentivos governamentais dados aos imigrantes europeus, cujos camponeses estavam alijados de terras e empobrecidos pelos conflitos gerados pela unificação de países europeus, como Itália e Alemanha, por exemplo. A imensidão inexplorada das terras brasileiras foi veiculada como propaganda atrativa e não menos enganosa a esta população.

Com a proclamação da República em 1889, a primeira conjuntura ficou conhecida como a República da Espada, num período que vai de 1889 até 1894. Este será marcado pela aliança entre os militares e os cafeicultores paulistas. Contudo, os militares pretendiam dar uma característica de ideologia positivista à república nascente, defendendo a centralização político-administrativa; por outro lado, os latifundiários queriam o federalismo, o liberalismo econômico e político e uma nova constituição. Estas diferenças marcaram o fim da aliança política, instaurando uma época cravada pelas sucessivas rebeliões militares e trocas de ministros de estado.

No campo econômico, o modelo agrário-exportador ainda se constituiu na principal atividade produtiva, sendo que até 1914 houve um claro predomínio dos interesses dos cafeicultores paulistas, enquanto integrantes das oligarquias

dominantes, conjuntamente com os representantes de Minas Gerais. Todavia, o Brasil foi atingido frontalmente pelos efeitos da Primeira Guerra Mundial com a diminuição das importações de café e da borracha. O modelo econômico vigente entrou em declínio, produzindo um aumento no custo de vida e queda salarial, afetando a classe média em geral.

No campo da saúde, a conjuntura foi marcada pela inexistência de um modelo sanitário para o país. As cidades brasileiras estavam à mercê das epidemias, ainda que a Constituição de 1891 tenha determinado que os Estados da federação fossem os responsáveis pela saúde pública. No início do século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico com a presença de diversas doenças graves. A varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, geraram sérias conseqüências tanto para saúde coletiva quanto para o comércio exterior: os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto.

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou o médico Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro.

Oswaldo Cruz iniciou sua ação fora dos quadros da Academia Nacional de Medicina¹¹ (NUNES, 2000) em 1900. Esta foi marcada por moldes científicos com base na bacteriologia e microbiologia, caracterizando ações em saúde voltadas a imunização através das vacinas. Seu enfoque foi dado às doenças epidêmicas. Em 30 de julho de 1900 havia sido inaugurado o Instituto Soroterápico Nacional. Posteriormente, em 1908, este instituto recebeu o nome de Instituto Oswaldo Cruz.

Como sanitarista inaugurou um modelo de intervenção que ficou conhecido na história da saúde pública como Campanhista. Este foi caracterizado pelo uso da força e da autoridade sanitária para impor medidas de desinfecção. Utilizou-se de um exército de 1.500 guardas em atividades coercitivas de combate ao mosquito transmissor da febre amarela.

A insatisfação se agravou com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº. 1261, de 31/10/1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória em todo o

¹¹ Em 21/11/1891 o governo republicano modificou a denominação de Academia Imperial para Academia Nacional de Medicina.

território nacional, o que promoveu um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a **Revolta da Vacina**. A revolta durou de 10 a 23 de novembro de 1904, com a população aviltada em seus direitos; as medidas coercitivas incluíam seqüestro e internamento dos doentes em hospitais de isolamento, desapropriação e demolição de moradias consideradas insalubres, perseguição às tinhas das lavadeiras, proibição de romarias e visitas aos cemitérios nas épocas agudas das epidemias, queima de colchões e roupas dos doentes. O resultado foi a decretação do estado de sítio no Rio de Janeiro e em Niterói. Este episódio gerou a prisão de quase 700 pessoas na ilha das Cobras. (NUNES, 2000).

Em 1920, Carlos Chagas sucedeu Oswaldo Cruz reestruturando o Departamento Nacional de Saúde – DNS, vinculado ao Ministério da Justiça. Introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo Campanhista, que era fiscal e policial. Foram criados órgãos especializados contra a tuberculose (primeira causa de morte no período de 1890 a 1934), lepra e doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. As atividades de saneamento foram expandidas para outros Estados.

Segundo NUNES (2000) o período compreendido entre 1918 a 1924 foi marcado pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e pelas reformas de Carlos Chagas, que institucionalizou e rotinizou as medidas sanitárias. Com o conjunto de práticas sanitárias, organizou-se a sociedade segundo os interesses dominantes da oligarquia agro-exportadora. Exigia-se do sistema de saúde uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias destinadas a exportação; por esta razão, a erradicação ou controle das doenças, que interferiram neste processo era fundamental. Desse modo, desde o final do século XIX até a metade do século XX, predominou o modelo do **Sanitarismo Campanhista**¹².

O Sanitarismo Campanhista significou uma visão de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com criação de estrutura ad hoc, com forte

¹² Esta reflexão foi realizada por autores como MEHRY (1985) e MENDES (1992).

concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.¹³

Nesta época, a saúde ganhou contornos de questão social, tendo em vista as epidemias que assolavam os centros urbanos. O período denominado como “higienista”, em função das ações de saúde desenvolvidas por Oswaldo Cruz e posteriormente por Carlos Chagas, foi objeto de grande repercussão nacional. As ações de saúde da década de 20 caracterizaram-se pela extensão social e geográfica dos programas de saneamento, higiene e educação sanitária, como também pela predominância de entidades hospitalares de caráter religioso, filantrópico e eventualmente mutualistas.

Ressalta-se que neste período, a saúde e seus insumos (materiais e medicamentos) não ingressavam diretamente no mercado capitalista, como mercadoria lucrativa, tendo em vista a restrita base tecnológica utilizada, com baixa lucratividade; também é importante considerar que o espaço da prestação dos serviços médicos circunscrevia-se nos hospitais e nos consultórios médicos privados.

Com relação a esta conjuntura, a cidade de São Paulo já havia se tornado o pólo econômico e social mais importante do país, tendo em vista que a economia cafeeira assentava-se predominantemente em terras paulistas, o que propiciou a circulação de capitais e a instalação de indústrias, reconfigurando o perfil da elite capitalista, que além dos latifundiários contava agora com os empresários industriais.

Na saúde, foi o Dr. Emílio Ribas quem se destacou a frente do Serviço Sanitário Estadual, durante o período de 1897 a 1917 (NUNES, 2000); consolidou o modelo pasteuriano a frente da saúde pública paulista. Com conhecimentos assentados na bacteriologia, o médico intensificou o controle do surto de febre amarela, com ações de caráter campanhista. Contudo, o Serviço Sanitário não interferiu diretamente nos aspectos determinantes da deterioração das condições de vida e de trabalho da população.

Com a ascensão da assistência médica individual, a partir de 1920, mudanças ocorreram. No campo da saúde pública esta reformulação deu-se quando o Dr.

¹³ LUZ citado por MENDES (1999:84).

Geraldo Horácio de Paula Souza foi designado como diretor do Serviço Sanitário Estadual de São Paulo, em 1922. Em sua gestão, aconteceu a primeira reforma da fase chamada Médico-Sanitária, na qual as ações de saúde estiveram vinculadas à educação sanitária, realizadas através dos centros de saúde.

As descobertas na área da bacteriologia foram rapidamente implantadas devido a sua difusão por parte dos dirigentes do serviço sanitário e a aceitação por parte dos políticos paulistas. Alguns aspectos deste rápido crescimento e estabelecimento de um complexo institucional voltado para a pesquisa e produção de vacinas, tiveram como pano de fundo, a crescente urbanização, a expansão cafeeira e a industrialização, os quais impulsionaram profundas transformações no contexto social, político e econômico em especial da capital paulista.

Segundo RIBEIRO (apud NUNES, 2000), estas ações expuseram de forma mais clara a ideologia e o autoritarismo da prática sanitária. Escamoteando as diferenças de classe, reduzindo-as a diferenças educacionais – “o doente é responsável pela doença por ser ignorante” – assim, surge uma nova personagem no campo da saúde pública, a educadora sanitária.

O movimento de reforma da saúde pública, gestado nas primeiras décadas do século XX, contribuiu decisivamente no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, relevante na formação do Estado republicano brasileiro. Por certo, que os problemas de saúde pública motivaram as classes dominantes a exigir medidas governamentais, uma vez que as epidemias afetavam imediatamente os seus interesses econômicos na dinâmica do capitalismo. Havia que se instalar uma política de saúde no Brasil em que seus principais atores eram os sanitaristas e dirigentes da saúde pública, ainda que estes atuassem como intelectuais subordinados aos interesses dos grupos dominantes.

A questão da saúde possibilitou a mediação de novas relações sociais entre as elites, seus interesses e movimento sanitário, motivando uma negociação entre estados e governos, uma vez que redefiniu as fronteiras entre o rural e o urbano em função do principal problema nacional: a saúde pública, tendo o federalismo como moldura político – institucional.

A nascente industrialização encontrou na região sudeste as condições favoráveis de urbanização e acumulação de capital advindo do ciclo do café para seu desenvolvimento. Contudo, a classe operária emergente estava relegada a sua própria sorte, pois as precárias condições de vida e a falta de um marco legal regulatório sob a baliza estatal para as relações de produção, fez crescer os conflitos nas relações entre capital e trabalho. Esta situação exigia outras formas de apaziguamento dos conflitos advindos da nascente classe operária e suas precárias condições de vida de um lado e de outro, os interesses da burguesia. O movimento operário organizou duas greves gerais no país: 1917 e 1919, demonstrando que havia uma mobilização política reivindicatória.

Um ponto de partida necessário é o entendimento de que a evolução da assistência médica previdenciária articulada com o sistema de concessão de auxílios pecuniários, pensões e aposentadorias aos trabalhadores deve ser vista no processo mais amplo de relações entre o capital e o trabalho. Historicamente no Brasil, a constituição da Previdência Social e da assistência médica previdenciária em particular, estão organicamente vinculadas.

Segundo CORDEIRO (1984), para compreender o processo de penetração das relações capitalistas de produção na prática médica se faz necessário estudar o papel assumido pelas políticas estatais de saúde. No interior do aparelho estatal como campo de articulação de interesses, os processos sociais se interpenetram com outros mais complexos formando um nexos causal.

No Brasil a intervenção estatal nas práticas de saúde e suas transformações capitalistas da assistência médica estão atreladas às políticas previdenciárias, as especificidades assumidas em diferentes conjunturas seja por reestruturação do aparelho previdenciário, seja por políticas favoráveis ao setor privado.

As protoformas do sistema previdenciário brasileiro iniciaram-se no século XIX ainda no período monárquico com algumas medidas que beneficiaram restritos grupos de trabalhadores intimamente vinculados aos setores produtivos de interesse econômico do Estado: de seus servidores públicos e das empresas privadas que eram contratadas por este. Esta conduta persistiu ainda durante a República Velha, a saber:

- O Decreto nº 9.912-A, de 26 de março de 1888, regulou o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. Fixava em 30 anos de efetivo serviço e idade mínima de 60 anos os requisitos para a aposentadoria.
- A Lei nº 3.397, de 24 de novembro de 1888, criou a Caixa de Socorros em cada uma das Estradas de Ferro do Império.
- O Decreto nº 10.269, de 20 de julho de 1889, criou o Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas de Imprensa Nacional.
- O Decreto nº 221 de 26 de fevereiro de 1890 instituiu a aposentadoria para os empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil, benefício depois ampliado a todos os ferroviários do Estado (Decreto nº 565, de 12 de julho de 1890).
- O Decreto nº 942-A, de 31 de outubro de 1890, criou o Montepio Obrigatório dos Empregados do Ministério da Fazenda.
- A Lei nº 217 de 29 de novembro de 1892 instituiu a aposentadoria por invalidez e a pensão por morte dos operários do Arsenal da Marinha do Rio de Janeiro.
- O projeto de lei apresentado pelo Deputado Medeiros e Albuquerque, visava instituir um seguro de acidente do trabalho. No mesmo sentido foram os projetos dos Deputados Gracho Cardoso e Latino Arantes (1908), Adolfo Gordo (1915) e Prudente de Moraes Filho.
- O Decreto nº 9.284, de 30 de dezembro de 1911, criou a Caixa de Pensões dos Operários da Casa da Moeda.
- O Decreto nº 9.517, de 17 de abril de 1912, criou uma Caixa de Pensões e Empréstimos para o pessoal das Capatazias da Alfândega do Rio de Janeiro.
- A Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, tornou compulsório o seguro contra acidentes do trabalho em certas atividades.¹⁴

Ainda que as aposentadorias por idade, aposentadorias por invalidez, montepios, empréstimos, seguros e algumas Caixas de Pensões tenham sido regulamentadas entre o fim do século XIX e início do século XX, não demonstravam claramente a incorporação de atividades de seguro social ao aparelho institucional do Estado, o que vai se dar com a Lei Eloy Chaves:

¹⁴ http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04.asp. Endereço eletrônico consultado em 05/03/2008.

- O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, na verdade a conhecida Lei Elói Chaves (o autor do projeto respectivo), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. É considerado o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita.

- O Decreto nº 16.037, de 30 de abril de 1923, criou o Conselho Nacional do Trabalho com atribuições inclusive, de decidir sobre questões relativas a Previdência Social.¹⁵

CORDEIRO (1984:20) afirma que as CAPS e mais tarde os IAPS, representaram um conjunto de práticas – inclusive médico – assistenciais resultantes de conflitos entre empresários e parcelas da força de trabalho incorporadas ao complexo agrário-exportador, particularmente nos setores de transportes e de atividades comerciais urbanas. Não se tratando de um direito de cidadania a ser usufruído por todos os cidadãos.

As CAPS legitimaram as formas de atendimento médico e de seguros já existentes desde o século XIX, configurando uma política social de caráter restritivo. O período de crise do liberalismo oligárquico encontrou na recessão da bolsa de valores de Nova York, em 1929 o seu ocaso, propiciando as condições favoráveis para implantação de serviços de seguro social, como era o caso das CAPS, dentro dos contornos da legislação trabalhista e social da incipiente sociedade salarial que se formava a partir da mudança do perfil produtivo no capitalismo brasileiro: de economia de base agrária para a industrial.

A inclusão da assistência médica nas CAPS foi fruto das conquistas reivindicatórias expressadas pela luta dos trabalhadores urbanos, influenciados que foram pelos trabalhadores europeus, os quais traziam em sua bagagem uma formação mais politizada e experiência de um sistema de proteção social iniciado em solo europeu ao final do século XIX, como também foram motivadas pelas precárias condições de vida e de trabalho desta categoria (CORDEIRO, 1984).

As CAPS tiveram como limite a incorporação do trabalhador urbano, não sendo extensivas aos trabalhadores rurais, tendo em vista a forte resistência das

¹⁵ Idem. Endereço eletrônico consultado em 05/03/2008.

oligarquias rurais. Tendo em vista o seu caráter privado, organizaram-se por empresas e não por categorias profissionais: desse modo, a primeira a ser criada foi a dos ferroviários, em virtude de sua importância estratégica na economia do país e da força organizativa de seus trabalhadores.

No que se refere à estrutura administrativa, sua gestão era própria, ou seja, da própria empresa, formada por três representantes, sendo que um era indicado pela diretoria desta, o qual ocupava necessariamente a presidência e dois entre representantes dos empregados, os quais eram eleitos a cada três anos.

As fontes de custeio advinham da contribuição dos empregados das empresas, num percentual de 3% sobre sua remuneração, 1% da renda bruta das empresas e da União. Todavia, há que se destacar que o Estado não realizava qualquer repasse orçamentário as Caixas: sua participação restringia-se em autorizar o aumento de tarifas pagas pelos consumidores dos serviços. Estes sim, indiretamente, participavam das fontes de custeio.

A assistência oferecida pelas CAPS limitava-se a alguns serviços previdenciários e de seguros, tais como: aposentadorias e pensões por morte e na área da saúde, o socorro médico ao empregado, às questões decorrentes de acidentes no trabalho, e para familiares que comprovadamente dependessem economicamente do trabalhador.

MENDES (1999) afirma que em 1930, o sistema tinha em sua abrangência 47 caixas e prestavam atendimento a cerca de 142.000 segurados ativos. As caixas já contavam com segmentos de aposentados e pensionistas ainda que estes fossem proporcionalmente pequenos, tendo em vista o pouco tempo de sua existência.

Após a crise da bolsa de Nova Iorque a economia de base agro-exportadora foi profundamente afetada no Brasil: esta crise repercutiu na estrutura e composição do poder, a qual redefiniu a organização do Estado. A política do “café com leite”, em alusão a alternância do poder entre os estados de São Paulo e Minas Gerais na indicação de seus representantes ao cargo de presidente da República na primeira República, foi corroída pela Revolução de 30 liderada por Getúlio Vargas, cujo resultado foi sua ocupação na presidência com ampla aprovação dos atores sociais que emergiam na arena política, tais como a classe média e setores militares.

A era Vargas¹⁶ inaugurou uma política social de massas, utilizando-se do populismo para atender algumas reivindicações históricas da classe trabalhadora e ao mesmo tempo, da constituição de alianças entre o Estado e a burguesia do setor industrial. Em 1934 foi promulgada uma nova Constituição Federal. Contudo, os acordos políticos entre o poder governamental e as elites, representadas pela tradicional oligarquia agrária e a burguesia industrial, confluíram para o chamado Estado Novo, um período de regime ditatorial, para o qual a Constituição de 1937 deu suporte.

No intuito de ampliar sua base de sustentação junto à classe trabalhadora, o governo Vargas estendeu para todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Assim, as CAPS foram progressivamente sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS. A diferenciação principal entre estas últimas e as caixas era o fato de serem organizadas por categorias profissionais e não mais por empresas. O primeiro instituto, inaugurado em 1933, foi o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos – IAPM; em 1934 surgiram o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes – IAPC e o dos bancários, o IAPB. Em 1936 foi a vez dos industriários com o IAPI e em 1938 do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas – IAPETEC, como também o IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado.

MENICUCCI (2007) ao analisar as interpretações teóricas consagradas sobre a origem da Previdência Social brasileira, identificou dois fatores explicativos que se relacionam. O primeiro reconhece no modelo previdenciário um projeto da classe empresarial que além de prover condições mínimas de estabilidade da classe operária, desejava conter possíveis conflitos e tensões já demonstradas em sua crescente organização. A autora acrescentou que este projeto teve um enfoque

¹⁶ Getúlio Vargas teve seu primeiro mandato de 1930 a 1945, finalizado com um golpe militar e seu segundo mandato iniciou-se em 1950, retornando ao poder através de eleições democráticas até o seu suicídio em agosto de 1954, período marcado por pressões políticas da imprensa e dos militares.

reformista da questão social, sob a forma de concessão de direitos. Esta apropriação foi identificada em Possas (1981), Malloy (1976), Cohn (1981; 1986). Em contrapartida, a concessão dos benefícios previdenciários atuou como resposta para as demandas históricas dos trabalhadores, contribuindo com o sentido de conquista dos direitos sociais, relação que foi atribuída por Cohn (1981; 1996) e Donnangelo (1975). Ainda, a autora destacou que há uma terceira interpretação, em voga nas décadas de 70 e 80, que se utilizava da vertente marxista-estrutural, para interpretar a origem das políticas sociais. Nesta explicação, que não deixa de incorporar os conteúdos anteriores, a criação e o desenvolvimento da Previdência Social são parte de um processo de reatualização do Estado à preservação da ordem capitalista. E complementa:

As tensões geradas pelas contradições econômicas, fazendo pesar sobre os assalariados urbanos o efeito das crises periódicas da economia de exportação e levando à sua adesão o movimento político revolucionário, explicam o desenvolvimento do processo político-econômico do governo Vargas, tanto de incorporação dos assalariados ao processo político quanto de promoção da industrialização.¹⁷

Os nascentes institutos não possuíam uniformidade na prestação e cobertura dos serviços e benefícios, tanto previdenciários como de assistência médica. As ações de saúde estavam restritas as normatizações internas de cada instituto e não eram consideradas importantes, nem pelo governo, nem pelos segurados. Entretanto, o fato primordial em quase duas décadas, desde a sua criação até a primeira metade do século XX, foi que os Institutos serviram como instrumento estatal de captação de poupança forçada, a partir da contribuição da classe trabalhadora¹⁸.

Desse modo, se nos anos vinte a assistência médica constituiu uma atribuição obrigatória das Caixas de Aposentadorias e Pensões, na época dos IAPS, em particular no período autoritário entre 1937 a 1945, a preocupação da Previdência Social foi de caráter contencionista, com vistas à acumulação financeira. Assim, a

¹⁷ Idem, p. 63.

¹⁸ Esta idéia aparece em NICZ (1982) e MENDES (1999).

assistência médica foi colocada como recurso secundário e provisório, dependendo das reservas orçamentárias disponíveis.

Não houve por parte do Governo Federal um estudo prévio ou um planejamento para tal, assim os institutos foram criados de acordo com a capacidade de organização política e mobilização da categoria beneficiada, o que pressupunha o seu grau de interferência na esfera econômica (produção, financiamento e circulação de produtos) e, portanto, sua importância profissional.

Conforme MENDES (1999) instalou-se na Previdência Social um grupo de tecnocratas cuja defesa recaía na concepção técnica do Seguro Social¹⁹. Estes profissionais, oriundos especialmente do IAPI, ficaram conhecidos na história da previdência como “Cardeais do IAPI”, e foram os responsáveis pelo projeto de Previdência Social e de assistência médica que se tornaria hegemônico até o início dos anos 80.

O IAPI foi o Instituto que mais claramente adotou em sua institucionalidade, a lógica do seguro privado na proteção social. Foi um dos últimos a oferecer assistência médica aos seus segurados, trabalhadores urbanos do setor industrial e seus benefícios atrelavam-se a noção de risco: afastamento ou perda da capacidade produtiva, temporária ou definitiva. Em sua gestão, adotou um modelo de capitalização cujo principal agente financiador eram os próprios trabalhadores.

No campo das relações entre capital e trabalho, após 1937, o Estado Novo atuou como o fiel da balança, regulamentando a Justiça do Trabalho em 1939 e após treze anos de compilação de leis realizado por um grupo de juristas, o Presidente Vargas sancionou o Decreto – Lei Nº. 5.452 de 01 de maio de 1943 – que instituiu a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Esta teve como mérito unificar toda a legislação trabalhista existente no Brasil, atendendo tanto as demandas internas quanto os tratados internacionais.

¹⁹ A lógica do Seguro Social está assentada na premissa de que a contributividade é regida por cálculos atuariais (que levam em conta a idade do preponente, sexo, quantidade de contribuições efetuadas, e a probabilidade dos sinistros, entre outros indicadores). Os benefícios pagos guardam reciprocidade com a contribuição previamente efetuada pelo comprador dos produtos ou benefícios (ESCORSIM, 2002).

Durante o Estado Novo, estabeleceu também a Justiça do Trabalho (1939) e instituiu-se o salário mínimo. Os direitos trabalhistas foram formalizados em seu governo como a carteira profissional, semana de trabalho de 48 horas e férias remuneradas. Atraiu-se a estrutura sindical nascente ao Estado, o que significou a utilização de estratégias de cooptação das lutas trabalhistas ao aparato governamental.

Vargas investiu na área de infra-estrutura criando a Companhia Siderúrgica Nacional em 1940, a Companhia Vale do Rio Doce em 1942, e a Hidrelétrica do Vale do São Francisco em 1945. Em 1938, criou a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. A capitalização previdenciária tornou-se um recurso privilegiado do Estado que pode investir em recursos infra-estruturais para assentar as bases de formação das empresas estatais que começaram a surgir.

Numa perspectiva analítica, o período compreendido entre 1930 a 1945 caracterizou-se como um modelo definido pelas teses de “seguro social”, ou seja, de capitalização, no qual foi preconizada a manutenção de baixos níveis de despesas por parte das instituições, através de restrições e limites na concessão de seus planos de benefícios e serviços. CARTAXO (1995:62) reitera que:

A Previdência Social afirmou-se, no Brasil, em caráter de seguro social contrapondo-se à seguridade social. Sua origem remonta aos anos 30, quando foi difundida a idéia de seguro social com contenção de despesas e regime de capitalização, em vez de prestação de serviço. Baseava-se em uma prática fundamentalmente privada, na qual o Estado era apenas um dos contribuintes do sistema, cabendo ao trabalhador, em parte, garantir o seu salário nos casos de riscos sociais.

Todavia, os segurados dos diferentes Institutos passaram a exercer pressão, através de suas organizações político – sindicais, no sentido de reivindicar a extensão e amplitude destes mesmos benefícios e serviços, visto o não atendimento as suas demandas e principalmente, pelo fato de que alguns Institutos incorporavam restritivamente e outros não incorporavam os serviços de assistência à saúde.

As pressões dos trabalhadores foram suprimidas, tendo em vista um panorama político do autoritarismo imposto pelo Estado Novo. Com o seu fim, a sociedade brasileira passou por um período conhecido como redemocratização, em

que o Estado assumiu certas reivindicações dos trabalhadores, que tiveram ressonância na Previdência Social, apesar da inicial reação dos dirigentes previdenciários para a continuidade do modelo de capitalização.

Posteriormente, Dutra (1946 a 1950) ainda que promovesse uma política econômica liberalizante, aperfeiçoou a assistência estatal nos setores de saúde, alimentação, transporte e energia (o plano SALTE); defendeu politicamente a ampliação da previdência com um discurso de ruptura com o modelo contencionista anterior, inclusive promovendo a construção e compra de serviços próprios, como hospitais, ambulatórios e equipamentos por parte de cada um dos Institutos. Porém, a ampliação dos benefícios e serviços implicava na elevação dos gastos da Previdência Social.

Assim, as reivindicações dos segurados de cada Instituto, fragmentados por categorias profissionais, conseguiram poucas vantagens em relação ao aumento progressivo das taxas de contribuição. Várias medidas de aumento na arrecadação de impostos foram efetivadas para compor a contribuição do Estado, co-participante na receita dos Institutos, ainda no mecanismo de tripartição. Contudo, o Estado pouco comparecia com recursos financeiros acumulando uma dívida sem precedentes com os institutos.

Desse modo, o segundo governo de Getúlio Vargas, o de Café Filho (1954 a 1955) e posteriormente de Juscelino Kubitschek (1956 a 1961), tiveram a preocupação de atenuar a crise financeira (alta inflação e o déficit da balança comercial) diminuindo a participação da União nos gastos com a Previdência Social. Após a morte de Vargas, o país vivenciou um período de conturbação e crise no cenário econômico e político, aflorando a intenção de golpe militar (motivado pelos anti-getulistas) para impedir que Juscelino e seu vice João Goulart conquistassem a Presidência da República.

Com a conjuntura política – econômica nacional, nos anos 50, a crise financeira foi tratada de uma forma mais sofisticada, buscando-se uma justificativa de caráter ideológico que pudesse aplacar os ânimos da classe trabalhadora, num discurso de desenvolvimento para o progresso, num contexto capitalista do pós Segunda Guerra, no qual as políticas do Welfare State se consagravam nos países

de capitalismo central, alavancando as economias com o financiamento dos Estados no desenvolvimento industrial e promovendo políticas sociais para a classe trabalhadora.

Assim, os gastos nas áreas sociais não deveriam por em risco os investimentos essenciais para a industrialização acelerada, o que viabilizaria “num futuro promissor”, o crescimento econômico em benefício de todos. Juscelino Kubitschek²⁰ defendia a idéia de que a solução dos problemas sociais estaria no desenvolvimento, muito além do que nas políticas sociais. Seu discurso propunha a limitação governamental na receita previdenciária.

O desenvolvimento da industrialização ocorrido no Brasil a partir da década de 50 deslocou o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, em particular para a região sudeste do país, constituindo uma massa de trabalhadores operários que deveria ser atendida pelo sistema de saúde, ocorrendo maior pressão pela assistência médica nos institutos; verificou-se um crescimento do complexo médico – hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários abrindo-se, inclusive, a contratação de serviços terceirizados.

A assistência médica mudou seu foco: já não havia uma necessidade quase que exclusiva de sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas sobre as demandas da classe trabalhadora com o objetivo precípua de manter e restaurar a sua capacidade produtiva.

O modelo anterior, com base no Sanitarismo Campanhista, vivenciou o seu ocaso por não fazer frente às demandas sociais de uma economia industrializada, e foi sendo gradativamente substituído por outro, o da assistência médico previdenciária, cujo reflexo foi sentido na Previdência Social através de seus institutos.

Ainda que em 1953 tenha sido criado o Ministério da Saúde, isto não significou uma mudança na política governamental. O novo Ministério atuava nas questões de

²⁰ O governo de Juscelino Kubitschek abriu a economia ao capital internacional, atraindo o investimento das empresas automobilísticas como a Ford, Volkswagen, Willys e General Motors. Estas indústrias instalaram suas filiais na região sudeste, e atraíram grande número de trabalhadores das várias regiões do Brasil, contribuindo para o êxodo rural. Outra marca de seu governo foi a construção de Brasília, com empréstimos internacionais, a qual também atraiu migrantes, em particular das regiões mais empobrecidas como norte e nordeste, para a região centro – oeste.

saúde pública de forma pontual e restrita. Tendo em vista que as epidemias e endemias ainda prevaleciam nas extensões territoriais urbanas e rurais brasileiras, a resposta governamental foi a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERU – em 1956, ficando a seu encargo o combate da febre amarela, da malária e da peste.

1.1 A LEI ORGÂNICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – LOPS

Desde 1941, ainda no governo de Getúlio Vargas, alimentava-se a idéia de unificar os institutos. Contudo, as diferenças entre os benefícios e serviços oferecidos em cada um deles, mostravam-se como obstáculo para a adesão da classe trabalhadora, uma vez que esta acreditava que perderia direitos conquistados, como também os próprios setores burgueses se colocavam contrários a esta unificação.

A Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS – só foi sancionada em 1960, no final do governo de Juscelino Kubitschek e previa a unificação do regime geral da Previdência Social, ou seja, garantia a uniformização dos benefícios e abrangia os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluindo-se os trabalhadores rurais, empregados domésticos e servidores públicos e de autarquias que possuíssem regimes previdenciários próprios. A LOPS não incorporou a tese de unificação, permanecendo a diversidade dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Os trabalhadores do campo somente foram contemplados pelo sistema, através da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, em 02 de março de 1963.

A LOPS “solucionava” a dívida histórica da União com a Previdência, acabando com a contribuição paritária, tripartite (empregados, empregadores e União), passando o governo a assumir apenas a cobertura das despesas com a administração. A LOPS estabeleceu em 8% a taxa mensal de contribuição para os segurados. Apesar de sua tendência abrangente, expressou sua natureza

contraditória, pois contava com a estreiteza do regime de capitalização, cujo suporte era a contribuição dos segurados. Para OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986:204):

A partir de 1967 esta contradição é parcialmente resolvida, atribuindo-se a função de capitalização a novos mecanismos de poupança compulsória criados então, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), posteriormente acrescido com o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) em 1970.

No período de 1960 a 1964 a Previdência absorveu algumas reivindicações dos trabalhadores visto que os governos, de até então, apesar de utilizarem o populismo como posturas para aceitação política, conseguiram mobilizar grandes contingentes de atores sociais da sociedade civil que passaram a participar de forma mais democrática, haja vista as propostas defendidas pelo Presidente João Goulart.

Goulart denominava de “reformas de base” para um conjunto de medidas que visavam uma maior intervenção do Estado sobre as relações capital – trabalho, como as reformas bancária, fiscal, administrativa, universitária e a principal delas: a reforma agrária, a qual pretendia eliminar os conflitos sobre a posse de terras, estendendo-as a milhões de trabalhadores rurais.

No contexto político internacional, o mundo vivia o período mais agudo da “Guerra Fria” entre a hegemonia capitalista Norte – Americana e a proposta socialista da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Uma vez que a América Latina havia se transformado em reduto do interesse econômico capitalista, a burguesia nacional defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras. Isto significou uma intensa preocupação com a proliferação de movimentos a favor comunismo / socialismo na região.

Desse modo, os extratos da burguesia nacional aliadas aos comandos militares produziram as condições necessárias para que o golpe militar fosse bem sucedido em 31 de março de 1964²¹, com o aval do poderio norte – americano. Como decorrência deste, o poder legislativo foi enfraquecido até a subtração total de

²¹ A tradição popular reza que o golpe deu-se em 01 de abril e teve sua data histórica alterada em virtude do consagrado dia da mentira.

sua importância na vida democrática da sociedade brasileira, uma vez que o regime ditatorial utilizou o poder coercitivo para suprimir qualquer manifestação contrária a sua ideologia e sua forma de gestão autoritária.

A governança do staff militar caracterizou-se pela edição de Atos Institucionais, e o cerceamento das liberdades civis, cujo ápice foi obtido através do Ato Institucional Nº. 5 de 1968, que limitou as liberdades individuais e de organização política. No campo econômico, a entrada de capital estrangeiro possibilitou o êxito da ação do executivo no incremento da infra-estrutura voltada ao setor produtivo, produzindo o chamado “milagre brasileiro” (de 1964 a 1974) com taxas de crescimento em torno dos 7% ao ano. Contudo, o discurso oficial apontava que era necessário “fazer crescer o bolo, para depois dividi-lo”²², justificando às classes trabalhadoras o motivo pelo qual estas não se beneficiam do crescimento econômico. Pelo contrário, a ditadura potencializou um distanciamento entre as classes sociais, através da concentração e má distribuição de renda.

A ditadura utilizou-se de uma burocracia subserviente para dar consecução à administração dos órgãos estatais do país. Os tecnicoburocratas eram profissionais civis preparados para pensar a estrutura e organização do Estado sob os postulados e princípios da doutrina apregoada pelo regime militar. Há que se lembrar do papel exercido pela Escola Superior de Guerra – ESG, na formação de quadros militares e civis voltados para as questões de segurança nacional.

Mas foi no período da instalação do poder centralizador inaugurado pelo golpe militar em 1964, que se evidenciaram posturas autoritárias com intervenções do novo governo nos órgãos de representação política das classes trabalhadoras e naquelas de prestação de benefícios e serviços, como era o caso dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. O governo militar nomeou as Juntas Interventoras que atuaram na administração dos Institutos com plenos poderes.

A política de saúde viveu a ascensão de segmentos que já vinham constituindo-se, principalmente desde a década de 50. Dentre eles, cabe destacar o

²² Neste período a pasta do Ministério da Fazenda foi ocupada por Antonio Delfim Netto que durante o regime militar foi Ministro nos governos de Costa e Silva e Médici, entre 1967 até 1974. No governo de João Figueiredo foi Ministro da Agricultura (1979) e Ministro do Planejamento entre 1979 e 1985. Procedeu a um forte controle dos salários que ficaria conhecido como “arrocho salarial”.

mais importante que é o serviço médico privado. Até o golpe militar, a assistência médica previdenciária era fornecida pelos próprios institutos, os quais também compravam serviços médicos de terceiros, mas estes eram minoritários no cômputo geral no quadro da assistência médica dos IAPs.

A rede de serviços próprios (dos IAPs) compunha-se de vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatorios e vinte e oito consultórios médicos. Esta rede, embora modesta, deveria atender, em 1964, a 22% da população total brasileira (Donnangelo, 1975). Já tivemos oportunidade de comentar que, depois da uniformização dos direitos pela LOPS em 1960, a situação da assistência médica evidencia a cada ano a sua precariedade.²³

O modelo político implementado pelo regime militar baseou-se no binômio repressão – assistência. A máquina estatal passou por um processo de ampliação e burocratização. Este incremento das instituições públicas pretendeu potencializar o poder e controle na regulação da sociedade civil, legitimando o regime militar perante a opinião pública e favorecendo a acumulação do capital. Este modelo de acumulação teve base monopolista e alterou substancialmente as relações do Estado com a sociedade.

Um dos fatos mais contundentes da consagração do poder estatal – militar foi a unificação do sistema previdenciário, com a criação do **Instituto Nacional da Previdência Social – INPS**, através do Decreto-Lei Nº. 72 de 21 de novembro de 1966. O INPS reuniu os institutos: IAPI (industrializados), o IAPC (comerciantes), e o IAPB (bancários) mais o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência – SAMDU, e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, excetuando-se o IPASE. Criou-se uma organização estatal que centralizava a uniformização da legislação sobre contribuições e benefícios e sua prestação aos segurados²⁴.

Os chamados “Cardeais do IAPI”, tecnoburocratas do maior instituto até então, foram nomeados para a gestão do INPS. Estes profissionais eram conhecidos por

²³ OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: VOZES; ABRASCO, 1986. p. 210.

²⁴ HISTÓRIA: 1945 – 1998. Brasília: GEAP-FSS. Julho/1998. P. 8.

terem concepções privatizantes e tecnicistas com base na lógica atuarial e já haviam provado seu êxito contencionista naquele instituto. Estes burocratas conquistaram a hegemonia do conhecimento técnico-científico no campo previdenciário e durante o regime militar possibilitaram as condições materiais para o desenvolvimento do que ficou conhecido como “complexo médico – industrial”, característica marcante deste período (NICZ, 1982 e OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Neste processo, a classe trabalhadora foi destituída de sua participação na gestão do novo modelo previdenciário, cabendo-lhe apenas participar como financiadora. O sistema ampliou-se visto que todo o trabalhador urbano com carteira assinada passou a ser contribuinte e beneficiário. Isto gerou grande volume de recursos, como também grandes mobilizações contestatórias por parte dos segmentos privilegiados pelo antigo sistema corporativo, que ofereceram resistência a esta ampliação.²⁵

Houve um incremento na medicina previdenciária e na assistência médica, a orientação em voga era para compra de serviços da rede privada. O modelo de assistência à saúde concentrou-se nas ações curativas e individualizantes da medicina ao invés de propagar-se a assistência preventiva de caráter público.

No modelo político – econômico adotado, era necessário incorporar as tecnologias vindas dos países capitalistas centrais, privilegiando-se a saúde privada. Esse modelo veio de encontro à expansão do capitalismo no Brasil, com práticas médicas voltadas para a lucratividade e capitalização do setor de saúde que correspondiam a uma coalizão internacional modernizadora e pelas políticas econômicas dela decorrentes, no qual o papel regulador do estado serviu aos interesses do capital internacional (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

A acumulação do grande capital se fez sentir pela inserção de grandes corporações médicas – industriais, de caráter monopolista internacional, centradas na produção de equipamentos médicos, na indústria farmacêutica, compatível com um modelo de atendimento médico individualista, curativo e altamente especializado.

²⁵ HOCHMAN (1990) cita o caso dos bancários e seu IAPB, o instituto que prestava o maior número de benefícios e serviços.

O INPS, que continha a lógica da unificação e uniformização dos planos de benefícios e serviços, partiu para uma universalização de sua cobertura assistencial, na tentativa de abarcar paulatinamente grandes contingentes de trabalhadores, urbanos e rurais, mesmo os que não necessariamente tinham relações contratuais de trabalho.

A criação do INPS teve como justificativa a melhoria na prestação da assistência médica, visto a antiga insatisfação dos segurados dos vários Institutos, como também, uniformizando a legislação no que dizia respeito as contribuições, seus benefícios e serviços.

O modelo de saúde adotado pelo Estado brasileiro, atrelava-o à medicina previdenciária, que crescera substancialmente no período, em número de segurados e modernização do aparato governamental, cujo enfoque direcionava-se para a individualização das práticas médicas às doenças, tendo como pano de fundo o ato médico como a interface entre o consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, atendendo aos interesses do capital internacional.

A estratégia do Estado autoritário foi a de ampliar direitos previdenciários e médicos assistenciais, uma vez que estes já haviam sido incorporados à condição de cidadania das classes trabalhadoras e não havia como retroagir neste processo, pelo contrário: os serviços e benefícios oferecidos aplacavam as insatisfações e instabilidades que poderiam emergir num contexto desfavorável de supressão da liberdade e participação política, como também pelo arrocho salarial induzido pela economia.

OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986) asseveraram que a Previdência Social “despolitizada” passou a absorver as pressões por coberturas dos trabalhadores já contemplados pela LOPS, ampliando-a ainda mais com os seguros relativos a acidentes de trabalho em 1967; em 1971 com a criação do PRORURAL, o qual preconizava fundos para o FUNRURAL, estendendo a cobertura para os trabalhadores rurais; em 1972 incluiu as empregadas domésticas e, em 1973, abarcou os trabalhadores autônomos.

Na assistência médica sua cobertura foi ampliada ainda mais, abrangendo a partir de 1974 os trabalhadores informais. Este fenômeno repercutiu enormemente

nos gastos do INPS, sendo que em 1976 estes representaram mais de 30% dos recursos daquele órgão e com tendências crescentes.²⁶ A medicina previdenciária ocupou um lugar de destaque no sistema, uma vez que o modelo de saúde adotado era de cunho individual e assistencialista, necessário aos mecanismos “destensionadores” num regime autoritário. Em seu aspecto contraditório, houve um claro esvaziamento das ações do Ministério da Saúde, órgão promotor oficial da política de saúde e especificamente, em suas medidas de saúde coletiva, tendo em vista o precário orçamento a que estava submetido.

A nível de prática institucional, porém, as políticas de saúde são as determinadas pela instituição preponderante do setor, vale dizer a Previdência Social, e são manifestas pela compra de serviços à rede de empresas privadas médico-hospitalares, com conseqüente privatização da assistência médica previdenciária em expansão.

O instrumento legal que dá apoio às políticas de saúde da Previdência Social nesse período é o Plano de Pronta Ação (PPA), de setembro de 1974. O PPA, apesar de estabelecer prioridade à ampliação dos serviços próprios e à articulação com os demais serviços oficiais, normaliza também as contratações de serviços de terceiros e os convênios – empresa, que acabam sendo altamente privilegiados na sua aplicação prática.²⁷

NICZ (1982) também afirma que nos anos de 1975 e 1976 houve um crescimento, antes nunca visto, dos serviços médicos da Previdência Social, que se fizeram através da contratação ou credenciamento da rede privada para o atendimento ambulatorial, nas consultas e exames, tanto quanto na expansão dos serviços de urgência e de atendimento hospitalar. Esta expansão significou ao Instituto o incremento dos gastos, fechando este período com déficit em seu balanço anual.

Assim, a política nacional para a saúde privilegiou o modelo de uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.²⁸ Isto vem demonstrar que houve uma orientação do Estado em direção aos interesses do capital internacional, com a instalação no Brasil da indústria farmacêutica e dos

²⁶ OLIVEIRA e TEIXEIRA, obra citada, p. 206.

²⁷ NICZ, Luiz Fernando. Previdência Social no Brasil. Capítulo 3: Aspectos institucionais e organizacionais. IN: GONÇALVES, Ernesto Lima (org.). Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1982. p. 168-169.

²⁸ Idem, p. 208.

equipamentos médicos – hospitalares, insumos em saúde, que encontraram no ato médico a mediação para o acesso a estas mercadorias, numa prática curativa e hospitalocêntrica.

O sistema previdenciário que congregava em seu interior a medicina previdenciária, tornou-se mais importante pela sua abrangência a quase totalidade da população urbana trabalhadora, uma vez que seus acessos restringiam-se a contribuição prévia, abarcando de forma precária setores da população rural. Evidenciou-se clara desigualdade no acesso quantitativo e qualitativo aos serviços de saúde entre a população urbana e a rural.²⁹

A partir das teses de OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986) reiteradas por MENDES (1999:22), as principais características desse modelo são:

- a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) Criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico – industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.

1.2 NOVA FASE DA CENTRALIZAÇÃO NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Através da Lei N.º4 de 1º de setembro de 1977, o governo instituiu o **Sistema Nacional de Previdência e Assistência social – SINPAS**, Subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, em que se propôs a departamentalização das áreas de atendimento da Previdência, separando os benefícios dos serviços de saúde e assistência social, bem como na gestão administrativa e financiamento das mesmas. Sua lógica seguia a tendência à universalização e de adoção de um modelo de seguridade, apesar do investimento

²⁹ A Lei n° 6.036, de 1º de maio de 1974, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

no setor privado realizado pela área médica da Previdência até então. Na prática, separava-se a assistência médica e social dos benefícios previdenciários, como também a atividade financeira do sistema; esta fragmentação pretendia administrar a crise financeira pela qual passava o INPS.

O SINPAS era composto pelos seguintes órgãos: O Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA, Fundação Nacional do Bem Estar do Menor – FUNABEM, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV, Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS e na condição de órgão autônomo da estrutura do MPAS a Central de Medicamentos – CEME.

O Estado havia se transformado no principal financiador do modelo privatista na área da assistência médica, sendo que a reforma veio apenas aprofundar essa característica. Contudo, a conjuntura do período colocou em evidência o fim do “Milagre Brasileiro”, devido à crise internacional, a qual desencadeou a recessão econômica, a agudização do processo inflacionário, crescimento da dívida externa, aumento do desemprego e como consequência, aumento dos níveis de pobreza.

A crise refletiu-se diretamente nos caixas previdenciários, visto a crescente diminuição de arrecadação com o desemprego. A assistência médica previdenciária registrou um aumento da demanda por serviços e por não possuir infra-estrutura própria capaz de atendê-la fez com que o aparelho governamental ampliasse a contratação do setor privado em saúde, aumentando o financiamento nesta área, tal qual propunha o modelo privatista adotado.

No período de 1974 até 1979, o poderio do Estado – Militar não conseguiu manter a sustentabilidade do modelo centralizador, repressor – assistencial, tendo em vista a crise apontada pelo capitalismo internacional, cuja consequência mais expressiva foi a crise do petróleo, dando indícios de que o milagre econômico brasileiro havia chegado ao seu fim, repercutindo numa crise econômica interna com a diminuição dos níveis de crescimento e aumento da inflação.

Somava-se a esta crise, a insatisfação política de setores conservadores da população que até então haviam consentido no regime, além da vanguarda

intelectual e política que havia sido calada, momentaneamente, com o recrudescimento do regime, depois do Ato Institucional N.º5.

Porém, o sistema dava mostras de sua falência, contemporizado por estratégias de sobrevivência do mesmo sob as vias da negociação e concessões, no plano político - econômico e junto à classe trabalhadora. Este período caracterizou-se por inaugurar a transição democrática, já no governo do general Geisel (1974 – 1979).

“Após um período de notável desenvolvimento capitalista, considerado a “idade de ouro do capitalismo”, caracterizado pela internacionalização da produção industrial (e de serviços), expansão do comércio internacional e concentração acentuada do capital, sob a hegemonia dos EUA no mercado mundial, as principais economias capitalistas passam a conviver, a partir de 1973, com um novo período de crise do capital, com a instauração de uma “onda longa depressiva” (Mandel), um “continuum depressivo” (Mészáros), ou ainda, a crise de uma estratégia de acumulação capitalista, denominada “fordista-keynesiana” (Harvey)³⁰

Seguindo os descompassos entre o campo de ação dos setores público e privado foi criado o SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE em 1975, que dicotomizou ainda mais a questão da saúde, pois estabeleceu as competências de cada área sendo que a medicina curativa ficava a cargo do Ministério da Previdência e a medicina preventiva sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, as quais historicamente sempre careceram de recursos financeiros para suas ações.

A crise do sistema evidenciou-se na medida em que a medicina curativa apresentava custos crescentes, em seu modelo de atenção médico – hospitalar, e mostrava-se incapaz de atacar problemas cruciais da saúde coletiva como as epidemias, as endemias e os agravos mostrados pelos indicadores de saúde, como por exemplo: o aumento da mortalidade infantil e materna e o avanço da doença de chagas, malária e febre amarela nos centros urbanos. Outra questão central foi a

³⁰ ALVES, G. Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventa. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. Teixeira e Oliveira (orgs.) 2ª ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1998. P.113. Neste trabalho, o autor referencia os trabalhos mencionados, dos cientistas que estudaram a reestruturação produtiva do capital.

incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados, sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária.

MENDES³¹ ao analisar a questão, afirma que:

Tendo como pano de fundo uma crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência Social, o modelo apresenta fortes inadequações à realidade sanitária nacional:

- a) A prática médica dominante, a flexneriana, baseada nos aspectos curativos-reabilitadores, não era capaz de alterar os perfis de morbimortalidade;
- b) Os custos crescentes desse modelo inviabilizavam sua expansão;
- c) A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com uma ação racionalizadora da rede privada;
- d) O modelo dual gerava superposições, descoordenações e ausência de controle.

O modelo econômico engendrou um conjunto de políticas sociais compensatórias aos grupos excluídos da riqueza social, perpetuando apenas as desigualdades no conjunto da sociedade.

Neste período, um acontecimento internacional na área da saúde atuou de forma decisiva na abertura de espaços para o debate contra-hegemônico ao modelo dominante: a proposta internacional dos cuidados primários, acordada na cidade de Alma – Ata (URSS) em 1978, evidenciando a necessidade de expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1999).

Contudo, o que prevaleceu no Brasil foi o entendimento reducionista da atenção primária, de forma seletiva, provocando a denúncia de sanitaristas e desenvolvimento de trabalhos pilotos nas instituições acadêmicas na área de “medicina comunitária”, na criação dos departamentos de medicina preventiva, difusoras de um pensamento crítico da saúde; “ao mesmo tempo em que começava a originar o que viria a constituir-se no movimento sanitário, base político-ideológica da Reforma Sanitária”³².

³¹ MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999. p.31.

³² Idem. p.27.

1.3 A DÉCADA DE 80: DOIS PROJETOS EM DEBATE NA SAÚDE – A REFORMA SANITÁRIA E O PROJETO NEOLIBERAL

O governo do General João Batista Figueiredo (1979 – 1985) marcou o ocaso do regime militar; ele havia sido chefe do Serviço Nacional de Inteligência – SNI, quando foi indicado pelo partido da ARENA³³ para a presidência. Como conseqüência da crise econômica, assumiu o governo num panorama de crescente inflação, baixo poder aquisitivo e desemprego, o qual atingia diretamente a população trabalhadora.

Não tardariam a ocorrer greves dos trabalhadores, cujo destaque se deu em São Bernardo do Campo, no ABC paulista, lideradas pelo sindicato dos metalúrgicos, apoiados por setores progressistas da sociedade. Houve a repressão militar com a prisão dos líderes sindicais. O ano de 1979 foi marcado por 400 greves no setor público em todo o país. Ainda que a força militar tivesse aplacado muitas das greves, o clima foi propício a inúmeras contestações civis e lutas pelo retorno a democracia, como a Campanha Nacional Pró-Anistia que exigia o retorno do exílio dos condenados por crimes políticos.

No início da década de 80, Figueiredo suprimiu o sistema político bipartidário (ARENA e MDB) com o intuito de pulverizar a esquerda que estava concentrada no partido Movimento Democrático Brasileiro - MDB em vários partidos, enfraquecendo-a. Eleições diretas foram concedidas aos Estados a partir de 1980.

Ainda que aparentemente houvesse uma liberalização política, a direita radical reagiria de forma truculenta, utilizando ataques com artefatos bélicos como bombas e seqüestros de pessoas consideradas subversivas a ordem estabelecida, haja vista o caso do Riocentro, em 1981, no qual uma bomba explodiu dentro de um carro que estava estacionado diante de um show comemorativo ao dia do trabalho promovido

³³ A Aliança Renovadora Nacional (ARENA) foi um partido político conservador, situacionista, criado em 1966 pelo regime militar após a vigência do Ato Institucional Nº. 1 de 27/10/65, o qual instituiu o bipartidarismo no Brasil. Em 1980, quando do retorno do pluripartidarismo foi sucedido pelo Partido Democrático Social (PDS). Posteriormente, este partido trocou várias vezes de siglas; é hoje o Partido Progressista (PP).

por entidades sindicais. Os ocupantes mortos no episódio eram militares; o exército negou envolvimento no caso.

O cenário político fez com que a oposição saísse vitoriosa nas eleições de 1982, conseguindo a maioria de representantes no congresso nacional e no governo de vários Estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, dentre outros. Este fato motivou a apresentação da emenda constitucional Dante de Oliveira (PMDB – MT) a qual pretendia a eleição direta para presidente da república no ano seguinte.

A emenda mobilizou a população para ir às ruas, em 1984, pedir o retorno à democracia com o movimento “Diretas Já”. Este último se caracterizou por ser a maior mobilização pública da sociedade brasileira até aquela ocasião. Esta emenda não foi aprovada, permanecendo ainda as eleições indiretas para a presidência da república.

A Nova República identificada com a ascensão de José Sarney em 1985, após a morte do Presidente eleito por voto indireto Tancredo Neves, cumpriu seu papel de interstício entre um Estado autoritário para um Estado democrático; entretanto, significou uma articulação das elites brasileiras para a estabilidade institucional mantendo os traços conservadores elitistas e liberais. O estado brasileiro necessitava de reformas, porém, havia dissenso entre os grupos sociais organizados em como realizá-las e sobre quem recairia o ônus de possíveis mudanças estruturais.

Entre as décadas de 80 e 90 a saúde, em seu modelo médico – privatizante, foi profundamente influenciada por um contexto de aguda crise econômica e pelo processo de redemocratização do país. A instabilidade econômica e cambial, a hiperinflação, pôs em cheque o modelo de desenvolvimento liberal – desenvolvimentista executado desde a década de 30 no Brasil.

Num contexto de recessão econômica e da incapacidade do sistema em atender as demandas da saúde pública, o ideário do movimento sanitário passou a ter maior visibilidade, visto que sua constituição datava do período inicial da ditadura militar e emergiu como uma alternativa concreta para a reformulação do modelo que vinha sendo operacionalizado. Seu paradigma contrapunha-se ao modelo privatizante e introduziu o método histórico – social para a compreensão e

intervenção na realidade, difundindo a idéia de análise do processo saúde – doença a partir das múltiplas determinações sociais da doença e a organização social da prática médica. (TEIXEIRA citado por MENDES, 1999).

No intuito de produzir respostas às crises, o governo federal constituiu um grupo de trabalho composto por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social com o apoio da Organização Pan - Americana da Saúde, que formularam um programa com o nome de Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que entre outras propostas, apresentava a hierarquização das formas de atendimento, no qual a atenção primária seria constituída como porta de entrada para o sistema de saúde, tendo como pressuposto a participação comunitária e a integração dos serviços públicos e privados, objetivando a ampliação dos serviços de saúde. Esta proposta foi refutada pelo teor progressista que continha.

A Previdência Social vivia um contexto de crise, em que a baixa arrecadação advinda da contribuição dos empregadores e trabalhadores não fazia frente aos volumosos gastos com benefícios e assistência médica. A crise da previdência apenas refletia os resultados de uma política econômica recessiva, imposta ao país no período de 1981 a 1982, sob a batuta do governo militar.

A Assistência Médica Previdenciária foi apontada como um dos focos geradores dos problemas financeiros da instituição, o que acirrou o campo de disputas na arena política da saúde representada por seus atores como a Federação Brasileira de Hospitais – setor denunciado por inúmeras fraudes junto ao sistema e Associação Brasileira de Medicina de Grupo, a qual procurava colocar-se como alternativa de atendimento a custo zero para a união.

MENDES (1999) assegurou que se delineou um processo de mudança de hegemonia no setor privado, pelo confronto entre um setor Estado – dependente (aquele que havia crescido a partir do investimento do fundo público, através de contratos e convênios) e um outro mais dinâmico e que não mantinha relações diretas com a Previdência Social. Neste contexto de crise política e econômica, formou-se um quase consenso na criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, sendo este o Conselho Consultivo da Administração da Saúde -

CONASP³⁴, ligado ao INAMPS, cuja finalidade era estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, apontar os necessários destinos aos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica.

Este conselho incorporou técnicos do movimento sanitário cujo intuito foi o combate de fraudes e fiscalização, revertendo gradualmente o modelo médico – assistencial, porém, não integraram a comissão os trabalhadores da saúde e da comunidade. Este conselho encontrou oposição na Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de Grupo.

Apresentava como princípios, a priorização das ações primárias com ênfase na assistência ambulatorial, a integração das instituições nos três níveis: federal, municipal e estadual – a partir de um sistema regionalizado e hierarquizado, bem como a utilização plena da capacidade de produção; e a participação de usuários e profissionais.

Dos trinta e quatro projetos propostos originariamente, apenas dois mereceram atenção especial (MENDES, 1999):

- Plano de contas hospitalares: disciplinamento dos excessivos gastos com internações hospitalares.
- Plano de racionalização ambulatorial: constituição de uma rede ambulatorial hierarquizada que contivesse a demanda hospitalar, reduzindo as filas para o atendimento. Este plano foi o precursor das **Ações Integradas de Saúde (AIS)**.

Na esteira das mudanças políticas do período, novos prefeitos são eleitos a partir de 1983 e mostraram compromissos com a descentralização das ações administrativas, com as Ações Integradas de Saúde, que se constituíam em estratégia governamental e contemplavam os interesses municipais e estaduais. O pressuposto destas estratégias eram o de racionalizar os serviços básicos, estabelecendo convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social. Na rede pública as Ações Integradas de Saúde – AIS estabeleceram o princípio da produtividade, por efetivarem o pagamento seguindo a lógica da produção (de

³⁴ A partir do Decreto N°. 86.329 de 02 de setembro de 1981.

serviços) e tinha como princípios a integração entre as ações e instituições, a regionalização, a hierarquização, o repasse de recursos da previdência, a descentralização do planejamento e da administração (BERTOLOZZI e GRECO, 1996). Contudo, estas ações não conseguiram aplacar a carência populacional na área da saúde.

O Ministério da Previdência e Assistência Social em sua área médica – INAMPS – estabeleceu-se como o lugar de implementação das AIS, no período de 1985 a 1986. Os recursos para o programa eram alocados com os interesses da União, os quais deveriam ser identificados e negociados diretamente pelos Estados e municípios. Segundo MENDES (1999), as Ações Integradas de Saúde configuraram um lugar de intermediação clientelística, pois dependiam do peso político relativo das bancadas políticas federais situacionistas em suas regiões, além do privilegiamento de entidades filantrópicas e aumento de salários para a burocracia inampsiana.

Os ventos da nova república convergiram com concepções doutrinárias na área da saúde, uma vez que profissionais ligados ao movimento sanitário adentram as instituições federais de saúde, difundindo o projeto de reforma sanitária que encontraram um momento político favorável pela eleição de governadores do MDB; o MPAS / INAMPS buscou uma integração nos estados, sem alterar as estruturas federais.

O marco político – sanitário da década foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mês de março de 1986, em Brasília. Este evento diferiu dos demais pelo seu caráter extremamente democrático, por reunir milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais atuantes na questão da saúde, os quais emergiram de conferências municipais e estaduais caracterizando-o como processo social construído coletivamente.

Tal como afirmou MENDES (1999), a VIII Conferência constituiu-se num ápice de formatação político – ideológica do projeto de reforma sanitária, que segundo o autor significa:

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob a regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares do sistema.

Nesse sentido, a reforma sanitária coloca três aspectos fundamentais:

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

Segundo, erige a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado. Aqui, num terreno eminentemente político, propugna-se a transição de uma cidadania regulada, base das políticas de saúde compensatórias, para uma cidadania plena (34) que reconheça o direito igual de todos às ações de saúde. Para que isso possa ocorrer, define o Estado, enquanto regulador público, como responsável pela garantia desse direito de cidadania.

Terceiro, como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.³⁵

Com o objetivo de superar os conflitos interinstitucionais foi assinado um protocolo de intenções para a consagração de uma política integrada, em curto prazo, entre o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Deste acordo emergiu o Decreto Nº. 94.657 de 20/07/87 que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. A criação do SUDS sinalizou características importantes:

- Introduziu formalmente os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura nesse programa;
- Finalizou as Ações Integradas de Saúde – AIS;
- O SUDS foi concebido no ano em que se instalou a Assembléia Nacional Constituinte.

³⁵ MENDES, Eugênio Vilaça. Obra citada. P.42-43.

MENDES (1999) considerou que apesar de muitos resultados positivos em sua implementação, as AIS não conseguiram efetivar dois objetivos fundamentais: o de não superar o caráter de política social compensatória e por não se constituir numa estratégia de mudança do sistema nacional de saúde.

Com a implantação do SUDS foi mantida a prerrogativa dos convênios para as ações de saúde, a desconcentração para os Estados, nestas ações, e deste para os municípios. O governo Federal incrementou os recursos repassados aos Estados e Municípios. Outro aspecto importante foi a retirada gradual do INAMPS na prestação direta dos serviços de saúde, a qual se reconhecia como a instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1999). No que se referiu ao setor privado, o novo modelo procurou privilegiar as instituições filantrópicas e aumentou o repasse de recursos para a prestação de serviços de alta tecnologia, ao mesmo tempo em que intensificou o controle sobre as fraudes e buscou a diminuição de repasses financeiros ao setor privado lucrativo em geral.

Estas estratégias tinham por fim agilizar o processo de descentralização com o fortalecimento do setor público, desvinculando-se paulatinamente dos anéis burocráticos previdenciários. No campo político, emergiram forças antagônicas, tanto aquelas que deram sustentação a proposta com aquelas que a ela se opunham. Os apoiadores ocupavam as funções de direção da burocracia previdenciária, o movimento sanitário, governadores, secretários de saúde, entre outros; já seus opositores concentravam-se no segmento do setor privado contratado, como era o caso da Federação Brasileira de Hospitais e da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, e ainda no próprio INAMPS, cujo segmento corporativo temia a sua extinção.³⁶

³⁶ Idem, p. 44.

O cenário político e econômico brasileiro, da segunda metade da década de 80, foi marcado pelo aprofundamento da crise econômica e o fracasso do Plano Cruzado³⁷, evidenciando uma crise mais profunda no Estado, de âmbito fiscal e político, a qual demonstrou o esgotamento da estratégia desenvolvimentista, sobre a qual havia se assentado no Brasil a industrialização com taxas de crescimento elevadas até o início da década de 70 e o abismo social constituído pela perversa distribuição de renda.

Num contexto de acirradas disputas políticas pela continuidade da implantação do SUDS, vários ministros da saúde sucederam-se e com estes alternaram-se as tentativas em consolidar o SUDS ou em reconstituir o INAMPS e os anéis burocráticos previdenciários, a partir do discurso do despreparo das secretarias estaduais e municipais para a gestão da saúde, no que se refere à quantidade de recursos a serem repassados e o atraso na liberação dos pagamentos. Segundo MENDES (1999:46), a implantação do sistema teve efeitos inesperados, ainda que estrategicamente tenha conseguido a descentralização das ações. Estes efeitos localizaram-se no erro em superestimar o valor político do setor privado contratado, em especial com os prestadores de serviço de alta tecnologia, o clientelismo produzido pela municipalização seletiva e a pouca valorização na implantação dos distritos sanitários, recurso operacional para a mudança do modelo assistencial.

O descompasso entre o conhecimento teórico-político de sustentação para a mudança radical no modelo assistencial e a dinâmica da ação política-administrativa só não fez o SUDS retrair-se em virtude do momento político da Assembléia Constituinte, que fez avançar os acordos possíveis na mudança da legislação da saúde, refletindo a correlação de forças, com um papel decisivo do movimento da reforma sanitária.

³⁷ No Governo de José Sarney adotou-se um conjunto de medidas econômicas para debelar a inflação galopante, no final de fevereiro de 1986. As principais foram: o congelamento dos preços de bens, serviços e salários; este último teve seu valor fixado pela média dos últimos 6 meses; reforma monetária com a substituição da moeda de Cruzeiro para Cruzado, numa proporção de 1:1000, assim um Cruzado valia mil Cruzeiros.

Para MENDES (1999:47) a Constituição apresentou uma nova lógica organizacional referida pela reforma sanitária e ressaltou alguns aspectos fundamentais na questão da saúde:

- a) O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- c) A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- d) A criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade;
- e) Integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

1.4 O AVANÇO DO PROJETO NEOLIBERAL:

Em 1989 o Brasil vivenciou eleições diretas para a presidência da República, após quase três décadas de suspensão do processo eleitoral democrático. O processo se polarizou no segundo turno com dois candidatos que representavam forças antagônicas: Luiz Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores, o qual aglutinava as tendências de esquerda, com apoio dos movimentos populares e organizações sindicais. Este segmento almejava mudanças estruturais na política e na economia do país para um modelo socialista e de outro lado, Fernando Collor de Mello do Partido da Renovação Nacional (legenda pouco representativa) que recebeu apoio das tendências conservadoras centro – direitas, as quais defendiam os interesses liberais do capital agrário, industrial e financeiro.

O pleito acirrou as disputas entre os dois projetos societários, contudo, por utilizar artimanhas demagógicas e o apoio da mídia privada, Collor foi o candidato vencedor. Seu programa de governo tinha por fundamento o modelo econômico neoliberal, naquele momento em franca expansão na Inglaterra e Estado Unidos, prevendo uma extensa reforma no Estado com a privatização das empresas estatais e a abertura do mercado brasileiro ao capital internacional.

A partir da promulgação da Carta Constitucional, a continuidade do processo de construção do SUS se deu com a elaboração da Lei Nº. 8.080 de 1990, a qual tratou da operacionalização do sistema em seus processos de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a descentralização político – administrativa com mando único em cada esfera de governo. Porém, ainda que os dispositivos legais tenham assegurado à constituição de um modelo universal, participativo e democrático, o mesmo não incluiu dispositivos regulatórios sobre o setor privado, seja no âmbito dos produtores de insumos, seja nos serviços de saúde supletiva. Este foi um reflexo da arena de disputa entre dois projetos políticos na saúde: um público estatal e outro privatista. Outro aspecto importante se deu no veto presidencial aos artigos que previam as Conferências e Conselhos de saúde, os critérios de repasse direto dos recursos aos Estados e Municípios e a supressão de convênios. As mobilizações das organizações civis pressionaram o Governo sobre estas questões pendentes, conseguindo a aprovação da Lei Nº 8.142, ainda em 1990.

Se para o campo da saúde delineava-se um novo modelo assistencial, alicerçado em bases jurídicas e reiterado pelas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, a conjuntura do início da década de 90 deflagrava a profunda crise fiscal e política do Estado com a estagnação da economia (índices de crescimento a 2% ao ano), aumento do desemprego, crescimento da informalidade, o que precarizou ainda mais as condições de trabalho e nesta esteira, agudizando a pobreza.

Na área econômica, a Ministra da Fazenda, Zélia Cardoso de Mello, colocou em prática um plano draconiano que pretendeu conter a hiperinflação do período, conhecido como Plano Collor. Neste, houve o confisco dos depósitos bancários, os salários e os preços dos produtos de consumo foram congelados. Com a impopularidade das medidas, o presidente foi perdendo prestígio e apoios políticos importantes, não tardando a serem publicizadas denúncias de corrupção e o desvio de verbas públicas³⁸.

³⁸ Por ocasião destas denúncias, tornou-se folclórica a “caçada” da mídia ao tesoureiro da campanha de Collor, Paulo César Farias e suas negociatas, num momento que em os veículos de comunicação

Tendo em vista a opção deste governo pelo ideário neoliberal, os gastos na área social foram cada vez mais reduzidos, com propostas que colidiam com a lógica dos direitos sociais previstos na Carta Constitucional. No campo previdenciário, o governo Collor introduziu o aumento da carência previdenciária para 15 anos de contribuição, como também, desvinculou o reajuste dos benefícios do salário mínimo.

A proposta de reforma previdenciária desse Governo, previa a transferência para o setor privado das faixas salariais mais rentáveis, assim como a transferência do seguro acidente para o setor privado. Embora não tenha conseguido a sua aprovação, a proposta privilegiava o setor privado em detrimento a Previdência pública, que ficaria com os setores menos rentáveis da sociedade.³⁹

Em virtude da crescente insatisfação popular, em setembro de 1992, o Congresso Nacional aprovou o impeachment do presidente, o qual preferiu renunciar ao seu mandato em dezembro daquele ano. Seu vice, Itamar Franco, foi empossado na presidência em 29 de dezembro de 1992.

Ao analisar a constituição da política de saúde na década de 80, MENDES (1999:50) afirma que houve a consolidação do **projeto neoliberal da saúde**, como uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista, construído ao revés do aclamado e consensuado modelo universalizante. Ainda que no período não se tenha efetivado o modelo neoliberal na macro-economia do país, o autor julga procedente a influência desta onda internacional que repercutiu nas políticas sociais brasileiras, ainda mais no projeto conservador que vigorou no campo da saúde.

No intuito de argumentar a sua posição, o autor destacou que a estratégia dos ajustes neoliberais, no campo das políticas sociais, funda-se em três opções, sendo estas:

privados sentiam-se traídos pelas atitudes personalistas e autoritárias do Presidente e desejavam então macular a sua imagem, denunciando a corrupção de seu governo. Atingiram grande repercussão nacional a reportagem publicada na Revista Veja, com Pedro Collor e as críticas do Jornal Folha de São Paulo.

³⁹ ESCORSIM, Silvana Maria. O sistema de Proteção Social dos Servidores Públicos Federais: Da Assistência Patronal à GEAP – Fundação de Seguridade Social (1945 – 1990). Dissertação de Mestrado. PUC SP, 2002. P. 36.

- A privatização dos serviços sociais em geral; na saúde remete a regulação a mecanismos de mercado, o qual direciona o acesso para aqueles que podem comprar estes serviços. Neste caso, a privatização pode ser induzida por mecanismos de subsídio estatal, direto ou indireto ou até de forma mascarada pelo patrimonialismo, que se constitui numa apropriação privada do Estado (idem, p. 50).

- Descentralização. Numa perspectiva neoliberal este mecanismo vem de encontro à proposta de diminuição do Estado em busca de um Estado mínimo. O autor argumenta que a questão central não se refere apenas ao tamanho, mas a dissolução de sua capacidade de regulação e arbitragem frente aos desequilíbrios do mercado, produzidas pelo exercício do poder econômico, com o anteparo dos interesses e soberania populares representados pelo poder público. Nesta questão, ressalta a fragilização do Estado em seu papel administrativo e redistributivo dos recursos às regiões que deles mais necessitam.

- A Focalização dirigida aos setores mais pobres da sociedade, o que dimensiona os recursos sociais para programas sociais, quase sempre em pequenas proporções, visto que estes grupos, postergados socialmente, não dispõem de organização e mobilização social suficientes, capazes de vocalizar suas demandas, o que para o autor, transforma estas ações em neofilantropia. Considera que isto se deu no campo da saúde, nas diferentes propostas de atenção primária seletiva, na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência de grupos de risco.⁴⁰

Por caracterizar estas três opções neoliberais no movimento da política de saúde brasileira da década de 80, MENDES (1999) qualifica o projeto neoliberal no campo da saúde, o qual produziu mudanças no interior do setor privado e criou um subsistema privado, o da atenção médica supletiva, o qual se fortaleceu no período tendo em vista a quase inexistente regulação do Estado para este setor. Este subsistema não obteve financiamento direto do Estado, contudo, experimentou a expansão de suas atividades como consequência direta do declínio da qualidade no atendimento do serviço público e deste modo, a migração da população de maior poder aquisitivo para esta modalidade.

⁴⁰ MENDES. Obra citada, p. 51.

A mudança do modelo de saúde com a expansão da universalização, a partir do preceito Constitucional, propunha avançar nas políticas redistributivas, na qual todos os cidadãos, sem distinção, deveriam ser incluídos nos benefícios do sistema público de saúde, alterando o modelo corporativo anterior cuja lógica de acesso era contributiva, voltada para a população assalariada. Contudo, o aspecto contraditório do novo sistema deu-se em não materializar na prática um universalismo inclusivo, como garantia plena de cidadania e sim num “universalismo excludente”⁴¹. O paradoxo desta afirmação foi explicado por MENDES (1999), para o qual o universalismo garantiu a incorporação, no sistema, dos segmentos mais pobres da população, os quais não tinham como antepor-se aos mecanismos de racionamento de recursos, condição que foi imperativa para sua imediata ampliação, num contexto de crise econômica e como decorrência deste, uma queda na qualidade de prestação dos serviços. Este mecanismo adverso produziu a “expulsão” dos mais abastados do sistema público para o crescimento da saúde supletiva privada.

Pelo fato do subsistema privado ter absorvido este contingente pagante de serviços, possibilitou que a universalização excludente do sistema não enfrentasse barreiras para o ingresso da população pobre e produzisse por fim sua função redistributiva, pois para os grupos sociais com maior renda, consumidores da saúde supletiva, a saúde pública não se firmou como o seu referencial de atenção médica, não produzindo sequer expectativas para sua adesão. Esta condição de total expulsão do sistema público só não se materializou no que diz respeito aos serviços de alta tecnologia e complexidade, pois de modo geral, estes serviços não são contemplados na cobertura dos planos privados.⁴²

Some-se a isso as estratégias de marketing das empresas médicas, o interesse das empresas do sistema produtivo no desenvolvimento de formas de assalariamento indireto através da atenção médica e as pressões dos sindicatos mais organizados que incorporam, nas pautas de reivindicações dos dissídios, a entrada no subsistema de atenção médica supletiva.⁴³

⁴¹ Esta reflexão esboçada por MENDES (1999) teve como referencial o trabalho de FAVERET FILHO e OLIVEIRA na obra *A universalização excludente – reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ / IEI, 1989.

⁴² Idem a nota anterior.

⁴³ MENDES. Obra citada, p. 54.

Esta migração espontânea dos grupos pagantes para a saúde supletiva, modificou a forma de expansão e financiamento do setor privado, diminuindo o investimento do fundo público e autonomizando cada vez mais a saúde privada. Mas este fator não foi o único a contribuir com a alavancagem deste subsistema. O mesmo se deu com relação aos produtores privados de serviços, contratados anteriormente pelo INAMPS. A hiperinflação acumulada na década fez com que as tabelas praticadas pelo órgão não acompanhassem as perdas reais no valor de remuneração dos serviços, deteriorando os valores pagos pelos procedimentos.

É notório que os serviços contratados são em grande parte o segmento mais moderno do sistema, e que a inflação médica corresponde a um incremento no custo da tecnologia de ponta para a diagnose e terapia, quase sempre superior a inflação econômica, devido a importação de equipamentos, materiais, medicamentos; além disso, pela quase inexistência de regulação do Estado sobre a incorporação tecnológica e dos mecanismos de cartelização dos produtores de insumos e de serviços que se utilizam do oligopólio do setor para estabelecer suas tabelas de preço.

Contudo, as estratégias encontradas pelo setor médico privado, em particular dos hospitais contratados, foi a redução dos investimentos, de remuneração de pessoal, internação seletiva dos pacientes, além do incremento abusivo (por vezes fraudulento) de custos operacionais nas contas hospitalares que se destinavam ao INAMPS. A crise no setor foi tão intensa que uma portaria do MPAS, em dezembro de 1986, permitiu a complementação de honorários e serviços por uso de dependências especiais, o que provocou o abandono da classe média e dos trabalhadores mais qualificados da medicina previdenciária e seu ingresso nos planos de saúde (MENDES, 1999).

A configuração do período demonstrou que permaneceram no sistema de saúde pública os produtores tradicionais que não conseguiram modernizar-se, sendo que houve um descredenciamento seletivo da rede privada do INAMPS. Os poucos hospitais modernos que permaneceram credenciados destinaram seus leitos para o alto custo, não colocando maior quantidade de leitos à disposição do sistema

público. Houve um deslocamento dos prestadores contratados e conveniados do setor público para a atenção médica supletiva.

A rede de atenção médica e hospitalar passou a ser constituída por serviços de baixa tecnologia, tanto estatais como privados, o que reafirmou o ideário de que o sistema público era o lócus das populações mais empobrecidas com menor poder de pressão e de formação da opinião pública para a efetivação da proposta de reforma sanitária, contribuindo para a consolidação do projeto neoliberal da saúde em substituição ao modelo médico assistencial privatista.

Ainda no governo de Collor, foi editada a Norma Operacional Básica – NOB (01/1991) da saúde como instrumento normativo que objetivava regular a transferência de recursos financeiros da União para Estados e municípios, planejar as ações de saúde e os mecanismos de controle social. Esta norma redefiniu toda a lógica do financiamento e de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços, o que significou que os Estados e municípios passaram a receber os recursos a partir da quantidade de serviços prestados, tendo como referência as mesmas tabelas existentes para o pagamento dos prestadores privados; esta lógica impôs um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços, cuja avaliação se dava pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

No cenário político – econômico brasileiro, o senador Fernando Henrique Cardoso ocupou o Ministério da Fazenda, no governo de Itamar Franco, em maio de 1993, com a missão de adotar medidas para combater a hiperinflação e estabilizar a economia. Em agosto do mesmo ano o ministro anunciou a mudança da moeda de Cruzeiro para Cruzeiro Real, num contexto inflacionário em que a desvalorização da moeda atingia mais de 30% ao mês.

No campo da saúde foi editada a Norma Operacional Básica (01/1993), a qual criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para habilitar os municípios, e o tipo de gestão sendo estes: incipiente, parcial e semi-plena, o que também significou critérios diferenciados para as formas de repasse dos recursos financeiros. Outro aspecto significativo do período foi a extinção do INAMPS, em 1993, por ser

considerado obsoleto ante a implantação do SUS e o comando do sistema pertencer ao Ministério da Saúde.

O governo iniciou um amplo programa de estabilização econômica em fevereiro de 1994, com a publicação de uma medida provisória⁴⁴ que criou a Unidade Real de Valor (URV), a qual fixou regras de conversão obrigatória de valores monetários. Num segundo momento, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE)⁴⁵ para o qual foram desvinculadas as verbas do orçamento da União que foram direcionadas para este fundo, permitindo ao governo remanejar o orçamento e cortar gastos considerados supérfluos. Esta medida ocasionou um impacto negativo no financiamento do SUS e da Seguridade Social, pois o governo poderia utilizar 20% da arrecadação das contribuições sociais para outras áreas de interesse, o que significou um golpe no dispositivo constitucional, para o qual os recursos da seguridade não poderiam ser alocados para outros fins que não aos destinados a Previdência, a Saúde e Assistência Social. O Fundo Social de Emergência passou a ser denominado de Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente é conhecido como Desvinculação das Receitas da União (DRU).

O ministro Fernando Henrique Cardoso e seu ministério ditavam a política macro-econômica do país.

As medidas macro-econômicas adotadas foram:

- A desindexação da economia - o reajuste de preços passou a ser anualizado, a partir de planilhas de custo de produção;
- Privatizações das estatais - o setor público não seria mais o agente financiador, entendendo-se que o setor privado poderia modernizar as empresas;
- Equilíbrio fiscal – corte de despesas e aumento dos impostos federais;
- Abertura econômica ao mercado internacional, reduzindo tarifas de importação e facilitando serviços internacionais;
- Câmbio artificialmente valorizado do Real, facilitando as importações.
- Políticas monetárias restritivas com o aumento da taxa básica de juros.

⁴⁴ Medida Provisória Nº434, publicada no Diário Oficial da União em 27/02/1994.

⁴⁵ Emenda Constitucional Nº10 de 01/03/1994.

O programa de estabilização atingiu seu ápice com o lançamento da moeda Real em primeiro de julho de 1994, que seguia a conversão de R\$1,00 (um Real) para cada CR\$2.750,00 (Dois Mil e Setecentos e Cinquenta Cruzeiros Reais). O efeito foi imediato, com a redução da inflação para índices nunca vistos em muitos anos e melhoria no padrão de consumo da população.

Nesta conjuntura de popularidade o ministro Fernando Henrique concorreu a sucessão presidencial em 1994. Após as eleições, em que se polarizaram projetos políticos antagônicos, saíram vencedores os setores da burguesia que apostavam na continuidade das reformas econômicas de cunho neoliberais, já demonstradas por Fernando Henrique Cardoso⁴⁶, na abertura da economia ao capital internacional, reformas estruturais no aparelho estatal e com um intenso programa de privatização das empresas estatais de grande porte.

Houve um claro desmonte das políticas públicas com a adoção de medidas privatizantes. O Estado foi redimensionado em suas relações com a sociedade, minimizando suas atribuições no campo social. A reforma macroeconômica de seu governo excluiu a possibilidade de uma política social pública que tivesse no Estado a função democrático – reguladora, restringindo ao mercado em sua inserção naturalmente excludente, visto sua prerrogativa de lucratividade. (PORTO, 2001).

Em seu governo, o debate previdenciário estava lançado: por um lado a redução da Previdência Pública em favor da ampliação de mercado e de outro, a luta pela reafirmação do direito de proteção ao trabalho, como responsabilidade estatal. A proposta de reforma previdenciária de FHC teve como pano de fundo o ajuste neoliberal (ESCORSIM, 2002).

A essência de seu corpo de reformas estava em reduzir as faixas da previdência pública estimulando a busca dos serviços privados, sob o sistema de capitalização. Contudo, o governo de FHC encontrou resistências de trabalhadores e aposentados, obrigando-se a reorientar estratégias para a sua aprovação. Porém,

⁴⁶ Fernando Henrique Cardoso foi Presidente da República em dois mandatos: de 01 de janeiro de 1995 a 01 de janeiro de 2003.

em suas tentativas de cunho privatizante, subsumiu o direito à seguridade social ao equilíbrio das contas, em especial da Previdência Social.

A reforma previdenciária teve como discurso governamental a elevada carga de contribuição social das empresas, o elevado coeficiente de dependência na relação beneficiário ativo x inativo, e o déficit previdenciário; o último descontextualizado historicamente, uma vez que o Estado retirou sistematicamente recursos dessa pasta para aplicá-lo em seus interesses, acumulando uma dívida de enormes proporções.

O projeto de reforma previdenciária foi aprovado, consolidando-se na Emenda Constitucional Nº. 20 de 1998, que trouxe como relevante, a substituição do conceito de tempo de serviço por tempo de contribuição, eliminando-se a aposentadoria proporcional. As novas regras expulsaram uma parcela considerável de trabalhadores à cobertura dos benefícios previdenciários.

Estabeleceu o regime básico com um valor teto estipulado pela previdência, além de criar o fator previdenciário, que agregou para o cálculo dos benefícios variáveis como tempo de contribuição, a idade no momento da aposentadoria e a expectativa de sobrevida.

Em 1996 foi editada a Norma Operacional Básica da saúde, a qual versou sobre os modelos de gestão, sendo estes: A Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. É fundamental destacar que uma das alterações mais importantes introduzidas pela NOB-96 refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passou a ser feito com base num valor fixo per capita e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilitou aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população.

O Piso Assistencial Básico – PAB – foi estabelecido como um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal. Esse Piso foi definido pela multiplicação de um valor per capita estabelecido nacionalmente, pelo censo populacional (fornecido

pelo IBGE⁴⁷) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios.

A crise de financiamento do setor saúde se agravou, e o próprio ministro da Saúde reconheceu a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos, o que motivou a cobrança de honorários diretamente dos usuários. Assim, na busca de uma alternativa econômica como fonte de recursos exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde, Adib Jatene propôs a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF, a qual vigorou a partir de 1997 e teria a vigência de um ano⁴⁸, sendo que seus recursos seriam aplicados exclusivamente na área da saúde, o que não aconteceu.

Esta questão vem de encontro à análise de que o financiamento da saúde e da seguridade social, como um todo, constituiu-se ao longo dos anos, após a promulgação da Constituição Federal, num cabo de guerra entre este setor e a área econômica. No intuito de garantir que os volumosos recursos dessem conta do tipo de proteção social prevista, o financiamento deveria provir de várias fontes, dentre elas:

(...) o salário (contribuição de empregados e empregadores), o faturamento (trazendo para seu interior o Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL⁴⁹ e o Programa de Integração Social e de formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP), o lucro líquido das empresas (contribuição nova introduzida na Constituição, denominada Contribuição sobre o Lucro Líquido – CLL) e a receita de concursos e prognósticos (loterias). Além dessas fontes, a Seguridade Social contaria com recursos de impostos da União, dos Estados e dos Municípios. Ao mesmo tempo, os constituintes preocuparam-se em definir que esses recursos fossem exclusivos da proteção social, o que não foi cumprido por nenhum governo. (MARQUES e MENDES, 2005:3).

A crise de financiamento do SUS agravou a operacionalização do sistema, principalmente no que se referiu ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passou a ser uma constante, bloqueando o acesso ao

⁴⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

⁴⁸ A CPMF foi extinta em 31 de dezembro de 2007.

⁴⁹ Este foi substituído pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS, em 1991.

tratamento médico da população. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país, tomaram a decisão de criar planos próprios de saúde, ingressando desta forma no campo da saúde supletiva.

O segundo mandato de FHC, em 1999, foi marcado pela crise internacional do capitalismo, a qual atingiu diretamente os países asiáticos, México e Rússia, repercutindo negativamente na economia do Brasil e desvalorizando a moeda nacional. Tendo em vista o crescimento da dívida interna, foi colocado em prática um plano diretor de reforma do Estado para a gestão do setor público. Houve a flexibilização do monopólio de várias empresas estatais (em especial nos setores de energia e telecomunicações) e entrada de capitais estrangeiros no Brasil.

No campo social, apesar da edição da Lei Orgânica da Assistência Social em 1993, foram criados programas seletivos, focalizados e compensatórios como a Bolsa Escola, Bolsa alimentação, o Vale Gás e o Programa Comunidade Solidária, este último sob o comando direto da primeira dama⁵⁰.

MARQUES e MENDES (2005) afirmaram que nos anos seguintes os problemas de financiamento da área da saúde aumentaram, tendo em vista a diminuição dos investimentos governamentais, a considerar o gasto per capita federal que passou de R\$190,00 para R\$158,90 (no período de 1995 a 2003) e a “geração de superávits” no orçamento da seguridade. Estes recursos considerados “excedentes” financiaram gastos alheios à área de proteção social ou foram contabilizados no cálculo do superávit primário, perseguido pela área econômica, sob a orientação das agências financeiras internacionais.

Tendo em vista as pressões dos segmentos interessados, como setores governamentais, trabalhadores, profissionais da saúde, entidades científicas e usuários, o Congresso Nacional aprovou, após sete anos de debates, a Emenda Constitucional nº. 29 (EC 29) em agosto de 2000, a qual pretendia solucionar o comprometimento de recursos orçamentários nas três esferas de poder, a fim de acabar com as incertezas no financiamento da saúde.

⁵⁰ A Antropóloga Ruth Cardoso.

Segundo a EC 29, os estados e municípios teriam que destinar no primeiro ano pelo menos 7% dessas receitas para a saúde. Esse percentual deveria aumentar anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15%. Em relação à União, no primeiro ano, deveria ser aplicado pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Vale ressaltar que a EC 29 não explicita a origem dos recursos alocados pela União, sendo omissa em relação à Seguridade Social. Essa omissão não considerava a disputa por recursos pelos diferentes ramos da seguridade. (Idem, 2005:5).

A implementação da emenda foi dificultada por uma disputa acirrada entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda, no que diz respeito a interpretação do texto sobre o ano base que incidiria a aplicação do adicional de 5%. Para a saúde o ano base seria 2000, mas para a fazenda o ano a ser considerado era 1999, acrescido das variações nominais do PIB anterior. O cálculo do ministério da fazenda reduziu em R\$1,2 bilhões o montante de recursos para a aplicação na saúde (Idem, 2005). Os conflitos no orçamento também ocorreram em alguns Estados e municípios, verificando-se o não cumprimento com o mínimo percentual de financiamento apontado na EC 29.

Durante o segundo governo de FHC, foi aprovada a Lei Nº. 10.507 de 10/07/2002, a qual criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Estes profissionais de perfil popular passaram das ações de vigilância à saúde de mães e crianças para os demais segmentos da população, em particular as patologias crônicas como a Diabetes, a Hipertensão Arterial, Tuberculose, entre outras. Naquele ano, o Programa da Saúde da Família atendia a 4.071 municípios brasileiros, contando com a incorporação de 15.867 equipes de saúde.⁵¹

O governo neoliberal de FHC significou um período de retrocesso para a política de saúde, no que diz respeito a ampliação da universalidade proposta. Durante sua gestão, alguns poucos avanços foram conseguidos pela mobilização reivindicatória dos atores sociais deste setor, como o piso assistencial básico e a extensão da estratégia de saúde da família nos municípios brasileiros. Talvez o principal tenha se dado na resistência do projeto universal ante aos confrontos de uma política privilegiadora de mercado.

⁵¹ Informação obtida no site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/02.htm>

1.5 O GOVERNO DE LUÍS INÁCIO LULA DA SILVA

A vitória de Lula nas eleições de 2002 foi o coroamento de uma trajetória iniciada em 1980 em São Paulo, com a criação do Partido dos trabalhadores (PT), o qual refletia a luta contra a ditadura marcada pela organização sindical dos trabalhadores. Esta construção político-partidária de conteúdo socialista foi crescendo em importância no cenário nacional, na medida em que seus filiados conquistaram os pleitos eleitorais e passaram a ocupar cadeiras nos poderes legislativos e executivos governamentais, em todo o país.

Dentre os atores desta história está o próprio presidente Luís Inácio Lula da Silva, cuja história pessoal de retirante nordestino em busca de trabalho em São Paulo, retrata o drama vivido pela população pobre rural, destituída de condições materiais para prover o seu sustento e que vê na grande metrópole a chance de trabalho e de uma vida melhor. Um líder carismático que alçou lugar de destaque a partir do movimento sindical dos metalúrgicos. Sem dúvida, uma história de sucesso impar e impactante.

Apesar da adoção de políticas de estabilização e ajuste macroeconômicos, o saldo do governo neoliberal de FHC foi o aumento do desemprego, agravamento da distribuição de renda e da dívida pública dos Estados. Este cenário de descontentamento possibilitou o crescimento da candidatura de Lula pelo PT com a promessa de que seu governo promoveria amplas e irrestritas mudanças nos campos social, econômico e político.

Para aplacar o temor dos setores conservadores da sociedade no que diz respeito às propostas de ruptura com o modelo de desenvolvimento capitalista, o PT formatou uma chapa eleitoral que refletiu as amplas alianças políticas que congregaram os setores de centro-direita. Esta composição antes nunca pensada para a história do partido foi objeto do marketing da campanha, na qual o discurso radical da esquerda foi suavizado com slogan “Lula paz e amor”. O exemplo do continuísmo para a política macro-econômica, deu-se na nomeação de Henrique Meireles para presidente do Banco Central do Brasil, um reconhecido burocrata com experiência anterior de direção em grandes corporações financeiras internacionais.

Com isto, passava o recado de que seu governo seria confiável aos investidores do capital.

Entre as suas primeiras medidas está a criação de um programa social que se propunha a melhorar a alimentação das pessoas pobres, o chamado FOME ZERO. O programa não foi suficiente para aplacar o elevado índice de pobreza, ainda que a idéia deste fosse minimizar os efeitos da grave concentração de renda no país. Assim, o governo criou o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) unificando os programas de transferência de renda existentes no Bolsa Família. O programa de transferência de renda capitalizou para o presidente o apoio de um segmento social tradicionalmente sem efetiva organização política e de baixa renda, inaugurando as bases para um “novo populismo” na acepção política (MARQUES e MENDES, 2006).

Seu governo deu continuidade às medidas econômicas adotadas no governo de FHC, na austeridade fiscal como medida prioritária do governo e vem perseguindo ao máximo as recomendações do FMI e Banco Mundial no que diz respeito ao corte nos gastos e conquista do superávit primário, cujo saldo advém da diminuição de investimentos em políticas sociais para conseguir ter crédito monetário junto aos organismos financeiros internacionais. Melhor dito, a garantia do sistema de saúde público e universal está na contramão do que ditam estes organismos.

Em 2003, foi a vez da reforma previdenciária voltada ao serviço público federal a semelhança da realizada anteriormente por FHC, na qual ficou estabelecida: a idade mínima para homens e mulheres; a redução do benefício por antecipação do período de aposentadoria; o teto de 70% para as pensões dos servidores; previsão de contribuição dos inativos (11%) cujos vencimentos ultrapassem a faixa de isenção do Imposto de Renda de Pessoa Física; a remuneração do serviço público passou a ter tetos e subtetos; os novos servidores terão o valor teto do INSS como limite de benefícios pagos pelo sistema básico público e acima deste valor, poderão complementar com fundo de pensão fechado, sem fins lucrativos, de gestão paritária.

Neste último item pode-se perceber um poderoso instrumento de fortalecimento do mercado interno a partir da formação de poupança compulsória.

(...) apenas a contribuição é definida, ficando o valor a ser recebido obra e graça dos humores do capital financeiro (MARQUES e MENDES, 2006:65).

No governo de Lula o financiamento da saúde configurou-se como campo de disputa e de entraves. O Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, destinado a alimentação, nutrição e saneamento básico, continuou a ser incluído como ação de saúde. A saúde deixou de contar com os recursos destinados a aquele fundo e sofreu o descumprimento de EC 29 pela União, na Lei de Diretrizes Orçamentárias para o ano de 2004, por não elevar o financiamento da saúde tal como o previsto. Uma consideração importante realizada por MARQUES e MENDES (2005) disse respeito ao precedente aberto aos Estados e municípios considerarem como despesas com saúde outros gastos governamentais que não se referem às ações típicas de saúde, alocando os recursos desta área para seus interesses.

O impasse entre o orçamento do SUS e o plano da equipe econômica foi dirimido com a Lei nº. 10.777/2003 em que os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não fossem considerados como ações e serviços públicos de saúde. Outra conquista, ainda que inicial, foi o Projeto de Lei Complementar de Regulamentação da Emenda Constitucional 29, em trâmite pelo Congresso, com o respaldo da Resolução nº. 322/03 do Conselho Nacional de Saúde.

Em 2005 o governo foi alvo de denúncias por garantir propinas aos políticos para aprovar medidas de seu interesse; este esquema ficou conhecido como o mensalão. Apesar das duras críticas da mídia em geral e das Comissões Parlamentares de Inquérito – CPI, contra membros do PT participantes da gestão pública, a imagem do Presidente Lula foi preservada por uma estratégia política de distanciamento entre ele e o partido.

As investidas do governo Lula contra a aplicação orçamentária da saúde deram-se na Lei de Diretrizes Orçamentárias, encaminhada ao legislativo em 2006, que previa a inclusão das despesas de assistência médica hospitalar dos militares e seus familiares na saúde, o que foi veementemente contestado pelo Conselho Nacional de Saúde, configurando a permanente disputa entre as áreas econômica e

saúde. O governo Lula manifestou sua intenção em adotar a desvinculação dos recursos para a área da saúde, em carta enviada ao FMI no final de 2003, mencionando a idéia de flexibilização da alocação de recursos públicos como ações que promovessem o ambiente para o desenvolvimento com crescimento econômico (Idem, 2005).

Estas mudanças, tão almejadas, não se efetivaram pela vigilância constante dos defensores do SUS, mas há que se por em alerta para que novas medidas no campo jurídico-legal não venham a desobrigar União, Estados e municípios a gastarem com educação e saúde um percentual fixo dos recursos arrecadados através dos impostos e de outras fontes.

Após um período de estagnação nos índices de desenvolvimento econômico seu governo experimentou uma onda de crescimento, beneficiado pelo movimento global do capitalismo até 2008, ano em que a crise internacional foi desencadeada pelo estouro da “bolha” do mercado imobiliário norte-americano, numa grave configuração de aquecimento do mercado com uma super-oferta de crédito financeiro, além das possibilidades reais de pagamento dos mutuários do sistema. Ainda assim, o Brasil não foi abruptamente atingido pela crise do capitalismo, tendo em vista o cumprimento da cartilha econômica realizada pelo governo de Lula junto aos credores internacionais.

Constitui-se ainda num desafio recuperar o conteúdo de universalidade, equidade e integralidade da Seguridade Social prevista na Constituição de 1988. Neste sentido, o debate mais premente está na recomposição de sua centralidade como política pública de amplo espectro, como um bem coletivo, ante a sua desvalorização pelos governos, tanto de FHC como de Lula, os quais tentaram destituí-la dos recursos e ancoramento de suas fontes de arrecadação advindas da União, Estados e municípios, demonstrando um descomprometimento para com a construção do sistema de proteção social brasileiro, em detrimento da agenda dos organismos do capital.

CAPÍTULO II

O INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES DOS INDUSTRIÁRIOS: A INSTUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PATRONAL E SUA TRANSFORMAÇÃO NA GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL.

O presente capítulo se propõe a resgatar a particularidade história do IAPI tendo em vista a importância que este instituto teve no desenvolvimento da proteção previdenciária, pois de seus quadros funcionais emergiram os futuros dirigentes da unificação da Previdência Social brasileira, como também sua influência no surgimento da assistência médica de modelo privatista. Neste trabalho, o principal destaque ao Instituto se dará ao fato de que também no seu interior foi gestada a Assistência Patronal, órgão de prestação de assistência médica e social direcionada aos servidores do IAPI e seus familiares, até a conjuntura que propiciou o movimento para a sua privatização, com o nascimento da GEAP.

O IAPI constituiu-se a partir de um modelo que visava à racionalidade administrativa com base no conhecimento técnico de uma elite intelectual. Esta elite influenciou na concepção e operacionalização previdenciária, a partir de um embate de concepções com outra categoria profissional: a dos bancários, os quais também possuíam um projeto de previdência social, que se contrapunha aos do IAPI. Como concepção vencedora, o modelo do IAPI norteou a opção contencionista e privatizante da assistência previdenciária e de assistência médica, os quais foram hegemônicos até os anos 80 no Brasil.

HOCHMAN (1990:17-18) aponta que é impossível entender a história deste Instituto, a identidade e ação política de sua burocracia sem apontar para três marcos fundamentais em sua gênese:

- a Lei de criação em 1936;
- os trabalhos de sua comissão organizadora durante o ano de 1937 e
- o concurso público para a formação de seu quadro de funcionários em fins de 1937.

A previdência social brasileira foi se conformando a partir da década de 30 num processo seletivo e desigual de incorporação de seguimentos dos trabalhadores, registrando-se que inicialmente foi voltado àqueles que influíam diretamente na economia e tinham poder de organização e reivindicação.

A década de 30 foi significativa para a primeira mudança do modelo de organização previdenciária, uma vez que ainda se esboçava a formatação da Previdência brasileira: da passagem das CAPS, as quais se estruturavam por empresas, para os IAPS: por grupos ocupacionais definidos pelo Estado. A crítica realizada as CAPS na ocasião, tinha como base o atendimento ao um reduzido número de associados e sua dispersão no tecido social (HOCHMAN, 1990).

Desse modo, o Conselho Nacional do Trabalho (CNT) intercedeu no sentido de uma progressiva diminuição destas formas de organização empresarial. A opção escolhida, após intensos debates e disputas políticas, foi a criação de vários institutos que englobassem categorias profissionais.

As categorias profissionais já reconhecidas pelo Estado e a necessidade do governo provisório em responder as demandas corporativas, de vários segmentos de trabalhadores e sindicais que produziam pressão, acabaram por definir os modelos dos IAPS para o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

A idéia de um instituto voltado para os industriários ganhou corpo num anteprojeto apresentado a Câmara dos Deputados em 1935, resultado de negociações entre o Sindicato dos Metalúrgicos do Distrito Federal e o MTIC e segundo HOCHMAN (1990), foi o único dos institutos criado por Lei, a qual estabeleceu uma comissão organizadora para proceder aos estudos técnicos preliminares, cabendo a esta recensear os industriários, elaborar o regulamento, contratar os quadros de funcionários e por fim, colocá-lo em funcionamento.

Tendo sido o último instituto a ser criado, em 1936, o IAPI passou a ser pelo seu tamanho e importância no setor econômico, o coroamento do sistema previdenciário, ocupando lugar de destaque nos projetos do MTIC. Contava na época com quase um milhão de associados. O nascente instituto foi regulamentado em agosto de 1937, iniciando suas atividades em janeiro de 1938 e tinha como pretensão ser o modelo padrão na previdência (HOCHMAN, 1990:23).

A intervenção deste ministério (MTIC) foi definitiva na criação do IAPI, uma vez que cabia a este o controle sobre os planos atuariais de todas as instituições previdenciárias e dos seguros privados. Fazia parte de seus quadros profissionais um grupo de atuários, os quais desempenharam papel fundamental no próprio curso histórico da burocracia do IAPI.

A idéia matriz que se viabilizou na formação deste Instituto era de que os técnicos atuários, vinculados ao MTIC, dariam um contorno técnico-científico rigoroso e uma qualidade racionalizadora à administração pública, no que diz respeito à relação receita e despesa, o que determinou que o IAPI viesse a desenvolver a política mais restritiva no que concerne a concessão de benefícios e serviços, quando comparado com outros institutos de sua época.

HOCHMAN (1990) ao estudar a questão, afirma que a intervenção do MTIC na criação e organização do IAPI teve como característica a imposição da racionalidade administrativa o que significou uma clara “despolitização” do processo, descolando a constituição do novo instituto das pressões sociais, provenientes dos trabalhadores, sindicatos e outros atores políticos.

A posição do órgão governamental, com referência a centralização das decisões sobre a criação do IAPI se deu em contraposição a forte influência que os movimentos dos trabalhadores organizados, em particular dos bancários, haviam conquistado junto ao seu instituto, com um leque mais condescendente de benefícios e serviços. O discurso da categoria dos bancários afirmava que o seu instituto, o IAPB, havia sido conquistado após lutas reivindicativas que culminaram numa greve nacional da categoria ocorrida em 1934.

“verificando os grandes inconvenientes já constituídos, resultantes da instalação e organização simultaneamente com a arrecadação, e que tantos prejuízos causou aos institutos congêneres, resolveram estabelecer na fase de preparação e montagem da grande instituição, que deve estender sua atividade por todo o território nacional, reunindo mais de seiscentos mil trabalhadores como associados e distribuindo benefícios a cerca de dois milhões e meio de brasileiros com uma arrecadação que se elevará a mais de uma centena de milhares de contos de réis...(confiando) a uma comissão de técnicos, com a assistência dos interessados – patrões e empregados – a direção dos trabalhos de organização e instalação...”⁵²

⁵² IAPI. A criação e a organização do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. RJ, 1939 citado por HOCHMAN (1990:31).

O IAPI constitui-se num desafio para o MTIC pelo seu tamanho, como bem mostram os números de assistidos previstos e volume de recursos que seriam despendido na concessão de benefícios. Por esta razão, a racionalidade impunha-se como medida para salvaguardar a manutenção e funcionamento do mesmo. Uma amostra disto foi o prazo ampliado das carências de contribuição para aquisição dos benefícios e o fato dos serviços assistenciais e médicos serem implantados apenas em 1949, com restrições. (HOCHMAN, 1990).

Outra diferença que irá marcar a história do IAPI com relação ao IAPB foi que o primeiro só entrou em funcionamento depois que a comissão efetivou um amplo estudo atuarial e formulou sua regulamentação. Diferentemente do IAPB, os quadros de funcionários ingressaram após amplo concurso público, o qual ficou marcado na história do funcionalismo público como o maior concurso realizado até então. Quanto à incorporação funcional no IAPB, este foi marcado pela vinculação com os sindicatos e pela reserva de mercado tratada em legislação interna do instituto, no qual os indicados (tanto por políticos quanto de familiares dos dirigentes sindicais e associados) poderiam ter a preferência; esta prática era habitual, também, nos demais Institutos.

O primeiro concurso público do IAPI ocorreu em 1937, seguindo as diretrizes preconizadas pela comissão organizadora do instituto, para a construção de uma instituição modelar no que diz respeito à modernização e racionalidade administrativa; para tanto, o concurso buscava esta diferenciação, ou seja, um corpo funcional baseado na competência e na isenção, institucionalizando o sistema de mérito, ao invés de indicações de lideranças sindicais e políticas que reiteravam uma tradição clientelística e corporativa do serviço público em geral.

HOCHMAN (1990) afirma que concorreram para este fim 7.000 candidatos, em praticamente todo o país, no mesmo dia e hora, os quais foram submetidos a provas em duas etapas: a primeira para funções auxiliares e outra denominada de segunda “entrância”, destinadas àqueles que se classificaram na primeira etapa e desejassem funções graduadas de secretaria, contabilidade e fiscalização⁵³.

⁵³ O primeiro concurso para médicos ocorreria apenas em 1939 (HOCHMAN, 1990:74).

Jovens oriundos da classe média urbana, em geral, graduados em Direito e sem experiência profissional anterior, garantiam a homogeneidade requerida pelos organizadores do concurso e possibilitaram a formação de uma identidade própria deles no IAPI: o mérito por competência e a possibilidade de ascensão profissional na burocracia estatal.

Neste grupo de jovens, foi marcante a história de HÉLIO BELTRÃO que, num futuro, ascenderia para os mais altos escalões do aparelho estatal. Em sua dissertação, HOCHMAN (1990:55-56) colheu o depoimento de Moacyr V. Cardoso de Oliveira, que ocupava o cargo de assistente técnico da comissão organizadora do IAPI, naquela ocasião. O mesmo assim pronunciou-se:

(...). Por ter tirado o primeiro lugar no concurso de “segunda entrância”, Hélio Beltrão, filho de Heitor Beltrão, inimigo político de Vargas, foi convidado para chefiar o gabinete da presidência do IAPI. Relembra Oliveira:

“Eu ouvi da boca de João Carlos Vital que Getúlio Vargas chamou-o e disse até na forma gaúcha:

Tu nomeaste para o IAPI, como chefe de gabinete um adversário político.

(Vital responde)

- Não, absolutamente, não nomeei nenhum adversário político seu. Ele foi nomeado porque era o primeiro colocado no concurso, independente de qualquer coisa...”.

A importância da comissão organizadora, composta por técnicos atuários oriundos do MTIC, e a constituição de uma identidade “inapiária”⁵⁴ (credenciada pelo ingresso meritório) que formaria a burocracia do IAPI, fez com que paulatinamente, fossem legadas ao esquecimento as menções ao anteprojeto apresentado à Câmara dos Deputados em 1935, por lideranças dos trabalhadores da indústria para a criação de um instituto próprio.

Assim, a história deste instituto foi marcadamente destituída da demanda e reivindicação operária, aparecendo em seu lugar à crença de que a racionalidade

⁵⁴ Os funcionários do IAPI eram conhecidos como Inapiários. Com o intuito de produzir uma identidade comum a estes, constituir valores de socialização e servir de instrumento da administração central do IAPI para divulgar notícias de interesse, foi publicada mensalmente uma revista interna com o nome de Revista Inapiários, que circulou de maio de 1938 a setembro de 1948, ao alcance de quase mil funcionários em todo o país.

burocrática da administração científica (Taylor e Fayol⁵⁵), ao pressupor o emprego das mais modernas técnicas de organização e seguro social, responderia ao problema social dos trabalhadores da indústria, amparando-os através da proteção previdenciária. A técnica empregada para a formatação da burocracia organizacional fez com que o processo de sua instituição inaugurasse um novo modelo de intervenção do Estado na problemática trabalhista, cuja propaganda até então fizera crer na participação deste na questão previdenciária; sem dúvida, o novo modelo do IAPI desmobilizava o conflito de classe.

Quanto à cobertura de benefícios e serviços, o IAPI foi o Instituto mais restritivo em sua oferta, apesar de possuir um maior número de segurados. Isto, como já foi citado, deveu-se a dois fatores:

- A despolitização do processo de sua criação, do qual os trabalhadores (seus usuários diretos) não participaram através de seus órgãos de classe de sua construção, e desse modo, foi limitada qualquer possibilidade reivindicativa na extensão da cobertura;
- A prevalência da tese do seguro privado com a captação de poupança forçada, paga pelos trabalhadores ao Estado.

⁵⁵ Frederick W. Taylor (1856-1915) é considerado o criador da Administração Científica após estudar o trabalho operário, dando ênfase às tarefas e objetivando aumentar a eficiência ao nível operacional. Estudou tempos e movimentos eliminando os tempos inúteis, para que os trabalhadores executassem as tarefas em um tempo menor com maior qualidade. Elaborou os quatro princípios fundamentais da administração científica que são: o princípio do planejamento, o princípio da preparação dos trabalhadores, o princípio do controle e o princípio da execução. Na Europa, a Teoria Clássica da Administração foi criada por Jules Henri Fayol (1841-1925) com ênfase na estrutura organizacional, na gestão administrativa. Elaborou quatorze princípios que são complementares aos de Taylor: 1) Divisão do trabalho – especialização de todos na pirâmide organizacional; 2) Autoridade e Responsabilidade – Autoridade dos superiores e responsabilidade como contrapartida; 3) Unidade de Comando – o funcionário deve receber ordem de um chefe, evitando-se contra-ordens; 4) Unidade de Direção – controle único com referência ao plano para atividades; 5) Disciplina – regras de conduta e de trabalho válidas para todos; 6) Prevalência dos interesses gerais – interesses da organização se sobrepõem aos interesses individuais; 7) Remuneração – suficientes para a satisfação dos empregados e da organização; 8) Centralização – As atividades da organização e sua autoridade devem ser centralizadas; 9) Hierarquia – cadeia escalar de comando; 10) Ordem; 11) Equidade – justiça que promova a lealdade dos empregados à empresa; 12) Estabilidade no emprego; 13) Iniciativa – estabelecimento de planos; 14) Espírito de equipe. SILVA, Benedicto. Taylor e Fayol. Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1960.

Comparando os institutos, HOCHMAN (1990:207) apresenta um quadro no qual se pode verificar que os mais generosos na oferta de um rol de benefícios previdenciários e de saúde eram: o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos bancários, seguido do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas, o que não acontecia com o Instituto dos industriários. Este último, sequer fornecia a aposentadoria por tempo de serviço, como também não disponibilizava a Assistência Médica – Hospitalar aos seus assistidos. Reiterando as teses do seguro social, o IAPI concedia um auxílio pecuniário nos casos de afastamento do trabalhador por acometimento de doenças, devidamente constatadas pelo profissional médico.

Quadro nº. 2: Comparativo entre os Institutos dos serviços e benefícios operacionalizados.

Benefícios	IAPM 1933/34	IAPB 1934	IAPI 1936/37	IAPETEC 1938	IAPC* 1934/40
Aposentadoria Ordinária		X		X	X
Aposentadoria p/invalidez	X	X	X	X	X
Pensão	X	X	X	X	X
Assistência Médico-Hospitalar	X	X			X
Assistência Farmacêutica	X	X			
Auxílio Funeral		X		X	
Pecúlio				X	
Auxílio - Doença		X	X	X	
Auxílio - Maternidade		X		X	
Auxílio – Detenção		X			

Fonte: Victor Valerius – Legislação Brasileira de Previdência Social. In HOCHMANN, 1990:207.

* Consideramos os benefícios que o IAPC passou a conceder depois de sua reformulação em 1940.

Vargas implantou o regime ditatorial em novembro de 1937 sob a justificativa de combater um plano comunista (Plano Cohen), o qual pretendia tomar o poder. Neste mesmo período, impôs a censura aos meios de comunicação, reprimiu atividades políticas fechando o Congresso Nacional, perseguiu e prendeu seus inimigos. Criou um Departamento de Imprensa e propaganda que municiaava a imprensa com artigos que exultassem o desenvolvimento do Estado e os valores nacionalistas ligados ao seu regime, numa clara propaganda ideológica.

A ideologia do Estado Novo apresentava a história da previdência social brasileira como uma seqüência evolutiva de etapas, na qual o IAPI seria a última e a mais aperfeiçoada delas, estruturadas ao longo do tempo, em que o governo estaria estendendo as benesses protetivas às categorias profissionais, sucessivamente, sem que houvesse processos conflitivos nestas incorporações. Uma verdadeira “dáviva” do Estado aos trabalhadores.

O desafio do IAPI em oferecer previdência social a um setor complexo e heterogêneo de trabalhadores como era o proletariado industrial, foi vencido graças ao “espírito inapiário” formado pelo consenso disciplinador da imagem (valorosa) adquirida gradativamente, pelo mérito do concurso e pela propaganda ideológica junto aos servidores daquele instituto. A constituição do status de sua ocupação profissional diferenciava-o do funcionalismo público em geral, do qual se propagava à idéia de que era agraciado pelo apadrinhamento e pela “amizade” para seu ingresso e ascensão funcional.

O Instituto viveu um momento de inflexão em 1941 com a saída de um grupo de expressivos dirigentes. O então diretor de benefícios do IAPI, Júlio de Barros Barreto⁵⁶ assumiu a presidência do IPASE, levando com ele: Hélio Beltrão, Luiz Joaquim da Costa Leite (Diretor do Departamento de Serviços Gerais) e José A. Seabra (Diretor do Departamento de Arrecadação), todos assumiram cargos de direção no órgão de destino⁵⁷. Segundo HOCHMAN (1990), a saída destes técnicos preservou no IAPI o seu presidente, Plínio Castanhede⁵⁸ que havia sido requisitado para ocupar a presidência no Instituto dos Servidores do Estado.

A saída destes profissionais comprovou ao circuito interno do IAPI a sua eficiência administrativa, na medida em que seus quadros estavam sendo requisitados para outros institutos. A burocracia inapiária estava consolidada, bem como seus mecanismos de regulação frente às demandas institucionais, e o cenário externo também apresentava mudanças nas políticas nacionais e internacionais.

⁵⁶ Barreto era oriundo do MTIC no qual exercia a função de atuário.

⁵⁷ HOCHMAN, op. Citado. P.83.

⁵⁸ Plínio Castanhede também fora cedido pelo MTIC ao IAPI e presidiu o Instituto de 1938 a 1945.

Ainda assim, o IAPI representou para o governo Vargas a materialização da “cidadania regulada”⁵⁹ pela incorporação de grandes contingentes do proletariado industrial, de heterogêneas bases industriais, as quais se relacionavam com uma gama significativa de sindicatos. Os recursos operados pela Previdência Social atingiram uma parcela significativa de trabalhadores, o que transformava o Instituto em porta-voz do governo e suas ações populistas.

A dificuldade das organizações associativas e sindicais dos industriários em romper com o poder centralizador instalado pelos técnicos-burocratas e participarem da gestão do Instituto pode ser explicado pela diversidade das organizações industriais, com sua estrutura de representação fragmentada pelo tipo de atividade, sem esquecer a pulverização geográfica em que estas se encontravam no território nacional. HOCHMAN (1990:109) cita que num relatório do IAPI havia uma classificação com dezessete tipos de atividade industrial, cada uma delas com subclassificações. Ainda, o mesmo autor relata que nos Anais do Primeiro Congresso de Delegados Eleitores do Instituto dos Industriários, realizado em 1941, havia representantes de 244 sindicatos de trabalhadores de 19 Estados e Distrito Federal.

Mais do que qualquer outra prioridade, o governo Vargas pretendeu a partir de 1942 (ano no qual o Brasil ingressa na 2ª guerra mundial com os países aliados), constituir a classe trabalhadora brasileira sob os valores da ideologia populista de sua gestão, amalgamada pelas Leis trabalhistas.

Com a queda de Vargas em 1945, o IAPI teve outros dois presidentes, o primeiro foi Hélio Beltrão (do quadro próprio do IAPI) que permaneceu até a posse de Alim Pedro, indicado pelo Presidente Dutra. Mesmo após a mudança de gestor não houve alteração do grupo de técnicos que assessoravam o Instituto, prevalecendo o reconhecimento de sua continuidade pela capacidade técnica já demonstrada: de especialistas neutros e competentes com uma respeitável imagem pública. Esta conferiu ao instituto a sua relativa independência sobre as interferências externas,

⁵⁹ Conceito elaborado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979), no qual há relação entre ocupação e cidadania, sendo que alguns direitos sociais são reconhecidos a setores de assalariados urbanos.

salvaguardando-o de ingerências seja por parte dos ditames políticos partidários (em interesses clientelísticos), seja por parte dos interesses dos sindicatos e associações de classe. Não que estivesse imune às pressões externas.

A Revista Inapiários serviu como instrumento de divulgação dos feitos institucionais, ressaltando a imagem de lealdade e comprometimento dos seus funcionários e dirigentes e da importância social do IAPI. Durante o governo de Vargas, a revista enalteceu os ideais trabalhistas e nacionais, demonstrando sua adesão ao regime. Por certo, a burocracia técnica soube utilizar também deste veículo para preservar sua imagem quando o regime “Estadonovista” estava prestes a declinar, deixando de publicar matérias que se referissem ao governo Vargas, especialmente em 1944. (HOCHMAN, 1990).

A presidência de Dutra trouxe um abrandamento da repressão, diante do processo de redemocratização iniciado, em relação às idéias contrárias ao Estado Novo e sobre a difusão de notícias na imprensa, o que veio a acarretar uma série de acusações e ataques frontais ao IAPI, sobretudo em 1945, em que se questionavam o baixo valor dos benefícios e principalmente, a inexistência de serviços médicos e assistenciais, apesar da volumosa arrecadação. Além disso, os jornais propunham que as reservas deveriam ser utilizadas para atenuar a crise habitacional (HOCHMAN, 1990:124). Isto significou o ressurgimento das antigas queixas dos filiados do IAPI, as quais haviam sido reprimidas, desconhecidas ou desconsideradas, por não conseguirem ressonância junto à administração do órgão previdenciário.

Este fato obrigou os dirigentes a defenderem-se, junto a Revista Inapiários, como em outros órgãos da imprensa escrita, destacando a responsabilidade do Instituto em alcançar a estabilidade, e a permanente necessidade de aprimoramento do IAPI. Nos períodos anteriores, a revista exaltou a instituição e seus funcionários, mas os novos tempos exigiam que o discurso refletisse a preocupação com o bom atendimento dos assistidos, seus direitos e a necessidade de aperfeiçoamento do sistema burocrático.

Segundo HOCHMAN (1990:125), a política de defesa institucional apareceu precocemente, numa publicação do balanço geral de 1943, o qual foi transcrito pelo autor:

A publicação comenta que o plano de benefícios do IAPI é pequeno, mas acordado na Comissão Organizadora com os representantes de empregados e empregadores que decidiram por uma taxa de contribuição de 3% sobre o salário, menor, portanto do que as do IAPC (4%) ou do IAPB (5%), dois institutos que ofereciam mais benefícios e serviços do que o IAPI. Procurando explicar as origens das receitas, aborda as inversões de caráter social, como a construção de conjuntos habitacionais para trabalhadores afirmando que “cerca de 26% do total aplicado está representado pelas inversões que envolvem, direta ou indiretamente, o incentivo à indústria nacional”, como, por exemplo, a subscrição de cotas para a construção da Usina de Volta Redonda.

A partir das críticas publicadas, a estratégia adotada foi promover uma grande divulgação e propaganda sobre o Instituto, o que se evidenciou no período de 1946 a 1950. Em seu interior, a imagem construída pela elite Inapiária estava concretizada, mas era preciso que o reconhecimento fosse estendido ao governo, aos partidos políticos, sindicatos e à sociedade em geral; era fundamental que estes atores sociais conhecessem o Instituto e compreendessem que a administração zelava pela segurança e estabilidade institucional, o que significava ter um lastro de reservas que permitissem prover os benefícios ininterruptamente.

Estas ações adquiriram sentido na medida em que a burocracia Inapiária, representada por seus técnicos graduados e dirigentes, havia perdido o incontestado apoio do MTIC e, portanto, estavam mais vulneráveis às ingerências externas. Desse modo, a propaganda funcionou como uma ferramenta que os diferenciaria dos demais organismos previdenciários, pela capacidade de operar grandes montantes de recursos, mantendo baixo o custo da administração, e aplicando de forma eficaz as reservas financeiras, as quais viabilizavam um crescimento expressivo de benefícios concedidos, uma vez que o IAPI possuía o maior número de segurados e beneficiários no Brasil.

As principais receitas dos Institutos provinham de três fontes: segurados, empregadores e União. No caso do IAPI a contribuição dos segurados era de 3% sobre os salários de 1938 a 1945, aumentando para 5% até 1950 e posteriormente para 6%. Os empregadores arcavam com o valor igual às cotas pagas mensalmente

por seus funcionários e a parte da União era formada pelo saldo apurado na aplicação da taxa de Previdência Social⁶⁰. Contudo, a história demonstrou que o governo federal não cumpria sua parte no acordo, permanecendo inadimplente junto aos Institutos no período compreendido entre 1940 a 1967, motivando dissensos entre eles.

Além de sua funcionalidade operacional em explicar a natureza do seguro social, suas especificidades técnicas e prestar contas ao contribuinte, a política de divulgação do IAPI teve como intenção, não menos importante, a de formar um consenso junto aos trabalhadores da indústria, diluindo o conflito com os segurados e constituindo como hegemônica a sua concepção de previdência social.

A partir de 1945, a campanha de formação de opinião pública difundida pelo IAPI pretendeu trazer as críticas e discussões para o campo de controle do Instituto, parametrizando o debate, organizando a demanda sobre o instituto e dirimindo expectativas sobre a cobertura da previdência. Durante o governo de Dutra várias foram as publicações do órgão⁶¹ inclusive, ressaltando que o governo teria como uma de suas maiores preocupações a construção de conjuntos habitacionais, tarefa realizada pelo IAPI, utilizando socialmente suas reservas financeiras.

O destaque para esta informação é a de que além dos benefícios previdenciários e auxílios (restritos) na área da saúde, o Instituto passou a financiar a construção de conjuntos habitacionais em favor de seus assistidos, durante as décadas de 40 e 50, em determinadas cidades⁶². Infere-se que a escolha por grandes centros urbanos ocorreu pelo fato destes concentrarem um maior contingente de segurados.

Como a área de habitação não estava afeta a nenhum Ministério ou Autarquia, esta política teve início na década de 40 e foi materializada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a saber: IAPI, IAPC, IAPM, IPASE e

⁶⁰ Artigo 6º da Lei Nº 159 de 30/12/1935, citada por HOCHMAN, 1990:143.

⁶¹ HOCHMAN (1990:131) cita o ABC do Associado, O Manual do Empregador, a Cartola do Mágico e Atividades e Realizações do Governo do Exm.º General Eurico Gaspar Dutra.

⁶² Numa busca na internet, em 27/04/09, encontramos referências de conjuntos habitacionais do IAPI construídos entre os anos de 1940 e 1952, nas cidades de Belo Horizonte (MG), Santo André (SP), Salvador (BA) e Porto Alegre (RS). Os endereços eletrônicos encontram-se nas referências bibliográficas utilizadas.

IAPETEC, os quais foram responsáveis pelo maior programa habitacional de moradias populares no Brasil, até aquele momento, viabilizando o acesso dos trabalhadores vinculados a estes Institutos. Estes conjuntos multiresidenciais destacavam-se por seu tamanho e obra arquitetônica moderna, em locais que ficaram conhecidos como “Vilas do IAPI”. Pode-se verificar a importância que os Institutos de Previdência passaram a assumir frente às demandas de existência e proteção social da classe trabalhadora.

O regime de capitalização de poupança, tese do seguro social, adquirido pela contribuição tripartite, em especial a realizada pelos trabalhadores, havia atingido grandes proporções. Suas reservas passaram a financiar projetos habitacionais e industriais; estes investimentos eram chamados de “inversões” e tinham como propósito aumentar as suas receitas. Estas aplicações mostraram-se formas imediatas de potencializar as receitas dos Institutos, pois os mesmos não dispunham de autonomia para elevar o valor das contribuições, visto que elas estavam fixadas por Lei. As inversões constituíram-se num certo grau de liberdade para incrementar as fontes de custeio e mesmo assim, estavam subordinadas aos parâmetros legais. Atuando como agente financiador a Previdência Social contribuiu com seus investimentos para a infra-estrutura e o processo de industrialização no Brasil.

Além da Revista Inapiários e publicações de matérias em jornais, outra preocupação dos dirigentes previdenciários foi estabelecer um contato mais próximo com os operários da indústria e a classe patronal. Assim, através do livreto ABC do Associado, publicado em janeiro de 1948⁶³, procurava explicar de forma didática o funcionamento do Instituto, o cálculo dos benefícios, e os motivos pelo quais os valores eram pequenos, ressaltando que era compatível com o montante de contribuição com base nos salários, em geral muito baixos e, desse modo, o IAPI não poderia atender as reivindicações de melhoria no valor dos benefícios e ampliar o leque para outros tantos. Não havia mágica entre receitas e despesas. Enquanto uma “companhia de seguros” seguia regidamente a legislação para o cálculo dos

⁶³ Citado por HOCHMAN (1990:132).

benefícios. Finalizava com recomendações para que o segurado mantivesse atualizada sua “caderneta de contribuição” já que ela era a sua segurança, e estimulava para que todo o operariado viesse a ser inscrito no Instituto como um direito que lhe cabia. Isto também serviria para controlar o patronato que descumprisse a Lei por não inscrever seus empregados e praticasse a sonegação do recolhimento ao IAPI.

Em substituição a Revista Inapiários, foi publicada a partir de 1948 a Revista Industriários, tornando-se órgão oficial de divulgação do IAPI. A revista pretendeu atingir a um público maior, não apenas os inapiários, mas todas as associações e órgãos de classe dos industriários, demais órgãos públicos e previdenciários, propagando os objetivos institucionais do IAPI e as idéias prevalentes sobre previdência, defendidas pelo seu corpo técnico graduado. A revista veio a incorporar o debate iniciado no ano anterior, 1947, sobre um anteprojeto de Lei Orgânica da Previdência Social apresentado na Câmara dos Deputados, o qual motivou a publicação de artigos especializados sobre seguro social e os rumos da Previdência Social no Brasil (HOCHMAN, 1990).

Foi tão ostensiva a ocupação dos espaços pelos profissionais do IAPI que estes acabaram por participar dando suas sugestões para a reformulação do anteprojeto, na condição de especialistas na temática previdenciária. Esta participação intensa se deu na primeira fase de tramitação da LOPS, que ocorreu de 1947 a 1952. A discussão sobre as propostas de uniformização da legislação e unificação da previdência não poderiam prescindir da visão racionalizadora e especializada dos técnicos do IAPI, afinal administravam uma organização com um milhão e meio de associados, o que repercutia num orçamento financeiro respeitável.

Esta estratégia de divulgação adotada pelo IAPI não foi acompanhada pelos demais Institutos de grande porte, como o IAPB e o IAPC, ainda que os mesmos tivessem um número significativo de associados e como consequência, arrecadações volumosas. O que os diferenciava do IAPI era o fato de que as organizações associativas e sindicais, daqueles Institutos, tinham uma inserção mais contundente nos rumos políticos – estratégicos institucionais, o que certamente cerceava a ação da elite burocrática destes órgãos, que não disputavam a mídia impressa com

tamanha veemência, como faziam os técnicos graduados do IAPI e, por certo, não detinham o controle total dos instrumentos informativos para a sua categoria, a fim de expressar (sem controvérsias) as suas próprias opiniões e concepções a respeito de previdência social. Esta ausência no debate público ocasionou aos dirigentes destes Institutos uma obscuridade política, que se fez sentir numa futura conjuntura sócio-política brasileira que se mostrou favorável à unificação dos Institutos de previdência social.

Na questão de prestação de contas da arrecadação, a estratégia adotada pelo IAPI foi investir na fiscalização junto às empresas a fim de garantir o fluxo das receitas. Os fiscais do IAPI visitavam-nas e aplicavam medidas punitivas, através da autuação, daqueles empregadores que não inscreviam seus funcionários, não repassavam à previdência as mensalidades arrecadadas ou efetuavam os pagamentos com atraso. O fiscal também atuava como um divulgador das normas previdenciárias, esclarecendo dúvidas e procedendo a novas inscrições dos trabalhadores industriários. Este esforço da ação fiscalizadora repercutiu favoravelmente no incremento das receitas, propiciando a modernização do Instituto, ainda que a União não repassasse a sua quota de participação, sendo a maior sonegadora. Isto demonstra mais uma vez, a importância dada às medidas racionalizadoras do IAPI, instituindo uma política de fiscalização, que se perpetuará num futuro, quando da unificação dos Institutos.

Todos os meios de comunicações utilizados para sua campanha de divulgação, desde as revistas, cartilhas e boletins internos ou na imprensa, revelavam as inquietações da burocracia Inapiária que buscava resultados mais auspiciosos em:

- Apaziguar os descontentamentos dos associados e diluir as críticas da imprensa, fazendo-os crer na eficiência e eficácia da gestão do Instituto, evitando o máximo possível politizar a questão que os levasse a um embate com os segurados e seus sindicatos;
- Convencer o empresariado industrial a assumir os encargos previdenciários, sob a alegação de sua responsabilidade perante a sociedade e com isso, garantir que os

recursos financeiros fossem captados pelo Instituto, mantendo a estrutura em funcionamento;

- Buscar uma proximidade com o governo, ainda que a propaganda do Instituto enaltescesse o apoio governamental sem personalizar a pessoa do Presidente da República e de outros políticos que ocupassem pastas ministeriais;
- Criar um consenso na sociedade sobre as legítimas expectativas que deveria ter do Instituto, uma vez que a opinião pública pressionava sobre a inclusão de benefícios e serviços, o que na análise dos técnicos previdenciários ultrapassava os definidos pela legislação, visando garantir a manutenção de sua concepção sobre previdência social, e com isto a estabilidade do IAPI.⁶⁴
- Assegurar a autonomia da burocracia na gestão do Instituto, imunizando-os das pressões políticas, tanto quanto isto fosse possível.

Os burocratas do IAPI haviam construído uma imagem pública sob o manto da neutralidade política pessoal e competência técnica que os preservou das instabilidades políticas ocorridas no país, mantendo o grupo sob coesão na condução do instituto. A competência desse grupo lhes reservou uma característica essencial: a de detentores de um conhecimento complexo e especializado sobre previdência, o que lhes credenciou como interlocutores privilegiados perante os diferentes governos e os elevaria ao posto de interventores da política previdenciária. Os tecnocratas não apenas sobreviveram a estas mudanças no poder, como também seriam os protagonistas do modelo de previdência brasileira que seria hegemônico pelos próximos 30 anos (HOCHMAN, 1990; MENDES, 1999).

A construção desta burocracia não se deu ao acaso. Além dos profissionais detentores de formação universitária, também os demais servidores gozavam de remuneração competitiva em relação ao mercado de trabalho (HOCHMAN, 1990), advinda da situação vantajosa do Instituto, constituindo-se numa elite do serviço público. Ao longo da consolidação do IAPI, buscaram adquirir

⁶⁴ HOCHMAN (1990:137) cita o Regulamento do IAPI (Decreto Nº. 1918 de 27/08/1937) no qual se lê que o Instituto tem como fim principal a concessão de “aposentadoria, por invalidez aos associados”, “auxílio pecuniário aos associados incapacitados temporariamente para o trabalho” e “pensão para os beneficiários”. O regulamento definia como “fim secundário” do IAPI o auxílio maternidade, auxílio funeral, assistência médica, cirúrgica e hospitalar e pecúlio. (art. 2º).

vantagens econômicas que se processavam em forma de renda indireta; estas superavam, em muito, os direitos trabalhistas dos trabalhadores das indústrias, usuários do Instituto.

(...) o IAPI, além da remuneração, oferecia aos funcionários um acréscimo bienal e poderia distribuir uma gratificação anual na dependência de suas possibilidades econômicas, além de licença para tratamento da própria saúde ou de familiares e uma licença sem vencimentos, praticamente por tempo indeterminado sem perda de vínculo empregatício, chamada de “avulsão”. Essa licença foi um dos direitos dos funcionários que permaneceu mesmo depois do enquadramento do IAPI no Estatuto dos Servidores Públicos Federais. Sem contar com a estabilidade nos cargos depois de 2 anos, para os nomeados através de concurso.⁶⁵

Como já foi mencionada, a ausência de assistência médica prestada pelo Instituto aos segurados passou a ocupar um lugar relevante na reivindicação dos usuários, que a vocalizavam através das críticas publicadas na imprensa. Não tendo mais como se esquivar diante da demanda por este serviço, o IAPI passou a oferecê-la somente a partir de 1950, sujeitando-a a contribuições suplementares. Cabe destacar que se de um lado o Instituto resistiu à implantação dos serviços médicos por considerar que a sua natureza era de uma seguradora e, portanto, prestadora de benefícios e serviços afetos a área do seguro social, por outro, na condição de empregadora, mostrava-se benevolente na concessão auxílios, benefícios e serviços médico-assistenciais.

Na segunda metade da década de 40, os funcionários do IAPI conquistaram um programa de assistência médica, chamada de Assistência Patronal, que se distinguiu por ter uma cobertura ampla para tratar das doenças que requeriam tratamento clínico ou cirúrgico nas dependências do próprio Instituto, ou previam auxílio financeiro para a assistência especializada em consultórios credenciados, internações em hospitais tanto para doenças mentais, como intervenções cirúrgicas, e talvez o mais significativo disto, a identificação de possíveis quadros mórbidos através do exame periódico que passava a regular o

⁶⁵ HOCHMAN (1990:163).

estado de saúde dos servidores. O Instituto enquanto uma autarquia passava a desenvolver uma política voltada aos seus recursos humanos.⁶⁶

Ainda existia a assistência odontológica, assistência pré-natal, auxílio financeiro em caso de nascimento de filhos, auxílio para hospitalização e intervenção das funcionárias grávidas, licença de 3 meses à gestante e adiantamentos em espécie para determinados casos. Todas essas modalidades incluíam dependentes. A forma de prestação dessa assistência era, em geral, o “auxílio financeiro para tratamento” com o IAPI custeando parte das despesas.⁶⁷

O início da década de 50 trouxe ao Instituto um novo cenário: a mudança de presidente, sendo Afonso César o gestor indicado por Vargas. Contudo, a alteração mais contundente evidenciou-se no comprometimento político partidário de seu novo dirigente (Partido Trabalhista Brasileiro). O Instituto sofria agora da ingerência política partidária, o que havia sido expurgado desde sua origem, haja vista a coerência de sua burocracia em estruturá-lo a partir de um conhecimento técnico – científico, no qual a racionalidade administrativa imperava em suas conduções. Este fato induziu a um afastamento dos técnicos graduados da direção do IAPI. Este grupo retornaria a evidência, na esfera da previdência social, quando da unificação dos institutos, no momento em que o país mergulhou no regime da ditadura militar instalada.

Apesar da tentativa governamental de unificação dos institutos com o projeto que propunha a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB), cujo debate havia sido iniciado em 1947, estavam em jogo muitos interesses contrários à proposta, ainda que ela representasse um avanço na política previdenciária brasileira, inspirada na reforma do seguro social inglês de William Beveridge (1942). O projeto do grande Instituto que trazia em seu bojo a unificação, a uniformização dos serviços e regimes contributivos e a prestação de assistência médica, preventiva

⁶⁶ Quando foi sancionada a Lei nº. 1711 de 28/10/52 conhecida como o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, houve uma equiparação de política de pessoal entre os órgãos da administração federal, finalizando a concessão de algumas benesses concedidas pelo IAPI. A diferenciação ocorreria pela prestação dos serviços e benefícios da Assistência Patronal, garantindo de forma ampliada o salário indireto dos servidores, com o acréscimo de serviços assistenciais, aos funcionários e seus familiares, nos anos posteriores.

⁶⁷ HOCHMAN (1990: 165).

e curativa, a todos os brasileiros maiores de 14 anos, introduzindo a concepção de universalidade. Sem dúvida, o projeto era inovador ao ampliar a cidadania, transcendendo de uma lógica pautada no seguro social para a seguridade social, pois previa para além da atenção médica – hospitalar uma gama de serviços sociais, tais como, melhoria nas condições de alimentação, habitação, entre outras (HOCHMAN, 1990).

Com a deposição de Vargas, a proposta não conseguiu efetivar-se, uma vez que o corpo funcional, sindicatos e associações dos institutos superavitários mostraram-se resistentes a idéia de perder, num fundo único, suas conquistas e privilégios, o que também causava dissenso entre os técnicos atuários. Pela sua radicalidade, a proposta apenas tornar-se-ia viável num regime autoritário e centralizador, segundo opinião de técnicos do IAPI, os quais se posicionaram contra a criação do ISSB por acreditarem que abalaria a estabilidade da previdência social como um todo.

A Lei Orgânica da Previdência Social foi aprovada em 1960, após treze anos de tramitação, uniformizando as coberturas e contribuições dos seis maiores institutos. Grande parte dos burocratas do IAPI já estava atuando em outros órgãos do Estado, após a intromissão política dentro do Instituto, ocorrida desde os anos 50, a qual havia transformado a previdência em moeda clientelística.

A LOPS propunha uma nova formatação para a administração dos Institutos com a criação dos conselhos administrativos, compostos por representantes dos empregados, dos empregadores e governamentais, sendo que o cargo de presidente viria a ser ocupado alternadamente pelos representantes de cada segmento, o que agradou aos sindicatos, mas não aos burocratas do IAPI, que sempre foram contrários a participação dos associados, através de sua organização política na gestão do órgão previdenciário.

Toda e qualquer influência política explícita dentro do Instituto, seja por parte das associações e sindicatos dos trabalhadores, seja por partidos políticos, ou melhor, qualquer grupo externo que representasse interesses particularistas e corporativistas, era refutado pelos burocratas do IAPI que defendiam uma participação limitada destes, na escolha de representantes do governo ou

administradores, sem que isto significasse sua interferência direta nos destinos do Instituto. Como tecnoburocratas asseveravam que a gestão previdenciária deveria estar a cargo de profissionais especializados na área, com conhecimentos atuariais, experiência administrativa, jurídica e financeira em seguro social, uma vez que estas qualificações poderiam garantir a consecução dos interesses da coletividade. Mantinham a defesa da neutralidade técnica, como se esta pudesse expurgar as opções políticas.

Apesar desta posição, a partir de 1960 o colegiado passou a representar os interesses dos segurados e tensionavam às relações de comando, apontando para disputa de poder que ocorria internamente. Contudo, estas representações classistas estavam em voga no período, no qual o populismo se estabelecia como estratégia governamental; o argumento recaía na necessidade de abarcar o interesse público. A participação dos usuários se estendeu até o DNPS, órgão máximo da previdência social. No que concerne ao IAPI, o período de janeiro de 1962 até março de 1963 foi marcado pela presidência de um dirigente sindical, o Sr. Waldemar Luis Alves (HOCHMAN, 1990), para apreensão dos burocratas inapiários.

As mudanças nas formas de gestão sentiram-se também no que concerne ao ingresso de funcionários no Instituto. Desde o final de 1937, o concurso público havia sido instituído como um procedimento isento e justo, no qual o mérito classificatório era o critério técnico da escolha, consagrando-se para o orgulho dos Inapiários que desta forma entraram, em oposição ao apadrinhamento, a indicação política e familiar. Todavia, não fora mais possível aos dirigentes e técnicos graduados do IAPI manter o Instituto a salvaguarda das ingerências políticas, sobretudo a partir da década de 50. HOCHMAN (1990) cita que em 1966 o IAPI tinha 40% de seu corpo funcional contratado sem ter realizado o concurso público. Isto demonstra a incidência de uma lógica clientelística e orientada ideologicamente na gestão do órgão.

O “pistolão” político na última fase do período populista foi analisado por MALLOY (1986:127-128) como um aspecto mais complexo no campo político, tendo como disputa o controle do movimento trabalhista:

Um aspecto muito relevante, durante este período, foi a expansão administrativa dos IAPs, devida ao que geralmente se considerava uma política clientelística de cargos. A questão, amplamente discutida nos jornais, tornou-se objeto de vários escândalos públicos. Outra vez os especialistas em previdência social entrevistados sobre este estudo destacaram-no como ponto de tremenda importância e argumentaram que o “pistolão” tinha raízes na influência sindical e no jogo político dentro da administração do sistema, tornando-se especialmente grave e comum depois de 1960. Mais ainda, e com maior razão, usaram o argumento de que o “pistolão” acabara-se tornando finalmente um fenômeno corrosivo dentro do IAPI e dos outros institutos, tendo como resultado a deterioração rápida da eficiência do IAPI e a queda moral dos tecnocratas desse instituto.

O autor prossegue em sua reflexão, na qual a Previdência constituiu-se num campo de disputa com um debate polarizado e ideológico (entre direita e esquerda), tendo por um lado os grupos nacionalistas e marxistas que apoiavam o Presidente Goulart e queriam levar adiante as mudanças estruturais, quanto à distribuição da riqueza e do poder. De outro, importantes setores militares que analisaram a questão como uma “conspiração comunista” para invadir as instituições públicas brasileiras e subvertê-las. Este aspecto também provocou uma reação negativa por parte dos tecnocratas do IAPI, os quais analisavam a inserção dos sindicalistas nos institutos como estratégia de utilização da Previdência Social para a implantação de um regime sindicalista no Brasil (Idem, p.128):

Sob a liderança de dois “esquerdistas” consecutivos, Almino Monteiro Álvares Afonso (de janeiro a junho de 63) e Amaury de Oliveira e Silva (de junho de 63 a abril de 64), “radicais de esquerda” foram se infiltrando nos IAPs e na administração geral da previdência social e usaram a crescente influência sindical, fornecida pela Lei Orgânica, para transformar o sistema de baluarte do poder esquerdista na luta ideológica.

O golpe militar em março de 1964 demarcou o início de grandes mudanças no rumo das políticas públicas. No campo previdenciário, o poder militar nomeou Juntas Interventoras que atuaram diretamente nos Institutos e no Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), extinguindo-se a gestão “colegiada”. Com esta medida, os trabalhadores deixaram efetivamente de participar da gestão do Instituto, cuja representação havia durado apenas dois anos e foram recolocados na posição de segurados dos institutos sem qualquer possibilidade de negociação de seus interesses. O consagrado grupo de burocratas retorna aos

cargos de comando, agora sob o aval dos militares, tanto na estrutura dos Institutos e suas regionais como também, na pasta do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) e do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS).

A Junta Interventora tinha poderes para instalar comissões de inquérito, promover admissões e demissões de funcionários, concederem aposentadorias, como também, afastar funcionários de funções administrativas. Uma vez que representava o governo militar, a Junta procedeu a um levantamento de informações sobre as administrações anteriores do IAPI, no que concerne a prestação dos serviços e benefícios, fiscalização e arrecadação para o fundo de custeio. Como era de se imaginar, as gestões anteriores não haviam privilegiado o rigor tecnicista e sim as relações populistas no atendimento de interesses. A Junta identificou irregularidades e para corrigi-las recorreu aos nomes de conhecidos burocratas do Instituto, com a finalidade de sanar a “calamitosa situação” (HOCHMAN, 1990).

Os burocratas do IAPI avaliaram que a condução político – partidária que incidiu no Instituto, de 1955 até 1964, havia produzido conseqüências danosas, não sendo descartada a possibilidade de insolvência. Mais uma vez, a os técnicos graduados do IAPI retomam em suas mãos a condução do Instituto com o respaldo dos quadros conservadores do governo.

A idéia da unificação dos institutos foi retomada e, neste momento histórico, contava com a centralização do poder de mando do Estado, uma vez que haviam sido sucumbidas as demais forças sociais e interesses corporativos contrários, os quais haviam derrotado aquela proposta mais de uma década antes. Os burocratas do IAPI, apesar de não terem aderido à unificação, agora recebiam a garantia governamental de que conduziram o processo, por serem reconhecidamente especialistas na questão previdenciária. Mais do que isto, eles demonstravam em suas trajetórias uma conduta apolítica (entenda-se partidária) e subserviente às leis e ao poder do Estado. Por este motivo, eram pessoas chaves para encabeçar o maior empreendimento da política social do “regime de exceção”, angariando a simpatia da classe trabalhadora.

Os quadros dirigentes do IAPI foram chamados a ocupar o DNPS em 1966 a fim de planejar a unificação, fixar diretrizes para as várias áreas de atuação da

nova Previdência Social e expedir normas de serviços para serem cumpridas nos Institutos, preparando-os para a fusão que se deu através do Decreto – Lei nº72 de 21/11/1966, criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O ex-diretor do IAPI, Francisco L. Torres de Oliveira tomou posse como presidente do INPS. No ano seguinte toda a cúpula da Previdência Social era originária do IAPI (HOCHMAN, 1990:203):

Entre 1967 e 1969, o INPS tinha, além do seu presidente, oito dos treze cargos do primeiro escalão ocupados por funcionários oriundos do IAPI: Diretoria Geral, Diretoria de Contabilidade e Auditoria, Diretoria Financeira, Procuradoria-Geral, Consultoria especializada, Secretaria-executiva da Aplicação do Patrimônio, Secretaria-executiva de pessoal e Diretoria do Centro de Processamento de Dados. Além disso também era do IAPI, o Presidente do Conselho-Diretor do Funrural. Não conseguimos identificar as origens dos ocupantes dos cinco cargos restantes.

O IAPI havia sido extinto em 1966, porém seus burocratas conquistaram lugar de destaque na política previdenciária brasileira, tendo em vista a coerência em seu comportamento, os quais utilizaram durante a construção de suas trajetórias profissionais. A eficiência de seu discurso e ação com base na ciência positivista e a postura imaculada de neutralidade frente às diversas conjunturas sócio-políticas vividas no país asseguraram a vertiginosa ascensão desta elite, a um lugar privilegiado dentro da burocracia estatal. Como assevera HOCHMAN (1990), já não eram apenas cardeais do IAPI, mas de toda a Previdência Social.

Para CORDEIRO (1984:66), a reestruturação do aparelho previdenciário com a unificação (INPS) surgiu no conjunto das medidas da política social emanadas de três planos e programas de governo propostos entre os anos de 1964 a 1970, dentre os quais destacou:

- A criação do Fundo de Garantia Por Tempo de Serviço (FGTS), em sua função compensatória diante da perda da estabilidade no emprego para a classe trabalhadora;
- A criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) e do seu sistema de financiamento correspondente, utilizando-se dos recursos do FGTS;

- A criação do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), em 1970, a partir de impostos cobrados das empresas e que tinham como justificativa a integração do trabalhador no desenvolvimento econômico nacional, através de um abono a ser concedido àqueles com renda de até dois salários mínimos.

Estas estratégias possibilitaram a continuidade de captação de poupança, apontavam uma solução para a quase ausência de investimentos da união com as políticas públicas e de forma precarizada, viabilizavam a transferência de renda, direta e indireta, para a classe trabalhadora, penalizada pela política de arrocho salarial.

Algumas reflexões são possíveis diante desta construção histórica. A racionalidade técnica e burocrática foi o motor com o qual se constituiu o IAPI, e seus quadros profissionais foram se conformando a partir desta, tendo como decorrência o ingresso do corpo de funcionários a partir do maior concurso público realizado em sua época. Esta primeira característica denota que havia no governo de Vargas um interesse em despolitizar a questão previdenciária, visto que o Brasil ingressava no modelo do capitalismo industrial, a partir de empréstimos estrangeiros e era signatário das convenções internacionais do trabalho, alterando significativamente as relações entre capital e trabalho.

A previdência social instituiu-se como política de proteção social e teve três funções essenciais ao capital:

- A primeira por atuar como mais-valia relativa ao incrementar a reprodução da classe trabalhadora;
- A segunda por desonerar o empresariado dos custos relativos à perda da capacidade laborativa de seus empregados, socializando o ônus num financiamento público, do qual os próprios trabalhadores eram também seus investidores;
- A terceira por destensionar a luta de classes, na medida em que o governo capitaneou para si a responsabilidade de legislar sobre as relações entre capital e trabalho e demarcou a condição de cidadania pelo viés da inserção formal no mercado de trabalho. Numa visão populista, trabalhadores, empresários e governo não poderiam ser antagônicos, uma vez que estavam construindo o futuro do país.

Os burocratas do IAPI revestiam-se da condição de técnicos funcionais por excelência, cuja defesa respaldava-se na racionalidade científica e no planejamento, o qual se sobrepunha ao “amadorismo”, ao personalismo e suas conseqüentes ações clientelísticas e corporativistas, tão em voga nas organizações de categoria e político-partidárias, na arena de disputa pelos órgãos governamentais. A visão dos burocratas depreciava estas modalidades de associação sindical e política, por isto, buscavam apartá-las do Instituto.

Era a ciência positiva que demonstrava sua eficiência e eficácia, corporificando-se na gestão do patrimônio público e no aumento de produtividade, tão preciosa a nova fase do desenvolvimento capitalista do século XX, a qual requeria o investimento estatal na construção da infra-estrutura necessária ao crescimento do capital privado. Para tanto, era necessário um quadro funcional especializado que se diferenciasse do conjunto do trabalho coletivo.

Os conhecimentos científicos que demandavam a área de previdência social estavam afetos a lógica do seguro social, no qual a classe trabalhadora nascente participou como a principal financiadora de um sistema de poupança forçada, cujo montante de recursos financeiros atingiu vultosas quantias na administração burocrática dos Institutos, sem que isto significasse uma compensação aos trabalhadores na forma de benefícios e serviços previdenciários generosos. Ao contrário, o IAPI praticava a avareza quando se tratava de oferecer coberturas previdenciárias e serviços médicos assistenciais aos seus associados.

Frente às históricas queixas dos usuários, os burocratas justificavam que os benefícios, auxílios e serviços eram escassos e de baixo valor por serem compatíveis às contribuições, cujo cálculo incidia sobre os irrisórios salários dos operários. Era pouco, mas contínuo. Com a administração racional, asseguravam a estabilidade do IAPI. Porém, em nenhum momento da história do Instituto, o lucro sobre as aplicações financeiras de “inversão” foi dividido com aqueles que o patrocinavam.

Em contrapartida, criou-se dentro da estrutura estatal um segmento especializado da classe trabalhadora, a elite de servidores públicos, os quais operacionalizavam a estrutura burocrática estatal e em troca de sua fidelidade e

adesão as normas do sistema, foram paulatinamente conquistando salários indiretos em forma de benefícios e serviços, nas áreas de previdência, saúde (serviços médicos e odontológicos) e de assistência social (auxílios educacionais, auxílio alimentação, mercado, entre outros), além de assegurada a estabilidade do vínculo empregatício. Nenhum outro segmento da classe trabalhadora conseguiu, ao longo dos anos, tantas vantagens garantidas pela legislação quanto os servidores públicos, em especial dos oriundos da previdência social.

2.1 A CONSTITUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PATRONAL NA DÉCADA DE 40:

A Assistência Patronal, antecessora da atual GEAP foi criada em 29 de setembro de 1945, destinada aos funcionários do então IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. Naquela ocasião, o presidente do Instituto emitiu a Resolução Nº 185, criando a Assistência Patronal que autorizava a concessão de assistência aos funcionários do IAPI.

A idéia de criar-se uma organização de fins previdenciários a um segmento específico, como é o caso dos funcionários públicos da União, não era nova. De acordo com OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), desde o século XIX já existiam iniciativas dessa natureza, que vinham atendendo de forma pontual e restrita algumas demandas dos servidores.

Mas foi com a criação do IPASE em 1938, que se consolidou a aglutinação dos serviços existentes. O novo Instituto absorveu os ativos e passivos daqueles que já operavam, exercendo em sua inauguração as funções de previdência e assistência, concedendo benefícios mais amplos aos servidores do Estado, do que para as demais categorias de trabalhadores.

“Na verdade a criação do IPASE não representava propriamente a introdução do regime previdenciário numa categoria profissional, mas apenas a reorganização da Previdência (e Assistência) para os funcionários a União, que, como vimos no primeiro capítulo, datava já do século passado, quando setores deste grupo foram os primeiros a possuir instituições previdenciárias.

Assim, o IPASE passava a incorporar, por exemplo, em sua totalidade, “com todos os seus encargos ativos e passivos”, o então “Instituto Nacional de Previdência e o “Montepio”, instituições referidas à mesma categoria que o recém-criado Instituto (v. arts.51 e 56 do decreto em questão).” (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986: 72).

A idealização do projeto de formação de uma assistência Patronal para os servidores do IAPI é atribuída a um servidor público do próprio instituto que por motivos políticos, exerceu funções de direção no IPASE, retornando posteriormente ao seu órgão de origem, sendo este o Doutor Hélio Beltrão que anos mais tarde ocuparia o cargo de ministro em diferentes governos.

Este fato foi lembrado em entrevista realizada pelo jornal interno da GEAP, no ano de 1995, por ocasião dos 50 anos de sua fundação, com a primeira superintendente da Assistência Patronal, a Dra. Lúcia Valente Bezerra (ESCORSIM, 2002:55).

“Nesta época, ele era médico concursado do IAPI. O movimento político do momento fez com que ele deixasse o IAPI para ser nomeado Presidente do IPASE. Uma virada política, no período Vargas, levou-o a pedir demissão do IPASE e voltar ao IAPI, como chefe de gabinete, então, já com experiência adjunta no Setor de Assistência ao Pessoal do IPASE, o qual trazia comprovadamente grandes vantagens trabalhistas, deu-lhe motivação suficiente para a criação da Assistência Patronal.”⁶⁸

Ainda, em relação ao momento da criação da nova assistência, a Dra. Lúcia Valente Bezerra expôs ao jornal as suas observações com referência à consolidação legal da Patronal:

⁶⁸ NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano II, nº 9, ago./set. 1995, p.4.

Com relação ao Ministro Hélio Beltrão, a informação levantada no site www.memorialonline.com.br, diz que sua formação acadêmica era de Advogado e Economista. Foi Ministro em dois governos militares: de 1967 a 1969 foi Ministro do Planejamento do general Costa e Silva e de 1979 a 1983, foi Ministro da Desburocratização do general João Figueiredo. Neste mesmo governo, ocupou a pasta de Ministro da Previdência Social de 1982 a 1983.

“O Dr. João Carlos Vidal, que auxiliou na criação do IAPI e tinha muita simpatia pela implantação da Patronal, era então Ministro do Trabalho. Quando nosso processo lá chegou com a justificativa da criação, recebeu toda importância possível e rapidamente foi homologado o processo, e criada legalmente a Assistência Patronal.”⁶⁹

Paulatinamente, o novo instituto organizava-se para o atendimento dos servidores do IAPI, criando quadros próprios de pessoal efetivos e extranumerários, sendo estes compostos das seguintes categorias ocupacionais, conforme dispõe o DECRETO N.º 27.644 de 28 de Dezembro de 1949, em seu artigo 2º: Escriurário, Escriurário Datilógrafo, Operador, Assistente Social, Contador, Desenhista, Estatístico, Estenógrafo, Fiscal, Oficial Administrativo Técnico Operador, Dentista, engenheiro, Médico, Procurador, Técnico de Administração de Previdência, Técnico de Fiscalização de Previdência.

Tanto os funcionários que já pertenciam aos quadros do Instituto como aqueles cujos cargos, acima descritos, seriam admitidos por concurso ou prova de habilitação, via de regra, pertenciam ao serviço público federal, podendo também o Instituto contratar funcionários regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (ESCORSIM, 2002).

Conforme já demonstrado, o IAPI nasceu com uma orientação fortemente restritiva em termos de benefícios ligados a concessão de pensões e aposentadorias e mais ainda quanto aos serviços médicos – hospitalares para seus segurados; por outro lado, legalizava este tipo de atenção aos seus próprios servidores, amparando-os com a prestação de assistência médica ambulatorial, hospitalar, odontológica e de assistência social.

“A idéia da criação da Patronal como uma assistência médica diferenciada para os funcionários do IAPI, partiu dos próprios funcionários, com o apoio total dos dirigentes do Instituto. A noção do Patronal aparece como aquilo concedido pelo patrão aos seus empregados.”⁷⁰

⁶⁹ Idem, p. 4.

⁷⁰ NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano II, nº 9, ago./set. 1995, p.2.

Esta concepção fez parte da entrevista publicada no informativo interno da GEAP, com a primeira Superintendente da Assistência Patronal, na ocasião com 91 anos de idade. A entrevistada respondeu sobre a “inspiração” que motivou o nome Patronal:

“Como em todo o princípio de vida, houve uma discussão em torno do nome. A idéia que prevalecia no grupo era a de Assistência Patronal em função de na época o governo Vargas estar criando uma série de obrigações para os patrões, e por este motivo, queríamos colocar em relevo também a responsabilidade do IAPI como patrão.”⁷¹

Em 1949 foi ratificada a Assistência Patronal aos funcionários do instituto:

Art. 19. Fica mantida a assistência patronal que vem sendo prestada pelo Instituto aos seus funcionários e extranumerários, limitada a correspondente despesa, em cada exercício, a 3% da dotação orçamentária de pessoal.⁷²

No início de suas atividades, a Assistência Patronal passou a prestar assistência médica, ambulatorial, hospitalar, odontológica, e benefícios como auxílio natalidade, adiantamento de salários e seguro complementar às aposentadorias dos funcionários do IAPI, com o caráter de concessão de patrão para empregado, fixando um limite em cada exercício da dotação orçamentária de pessoal do IAPI para o seu funcionamento no valor de 3% (três por cento), porém sem ônus para os servidores.

Os benefícios e serviços concedidos pela Assistência Patronal aos funcionários do IAPI funcionaram como uma renda indireta, suplementando os vencimentos mensais, bem como atuavam na manutenção do status quo, conquistado pelos servidores, desenvolvendo o “espírito inapiário” que nada mais era do que fomentar a coesão institucional e por fim preservá-los na condição de elite dentro do serviço público. Na década de 50 os serviços médico-assistenciais oferecidos pela Assistência Patronal cresceram em contrapartida com a perda de poder aquisitivo dos funcionários pela inflação que se acumulava no período.

⁷¹ Idem, p. 4.

⁷² DECRETO Nº. 27.644 de 28 de Dezembro de 1949, publicado no Diário Oficial da União Nº 303 de 31/12/1949.

Utilizando-se de tabelas próprias para a remuneração dos serviços prestados, a Assistência Patronal adotou também a política de credenciamento complementar aos seus recursos, de médicos e dentistas fora de seu quadro de pessoal, bem como serviços hospitalares e ambulatoriais. No que se refere às internações, a preferência recaía sobre as instalações próprias nas localidades onde o IAPI dispunha de hospitais de sua propriedade, se não, subsidiava em todo ou parte as despesas efetuadas pelo servidor no uso de serviços hospitalares.

A Assistência Patronal era o órgão gestor do Instituto nas questões relativas à saúde do servidor do IAPI e de seus dependentes; todavia, sua ação esteve profundamente atrelada à mediação das relações de trabalho, funcionando também como um setor médico de pessoal que prestava o atendimento e o parecer médico quanto à capacidade laboral de seus empregados.

Com referência ao rol serviços e benefícios prestados, a Resolução de 1951⁷³ dispunha sobre as várias assistências prestadas, sendo a primeira delas a Assistência Médica – APM, com medidas de âmbito nacional e de âmbito regional que incluíam a assistência médica preventiva e curativa. Os pontos essenciais desta Resolução foram reproduzidos aqui para que se possa perceber a abrangência destes recursos na proteção do trabalho dos servidores públicos do IAPI (ESCORSIM, 2002:60).

Da Assistência Médica Preventiva constavam:

- a) Exames periódicos e censos torácicos realizados semestralmente nos funcionários ocupantes de funções expostas ao atendimento público. Nestes casos, indicava-se a radiologia pulmonar. Os demais funcionários submeter-se-iam também ao exame periódico, porém realizados ao menos de dois em dois anos. A Resolução era clara ao afirmar a obrigatoriedade desses procedimentos na medida em que o “não comparecimento injustificado do funcionário seria classificado como indisciplina sujeita as penalidades”. Orientava que os órgãos locais deveriam enviar súmula dos

⁷³ RESOLUÇÃO Nº 511 de 27 de Fevereiro de 1951.

resultados verificados e relação de funcionários que teriam deixado de submeter-se, e os motivos determinantes.

- b) Propaganda e educação sanitária. Para este fim orientava-se a distribuição de materiais informativos aos assistidos e palestras com médicos.
- c) Medidas para prevenir ou debelar surtos epidêmicos. Estas se dariam por iniciativa do próprio IAPI ou em cooperação com os órgãos especializados em saúde pública, tanto para atendimento interno como externo a Patronal.

Da Assistência Médica Curativa constavam:

- a) Socorros urgentes;
- b) Tratamentos clínicos;
- c) Tratamentos especializados. Neste campo, especificavam-se as cardiopatias, e além do tratamento, recomendavam-se as adaptações do servidor às funções exercidas, de acordo com o parecer médico; também, este item fazia referência aos tratamentos de venereologia e sifilologia sob a supervisão de especialista para controle e indicação dos medicamentos que seriam fornecidos pelo Instituto.

As outras assistências previstas na Resolução em tela eram:

- *Assistência cirúrgica – (API);*
- *Assistência Hospitalar – (APH);*
- *Assistência Especializada (APE):* Esta compreendia o tratamento dos funcionários internados em consequência de Tuberculose, Doenças Mentais, Lepra ou Câncer, nas seguintes modalidades: a) curativa; b) recuperação (cura e readaptação); c) financeira e farmacêutica. Segundo a Resolução, as patologias acima especificadas deveriam seguir as normas do hospital ou do médico assistente sob a supervisão do serviço médico do Instituto. Previa ainda, os recursos a serem utilizados nestes casos: a Tuberculose em seu atendimento curativo deveria ser prestada em sanatório, tendo em vista o período de contágio; já o tratamento

ambulatorial deveria ser prestado nas instalações do próprio IAPI ou nos consultórios dos especialistas credenciados. Quando tratava da “cura e readaptação”, a Resolução recomendava que o servidor ficasse sob o controle médico pelo prazo de cinco anos, prevendo-se os períodos em que o convalescente fosse submetido a exames periódicos. Quando de seu retorno ao trabalho, o funcionário teria um esquema especial de readaptação, acompanhado de assistência médica e psicológica, sempre com o parecer de autoridade médica indicada por seu setor de lotação.

Nos casos de Psicoses e Neuroses, o diagnóstico deveria ser firmado ou confirmado pelo Instituto. Assim, os casos poderiam ter seus devidos encaminhamentos, fosse para o tratamento sanatorial, ambulatorial no próprio Instituto ou nos consultórios médicos credenciados por este. A Resolução também chamava a atenção para a readaptação do servidor; esta seria controlada pelo serviço médico do Instituto e o retorno ao trabalho obedeceria a um esquema especial, sendo prestada toda a assistência médica e psicológica indicada pelo setor de lotação. No caso específico das Neuroses, o servidor teria uma cobertura parcial do Instituto devendo participar, financeiramente, com parte dos encargos do tratamento.

- *Assistência à Maternidade – (APN)*: Além do atendimento ambulatorial e hospitalar com cobertura total do Instituto quando utilizados em suas próprias instalações, esta assistência previa a concessão de um auxílio financeiro pago ao funcionário pelo nascimento do filho, podendo ser requerida antes do parto ou depois do parto.
- *Assistência Odontológica – (APD)*: restrita ao diagnóstico e a remoção de focos de infecção, sendo que os demais tratamentos poderiam ser realizados por dentistas de livre escolha, ressalvando, a Resolução, que os demais tratamentos poderiam ser financiados pelo IAPI.
- *Adiantamentos – (APA)*: referiam-se aos auxílios financeiros nos casos de doença “grave” do funcionário ou pessoa da família (não dependente), como também previa a hospitalização ou intervenção cirúrgica desta

última. Previa-se um adiantamento no caso de matrimônio do funcionário; para tratamento dentário do servidor; compra de óculos; aparelhos de surdez ou ortopédicos para o funcionário ou familiar. Estes adiantamentos poderiam ser liquidados pelo funcionário em 20 (vinte) parcelas mensais, consignadas em folha de pagamento ou emissão de Ordens de Recolhimento (OR) do Instituto.

Em todo o processo de leitura e análise documental⁷⁴ observou-se que as operacionalizações dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos e assistenciais davam-se sob a supervisão executiva da divisão de Seleção e Assistência Técnica da Assistência Médica de Pessoal, sendo que os programas desenvolvidos em âmbito local, principalmente aqueles que requereriam recursos, deveriam passar pela aprovação da administração central por intermédio da Direção Geral de Serviços (DGS).

A Assistência Patronal era facultada pelo Instituto aos seus funcionários e extranumerários; contudo, a assistência oferecida tinha uma dimensão de controle sobre a capacidade produtiva dos seus servidores, não somente no que diz respeito aos custos operacionais dos serviços oferecidos pela Patronal, mas sobre sua força de trabalho, sendo a equipe médica, principalmente, o seu agente tecnicamente mais eficaz. Esta conduta apenas se repetia na Assistência Patronal, visto que o controle médico era rotina nas empresas industriais vinculadas ao IAPI, com vistas à diminuição do absenteísmo, concessão de serviços e benefícios e aumento da produtividade.

A infra-estrutura utilizada para a consecução dos serviços, poderia ser própria ou credenciada, dependendo da organização interna das suas regionais em relação a estrutura hierárquica de comando. Na análise da Resolução de 1951, existem referências sobre a necessidade de se criar uma estrutura organizacional e distribuir serviços e benefícios de acordo com o tamanho da regional, com relação ao número de assistidos, ou seja, o quantitativo de servidores e de seus familiares.

⁷⁴ Processo metodológico ocorrido durante a elaboração de nossa Dissertação de Mestrado, apresentada a PUC/SP em 2002.

Utilizando tabelas próprias para a remuneração dos serviços, a Assistência Patronal adotou também a política de credenciamento, complementarmente aos seus recursos, de médicos e dentistas, bem como serviços hospitalares e ambulatoriais. No que se refere às internações, a preferência recaía sobre as instalações próprias nas localidades onde o IAPI dispunha de hospitais próprios.

Cabe a reflexão de que, paulatinamente, a Assistência Patronal foi adquirindo, nas regionais, uma estrutura de funcionamento interna com pessoal e instalações para atender grande parte dos seus assistidos com recursos próprios, sob a tutela do IAPI, muito embora dispusesse de quadro de credenciados e houvesse a possibilidade, ainda que com custeio parcial do Instituto, da utilização de recursos médicos não contratados.

Com o pressuposto de que a Assistência Patronal era uma concessão de patrão para empregados, o Instituto fixou um limite em cada exercício da dotação orçamentária de pessoal para o seu funcionamento, no valor de 3% (três por cento), sem ônus para os assistidos.

É evidente o controle médico sobre os funcionários, de caráter pericial, através dos exames periódicos, como também, nos casos em tratamento, reiterado em vários itens da Resolução, cabendo a estes, inclusive, o poder decisório sobre a concessão de serviços, desde a confirmação diagnóstica, modalidade do tratamento a ser seguido, ou seja, se ambulatorial, hospitalar ou sanatorial; recebimento de ajudas financeiras e farmacêuticas; restituição do ônus causado por atendimento em estabelecimento não credenciado e parecer sobre o destino da lotação dos funcionários, principalmente quando se tratava de patologias consideradas na Assistência Especializada.

2.2 A UNIFORMIZAÇÃO DOS INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES:

A aproximação do Brasil ao modelo capitalista fez-se sentir no governo de Juscelino Kubitschek (1956 a 1961), momento em que se proclamava o desenvolvimento econômico brasileiro no mercado de consumo e no parque industrial. As marcas do seu governo foram: a construção de Brasília, o lançamento do Programa de Metas e a expansão da indústria automobilística.

No âmbito da **Assistência Patronal**, uma Resolução editada em 1958 introduziu um novo parâmetro de serviços não prestados anteriormente: os serviços característicos de assistência social, tais como: bolsas de estudo concedidas anualmente, de valor parcial, aos filhos dos funcionários do IAPI que estudassem em regime de internato, semi-internato e externato. Foi revigorado o Auxílio Natalidade (APN), e a prestação do Auxílio Funeral no falecimento de familiares do titular, com valores fixados a partir do padrão funcional do servidor requerente.

A extensão da cobertura da assistência médica aos familiares dependentes, dava-se de forma parcial, uma vez que o ideário prevalecente no Instituto era de oferecer uma “ajuda” ao servidor no momento em que algum familiar necessitasse de assistência médica. Assim, a extensão dos serviços e benefícios aos dependentes dava-se de forma restritiva e seletiva, considerando-se que os mesmos deveriam comprovar a dependência econômica em relação ao servidor. A cobertura total da assistência médica era prestada à esposa do titular, e ainda, num momento muito específico, o de sua gestação e parto.

É interessante observar que ao mesmo tempo e contraditoriamente, os funcionários do IAPI recebiam da Assistência Patronal uma gama de serviços, na área da assistência social, que majoravam os seus vencimentos relativos, uma vez que estes abarcavam as necessidades de vida (auxílio natalidade), educação (bolsas de estudo), e morte (auxílio funeral) dos seus familiares. Em contraposição, os mesmos funcionários operavam com a restrição de benefícios e serviços aos segurados do Instituto, a classe operária, detentora das mesmas necessidades de vida, educação, saúde e de auxílio funeral, considerando-se que estes últimos

estavam submetidos a salários inferiores se comparados com os dos servidores públicos do Instituto.

Através da Assistência Patronal os servidores do IAPI foram agraciados com um rol de serviços médicos e sociais o que os diferenciava dos trabalhadores comuns, constituindo per si uma categoria privilegiada. Enquanto o trabalhador – operário, filiado ao Instituto, obtinha da lógica do Seguro Social benefícios pontuais que se atrelavam a noção de risco na recomposição da perda de sua capacidade produtiva, os servidores possuíam serviços capazes recompor de forma ampliada sua capacidade de trabalho, haja vista que a assistência incorporava auxílios destinados aos familiares, como também assistência médica especializada (nas enfermidades psiquiátricas e Tuberculose). É necessário lembrar que estes servidores também se beneficiavam, enquanto usuários, da assistência previdenciária prestada pelo próprio Instituto.

Quadro nº. 3: Comparação entre a Assistência Patronal e a Assistência Previdenciária no IAPI⁷⁵

Assistência Patronal	Assistência Previdenciária *
1. Assistência Médica	1. Assistência Médica
2. Assistência Cirúrgica	2. Assistência Cirúrgica
3. Assistência Hospitalar e Sanatorial	3. Assistência Hospitalar
4. Assistência Especializada (tuberculose, psiquiatria, etc).	4. Assistência à Maternidade
5. Assistência à Maternidade	5. Assistência Odontológica
6. Assistência Odontológica	6. Assistência Farmacêutica
7. Bolsas de Estudo para filhos do servidor	7. Assistência Social
8. Auxílio Especial para filhos excepcionais	8. Operações Imobiliárias

Fonte: IAPI. Manual do Servidor, p. 162-207.

* As formas de assistência previdenciária também cobriam os servidores do IAPI.

⁷⁵ HOCHMAN, Gilberto. De inapiários a cardeais da previdência social – a lógica da ação de uma elite burocrática. Dissertação de mestrado. I.U.P.R.J. Rio de Janeiro, 1990. p: 211.

Quanto à política de previdência social, um fato marcante neste período foi a promulgação no ano de 1960 da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS que teve como finalidade a uniformização dos planos de atribuições dos diferentes institutos de aposentadorias e pensões, os IAPS.

Na **Assistência Patronal** uma Resolução editada em 1961 dispunha sobre a execução dos serviços médicos de pessoal e a concessão de auxílios diversos, ampliando as categorias funcionais com direito a assistência. Continuava-se com o modelo de classificação dos serviços médicos assistenciais em preventivos, curativos, de assistência à maternidade e a infância. Ampliou-se a assistência odontológica e farmacêutica e incluiu-se entre os seus serviços, o Serviço Social Médico.

Para a Assistência Patronal, a nova Resolução estabeleceu no item de suas Finalidades, a realização dos seguintes objetivos para as normas gerais:

- a) prestação de assistência médico – social;
- b) concessão de outros auxílios de caráter assistencial; e
- c) execução dos exames médicos, de natureza pericial, da competência do Departamento de Administração Geral (DAG).

Diferentemente das Resoluções anteriores analisadas, esta introduziu também alguns elementos que não eram considerados antes: a diferenciação entre assistência médica e assistência social. Embora, a especificação da assistência médica venha com uma alcunha “de social”, diferia dos auxílios de caráter assistenciais. Ou seja, serviços e benefícios que até então figuravam na mesma natureza de recursos, passaram a ter tratamentos próprios.

A Resolução continuava com o modelo de classificação dos serviços médicos assistenciais em preventivos, curativos, assistência à maternidade e a infância. Ampliava a assistência odontológica e a assistência farmacêutica e incluiu neste quesito o Serviço Social Médico.

Como prestação da Assistência Médico – Social, transcreve-se⁷⁶:

⁷⁶ Resolução Nº 3.799 de 23 de Outubro de 1961.

2 - Modalidades de Assistência – A assistência prevista na presente RS, obedecido o conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde, como uma sensação de bem-estar físico, mental e social, compreenderá:

- I- Assistência Médica Preventiva;
- II – Assistência Médica Curativa;
- III – Assistência à Maternidade e à Infância;
- IV – Assistência Odontológica;
- V – Assistência Farmacêutica;
- VI – Serviço Social Médico.

2.1 – Assistência Médica Preventiva – Esta assistência terá como objetivo as atividades relativas à medicina preventiva e à higiene e à segurança do trabalho e constará de:

- a) profilaxia de moléstias transmissíveis e degenerativas, por meio de:
 - a.1 – censos sanitários – torácico, hematológico, coprológico, colposcópico e outros;
 - a.2 – propaganda e educação sanitárias;
 - a.3 – inventário periódico de saúde;
- b) medidas para prevenir ou debelar surtos epidêmicos;
- c) orientação, normas e providências referentes à higiene e à segurança do trabalho.

...

2.2 - Assistência Médica Curativa – abrangerá as seguintes formas:

- a) ambulatória;
 - b) hospitalar;
 - c) cirúrgica
 - d) domiciliar e de urgência.
- 2.21 – Assistência Ambulatória – sob a forma de assistência ambulatória compreende-se:
- a) consultas;
 - b) tratamentos especializados;
 - c) fisioterapia;
 - d) curativos;
 - e) exames complementares (laboratoriais, raio X e outros);
 - f) intervenções e outras atividades médicas relacionadas com as especialidades cirúrgicas.

2.22 – Assistência Hospitalar - A assistência hospitalar será concedida nos casos de:

- a) intervenção cirúrgica;
- b) parto e outras condições obstétricas;
- c) tratamento de natureza não cirúrgica que necessite de internação;
- d) acidentes que requeiram internação;

2.23 – Assistência Cirúrgica – a assistência cirúrgica compreenderá, além das intervenções de cirurgia geral, os atos cirúrgicos especializados.

2.24 – Assistência Domiciliar e de Urgência – Será prestada nos seguintes casos:

- a) enfermidade que impossibilite ou dificulte a locomoção do enfermo;
- b) mal súbito;
- c) acidentes.

...

2.25 – Assistência Especial – Ainda dentro da modalidade de assistência curativa haverá uma assistência de caráter especial, considerada a sua natureza, às enfermidades que se seguem:

- a) tuberculose;
- b) doenças mentais;
- c) câncer; e
- d) lepra.

2.25.1 – Essa assistência especial, segundo a fase da enfermidade e a orientação da autoridade médica local, poderá ser:

- a) ambulatória;
- b) hospitalar ou

c) domiciliar.
(...)

A Resolução em tela trouxe uma concepção de saúde propagada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, na ocasião, que englobava o bem – estar físico, mental e social. Neste aspecto, pode-se considerar que sejam estes os motivos que levaram a Assistência Patronal, representada por seus agentes, a caracterizarem a assistência médica não mais no modelo biologizante, mas com um propósito de contextualizar a saúde do indivíduo, foco do atendimento, em seu meio social. Outro aspecto foi o de apresentar numa Resolução de serviço uma concepção mais tecnicista, especificando a atuação nas assistências preventivas e curativas, superando uma visão anterior de juízo do profissional médico para justificar determinadas coberturas e controles médicos sobre patologias e procedimentos (ESCORSIM, 2002:79-81).

A assistência médica voltada à reabilitação da força de trabalho dos servidores do IAPI, continuava sendo a tônica das atividades assistenciais da Assistência Patronal, porém, agora assumindo uma forma especializada no que dizia respeito à assistência médica preventiva, pois além das ações profiláticas desencadeadas por censos sanitários, propaganda e educação sanitária e inventários periódicos de saúde, foi criada a área de Higiene e Segurança do Trabalho.

Foram introduzidos outros benefícios de caráter assistencial voltado para o atendimento das crianças excepcionais e das portadoras de deficiências físicas, que também necessitavam de tratamento e orientação de profissionais especializados, sob a forma de auxílio financeiro, abrangendo a faixa etária de 06 a 15 anos de idade.

2.34.3 – O atendimento às crianças excepcionais se fará sob a forma de auxílio financeiro aos servidores, cujos filhos, por suas condições, devam receber especial orientação, diferente da que é ministrada aos normais, para tratamento médico psicopedagógico.

2.34.31 – Farão jus, também, a tal vantagem os filhos do servidor aposentado ou falecido.

2.34.32 – O auxílio previsto para os excepcionais será concedido por um período máximo de 6 (seis) anos e até a idade de 15 (quinze) anos.

2.34.4 – O atendimento às crianças deficitárias físicas será feito sob a forma de auxílio financeiro aos servidores, cujos filhos, por suas condições especiais, devam receber tratamento e orientação psicopedagógica diversa da que é prestada às crianças normais do seu grupo.

2.34.5 – Aplica-se aos deficitários físicos o disposto nos subitens 2.34.31 e 2.34.32 desta RS.

2.34.6 – Será providenciada, na medida do possível, a instalação e manutenção de creches nos OL que possuem mais de 30 (trinta) funcionárias mães.⁷⁷

Este auxílio não obedeceu ao critério de seletividade sócio – econômica, pela renda familiar, como acontecia com a bolsa de estudos, particularizava um determinado segmento de assistidos que, por suas características, necessitariam de acompanhamento e atendimento especializado por toda a vida.

Contudo, pela orientação contencionista do Instituto e pelo caráter compensatório que os auxílios possuíam em sua estrutura e funcionamento na Assistência Patronal, o mesmo tinha um valor fixo e sua concessão dava-se por tempo determinado, ou seja, seis anos no máximo e tendo como idade limite os 15 (quinze) anos do beneficiário.

Outro aspecto que revelava a política de assistência social da Assistência Patronal, ainda que não aparecesse efetivamente com essa designação é a proposição de instalação e manutenção de creches, com vistas à facilitação para as mães trabalhadoras. É sob a ótica de reprodução da força de trabalho que o Instituto passa a oferecer esses serviços (ESCORSIM, 2002).

Com relação a assistência odontológica, continuava o caráter facultativo desta para o servidor, que além de procedimentos de exame, pesquisa e remoção de focos infecciosos, poderia contar com o serviço de profilaxia da cárie dentária: tinha sua cobertura prevista para os dependentes menores do servidor, beneficiários da Assistência Patronal.

A assistência farmacêutica era prevista sob duas formas: com o fornecimento direto do medicamento pelo instituto ou via reembolso posterior à compra realizada

⁷⁷ Resolução Nº. 3.799 de 23 de Outubro de 1961.

pelo servidor. Porém, em ambos os casos havia um desconto de participação no custeio.

O Serviço Social da Assistência Patronal atuava na concessão dos auxílios de caráter assistencial, uma vez que se tornara o agente capaz de mediar a seletividade dos mesmos numa perspectiva de política compensatória:

3- Auxílios Diversos – A assistência médico – social acima discriminada deverá ser encarada como auxílio, complementação de despesas por ocasião de doenças ou outras condições sócio – econômicas que surjam no meio do funcionalismo do I.A.P.I., podendo algumas fases dessa assistência Ter as despesas cobertas pelo Instituto, parcial ou totalmente, conforme recomendarem as disponibilidades de verbas e as técnicas do Serviço Social.

3.1- Além das várias modalidades de assistência já previstas nesta RS, poderão ser concedidos mais os seguintes auxílios:

I – Auxílio para correção protética de deficiências físicas e para lentes corretoras da visão;

II – Auxílio – funeral;

III – Financiamentos especiais.⁷⁸

Com relação ao auxílio para correção protética de deficiências físicas e para lentes corretoras da visão, a orientação era que eles fossem parciais e apenas concedidos à pessoa do servidor e com possibilidade de renovação anual. O auxílio funeral era considerado uma ajuda ao servidor pelo falecimento de dependente – beneficiário da Assistência Patronal. O seu valor dependeria do nível de vencimentos do titular.

Em caráter de auxílios provisórios, poderiam também ser concedidos financiamentos especiais:

⁷⁸ Idem.

3.13 – Financiamentos especiais ...

- a) FAP-1 – Hospitalização para casos clínicos ou cirúrgicos bem como intervenção cirúrgica, referentes ao servidor ou dependentes – beneficiários da Assistência Patronal - ...
- b) FAP-2 – Hospitalização para casos clínicos ou cirúrgicos, bem como intervenção cirúrgica de pessoas da família, não dependentes – pais, filhos maiores e irmãos menores ou inválidos;
- c) FAP-3 – Tratamento dentário referente ao funcionário;
- d) FAP-4 – Tratamento dentário relativo a dependentes;
- e) FAP-5 – Aparelhos protéticos para deficiências físicas, bem como lentes corretoras da visão, para o servidor, deduzidos os valores correspondentes aos auxílios previstos;
- f) FAP-6 – Aquisição de aparelhos ortopédicos ou corretores de surdez, bem como lentes corretoras da visão, para dependentes – beneficiários da Assistência Patronal;
- g) FAP-7 – Funeral de pessoas da família, não dependentes – pais, filhos maiores e irmãos menores ou inválidos.⁷⁹

Estes auxílios deveriam ter comprovação documental analisada e concedida pela “autoridade competente” do Instituto. Poderiam ser requeridos simultaneamente ou sucessivamente vários financiamentos especiais, desde que sua soma não excedesse ao limite de dois vencimentos do titular, excetuando-se o FAP-1.

O Instituto não era obrigado a despender de seus recursos para a cobertura total do ônus dos procedimentos médicos e assistenciais, mas também não deixava de atender o servidor num momento de dificuldade pessoal ou de familiar. Fazia-o, então, de maneira residual e compensatória, através de diferentes auxílios e principalmente com os financiamentos, os quais os usuários deveriam restituir a importância emprestada ao órgão empregador.

A Administração Central (AC) era a instância superior que elaborava as normas para a operacionalização nas regionais, bem como procedia à análise e parecer das medidas sugeridas pelo órgão gestor local. Este último negociava os custos junto aos serviços e profissionais contratados, elaborando tabelas próprias.

Nos diversos estados brasileiros, era a Divisão Médica de Pessoal dos institutos que autorizava tanto a concessão de procedimentos aos usuários como o custeio destes junto aos credenciados e a prestação dos serviços e benefícios da Assistência Patronal.

Um diferencial que ocorreu na presente Resolução foi a normatização da função médico – pericial:

⁷⁹ Idem.

4- Exames Médicos Periciais – Os exames periciais, a cargo dos setores médicos de pessoal, serão realizados por um só profissional, por juntas médicas ou por profissionais, serviços ou estabelecimentos cadastrados na DGA.

4.1 - ...

4.2 – Os exames médicos periciais da competência do DGA serão realizados nos seguintes casos, de acordo com a legislação e as normas em vigor, atendidos os objetivos específicos:

I – Admissão do servidor;

II – Justificação de falta, impontualidade ou concessão de licença por motivo de doença do servidor;

III – Justificação de falta ou concessão de licença, por doença em pessoa da família;

IV – Concessão de licença à servidora gestante;

V – Aposentadoria;

VI – Transferência, readmissão, reintegração, aproveitamento, reversão e readaptação de servidor;

VII – Remoção de servidor do setor de trabalho ou para outra localidade, por motivo de saúde;

VIII – Verificação da necessidade de prestação de assistência médica, inclusive em casos de acidente do trabalho;

IX – Verificação de serviços médicos prestados por profissionais não vinculados ao Instituto, quando assim se fizer necessário;

X – Em todos os demais casos em que a perícia médica for exigida por disposição legal ou pelas normas vigentes no I.A.P.I.⁸⁰

A perícia médica constituiu-se num elemento essencial de controle na vida funcional dos servidores do IAPI, tanto no que diz respeito às relações cotidianas de trabalho como absenteísmo, aposentadorias, admissão e todas as variedades de mudanças de local de trabalho, como também, da saúde do trabalhador e sua necessidade de assistência médica.

2.3 A CRIAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – INPS: A AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PATRONAL

A conjuntura política e econômica do Brasil, em suas contraditoriedades, constituiu o pano de fundo para o golpe militar que se daria em 31 de março de 1964. Este aglutinou o apoio da burguesia e de todas as classes proprietárias, instalando um regime autoritário que impediu qualquer forma de participação e manifestação das classes trabalhadoras.

⁸⁰ Idem.

Com relação a Previdência Social, ocorreu a unificação dos Institutos com a criação do INPS em 1966, a qual tinha como justificativa a melhoria na prestação da assistência médica, visto a antiga insatisfação dos segurados, uniformizando-se a legislação, no que dizia respeito as contribuições, seus benefícios e serviços.

Assim, em 1966, unificaram-se o IAPI (industrializados), o IAPC (comerciários) e o IAPB (bancários) ⁸¹, excetuando-se o IPASE, surgindo então o INPS – Instituto Nacional da Previdência Social, organização estatal que centralizava a uniformização da legislação sobre contribuições e benefícios e sua prestação aos segurados.

Mediante esta unificação, todos os servidores dos outros institutos extintos vincularam-se ao novo Instituto, e passaram a ter direito à **Assistência Patronal**. Este plano, antes de pequeno porte, passava agora a incorporar grandes contingentes de servidores que vieram a utilizar-se de suas coberturas médico – assistenciais e de assistência social, sendo insuficiente a dotação orçamentária, anteriormente prevista para os gastos com o pessoal.

As regras de custeio consolidaram-se, cabendo ao INPS destinar 3% da dotação orçamentária de pessoal à Assistência Patronal, tal como fora estabelecido em 1949 com o Decreto N°. 27.644.

Ainda, com relação ao custeio da participação por parte do servidor, uma Resolução tratava do pagamento a ser efetuado por este quando resultassem diferenças nos valores cobrados por profissionais ou estabelecimentos escolhidos e dos valores fixados nas tabelas aprovadas pelo Departamento de Administração Geral, devendo o titular reembolsar o Instituto pelo excedente das despesas. Este reembolso, contudo, poderia ser parcelado. Para normatizar esta medida de regulação, publicou-se uma Instrução de Serviço⁸².

Com relação às modalidades de assistência, estas não diferiam das já apontadas nas Resoluções anteriores, em que se previam a assistência ambulatorial, a assistência hospitalar e nosocomial, os serviços odontológicos e a assistência domiciliar e de urgência; esta última representada pelo SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social.

⁸¹ HISTÓRIA: 1945 – 1998. Brasília: GEAP-FSS. julho/ 1998. P. 8.

⁸² Instrução de Serviço N°. 00-60/74 de 22 de Dezembro de 1965.

O critério de gratuidade continuava sendo aplicado para a utilização dos serviços de assistência ambulatorial (postos de atendimento – PA), para o servidor e seus dependentes, como também, para os exames complementares decorrentes destes atendimentos e realizados no próprio posto.

A cobertura total do custeio dos serviços por parte do Instituto também se aplicava à utilização do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e na internação, sendo esta para tratamento clínico ou cirúrgico, quando realizados em hospitais de propriedade do Instituto ou credenciados pela Divisão de Assistência Médica.

Do ponto de vista geral, qualquer que fosse a modalidade de atendimento, seja nos serviços hospitalares, nosocomiais, ambulatoriais ou domiciliares, cujos atendimentos fossem efetivados por médicos credenciados ou não, o Instituto só se responsabilizaria pelo custeio após parecer favorável do setor médico de pessoal, o que significa a continuidade da função orgânica de controle exercida por este setor (ESCORSIM, 2002).

A Instrução de Serviço em foco⁸³ reafirmava como premissa, o caráter contributivo parcial do usuário em todo e qualquer serviço prestado que não fosse ofertado diretamente pelo seu órgão empregador, principalmente no gerenciamento da saúde para uma maior produtividade. Os itens n.º16 e n.º 18.1 ilustram a afirmação:

16- Observada a isenção prevista no item 14, os servidores participarão do custeio de todas e quaisquer modalidades de serviços prestados a ele próprio ou a quaisquer de seus dependentes, na base de 10% (dez por cento) do valor constante das tabelas de que trata o item 15, excluída a complementação, e limitada essa participação a 50% (cinquenta por cento) do vencimento do nível, do vencimento de agregado ou do salário de empregado, em cada semestre do ano civil, cancelando-se o excedente que houver.

(...)

18.1 – A assistência médica ao servidor, em caso de acidente do trabalho devidamente caracterizado, será custeado pelo DAG, mediante requerimento do interessado.

⁸³ Idem;

Embora houvesse um acréscimo de valores nas tabelas próprias, devido a extensão de serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares nos Estados que possuíam uma maior amplitude e complexidade de serviços, a Assistência Patronal eximia o servidor de pagar esta diferença, e fixava um teto máximo de desconto de 10% (dez por cento) nas parcelas mensais sobre sua remuneração.

Desse modo, a cobertura parcial assumia um caráter de complementação no custeio de serviços de saúde, entendidos como vantagens adicionais, uma vez que a Patronal poderia, inclusive, cobrir totalmente as despesas do titular ou dos seus dependentes diretos, através de entendimento junto ao hospital, por exemplo, ficando o servidor responsável pela posterior indenização a Patronal de sua parte no custeio (ESCORSIM, 2002).

Ainda em 1966, entrou em vigor uma Norma de Serviço⁸⁴, assinada pelo então Diretor Geral do Departamento Nacional de Previdência Social, cujo assunto era a Assistência Patronal ao Servidor.

A norma tinha como fundamento legal a Lei N.º 1.711/52⁸⁵ e preconizava como sua finalidade: conceder aos servidores da Previdência Social ampla assistência de caráter patronal.

Em sua essência, o documento reafirmava a manutenção do modelo assistencial de saúde, anteriormente apresentado na Resolução da Junta Interventora e na Instrução de Serviço⁸⁶ que normatizou-a, no período de outubro a dezembro de 1965, respectivamente.

O principal assunto tratado na nova Instrução de Serviço era sobre o Auxílio Educacional que classificava os beneficiários aptos a concorrência e os critérios desta, uma vez que a Assistência Patronal destinava para este fim assistencial o número total de 100 (cem) bolsas, para uma concorrência muito acima do número ofertado.

Isto demonstra que o auxílio educacional, embora residual, pelo fato de não custear integralmente o valor da mensalidade, tinha um caráter seletivo, visto que os

⁸⁴ Norma de Serviço DNPS – PAPS N° 746 em Dezembro de 1966.

⁸⁵ Este documento não foi localizado nas dependências da GEAP no Estado do Paraná, como também na sede da organização situada em Brasília-DF.

⁸⁶ RJ1 N° 302/ 65 e Instrução de Serviço N° 00-60/74 de 1965.

critérios estabelecidos para a concessão, versavam sobre a média mensal dos rendimentos da unidade familiar, com relação ao número de filhos menores de 21 anos e assim, poderiam ser contemplados os filhos dos titulares ativos, inativos ou pensionistas, cujas rendas fossem menores nos critérios de capacidade econômica da família frente aos seus encargos financeiros.

Como forma de controle, os responsáveis deveriam apresentar ao Instituto o certificado do estabelecimento de ensino, comprovando a frequência no final do primeiro semestre e outro de aprovação no final de cada série cursada. Ficava sob a responsabilidade do servidor a devida restituição dos valores da bolsa para o Instituto, caso fosse verificada a concessão indevida, por vários fatores citados na norma.

A área de atenção aos benefícios de assistência social ampliava-se aos titulares, em especial, ao contingente de trabalhadores do Instituto que estavam lotados nos grandes centros urbanos e passavam a requerer uma ajuda adicional do órgão empregador no que se referia ao custeio de sua alimentação.

Na área de atuação do Serviço Social – Médico de Pessoal, acrescentou-se nas várias modalidades de auxílios assistenciais já previstos na Resolução anterior, o auxílio alimentação⁸⁷:

(...)

11.13 – Auxílio – alimentação a fim de proporcionar alimentação em condições mais favoráveis aos servidores das grandes cidades que, por força das distâncias, são forçados a fazer refeição fora da residência, poderá o setor de Assistência Patronal, para esse fim, realizar entendimento com rede de restaurantes locais, para a sua utilização, a preços reduzidos, mediante convênio renovado periodicamente, sendo dada preferência, quando houver, às associações de servidores (clubes, cooperativas e outras).

11.14 – Dentro de 60 dias, o Instituto enviará ao DNPS estudos e propostas sobre a matéria, visando à instituição de um plano de auxílio-alimentação que favoreça de preferência os servidores de menor vencimento, mediante a emissão e venda de vales para desconto mensal em folha com abatimentos variáveis sobre o valor nominal do vale.

Esta modalidade de assistência obteve o mesmo tratamento dos demais auxílios sendo também parcial, visto que não era custeado integralmente pelo

⁸⁷ Norma de Serviço DNPS – PAPS Nº 746 em Dezembro de 1966.

Instituto em sua cobertura e prevendo-se o estabelecimento de convênios para a sua concessão. O item em questão também aponta que a idéia prevalecente para a instituição deste auxílio, na venda de vales e desconto posterior em folha, também teria como premissa o favorecimento do titular de menor vencimento, com critérios de rendimento para seu estabelecimento (ESCORSIM, 2002).

2.4 A CRIAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - SINPAS

Apesar da continuidade da ditadura militar, os anos 70 demonstraram clara tendência de mudanças no cenário econômico internacional e nacional, uma vez que se deflagrava um quadro de crise estrutural do capital, que pela sua intensidade, fez com que o sistema capitalista mundial programasse um vasto processo de reestruturação, no intuito de recuperar o seu ciclo de reprodução (ANTUNES, 2005).

O caráter de “concessão” concebido para a **Assistência Patronal**, finalizava-se com a Lei N.º 5.980 de 08 de junho de 1973, a partir da qual os servidores do INPS foram obrigados a contribuir com 2% dos seus salários para a manutenção dessa assistência. Passando a mesma a ser contributiva, criou-se o Fundo de Assistência Patronal. A este caberia a cobertura dos planos de saúde e assistência social destinados aos servidores estatutários.

Em 1974 houve a incorporação do Plano de Pecúlio Facultativo como novo benefício, de seguro social, oferecido aos servidores inscritos nas atividades de saúde já administradas.

Cabe lembrar que os servidores regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) também tinham direito à Assistência Patronal, anteriormente prevista na Resolução de 1965⁸⁸.

Através da Lei N.º434 de 1º de setembro de 1977, o governo instituiu o **Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS**, subordinado ao

⁸⁸ RJI N.º. 302 de 08 de outubro de 1965, Capítulo V, Item 21, alínea b.

Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja lógica seguia a tendência à universalização e de adoção de um modelo de seguridade, apesar dos investimentos financeiros ao setor privado, realizados pela área médica da Previdência até então. Na prática, separava-se a assistência médica e social dos benefícios previdenciários, como também a atividade financeira do sistema.

As entidades que compunham o SINPAS eram: O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA; Fundação Nacional do Bem – Estar do Menor – FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS. Na condição de órgão autônomo, integrava a Central de Medicamentos – CEME.

Tendo em vista a consolidação do SINPAS, no ano seguinte, o Ministro da Previdência e Assistência Social aprovou uma nova Portaria⁸⁹ que teve como assunto a consolidação das Normas de Assistência Patronal, estendendo-a aos servidores de todas as entidades do sistema. O orçamento da Assistência Patronal ficava condicionado à aprovação do Secretário – Geral do Ministério.

“Ainda em 78, a Portaria Nº 1.113, de 21 de junho, institui o Regimento Interno do Inamps, colocando a administração da Patronal no recém criado Departamento de Assistência Patronal”.⁹⁰

Para a Assistência Patronal, em particular, a unificação das entidades através do SINPAS, representava novamente um acréscimo do número de assistidos, titulares e dependentes, que passavam a utilizar-se dos benefícios e serviços do plano de assistência médica e social. A Patronal foi estendida aos servidores do regime trabalhista, nos termos do artigo 22 da Lei.

No campo do financiamento da assistência foi estabelecido que as entidades que compunham o SINPAS destinariam 3% da dotação orçamentária de pessoal,

⁸⁹ Portaria Nº 1.089 de 08 de Junho de 1978.

⁹⁰ HISTÓRIA: 1945 –1998. Brasília: GEAP-FSS. Julho / 1998. P. 9.

sendo que este incidia sobre o total da folha de pagamento do pessoal estatutário e trabalhista.

Contava-se também, com 2% da remuneração dos servidores, mais participação direta do servidor ou pensionista no custeio dos serviços prestados.

Com estas fontes de arrecadação criou-se um Fundo de Assistência Patronal para o custeio da cobertura, gerido pelo INAMPS⁹¹, que tinha seu orçamento aprovado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

A normatização vigente na época condicionava que as atividades da Assistência Patronal ficassem sob a supervisão do Departamento de Pessoal do MPAS e fossem desempenhadas pelos seguintes órgãos ou equipes:

- a) Órgão central de orientação e controle da unidade de Assistência Patronal, da Direção Geral do INAMPS;
- b) Órgãos setoriais de coordenação e execução, nas unidades regionais da Assistência Patronal do INAMPS;
- c) Órgãos ou equipes de apoio da execução: unidades ou equipes centrais regionais e locais das demais entidades do SINPAS.

Como forma de regulação, essa modalidade de assistência contava também com os profissionais de odontologia da própria Assistência Patronal que procediam tanto à perícia inicial para autorização dos tratamentos, quanto à perícia final para avaliação do tratamento executado pelos profissionais credenciados, incluindo-se o reembolso por serviços não credenciados.

Além disso, a norma em questão previa a supervisão dos profissionais médicos e odontólogos do seu quadro de funcionários para orientar e supervisionar, em caráter permanente, os serviços prestados por profissionais, entidades jurídicas e estabelecimentos hospitalares credenciados. Para tal fim, os técnicos da Patronal não poderiam ter vínculo com nenhuma entidade prestadora de serviços.

⁹¹ Em 12 de março de 1979, o Decreto N°. 83.266 prescrevia em seu artigo 64 a criação do Sistema de Assistência Patronal que ficou sob a supervisão do Departamento de Pessoal do MPAS.

A Portaria ⁹² detalhou os benefícios contidos na área de assistência social e abrangência de cobertura nas áreas médicas e odontológicas tendo em vista os avanços nos campos de diagnose e terapia.

(...)

7- A assistência médica preventiva e curativa será prestada por setores médicos próprios das entidades do SINPAS e/ou por profissionais e estabelecimentos credenciados pela Assistência Patronal e, de acordo com a sua natureza, será:

I – ambulatorial;

II – hospitalar;

III- domiciliar e de emergência.

7.1 – Cabem precipuamente aos setores médicos próprios de Assistência Patronal:

I – atendimento de urgência;

II – assistência à saúde no trabalho;

III – atividades periciais para fins de benefícios da Assistência Patronal (quando autorizadas pelo Órgão Central da Assistência Patronal);

IV – atividades de supervisão.

7.2 – Na assistência médica preventiva deverão ser adotadas medidas especiais de:

I – proteção materno-infantil, através do atendimento ao pré-natal e parto;

II – profilaxia de moléstias transmissíveis, através de censos sanitários, vacinações e controle de surtos epidêmicos;

III – profilaxia de doenças ocupacionais, dando ênfase às técnicas específicas de medicina ocupacional.

7.3 – Na assistência curativa serão obedecidas basicamente as diretrizes da política de Assistência Médica baixadas pelo MPAS.

Segundo o documento, a assistência ambulatorial era definida para os casos que não necessitavam internação ou atendimento domiciliar e poderia ser prestada por profissionais credenciados em consultórios ou pronto-socorro, compreendendo as consultas, os tratamentos especializados, pequenas cirurgias, serviços complementares de diagnóstico e imobilizações provisórias, aparelhos gessados e outros procedimentos ortopédicos.

Uma das restrições contidas no plano estava em relação ao tratamento estético, na fisioterapia e psicoterapia de base analítica. A última medida justificava-se pelo fato desta terapia não se condicionar tecnicamente ao fator tempo determinado para seu fim, o que a inviabilizaria como cobertura do plano, dentro de sua lógica pontual na prestação de serviços.

⁹² Portaria N°. 1.089 de 08 de Junho de 1978.

Já a assistência hospitalar previa atendimento através de estabelecimentos hospitalares credenciados, para os casos de cirurgia, clínica médica, tisiologia, psiquiatria, partos e outras situações obstétricas e tratamentos de natureza não cirúrgica que requeressem internações.

Tanto nas internações obstétricas quanto na psiquiatria, o documento prescrevia determinada extensão na cobertura, como por exemplo, nos partos normais em que a Assistência Patronal não cobriria a anestesiologia, e na psiquiatria, a cobertura abrangia a agudização clínica e período de internamento necessário para a remissão parcial ou reintegração sócio – profissional do paciente, sendo dada a preferência ao tratamento ambulatorial.

A assistência Odontológica previa a assistência preventiva e curativa, com ênfase nas medidas contra a cárie dentária, reabilitação que compreendia a prótese dento-buco-maxilo-facial e a assistência corretiva com o tratamento ortodôntico.

A Assistência farmacêutica mantinha-se, sendo prestada através dos hospitais, quando do internamento dos assistidos, como também no tratamento ambulatorial e domiciliar, apenas nos seguintes casos: nas neoplasias malignas, doença de Parkinson e hemofilia, sendo que o Órgão Central de Assistência Patronal emitiria uma relação dos medicamentos sujeitos ao reembolso. As vacinas poderiam ser concedidas apenas como parte do programa de medicina preventiva e restritas aos usuários de até 02 (dois) anos de idade.

Nas demais modalidades de assistência médica hospitalar ou domiciliar de emergência, os critérios para a cobertura pela Assistência Patronal ficavam condicionados a justificativa clínica para sua execução, com a exigência do fornecimento de dados de estatística hospitalar, evolução do tratamento e outros dados, bem como condicionados a análise dos seus técnicos orgânicos.

Prestavam-se Auxílios e Financiamentos Especiais, sendo estes: falecimento e correção protética de deficiências físicas.

A Assistência à Infância e à Adolescência manteve o Auxílio Financeiro para a Bolsa de Estudo; o Auxílio Médico-Psicopedagógico continuou a ter sua especificidade para a assistência especializada aos excepcionais, filhos e enteados de servidores na faixa etária de 03 (três) meses a 21(vinte e um) anos incompletos,

sendo considerados os portadores de deficiência mental, os portadores de distúrbios psicomotores, os cegos e surdos-mudos. E por fim, a manutenção de creches.

Embora houvesse a participação financeira do servidor nos serviços utilizados, havia a possibilidade de isenção da mesma, nos tratamentos de alto custo, como no caso das quimioterapias, e também, nos honorários das cirurgias em geral e obstétricas. Cabe salientar que poderiam ser perdoados os débitos, sob a forma de Assistência Especial ⁹³, ou aqueles que excedessem a metade da remuneração do titular ou pensionista, prevalecendo o critério de cobrança dos 10% (dez por cento) mensal nos vencimentos, assim como o saldo devedor não deveria exceder a 48 (quarenta e oito) meses.

Outro fator em destaque foi a redução do rol de dependentes, se considerada as normatizações anteriores; todavia, os dependentes diretos foram equiparados aos titulares na cobertura integral dos serviços e benefícios prestados pela Assistência Patronal, deixando de existir a cobertura “parcial”: ⁹⁴

II – ASSISTIDOS VINCULADOS AO SERVIDOR

- a) a esposa ou a companheira;
- b) o marido inválido;
- c) os filhos solteiros de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos de idade ou inválidos;
- d) os enteados solteiros menores de 21 (vinte e um) anos de idade;
- e) a mãe e o pai inválido, inclusive os adotantes nos termos da Lei Civil; a madrasta e o padrasto inválido;
- f) os tutelados que não possuam bens suficientes para se manterem por si próprios e os menores cujos pátrios poderes tenham sido delegados em Juízo para o servidor.

III – PENSIONISTAS

- a) pensionista dos servidores do antigo INPS;
- b) pensionistas dos servidores das entidades do SINPAS falecidos após 1º de março de 1978.

5.1 Quando o cônjuge e os filhos não tiverem direito à Assistência Patronal e na falta de inscrição de companheira e inexistência dos assistidos mencionados na alíneas **a** a **f** do inciso II, será permitido ao servidor inscrever 01 (um) menor sob guarda ou designar 1 (um) dependente solteiro que, se do sexo masculino ou deverá ser menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido, ou maior de 60 (sessenta) anos de idade.

⁹³ Cobertura total ou parcial das despesas referentes aos tratamentos de doenças que tivessem exigido gastos elevados e acima da capacidade financeira dos assistidos.

⁹⁴ Portaria N° 1.089 de 08 de Junho de 1978.

5.2 – O dependente designado somente poderá ser casado quando tiver idade superior a 60 (sessenta) anos e for o marido da servidora.

A Assistência Patronal poderia despende um Empréstimo Especial que era concedido como medidas de ajuda urgente aos servidores que tivessem seus lares destruídos ou danificados por eventos calamitosos, e não tivessem condições financeiras para a recuperação de suas residências, não ultrapassando a duas vezes o salário base ou provento do titular.

Em 12 de março de 1979, o Decreto Nº 83.266 cria em seu art. 64, o Sistema de Assistência Patronal, sob a supervisão do Departamento de Pessoal do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS.

2.5 A INSTITUIÇÃO DO GRUPO EXECUTIVO DE ASSISTÊNCIA PATRONAL - GEAP

Segundo um documento interno da GEAP ⁹⁵, foi a partir da década de 80 que a Assistência Patronal colocou-se no caminho da modernidade e das leis de mercado, pois em 1983 desvinculou-se da administração do SINPAS, tendo em vista que havia sido regulamentada a Comissão Diretora de Assistência Patronal – CODAP em 1984 ⁹⁶.

A Portaria no 3.167, de 10 de junho, havia criado a Comissão Diretora da Assistência Patronal - CODAP, comissão sem personalidade jurídica própria, com sede em Brasília, sob a supervisão do Diretor Geral do Departamento de Pessoal do MPAS, para dirigir e controlar as atividades do Sistema de Assistência Patronal, e atribuiu ao IAPAS a gestão financeira do Fundo de Assistência Patronal. Essa comissão era integrada por um representante do MPAS, na qualidade de Diretor Administrativo, e um representante de cada entidade do SINPAS.

⁹⁵ HISTÓRIA: de 1945 – 1998. Brasília: GEAP-FSS, julho de 1998, p. 9.

⁹⁶ PORTARIA Nº 3.167 de 10 de junho, alterada pela Portaria Nº 3.325 de 01 de julho de 1984.

A CODAP passou a ter as funções de direção e controle das atividades do sistema de Assistência Patronal, ficando a Direção – Geral do Departamento de Pessoal do MPAS com a função de supervisão. Isto não significou sua independência das entidades que compunham o SINPAS, pois esta comissão não se constituiu como personalidade jurídica própria, assim, dependia diretamente das entidades para viabilizar o seu funcionamento. Contudo, iniciavam-se os primeiros passos para a desvinculação futura da Assistência Patronal do SINPAS⁹⁷.

No campo assistencial, um documento aprovado pelo Secretário – Geral do Ministério da Previdência e Assistência Social apontava, em seu considerando inicial, a necessidade de adequar as normas básicas de Assistência Patronal à experiência, até aquele momento, colhida com a vigência das Diretrizes aprovadas pela Resolução CODAP Nº 2 (17/11/1983).

Neste, o Programa de Assistência Patronal tinha como objetivo:

1 – A Assistência Patronal visa proporcionar a seus assistidos, na medida dos recursos disponíveis, facilidade no atendimento de necessidades básicas, mediante ações que resultem em bem – estar físico, psíquico e social, participando da viabilização do programa de valorização do servidor, na manutenção da produtividade e na fixação dos quadros de pessoal nas entidades do SINPAS.

O objetivo em foco estabelecia que a Assistência Patronal deveria atender as necessidades básicas de seus assistidos, considerando sua disponibilidade orçamentária, e principalmente no que se referia àquelas medidas capazes de melhorarem as condições de produtividade e com isso, fixando o pessoal nos quadros das entidades do SINPAS.

Como suas linhas de ação, apresentavam-se dois seguimentos básicos: serviços assistenciais e benefícios:

⁹⁷ HISTÓRIA: de 1945 – 1998. Brasília: GEAP-FSS, julho de 1998, p. 9.

(...)

I – serviços assistenciais através de credenciados, conveniados, contratados ou próprios, colocados à disposição dos assistidos e dentro de determinados limites estabelecidos;

II – benefícios, sob a forma de prestações, reembolso e/ou financiamento, dentro de critérios seletivos e/ou limites estabelecidos.

3 – Os serviços assistenciais e benefícios prestados são classificados em dois grupo:

Grupo I – serviços assistenciais que, em sua maioria, já vem sendo prestados desde a criação da Assistência Patronal e considerados pelos assistidos como uma vantagem adquirida e consolidada pelo tempo, compreendendo:

- a) Assistência Médico – Odontológica;
- b) Assistência Médico – Psicopedagógica;
- c) Assistência no Falecimento;

Grupo II – Benefícios caracterizados por um elenco de ações condicionadas aos recursos arrecadados e na seguinte ordem de prioridade, consideradas as solicitações e o grau de importância para a segurança e o bem – estar do servidor:

- a) Assistência para Alimentação e Bens de Consumo;
- b) Assistência à Infância;
- c) Assistência Educacional;
- d) Assistência Recreativa;
- e) Assistência em Situações Especiais.

Pela primeira vez, uma normatização da Assistência Patronal apresentava uma caracterização de serviços e benefícios, contudo considerando-os pela sua prevalência desde os primórdios de suas concessões, como vantagens adquiridas e consolidadas e benefícios de caráter assistencial, que foram sendo agregados através do tempo, mas que resguardavam o caráter de condicionalidade na aplicação dos recursos, visto as prioridades e grau de importância em suas execuções junto aos usuários (ESCORSIM, 2002).

Os serviços e benefícios oferecidos pela Assistência Patronal guardavam estreita intencionalidade em atuar na reprodução da mão de obra, melhorando a capacidade produtiva, seja na atenção médica, odontológica, hospitalar e ambulatorial dos quadros clínicos agudizados ou traumáticos ou na promoção da saúde, na reabilitação, como também, nos aspectos educativos, financeiros e sociais.

Por isso, seus benefícios e serviços não se restringiam unicamente na cura e recuperação de estados mórbidos, mas na prestação de benefícios complementares a remuneração, entendidos como auxílios parciais àqueles que comprovadamente,

segundo as normas vigentes, necessitassem de ajuda complementar, particularizando-se os casos a serem atendidos (ESCORSIM, 2002).

A Portaria em análise, contemplava um item para especificar as modalidades de participação nos serviços, que nas internações dependiam da especialidade médica, se houve acompanhante e se o internamento fora em quarto ou enfermaria⁹⁸. De modo geral, variavam de 10% (dez por cento) a 40% (quarenta por cento) sobre o valor pago pela Assistência Patronal ao serviço credenciado. Nos procedimentos ambulatoriais variavam de 10% (dez por cento) a 30% (trinta por cento). Havia isenção da participação nos seguintes casos:

10.1 – (...)

- a) diárias nas internações em UTI;
- b) assistência médica e odontológica decorrente de acidente no trabalho sofrido por servidor, obedecido os atos próprios;
- c) diárias hospitalares em enfermarias;
- d) honorários de cirurgião, cirurgião auxiliar e instrumentador, obstetra e anestesista na intervenção cirúrgica que requeira internação ou no parto;
- e) diárias de acompanhantes de menores de 12 (doze) anos;
- f) tratamentos fisioterápicos e de psicomotricidade de menores portadores de deficiência motora, não amparados pela assistência médico - psicopedagógica

A Assistência Patronal adotava uma conduta seletiva na abrangência de benefícios e serviços, determinando os seguimentos dos assistidos que dela se utilizariam para estabelecer a cobrança das participações. Os procedimentos considerados de alto custo, porém indispensáveis, estavam isentos da participação financeira dos titulares, bem como, daqueles atendimentos decorridos de acidente de trabalho. A norma dispunha, inclusive, de formas diferenciadas na cobrança dos débitos, sendo que seriam resgatadas em até seis prestações. Contudo, o percentual correspondente variava conforme a posição funcional do servidor, em sua capacidade de remuneração, sendo que do funcionário de nível médio era cobrado

⁹⁸ Neste caso a participação era cobrada nos primeiros 90 (noventa) dias nos internamentos geriátricos e psiquiátricos, a partir do 91º (nonagésimo primeiro) dia não havia mais participação.

em 30% (trinta por cento) e o nível superior, máximo na classificação de pessoal, era cobrado em 50% (cinquenta por cento).⁹⁹

A CODAP que até então tinha sua sede no Rio de Janeiro, havia sido transferida para Brasília, por decisão do MPAS, em 17 de fevereiro de 1989, visto que toda a administração das entidades do SINPAS encontrava-se na capital federal. E por decisão também ministerial¹⁰⁰ para readequar a Assistência Patronal aos novos padrões administrativos, foi instituído o **Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP, em março de 1989.**

Essa reorganização administrativa resultou na criação de um Conselho Consultivo, no qual tomaram assento três representantes dos servidores.

Foram criados o Fundo de Assistência Patronal – FAP e o Fundo de Pecúlio Facultativo – FPF, passando a GEAP a custear seus serviços e benefícios aos assistidos. Em junho do mesmo ano, facultou-se aos servidores ativos, inativos e seus dependentes a permanência no GEAP, mesmo após desligamento das entidades do SINPAS.

Conforme um parecer da Secretaria de Previdência Complementar do MPAS¹⁰¹ poderia ser enquadrado como Benefícios Previdenciários operacionalizados pelo GEAP: o Plano de Pecúlio Facultativo, o Auxílio Funeral e o Auxílio Educação. Contudo, a própria Secretaria de Previdência Complementar emitiu parecer quanto à necessidade de adequação do Estatuto, Regulamento Básico do Programa de Benefícios Previdenciários e Programas Assistenciais e a elaboração de um Plano de Custeio Individualizado para benefícios previdenciários e serviços assistenciais.

⁹⁹ ESCORSIM, 2002.

¹⁰⁰ PT / MPAS / N° 4.431 de 15 de março de 1989.

¹⁰¹ MPAS / SPC / COA / N° 065/88.

2.6 A CRIAÇÃO DA GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL

Em 13 de março de 1990, uma Portaria Ministerial¹⁰² aprovou seu novo Estatuto, criando a GEAP – Fundação de Seguridade Social. Nova Portaria, em 16 de maio, alterou a composição do conselho, sendo que na função de Presidente do Conselho Consultivo foi nomeado um Secretário Executivo do Ministério do Trabalho e de Previdência Social. Em 28 de março daquele ano a GEAP foi instituída mediante escritura pública, a qual permaneceu por força de disposição estatutária, até o fim de 1990, sob gestão do grupo executivo de Assistência Patronal – GEAP que procederia à implantação da nova entidade a nível nacional.

A GEAP foi reconhecida com sucessora da Assistência Patronal através do artigo 5º da Lei Nº. 8.689/93, podendo então dar continuidade a prestação de assistência à saúde do servidor que já era prevista na Lei Nº. 8.112/90.

No Conselho também estavam previstos representantes e suplentes das entidades instituidoras, da própria GEAP e das entidades associativas como Associação Nacional dos Fiscais de Contribuições Previdenciárias – ANFIP, Federação Nacional das Associações de Servidores da Previdência Social – FENASPS, Associação Nacional dos Servidores da DATAPREV, Associação Nacional dos Servidores da FCBIA e Associação Nacional dos Servidores da CEME. Da mesma forma, teve assento um representante e um suplente eleito por maioria simples entre os Diretores Estaduais da GEAP.

A GEAP recebeu a identificação de **Entidade Fechada de Previdência Privada**, sem fins lucrativos, pela Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1986, por administrar planos solidários de:

¹⁰² PT / MPAS Nº 4.624/90.

I – Previdência Complementar;

II – Saúde;

III – Assistência Social.

Em todos estes planos, os seus programas, serviços e benefícios obedeceram a um regulamento básico e normas específicas.

As entidades que compunham o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social eram:

- A própria fundação GEAP, e as entidades que a instituíram como:
- O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS;
- O Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS;
- O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS;
- Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA;
- Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor – FUNABEM;
- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV;
- Central de Medicamentos – CEME;
- Fundação Abrigo do Cristo Redentor – FACR;
- O Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS¹⁰³.

Durante os cinco anos que se seguiram ao processo de privatização, as diretrizes contidas nos programas assistencial médico, social e previdenciário, sofreram alguns ajustes na prestação dos serviços e coberturas, porém, ainda mantiveram o perfil anteriormente adotado pela antiga Patronal.

¹⁰³ Estas entidades compuseram a Fundação quando de sua privatização em março de 1990, visto que já possuíam vínculo anterior no atendimento de seus servidores e empregados, e são citadas no Estatuto e Regulamento da GEAP. Posteriormente, pelas reformas do Estado, estas instituições foram extintas, com exceção da DATAPREV e MPAS, sendo seus servidores redistribuídos nas entidades sucessoras, em forma de Lei.

As mudanças mais significativas ocorreram na supressão de auxílios de Assistência Social e no controle de procedimentos na área médica - hospitalar e ambulatorial. Os procedimentos médicos eletivos deveriam, necessariamente, ser solicitados por corpo de especialistas credenciados¹⁰⁴ ao plano e autorizados previamente à sua realização por médicos e odontólogos autorizadores, funcionários da própria organização.

Por ser uma Entidade Fechada de Previdência Privada, a GEAP prestava contas de seu funcionamento a Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência, que em 1993, determinou uma intervenção administrativa, na entidade, visto que os relatórios de auditorias apontavam para a necessidade de reestruturação e saneamento financeiro, tendo em vista a crise pela qual passava. Nesta época, um volumoso número de prestadores de serviços, credenciados a GEAP, negavam-se a atender os associados da Fundação, por estarem com seus pagamentos em atraso. Assim, foi nomeada pelo ministro da Previdência, a figura de um interventor com plenos poderes¹⁰⁵.

O período de intervenção prosseguiu de 03 de Dezembro de 1993 até 30 de Junho de 1995. O primeiro período interventivo foi de dezembro de 1993 até março de 1994, sem conseguir reverter o quadro crítico. Assim, foi designado um segundo interventor que permaneceu na função durante os quinze meses restantes até que a Secretaria de Previdência Complementar decretasse o saneamento da Fundação.

A partir de 1994 o interventor firmou novos contratos com os prestadores de serviços prevendo multas em caso de recusa de atendimento aos clientes, bem como prevendo multa de 1% sobre o valor total da fatura em caso de atraso no pagamento; reviu os valores dos coeficientes de honorários e reajustes de tabelas para as taxas e diárias hospitalares.

Outra medida de racionalização foi o cadastramento dos 892.966 assistidos em todo o país, exigindo-se a comprovação de dependência econômica através do imposto de renda, daqueles dependentes diretos que não estavam no núcleo familiar

¹⁰⁴ Outra característica desta Fundação está em seu sistema operacional, com o credenciamento de rede privada: médicos, hospitais, clínicas e laboratórios das mais variadas especialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira, como também na área odontológica.

¹⁰⁵ PT / MPAS / SPC N°. 706/93.

básico, ou seja, o (a) companheiro (a) do titular, filhos entre 21 a 24 anos se estudantes de cursos regulares e solteiros, filhos do titular de qualquer idade e solteiros se portadores de invalidez permanente, os enteados, a mãe ou madrasta do titular, o pai ou padrasto do titular, e menores de 21 anos e solteiros que sejam dependentes econômicos do titular.¹⁰⁶

Na questão do financiamento o Novo Jornal, publicação destinada aos clientes¹⁰⁷, esclareceu que a contribuição dava-se da seguinte forma: o empregado/servidor ativo ou inativo incluído na folha de pagamento das entidades **Instituidoras** (que participaram da formação da antiga Patronal) contribuía com 2% mensais sobre o valor de seu salário, cabendo as instituidoras complementarem com 3% sobre o total da folha de salários. Já os empregados/servidores ativos e inativos incluídos na folha de pagamento das entidades **conveniadas** à GEAP contribuía com 3% sobre o total do salário, cabendo a estas entidades complementar mais 3% sobre o total da folha de pagamento. Eram elas: O Ministério da Justiça, Departamento de Polícia Federal, Imprensa Nacional, Departamento de Polícia Rodoviária, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Universidade Federal de Sergipe e Ministério das Minas e Energia. A tônica do período direcionou-se as tentativas de resgate no atraso do pagamento mensal das entidades patrocinadoras e conveniadas, em particular do Ministério da Saúde, o qual devia aos cofres da GEAP a importância de R\$52.186.601,26 até setembro de 1994.¹⁰⁸

Como consequência do aumento da demanda em oposição ao esgotamento de recursos financeiros, foi adotada a lista de espera para as cirurgias eletivas nas Superintendências e Representações Estaduais. O jornal enviado aos clientes, naquela ocasião, assim transcrevia:

¹⁰⁶ NOVO JORNAL. Ano I. Nº 1. Agosto de 1994.

¹⁰⁷ Idem, p.3.

¹⁰⁸ NOVO JORNAL. Ano I. Nº 3, Outubro de 1994.

A lista de espera foi adotada devido à situação de dificuldades administrativas e financeiras que provocou um colapso quase total na linha de serviços. Deixamos, há pouco tempo, a fase mais crítica, que serviu de alerta para a necessidade de um controle rigoroso da qualidade dos serviços prestados. O que continuamos fazendo.¹⁰⁹

Tendo em vista a insatisfação dos clientes pela falta de atendimento em quase todo o território nacional, o compromisso da Direção interventora foi a de reconstruir a rede de prestadores de serviço, resgatando o pagamento das dívidas, especialmente junto aos hospitais, adoção de tabela nacional de procedimentos, a qual passou a ter um padrão uniforme em todo o país, com variação das diárias e taxas hospitalares em três níveis, deixando aos Superintendentes Estaduais a tarefa de negociação direta com os prestadores de serviços até o valor nacional estipulado como limite máximo nesta tabela.

No mesmo ano foi implantada a estratégia de auto-sustentação financeira que se apoiava em três medidas: administração do orçamento por demandas, a expansão da capacidade de investimentos per capita e a compensação nas transferências de recursos entre os estados¹¹⁰. A prática de restringir determinados procedimentos foi abolida, possibilitando a autorização da GEAP para todos os serviços médicos, os quais passaram a ser controlados pelo limite orçamentário mensal de cada Superintendência ou Representação estadual.

Ainda sob o processo de intervenção, foi aprovado em 06 de dezembro de 1994 um novo estatuto para a Fundação, estabelecendo mudanças em sua gestão, sendo que em março do ano seguinte foi aprovado, pelo diretor interventor, um novo manual normatizador, o Manual do GEAP SAÚDE, com os Planos e Programas da Assistência Médica, Odontológica e de Assistência Social e o PREVIGEAP para a área de Previdência, contendo as normas do Plano de Pecúlio Facultativo.

Com relação à gestão da GEAP, o novo Estatuto instituiu como órgãos de administração superior: **O Conselho de Administração; O Conselho Fiscal e a Direção Executiva**, sendo as suas atribuições definidas pelo Estatuto e Regulamento; estas instâncias estavam sediadas em Brasília – DF.

¹⁰⁹ Idem, p.2.

¹¹⁰ NOVO JORNAL. Ano II, Nº. 6. Fevereiro / Março de 1995. p. 7.

Após quase três anos de negociações houve um acordo entre a GEAP e o INSS para o repasse dos saldos das contas do fundo de Pecúlio Facultativo e o da Assistência Social que ficaram pendentes desde o extinto IAPAS. Esta situação ficou conhecida como “**dívida histórica**”, cujo início havia se dado no momento da transformação da Assistência Patronal em GEAP, em 1990 e tramitava na justiça desde 1992. O cálculo estimado era de R\$95,3 milhões, sendo 77,5% para o primeiro fundo e 22,5% para o segundo. Ficou ajustado que o pagamento parcelado iniciaria em maio de 1995¹¹¹.

Finalmente, após quatro anos do processo que privatizou a GEAP, as entidades patrocinadoras ratificaram a relação com a Fundação, com a assinatura dos convênios de adesão. A partir deste ato jurídico-administrativo ocorrido em 07 de abril de 1995, com a assinatura do então Ministro da Previdência e Assistência Social Reinhold Stephanes, todas as entidades passaram a ter os mesmos direitos e deveres junto a Fundação.

Segundo o NOVO JORNAL¹¹² a legalização do vínculo destas entidades cumpriu uma etapa importante no processo de intervenção determinado pela Secretaria de Previdência Complementar, com vistas ao saneamento do passivo financeiro e a conseqüente eliminação do risco de solvência, para o qual estava caminhando se nenhuma medida drástica fosse implantada.

As mudanças apontadas foram:

- 1- A relação da GEAP com as antigas entidades instituidoras (MPAS, INSS, Ceme, LBA, FCBIA, Dataprev, Datasus, o ex-INAMPS e a própria GEAP) era apenas financeira. Elas repassavam as contribuições de seus servidores e também a sua parcela para a assistência à saúde e assistência social.
- 2- Todas as entidades passam a ser patrocinadoras com a mesma responsabilidade perante a Fundação.
- 3- As instituidoras não pagavam taxa de administração para a Fundação, que por sua vez tinha que tirar dos valores destinados à assistência os percentuais para pagamento dos recursos humanos e outras despesas administrativas. Agora, contribuirão com 15 por cento como taxa de administração.
- 4- Todos os participantes vão contribuir com os mesmos 3 por cento sobre o seu rendimento.
- 5- Com o novo convênio, qualquer participante do plano poderá optar por permanecer ou não na GEAP, procedimento que já era adotado por funcionários ligados às antigas entidades conveniadas (Ministério da Saúde, do Trabalho, Minas e Energia, da Justiça, Imprensa

¹¹¹ NOVO JORNAL. Ano II. Nº. 7. Abril / Maio de 1995. p. 2.

¹¹² Idem, p. 7.

Nacional, Departamento de Polícia Federal, Departamento de Polícia Rodoviária Federal e a Universidade Federal de Sergipe).

6- Todas as patrocinadoras terão assento no Conselho de Administração.

Com o término da intervenção o novo Conselho de Administração (CONAD) tomou posse em 30 de junho de 1995, concluindo assim o reordenamento jurídico que veio sendo conduzido, com mandato de três anos e deste conselho emanou a aprovação do Dr. Ricardo Akel, para dar continuidade à gestão, no cargo de diretor executivo. Nos diversos Estados da federação, compuseram a administração da GEAP além dos superintendentes regionais e gerentes um Conselho Regional de Representantes.

A partir de setembro de 1996, o CONAD instituiu a redução de 15% para 10% o valor máximo a ser descontado dos titulares em seus contracheques em razão do pagamento do custo da participação nos serviços utilizados, nas assistências ambulatorial, hospitalar e odontológica cuja somatória dependeria do valor contido nas tabelas de procedimentos utilizados. Outras reformulações aprovadas foram a delimitação do teto de contribuição do participante do plano de saúde, a ampliação gradual do investimento do per capita no plano de saúde e a regulamentação para o ingresso e manutenção de participantes auto-patrocinados (aqueles que não estavam cobertos com financiamento da entidade patrocinadora).

Atendendo a uma antiga reivindicação dos pensionistas, o CONAD emitiu a Resolução nº. 203 de 11 de dezembro de 1998, anistando os saldos de participação dos titulares falecidos. Os pensionistas que tinham nesta ocasião saldos devedores ficaram isentos destes débitos e a regra passou a valer para todos os beneficiários da GEAP, numa tentativa de atraí-los para sua continuidade no plano na categoria de auto-patrocinados, ou seja, beneficiários que somam as suas mensalidades o per capita patronal.¹¹³

Cabe ressaltar que o ano de 1999 foi marcado por acontecimentos advindos das políticas governamentais, de ajustes estruturais que provocaram alterações na forma de arrecadação dos fundos, ou seja, o governo federal deliberou que a forma

¹¹³ NOVO JORNAL, Ano VI. Nº. 27, Janeiro / Fevereiro de 1999.

de pagamento, através dos Ministérios, em sua parcela no custeio da saúde dos servidores públicos, seria percapita, com valores previamente estipulados e fixados pelo governo federal anualmente e não mais sobre percentuais.

Os servidores públicos federais não obtiveram reajustes salariais havia mais de quatro anos, a desvalorização do Real frente ao Dólar elevou os custos dos insumos na saúde como materiais e medicamentos, o que levou a Fundação a tomar medidas racionalizadoras como o redimensionamento da rede de prestadores, descontratando aqueles que reivindicavam aumentos nas tabelas praticadas e os que restringiam o atendimento, o que ocasionou certo descontentamento dos usuários, além dos municípios que não contavam com rede assistencial (até pela quase inexistência de serviços médicos, o que não tornava os valores pagos pelos planos de saúde atrativos). Neste cenário, o CONAD contratou nova diretoria executiva.

A nova direção executiva imbuu-se em “modernizar” a GEAP no que diz respeito a implantação de tecnologia de informática com a criação da home page, contratação de empresa especializada em transações eletrônicas para autorização, em tempo real, dos procedimentos a partir do cartão eletrônico dos usuários, a princípio em caráter experimental. O CONAD aprovou medidas de contribuição de pisos e tetos (limites mínimos e máximos) para os participantes individuais e os que possuíam familiares como dependentes, apelando para o sentido de solidariedade da Fundação, no qual quem ganha mais poderia pagar mais, adequando a contribuição aos efeitos do Decreto nº. 2.383 de 1998, o qual impediu os órgãos públicos de patrocinar assistência a saúde dos pensionistas.¹¹⁴ Entretanto, retornou o percentual de 15% para o desconto de participação nos serviços, dentro da margem consignável dos contracheques dos titulares.

Os descompassos entre as receitas e despesas não tardaram a irromper os fundos assistenciais, comprometendo as reservas financeiras e evidenciando a necessidade de estudos atuariais para o ajuste da contribuição dos beneficiários e das patrocinadoras, bem como foram desencadeadas ações de contenção dos

¹¹⁴ GEAP Em Dia. Ano VI, nº. 2. Setembro de 1999.

serviços considerados eletivos, através de agendamento, causando o descontentamento dos usuários.

Neste ínterim, foram trocados pelo CONAD os diretores executivos e os ocupantes das diretorias seccionais, buscando inclusive adequar a Fundação a Lei Nº. 9656/98, que passou a reger a Saúde Suplementar no Brasil. Uma das medidas aprovadas em junho de 2000 foi o aumento da taxa linear média de contribuição dos beneficiários para 6,84%¹¹⁵ e o reajuste nos valores dos pisos e tetos da contribuição mensal, uma vez que as patrocinadoras estavam com o per capita congelado pelo governo federal em R\$24,00.¹¹⁶

O estudo atuarial apontou que poderia ser reduzida a taxa de contribuição dos participantes das entidades superavitárias para 5,5%, mantendo-se a de 6,84 para as demais e a renegociação do per capita deveria ser reajustado para R\$32,50 com as patrocinadoras, a partir de abril de 2001. No que se refere a participação do cliente no custeio dos serviços, o CONAD aprovou a isenção na utilização da UTI e enfermaria e nas internações em geral o valor de 10% sobre o custo total, com um limite máximo de R\$1.010,00. Na assistência ambulatorial o beneficiário passou a pagar 30% do valor em consultas, exames, cirurgias ambulatoriais que custassem até R\$190,00 e nos procedimentos de valor superior o participante arcaria com 15%. Na odontologia os tratamentos preventivos foram isentados; foi fixado o percentual de 80% para as próteses e os demais procedimentos em 60%. Cada chamado da UTI móvel (serviço existente nas capitais) foi computado em R\$15,00 e as internações em psiquiatria obtiveram 30% como percentual de participação do titular sobre o total da conta hospitalar.¹¹⁷

Diante da crise financeira, desencadeada pelo acúmulo do passivo pela dívida (calculada em R\$108 milhões) com os prestadores de serviços, foi nomeada nova diretoria administrativa com a promessa de sanear gastos e formar reserva técnica.

¹¹⁵ O jornal da GEAP de distribuição nacional publicou as justificativas para o aumento, em mais de um número, tanto em editoriais dos diretores executivos que se sucederam, como escritas pelo próprio CONAD e Conselho Fiscal; este último argumentou sobre as irregularidades administrativas da gestão anterior, dentre elas os contratos realizados, inclusive da compra do imóvel sede da GEAP em Brasília.

¹¹⁶ GEAP Em Dia. Ano IV, Nº. 8. Julho de 2000.

¹¹⁷ GEAP Em Dia. Ano V, Nº. 9. Abril de 2001.

As medidas emergenciais eleitas foram: a repactuação dos valores de contribuição junto às vinte patrocinadoras, alteração da data de pagamento dos prestadores, o que abriu a possibilidade de aplicação financeira entre os dias de ingresso das receitas e pagamento das despesas, renegociação das dívidas com os prestadores de serviços e redução dos custos assistenciais, através de criteriosa avaliação das contas médicas, papel fundamental dos auditores da GEAP e por fim, a chamada “revolução assistencial” com a implantação do projeto de educação continuada para os colaboradores da casa e o Programa de Gerenciamento de Casos¹¹⁸.

Um ano depois, o passivo havia sido reduzido para R\$11 milhões, e a Fundação foi obrigada a pagar R\$ 59 milhões em tributos federais¹¹⁹ pelo fim da imunidade tributária, imputado as Entidades Fechadas de Previdência Complementar. A GEAP havia implantado em sistema de telefonia a Central Piloto de Regulação (autorização de procedimentos diretamente aos credenciados via Call Center) nas regionais de maior volume de clientes, como Rio de Janeiro e Distrito Federal, com planejamento para incluir os demais estados até 2003. Entre as medidas de captação de novos clientes estava o Plano GEAP Família, de agregados familiares não contemplados no núcleo familiar básico, que atingiu até aquele ano 40 mil clientes.

A liquidação total do passivo financeiro foi alcançada em 11 de novembro de 2002, fato comemorado pela administração, o que possibilitou a Fundação em modernizar sua estrutura de atendimento, contratando uma empresa especializada em Call Center para atuar no tele-atendimento. Esta central acionada por telefone, internet, carta e fax, prestava informações aos beneficiários, expedia autorizações para exames e internações, a pedido do próprio prestador de serviços, sem a necessidade do cliente em comparecer aos escritórios regionais da GEAP para obtê-las.

¹¹⁸ NOSSO JORNAL. Ano I, nº. 2, Maio, Junho e Julho de 2002.

¹¹⁹ O pagamento foi feito através do Regime Especial de Tributação – RET, o qual foi instituído pelo governo federal e aliviou o ônus dos tributos com isenção de multa, juros e parcelamento do pagamento de imposto de renda sobre aplicações financeiras, operações financeiras, o Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), referentes aos anos de 1996 a 2001. NOSSO JORNAL. Ano I, nº 3. Outubro, Novembro e Dezembro de 2002. p. 4.

Estas medidas de racionalidade técnica e modernização dos recursos faziam-se necessária diante do volume de serviços prestados pela GEAP aos seus 736 mil assistidos espalhados em todo o território nacional, atendidos por uma rede de 24 mil prestadores presentes em 2.600 municípios, ainda que sua concentração, até hoje, seja muito desigual entre as regiões do país. O que motivou a direção executiva em qualificar a rede, no sentido de adaptá-la as demandas e recursos disponíveis, tanto nas capitais como no interior dos Estados, motivo de freqüentes queixas dos usuários.

Nesta direção, a GEAP procurou atender a Resolução Normativa nº42 de 2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a qual exigiu que as operadoras de saúde e prestadores revissem os seus contratos, incluindo cláusulas que identificassem direitos, obrigações e responsabilidades de ambos os contratantes. Esta questão se traduziu num esforço permanente, em virtude das contradições e conflitos postos na arena de negociações do mercado, entre a autogestora, prestadores privados da saúde, agência reguladora da saúde supletiva e os direitos dos beneficiários, os quais são os consumidores destes serviços.

CAPÍTULO III

A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE SUPLETIVA NO BRASIL E A GEAP NA ATUALIDADE

Este capítulo tem como objetivo a resgatar a constituição e o desenvolvimento do mercado de saúde no Brasil, o qual se desenvolveu a partir do financiamento da burocracia previdenciária, através dos convênios firmados, na modalidade de contratos de pré-pagamento. Com as mudanças sócio-econômicas e políticas advindas da redemocratização brasileira e conquistadas como a seguridade social, na Carta Constitucional de 1988, a saúde supletiva caracterizou-se como subsistema auxiliar ao Sistema Único da Saúde (SUS). ALBUQUERQUE et. al. (2008) afirmam que pouco se conhece sobre o crescimento do mercado de saúde suplementar no Brasil, até o ano de 2000, pelo fato de não se possuir informações sistematizadas pela ausência ou fragmentação das fontes de informações.

Hoje o mercado de saúde está constituído por dois grandes ramos: o primeiro constituído por planos privados, oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado, não dependentes diretos dos investimentos da união, estados e municípios, como é o caso das empresas médicas, odontológicas, seguradoras de saúde, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, administradoras ou autogestoras de empresas privadas. O segundo é constituído por planos vinculados à instituição patronal de assistência à saúde do servidor público civil e militar, dependente dos investimentos públicos (federais, estaduais e municipais), como é o caso das autogestões não patrocinadas¹²⁰, patrocinadas ou multipatrocinadas pelos órgãos públicos.

Contudo, como já apontado anteriormente, este segmento obteve um impulso em seu crescimento na década de 80, quando o modelo neoliberal da saúde se materializou em virtude do processo político que veio sendo adotado nas diferentes

¹²⁰ Operadoras que possuem mecanismos próprios de participação dos beneficiários.

conjunturas por governos, cujas políticas macro-econômicas determinaram um cunho conservador e restritivo às políticas sociais.

Na atualidade, ainda que a implantação do SUS venha se constituindo como um avanço na opção de uma política pública universalizante, descentralizadora e participativa, sua concretização não ocorreu sem os revezes da dependência do seu financiamento aos ditames do fundo público, os quais foram muitas vezes direcionados pelos interesses das políticas de mercado, nos programas de governos que se sucederam. Mais de duas décadas após a promulgação da Constituição cidadã, a ampliação e efetivação da Seguridade Social como campo de direitos sociais, com financiamento público próprio, ainda se vislumbra num horizonte longínquo.

Na saúde, os primeiros anos de vida do SUS foram marcados pelo declínio da qualidade e da quantidade na oferta de serviços, o que afugentou os trabalhadores com faixas salariais mais rentáveis deste sistema e propiciou um incremento da saúde supletiva, em suas diferentes modalidades. Este movimento produziu um efeito inesperado da universalização: de inclusiva para uma universalização excludente¹²¹, na qual o sistema público se tornou o espaço de acesso e referência principalmente para a população pobre.

Para BAHIA e VIANA¹²² o crescimento dos dois modelos, o universalizante proposto pelo SUS e dos planos privados, em particular na década de 90, fomentaram um falso paradoxo que na visão das autoras baseou-se numa falsa dicotomia com relação a expansão dos planos privados, como sendo justificada pela insuficiência do modelo público e por outro lado, o avanço das políticas de tendência neoliberal como a causa da substituição do sistema público pelo de mercado. Argumentam que com esta dicotomia estaria “confirmada a hipótese sustentada por

¹²¹ Reflexão de FAVERET FILHO e OLIVEIRA na obra A universalização excludente – reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro: UFRJ / IEI, 1989, utilizada no trabalho de MENDES (1999).

¹²² BAHIA, Lígia; VIANA, Ana Luiza. Introdução. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; ANS, 2002. p. 9.

Lassey¹²³ de que as insuficiências do sistema público e o processo de concentração de renda - inerente às políticas neoliberais – explicariam o crescimento das ofertas e despesas privadas”.

Prosseguindo em suas reflexões, as autoras constataram que para pesquisadores consagrados¹²⁴ a assistência privada evidenciou os padrões híbridos das políticas sociais no Brasil e não expressaria meras relações de somas e subtrações entre partes autônomas o que exige a superação de explicações simplistas sobre uma área que se constituiu historicamente pela complexidade de suas inter-relações técnicas, políticas e econômicas.

Contudo, as condições políticas e econômicas para a formatação da saúde supletiva se haviam dado na década de sessenta, no espaço liberal das práticas médicas que potencializaram os serviços de saúde de interface com o mercado de tecnologias e insumos, em franco desenvolvimento no Brasil. Ainda na mesma década, este ramo dos serviços estabeleceu “parceria” com o setor governamental, a qual viabilizou a ampliação e consolidação do segmento privado na saúde a partir da compra de serviços das empresas pelo setor público estatal.

NICZ¹²⁵ afirma que as empresas médicas de modalidade de pré-pagamento¹²⁶ já existiam no Brasil, ainda em pequeno número na década de 60. Entretanto, foi a partir deste segmento da saúde privada que se constituiu o marco histórico da modalidade de convênio com o setor público, como foi o caso da montadora Volkswagen e o IAPI em maio de 1964, criando-se assim um novo campo de serviços: o “convênio – empresa”.

O estranhamento inicial produzido por este fato ganha inteligibilidade na medida em que se desvela o processo político – institucional ocorrido no IAPI,

¹²³ LASSEY, M. L.; LASSEY, W. R.; JINKS, M.J. Health Care Systems around the world. Characteristics, Issues, reforms. USA, Prentice-Hall, Inc., 1997. Citado por BAHIA (2002).

¹²⁴ As autoras citam SANTOS (1979); FAVERET e OLIVEIRA (1989); WERNECK (1998); FLEURY TEIXEIRA (1994).

¹²⁵ NICZ, Luiz Fernando. Previdência Social no Brasil. 1982. p. 182.

¹²⁶ Pré-pagamento significa a celebração de contrato entre um segurado e um único subscritor, ou um grupo, pelo qual um conjunto específico de benefícios de saúde é fornecido em troca de um prêmio de seguro periódico. http://www.bvsalud.org/php/decsws.php?tree_id=N03.219.521.576.343.925&lang=pt
Site consultado em 14/09/09.

plasmado na conjuntura sócio – histórica, em sua íntima relação com o desenvolvimento do capitalismo monopolista industrial no Brasil.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões prestavam assistência médica e hospitalar contando com contratos e convênios junto às empresas médicas privadas, visto que seus serviços próprios não supriam à demanda. Esta prática foi adotada por alguns institutos isoladamente, como era o caso do IAPTEC o qual credenciou serviços privados para atender seus segurados no Acre, visto a inexistência outras possibilidades locais (CORDEIRO, 1984). Importantes associações corporativas médicas, como era o caso da Associação Médica Brasileira – AMB e Federação Brasileira de Hospitais defendiam o emprego destas ações no início da década de 60.

Uma vez que o sistema protetivo brasileiro seguia a lógica do Seguro Social, pré-contributiva e capitalizadora, a LOPS (1960) em sua intenção uniformizadora, legitimou o que já se vinha se constituindo em prática recorrente, ou seja, permitindo o atendimento através de serviços médicos próprios ou contratados. CORDEIRO (1984) afirma que existiam quatro grupos médicos operando em São Paulo, neste período. Assim, até 1966 a Previdência Social expediu medidas normativas que incluíram e estenderam os convênios entre empresas industriais e grupos médicos.

Antes disso, os demais institutos adotavam-nas em caráter de exceção no intuito de suprir as demandas, em localidades do território nacional, onde não dispunham de recursos próprios, entretanto o IAPI foi o primeiro instituto a utilizar desta modalidade de assistência médica, não como medida auxiliar, mas para solucionar as constantes pressões que sofria por parte de seus segurados, dos empresários e da imprensa no que diz respeito ao não atendimento da grande massa de operários por falta de serviços próprios. Outra queixa recorrente tanto dos trabalhadores como da classe patronal era a lentidão no processamento burocrático dos benefícios, tanto quanto dos serviços relativos ao controle de pessoal, tais como: o absentismo e o fornecimento de atestados médicos.

Todas estas questões levaram CORDEIRO (1984) a analisar o fato de este Instituto estava organicamente vinculado ao setor empresarial no que concerne ao controle e manutenção da força de trabalho, essencial ao desenvolvimento capitalista

industrial em processo de crescimento vertiginoso no Brasil. Isto posto, fez com que o Estado buscasse junto à área privada uma parceria que pudesse atenuar dois pontos vulneráveis: atender as necessidades dos trabalhadores, sem grandes investimentos na saúde e aplacar as críticas públicas. Uma solução racionalizadora aos interesses em jogo.

Antes da unificação, em 1964, o Dr. José Dias Correia Sobrinho ocupava a presidência do IAPI e segundo o autor estudado (1984:46-47) foi chamado a resolver o problema dos postos de atendimento no ABC paulista¹²⁷, os quais eram objetos de reclamação dos segurados. Nesta região, conheceu a experiência da Policlínica Geral, relatada pelo seu próprio diretor o Dr. Juljan Czapski. Esta clínica possuía vários convênios principalmente com empresas automobilísticas e de autopeças, sendo a Volkswagen o exemplo mais significativo.

O que chamou a atenção do presidente do IAPI foi uma descrição detalhada dos custos feita pelo Dr. Czapski, baseado na experiência de mais de dez anos da Policlínica. Os dados demonstravam que o maior movimento se dava no ambulatório da fábrica, sendo que mais de 90%¹²⁸ do atendimento era realizado através das consultas de clínica médica, ou seja, a existência do atendimento médico direto na fábrica era resolutiva para os atendimentos em geral, pequenos riscos e ações de prevenção. Isto significava que o operariado não precisava deixar o seu local de trabalho para buscar atendimento, reduzindo as faltas; a ação terapêutica era imediata possibilitando a contenção dos agravos à saúde, o que refletia na diminuição do número de internações e tempo de permanência hospitalar.¹²⁹

Demonstrada a eficiência e eficácia dos convênios, o IAPI passou a adotá-los nas empresas para a prestação de serviços dos segurados da Previdência Social. Em julho do mesmo ano, o Instituto aprovou o seu Plano de Emergência no qual o Departamento de Assistência Médica passou a adotar convênios com entidades e empresas que mantivessem serviços médicos para seus beneficiários, como também

¹²⁷ Região metropolitana da cidade de São Paulo, composta pelos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, tradicionalmente de economia industrial.

¹²⁸ Esta afirmação foi retirada de CORDEIRO (1984:47) a partir das entrevistas realizada pelo autor com o Dr. Correia Sobrinho, como também com o Dr. Juljan Czapski em 1979.

¹²⁹ Até hoje para a saúde supletiva estes são indicadores utilizados para aferir o grau de desempenho dos custos praticados pelas operadoras de saúde.

ampliou o credenciamento de profissionais em detrimento da expansão dos serviços próprios (idem, p.47).

Ao assumir a direção geral do DNPS em 1965, o Dr. Correia Sobrinho constituiu um grupo de trabalho¹³⁰ para elaborar o Plano de Ação da Previdência Social, o qual tinha a finalidade de estudar a assistência médica com vistas ao processo de unificação dos IAPs e de formatar o modelo médico que seria base ao novo instituto, o INPS. O grupo de trabalho entregou um relatório, em setembro de 1966, que continha a análise sobre a situação deficitária dos IAPs e apresentava suas propostas.

O grupo sustentava que a falta de uniformidade dos institutos na prestação da assistência médica, prevista na LOPS, ocasionava dispersão nos recursos econômicos - financeiros através da pluralidade de serviços afins (idem, p.48) que não abarcavam as necessidades de toda a população previdenciária. A experiência do IAPI com o seu Plano de Emergência foi lembrada como efetiva na cobertura dos grandes riscos e na otimização dos recursos existentes. A modalidade de convênios – empresa havia ampliado a cobertura com maior agilidade, qualidade e com diminuição de custos, pois não dependiam de investimentos em serviços próprios. Outros aspectos valorizados no relatório foram:

- A redução numérica na concessão de benefícios em espécie, tendo em vista que os “fatores de pressão” (idem, p. 48) exercidos pelos segurados sobre os médicos, para que os mesmos concedessem os benefícios, diminuiu sensivelmente quando a outorga recaiu sobre os médicos das empresas, resultando em economia para o Instituto;
- Aumento no controle do absenteísmo ocioso, contribuindo para uma maior produtividade;

¹³⁰ O grupo de trabalho teve a presidência do Sr. Luis Cantisano que anos mais tarde participaria da gestão da Assistência Patronal até a sua transformação em GEAP – Fundação de Seguridade Social. Foram também formados subgrupos de trabalho, um deles para estudar o convênio – empresa. Neste último, CORDEIRO (1984:47-48) cita os nomes de Valmyr Neves na presidência, Marisa Durão e José Luiz Martinez Cortegosos, todos oriundos do IAPI; somente o Sr. Juércio Lamarão Brandão era o único participante do IAPFESP. Pode-se observar o corporativismo do IAPI na formulação de propostas para o INPS.

- O debate sobre forma de padronização para o pagamento dos convênios, uma vez que até aquele momento, os valores eram pactuados mediante acordos entre o Instituto e a empresa empregadora em cada convênio celebrado. O IAPI havia fixado uma retribuição de 1% sobre a folha de pagamento da empresa, contudo, adotou posteriormente o salário médio de contribuição mensal, que incidia sobre a o montante da folha de contribuição, como também, o reembolso das despesas por unidades de serviços prestados, fixando os limites em cada especialidade (idem, p.48).

O relatório apresentava suas críticas quanto às modalidades de pagamento adotadas pelo IAPI junto às empresas, por não atender plenamente aos interesses do Instituto, assim, sugeria a adoção de um critério único de retribuição com base num valor fixo mensal: per – capita segurado, o qual seria estabelecido a partir de estudo sobre os gastos do próprio Instituto, seus serviços contratados e dos dados fornecidos pela Policlínica Central. O documento em questão apontava de forma técnica a solução que seria adotada para a expansão dos convênios junto ao órgão que estava por nascer - o INPS e mais do que isto, dava o substrato para o fomento do setor médico privado.

MALLOY (1986) ressaltou que o governo militar ampliou os poderes do Dr. Correia Sobrinho a fim de que este pudesse intervir nos institutos com vistas à unificação, em agosto de 1966.¹³¹ Em sua ascendente história institucional, o Diretor havia transitado da Presidência do IAPI para o DMPS¹³² (a fim de planejar a assistência médica) e neste momento possuía o aval para a criação do INPS, como Diretor Geral do DNPS. Também, na mesma data, foi aprovado o Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS)¹³³ cujas normas iriam nortear o funcionamento do novo Instituto.

Segundo CORDEIRO (1984), o Plano havia sido inspirado no Plano de Emergência do IAPI, do qual se originou os grupos de trabalho que vieram a elaborar as normas do próprio PAPS, inclusive para regulamentar a assistência médica,

¹³¹ Através do Decreto Nº 59.119/66.

¹³² Departamento Médico da Previdência Social.

¹³³ Portaria Nº583/66, publicada no Diário Oficial da União em 31/08/66.

estudar a prestação dos serviços através dos convênios e propor a melhor forma de remuneração do sistema de pré-pagamento. Ainda, para o mesmo autor, o PAPS apontava como suas intenções imprimir uma orientação “anti-burocrática e humanista” ¹³⁴ a prestação de serviços pela Previdência Social, simplificando os procedimentos referentes à inscrição do segurado e seus dependentes e a concessão de benefícios.

No campo da assistência médica o PAPS previa em suas diretrizes, conforme CORDEIRO (1984:49):

a manutenção de serviços próprios tão somente em caráter provisório e a utilização sistemática, para prestação de assistência médica, dos serviços de terceiros, observada, em princípio, a seguinte ordem prioritária: a) serviços médicos das empresas filiadas ou mantidas pelos órgãos classistas; b) serviços médicos privados, sem finalidade lucrativa; c) demais serviços médicos privados.

O PAPS significou para os técnicos que o elaboraram e aqueles que o executaram uma reforma essencialmente administrativa, necessária em relação à desordem em que se encontravam os Institutos, possibilitando a reforma da administração e da estrutura sem modificar o regime das prestações e taxas de contribuição, para atingir o seu fim que era a melhoria dos serviços prestados. Mais do que isto, foi contemplado como uma obra essencial do governo militar.

As medidas preliminares que viabilizaram esta reforma deram-se na intervenção em todos os Institutos, após a tomada de poder pelo regime militar, que culminou na instalação de comissões primárias de investigação, as quais apuraram irregularidades, afastaram muitos servidores, sendo alguns deles ocupantes de cargos diretivos¹³⁵. Isto se deu em consonância ao plano de afastamento dos dirigentes sindicais que haviam ocupado cargos nos Institutos.

O INPS foi oficialmente instalado em janeiro de 1967, concluindo o projeto de unificação que havia sido proposto ainda no período de Vargas em 1945, mas que não encontrou ressonância devido a inúmeras resistências dos setores públicos e

¹³⁴ Este discurso apareceu na entrevista que realizamos com a Assistente Social Maria Regina Vieira, em 30/08/09, oriunda do extinto IAPC que integrou o INPS com a unificação.

¹³⁵ Esta referência histórica constou de entrevista realizada por CORDEIRO (1994:50) com o Sr. Francisco Luís Torres de Oliveira, presidente do INPS.

privados. Isto só foi possível sob o comando de um regime autoritário, que suprimiu qualquer manifestação contrária aos seus planos. O Sr. Francisco Luís Torres de Oliveira, tecnocrata do extinto IAPI, foi alçado ao cargo de diretor do INPS, com plenos poderes, nomeando colegas do antigo instituto para os cargos-chaves. Não tardou para que houvesse uma ampla repercussão negativa (MALLOY, 1986) por parte dos servidores dos demais institutos que integraram a unificação.¹³⁶

CORDEIRO (1984) asseverou que foram tomadas medidas no campo dos serviços médicos para organizá-los rapidamente, tais como: o pagamento de adicionais de produtividade para os médicos do próprio quadro de servidores do INPS e o pagamento por serviços prestados à assistência clínica ou cirúrgica prestada aos pacientes hospitalizados por médicos lotados nos ambulatórios próprios, mesmo que o hospital pertencesse ao INPS. Esta medida teve por fim equiparar suas remunerações a dos médicos credenciados. A utilização do convênio-empresa foi ampliada tendo em vista os seus bons resultados, na ótica liberal – privatista de seus novos dirigentes.

Assim, o INPS fomentou e generalizou a prestação da assistência médica através de serviços particulares, tanto quanto possibilitou que se criasse dentro do aparelho previdenciário a “cultura da privatização”, demonstrada através da remuneração por ato médico prestado pelos médicos empregados nos serviços estatais (Idem, p. 52), no auge da reestruturação autoritária.

Ao analisar a conjuntura do período, LUZ citada por CORDEIRO (1984:56-57) afirmou que:

“a conjuntura médica do período 1960-1964, assinala uma crise de hegemonia no discurso institucional (...), na incapacidade de um deles tornar-se verdadeiramente hegemônico”, o período 1964 – 1967 poderia ser caracterizado como o da montagem autoritária de um projeto “estatizante-privatista”, marcado pelo discurso da “modernização e racionalização administrativas”, da “produtividade” e da “descentralização” (da execução das ações) importadas da prática ideológica do planejamento econômico.

¹³⁶ Este fato foi comentado pela Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira durante nossa entrevista em 30/08/09, na qual ela relatou que a chefia do Serviço Social no INPS, em São Paulo, foi ocupada pela profissional do extinto IAPI, a revelia de outros profissionais que ocupavam os mesmos postos nos demais institutos.

Sem dúvida, estavam dadas as condições materiais para a consolidação dos chamados “anéis burocráticos”¹³⁷ os quais significavam um entrelaçamento entre segmentos do aparelho burocrático previdenciário com entidades civis, tais como a Associação Médica Brasileira e suas filiadas, a Federação Brasileira de Hospitais e suas filiadas estaduais e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que caracterizaram a orientação de apoio à iniciativa privada e a economia de mercado, numa racionalidade modernizadora em oposição à ideologia de estatização e a politização da vida social. Alianças obscurecidas pela aparência da neutralidade técnica, do planejamento e da centralização burocrática das decisões, como bem analisou CORDEIRO (1984:57). O resultado disso foi o êxito logrado pelos setores médicos - empresariais que cresceram com base na legitimidade e sustentação política – financeira da Previdência Social, acelerando o processo de empresariamento da medicina, a partir da prestação de serviços a uma estratégica parcela da força de trabalho, necessária a retomada do desenvolvimento capitalista no Brasil.

A política salarial contencionista adotada no período militar, bem como o controle político dos sindicatos possibilitou a aceleração da acumulação capitalista, no processo de reordenação do aparelho estatal e da recomposição dos grupos e classes sociais no conjunto do sistema econômico (CORDEIRO, 1984). Assim, as políticas sociais foram redirecionadas em forma de salário indireto, para compensar o arrocho salarial e segundo CORDEIRO (1984), sustentaram a ideologia dominante que se propunha a superar o populismo dos governos anteriores e justificar tecnicamente a exclusão política das classes assalariadas.

O convênio – empresa foi incorporado pelo INPS como política de assistência médica, juntamente com o credenciamento de profissionais e a contratação de serviços de terceiros, os chamados contratos de adesão. A maior expansão desta modalidade ocorreu em São Paulo, devido às pressões do empresariado industrial e do setor de serviços. Inicialmente, as empresas e grupos médicos estabeleceram

¹³⁷ Definição utilizada por Fernando Henrique Cardoso em sua obra: O modelo político brasileiro, de 1972.

contratos, os quais foram posteriormente absorvidos pela previdência, em particular nas regiões de desenvolvimento industrial. Com esta política de incentivos, os grupos médicos foram se reestruturando e assentando-se em bases organizativas mais sólidas.

Um caso ilustrativo, citado por CORDEIRO (1984:69) foi o da INTERCLÍNICAS, formada em 1968, em São Paulo, e organizada por quatro entidades não lucrativas: dois hospitais e suas respectivas sociedades médicas, tendo por natureza jurídica uma sociedade civil de caráter não lucrativo. Seu diretor e idealizador foi o Dr. Thomas Russel Raposo de Almeida, o qual participara desde a criação do IAPI, da elaboração e da gestão das políticas médico – assistenciais, e cujo último cargo fora o de presidente do Conselho Médico da Previdência Social, entre 1964 a 1966.

Contudo, neste período, iniciou-se um movimento oposição aos grupos médicos formado pela Associação Médica Brasileira e alguns sindicatos de classe que vinham fazendo severas críticas às atuações destes grupos, acusando-os de mercantilização da medicina e por cometerem infrações junto ao código de ética médica. Este fato mobilizou a criação das cooperativas médicas (UNIMED), como uma alternativa as organizações lucrativas, e por serem abertas a qualquer médico que delas quisesse participar. Outras características de sua forma de gestão eram: eleições democráticas de sua diretoria, autonomia de trabalho, e remuneração conforme a produtividade por ato médico. Não tardariam para que estas cooperativas viessem a adotar o convênio-empresa, gerindo recursos de forma semelhante às empresas-médicas, integrando o complexo médico – empresarial e previdenciário.

As duas modalidades, que se consideravam oponentes, passaram a disputar o mercado das empresas industriais e de serviços, operando numa mesma lógica assistencial e de financiamento, ou seja, de pré-pagamento com ou sem a interveniência da Previdência Social. Até 1970, a Previdência emitiu atos normativos que vieram a consolidar a política de convênios, incorporando-se ao aparelho previdenciário as duas formas convenientes, ainda que estas seguissem as legislações e fiscalizações de diferentes ministérios.

Eram as superintendências regionais do INPS que fiscalizavam os serviços prestados, principalmente se houvessem reclamações por parte do segurados. A entidade de classe que representasse a maioria dos empregados poderia solicitar a continuidade ou não do convênio ou até a constituição de uma comissão fiscalizadora, após seis meses de contrato. A comissão era composta por um representante da empresa convenente, um representante do INPS e um do sindicato. O INPS treinava o corpo de técnicos designados pela empresa conveniada para que os mesmos pudessem executar os encargos definidos pelo instituto.

O período de 1970 até 1974 foi marcado por uma retração na política de privatização do INPS, que CORDEIRO (1984) e outros autores¹³⁸ atribuíram a uma possível oposição dentro da própria burocracia estatal, tendo por diretriz uma nova orientação da política trabalhista adotada pelo MTPS, que consistia em fortalecer o caráter assistencial dos sindicatos. Esta orientação vinha de encontro à estratégia de manipulação administrativa, após a suspensão das intervenções em seu papel político; isto se deveu a mecanismos criados pelo governo militar tais como o PIS-PASEP e o aumento do número dos sindicatos conveniados com a burocracia estatal para a prestação de benefícios e serviços. CORDEIRO (1984) analisou outro fato significativo para a retração dos convênios empresariais junto à previdência: o então ministro do trabalho do governo Médici, Sr. Júlio Barata, afastou dos centros decisórios do MTPS o grupo de tecnoburocratas, oriundos do IAPI, que comandavam o novo órgão.

Esta reversão que priorizou os serviços estatais e sindicatos foi efetivada em julho de 1972¹³⁹ e estabelecia que a assistência médica devesse ser prestada prioritariamente nos órgãos próprios das instituições previdenciárias e quando esgotadas as suas capacidades, poderiam ser prestadas em caráter subsidiário através de convênios, contratos ou protocolos, respeitando-se as seguintes prioridades:

¹³⁸ OLIVEIRA, Jaime A. et. Allii. (1980); LUZ, Madel T. (1979); GÓES DE PAULA, Sérgio e BRAGA, José Carlos (1979).

¹³⁹ PORTARIA MTPS Nº. 48/1972.

- a) Serviços públicos federais, estaduais e municipais;
- b) Sindicatos;
- c) Instituições filantrópicas e/ou de caridade;
- d) Organizações particulares;
- e) Consultórios particulares.

A Portaria ainda orientava a substituição do regime de remuneração por unidade de serviço para o sistema de remuneração mensal. Contudo, no mesmo ano, a política de reversão foi interrompida com uma nova reformulação da LOPS¹⁴⁰ na qual se estabeleceu que a assistência médica fosse prestada tanto nos serviços próprios como de terceiros, estes mediante convênios. Desse modo, os convênios com empresas foram ampliados, delegando-se as mesmas a responsabilidade de prestação da assistência aos empregados. CORDEIRO (1984:76-77) cita que naquele ano estimou-se a cobertura de 2,5 milhões de beneficiários por convênios homologados e cerca de 1,5 milhões de segurados principais em convênios não homologados pela Previdência Social.

Em 1974, ano em que o milagre econômico brasileiro apontou o seu esgotamento, houve uma reformulação na política previdenciária com a criação do Ministério de Previdência e Assistência Social – MPAS, o qual significou a consolidação da política social e a extensão dos benefícios e cobertura da população segurada. As políticas previdenciárias tornaram-se um instrumento vital no campo das medidas sociais do governo militar, mantendo sob controle os sindicatos e a classe operária.

No campo da assistência médica, retomou-se a efetivação dos contratos e convênios com o setor privado, contribuindo com o desenvolvimento do complexo médico-empresarial, destacando-se a aprovação do Plano de Pronta Ação – PPA, em setembro daquele ano, o qual referendava uma política setorial baseada na assistência médica curativa e individualizada, através da transferência de recursos ao setor hospitalar, à medicina de grupo, às cooperativas e aos médicos autônomos credenciados. Estas medidas foram formuladas pelo grupo de assessores do

¹⁴⁰ Lei Nº 5.890/72.

Ministro Nascimento Silva, através da Secretaria de Serviços Médicos do MPAS, pelos tecnicoburocratas conhecidos na história da previdência, tais como: Luís Torres de Oliveira, José Dias Correia Sobrinho e Hugo Vitorino Alqueires Batista. Estas medidas foram concebidas sem a participação da burocracia do INPS e implantadas de forma vertical.

O PPA seguiu a lógica da expansão dos convênios-empresas e de grupos médicos em todo o país, garantindo o financiamento através do ressarcimento, como também pelos incentivos fiscais, através da dedução no imposto de renda. Um fator considerado positivo para os empregadores foi a redução do absenteísmo e o atendimento das demandas dos trabalhadores que estavam insatisfeitos com a dificuldade em obter serviços médicos dentro do próprio instituto.

As normas editadas pela previdência não conflitavam com a gestão e funcionamento dos grupos médicos, os quais mantinham convênios e contratos de credenciamento com o instituto, apenas enumeravam as exigências a serem cumpridas para a homologação dos convênios e as formas de ressarcimento as empresas do montante que cabia ao INPS. Entretanto, um número significativo de empresas de médio e pequeno porte não considerou relevante obter a homologação dos convênios em virtude do baixo valor de restituição. Outro fato levantado por CORDEIRO (1984) que veio a contribuir com a derrocada desta modalidade, era a dificuldade sentida pelos segurados em conseguir uma guia de internação junto ao instituto, o que não acontecia quando os mesmos se dirigiam diretamente ao hospital, garantindo o internamento e o pagamento da previdência. Assim, em fins de 1977, grande parte das empresas contava com convênios médicos sem a homologação do instituto.

O modelo de atenção à saúde curativo e individualizante contribuiu decisivamente para o incremento da assistência hospitalar, e desse modo, a presidência do INPS ampliou, em 1977, a contratação de hospitais particulares para o atendimento de urgência, voltada ao atendimento de qualquer cidadão, segurado da previdência ou não e a medida estabeleceu a remuneração por atos médicos, as conhecidas unidades de serviço. Não tardou para que houvesse denúncias de

fraudes nas contas hospitalares o que repercutiu na elevação de gastos nas contas médicas, ocasionando um desequilíbrio na previdência.

A crise na previdência foi contornada com a criação do SINPAS (1977), o qual desmembrou o INPS em várias entidades, dentre estas criou o INAMPS que unificou as entidades médico-assistenciais. CORDEIRO (1984) afirmou que a previdência social, através de suas ações normativas, viabilizou as transformações capitalistas da prática médica, atuando como agente propulsor do complexo médico-empresarial.

Todavia, o processo sócio-político implicou em sinais de mudança no país, tendo por base a crise capitalista internacional, cujos reflexos repercutiam para o declínio dos altos índices de crescimento econômico, desde 1974, e com isto, a exaustão do poderio militar - ditatorial. Assim, a abertura democrática em 1979, proporcionou mudanças no aparelho estatal e o afastamento da tecnicoburocracia previdenciária, proveniente do extinto IAPI, que se identificava com o modelo privatista para o seguro social e para a saúde. Estas mudanças foram sentidas no INAMPS com o retorno de uma política de restrição na homologação de novos convênios-empresa.

CORDEIRO (1984) relatou que, neste período, ocorreu a penetração de empresas multinacionais que operavam assistência médica, como foi o caso da American Medical Internacional do Brasil. Esta empresa norte-americana era proprietária de 60 hospitais que se espalhavam dentro dos Estados Unidos, como na Europa e América do Sul. Outra empresa era a Health Care do Brasil que adquiriu o controle acionário do grupo médico Amico, proprietário do grupo PROMED, no Rio de Janeiro. Da mesma forma, esta empresa possuía 112 hospitais em diversos países.

Este movimento de internacionalização do complexo médico-empresarial brasileiro foi devido ao interesse de investimentos por parte das companhias de seguro privado norte-americanas. Não sem tempo, as associações médicas como a AMB, a Federação Nacional dos Médicos e os sindicatos da classe passaram a fazer oposição a esta invasão, uma vez que os grupos médicos nacionais, em geral, de menor porte eram vulneráveis ao poderio técnico e de capital financeiro das companhias seguradoras estrangeiras que os absorviam com muita facilidade.

No entrechoque estabelecido pelo empresariado da saúde nacional com as empresas de capital internacional, a Federação Brasileira de Hospitais passou a cobrar do Instituto que financiasse as despesas de investimentos no setor, uma vez que os hospitais privados encontravam-se endividados com os empréstimos do FAS (Fundo de Assistência a Saúde). A exigência do setor privado recaiu em que o Estado deveria sustentar o complexo médico-empresarial.

Assim, na crise do setor, foi proposto pelos Ministérios da Saúde, e da Previdência e Assistência Social, O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – O PREV-SAÚDE, que objetivava estender a cobertura de cuidados primários a grande maioria da população brasileira, através de um programa de descentralização das ações. Proposta que desagradou aos grupos que compunham o complexo médico-empresarial, emergindo embates entre os técnicos de tendência privatista e os de tendência estatizante. As conseqüências técnicas e políticas dessa proposta, como também os desdobramentos sócio-históricos das políticas de saúde e previdência foram debatidos no capítulo I deste trabalho.

BAHIA e VIANA (2002) apontam que os convênios-empresas passaram a ser celebrados diretamente entre as empresas empregadoras e empresas médicas, deixando de ter a intervenção da Previdência Social, já no final da década de 70. Isto garantiu a continuidade da parcela do mercado que havia sido fomentada para os planos de saúde empresariais; estes passaram também a oferecer seus produtos a pessoas físicas, ainda em menor proporção. Para as autoras, até parte dos anos 80, o mercado de planos de saúde era composto quase que exclusivamente pelos planos empresariais. Empresas como a Interclínicas, a Intermédica, a Medial, a Golden Cross e a Unimed e os planos próprios das grandes montadoras automobilísticas, empresas estatais e de associações de categorias já estavam consolidados.

Em 1981, segundo a ABRAMGE¹⁴¹, as medicinas de grupo respondiam pela cobertura de 8,5 milhões de pessoas, ou seja, cerca da metade dos 18,3 milhões de clientes contabilizados em 1999. Os planos de empresa contratados junto às empresas médicas eram, em geral, integralmente financiados pelas empresas empregadoras; algumas empresas tinham planos próprios, em especial no setor privado, e custeavam, totalmente, os planos de saúde dos seus trabalhadores. Já nas empresas estatais, e nas categorias que, mantinham entidades jurídicas paralelas, sob a modalidade de caixas de assistência, os empregados sempre contribuíram para o financiamento de seus planos. (Idem, p. 20-21).

O setor de médico privado experimentou um forte crescimento na década de 80, sendo que no final deste período contabilizava em torno de 22% da população do país, contudo, sem que houvesse qualquer parâmetro legal próprio de regulação para o setor, sob a interferência do Ministério da Saúde. Até esta década, os planos estavam voltados para os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, tendo em vista o imbricamento entre as empresas e o financiamento da Previdência Social, como já foi debatido. Somente na segunda metade dos anos 80 foi que as operadoras expandiram seus negócios para os clientes individuais (BAHIA apud ALBUQUERQUE et.al. 2008).

A Constituição de 1988 definiu o atual sistema de saúde no Brasil em seu caráter público e universal, com a participação das esferas da federação, de gestão pública única, com a integração e articulação entre elas e a prestação da assistência através de serviços da rede pública dos municípios, estados e União, outras áreas de governo e dos serviços privados contratados e conveniados. O subsistema público representado pelo SUS significou a extensão da cobertura médico-sanitária, não contributiva, a expressivos contingentes da população brasileira, cujo financiamento é obtido através da arrecadação de impostos e outras fontes constitutivas do fundo público.

Como já afirmado anteriormente, o subsistema privado foi alçado a condição de auxiliar ao SUS complementando-o, suplementarmente. Por este motivo, o segmento foi denominado de saúde supletiva. Esta condição foi conquistada pelo

¹⁴¹ Nota da pesquisadora: a ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo foi fundada em 08/08/66, em São Paulo, e como entidade sem fins lucrativos, destinava-se a unir, organizar, regular, disciplinar, defender e representar as empresas médicas privadas de assistência à saúde. Em sua fundação contou com 11 representantes de grupos médicos, hospitalares e médicos autônomos, na qual destacamos a presença do Dr. Juljan Czapski diretor da Policlínica Central, citado neste trabalho.

lobby de representantes na Assembléia Nacional Constituinte, a partir da histórica participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, com financiamento público, o que remeteu a intensos confrontos e antagonismo de posições firmadas pelos defensores do movimento de reforma sanitária.

A designação para o setor privado em saúde foi definida como complementar, tendo em vista o seu caráter opcional para os cidadãos que desejam contratar um plano privado para obter o acesso à assistência médica, ainda que o sistema de saúde pública assegure seu acesso, como política universal. Por outro lado, a saúde privada define-se como complementar quando integra a cobertura de determinados serviços em saúde quando da limitação do sistema de saúde pública, como analisado por BAHIA (apud PIETROBON; PRADO e CAETANO, 2008).

Assim, o subsistema privado da saúde compõe-se de dois subsectores: o de saúde complementar e o liberal clássico (PIETROBON; PRADO e CAETANO, 2008). O primeiro está representado predominantemente pelos serviços prestados por planos (operadoras) e seguros de saúde, com financiamento privado, mas com subsídios públicos, gestão privada, que na atualidade conta com a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Seus prestadores de serviços são pessoas físicas e jurídicas privadas que fazem parte de suas redes credenciadas e contratadas. O segundo está composto por serviços particulares autônomos, que captam clientela própria por processo informais, nos quais os profissionais de saúde estabelecem suas condições de trabalho e remuneração, seguindo parâmetros de suas associações profissionais e sindicais.

Antes do surgimento da agência reguladora do setor em 1998, os beneficiários dos planos de saúde recorriam ao Código de Defesa do Consumidor, através da atuação dos PROCONS (Coordenadorias de Proteção ao Consumidor) estaduais e municipais, a fim de dirimir seus conflitos com as operadoras de planos de saúde, sendo estas: empresas médicas, autogestoras, cooperativas e seguradoras. Contudo, pela falta de legislação específica na época, a atuação destes órgãos mostrava-se insuficiente para aplacar as demandas judiciais entre consumidores e operadoras, frente às limitações impostas pelo mercado no que dizia respeito às exclusões de coberturas assistenciais, aumentos abusivos nas mensalidades,

principalmente para os mais idosos, restrição ou negação de assistência para doenças e lesões pré-existentes, entre outras formas de contenção dos serviços.

3.1 A CRIAÇÃO DO ÓRGÃO REGULADOR DA SAÚDE SUPLETIVA

O marco jurídico-legal que possibilitou a normatização da saúde supletiva no Brasil foi a Lei Nº. 9.656 de 1998 e a Medida Provisória Nº. 1.665. Esta MP foi republicada várias vezes e recebeu por fim o número de 2177-44. O conjunto normativo foi acrescido, em janeiro de 2000, com a Lei Nº. 9.961 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob regime especial que é vinculada ao Ministério da Saúde. Esta agência reguladora tem como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as relações entre as operadoras com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A Lei 9.656/98 procurou adstringir o objeto de sua regulamentação e os agentes que a prestam, assim apresentou uma conceituação para o setor:

Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

A Lei dos planos de saúde apresentou como principais aspectos:

- Definição como operadora toda ou qualquer pessoa jurídica de direito privado responsável pela administração de planos de saúde, incluindo o segmento comercial e o não-lucrativo;
- Instituição do plano-referência, que engloba a assistência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive parto, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que não se aplica às autogestões¹⁴²;
- Cobertura de transplantes de rim e córnea;

¹⁴² Nota da pesquisadora: as autogestões já ofereciam em seus planos de saúde cobertura para as patologias contidas nesta classificação internacional.

- Cobertura da assistência em saúde mental;
- Ressarcimento ao SUS toda vez que um usuário de plano de saúde for atendido em hospital público;
- Proibição do limite de internação hospitalar;
- Limitação dos prazos de carência, com o máximo de 24 horas para urgências e emergências;
- Proibição de vedar a participação do usuário em razão de idade, deficiência ou doença;
- Rescisão unilateral de contratos individuais e familiares só é admitida em caso de fraude do consumidor ou inadimplência por mais de 60 dias consecutivos ou não;
- Proibição da carência por dia de atraso no pagamento nos contratos individuais e familiares;
- Assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida;
- Admissão do aumento por mudança de faixa etária, com exceção dos maiores de 60 anos há mais de 10 anos no mesmo plano ou sucessor;
- Regulamentação do descredenciamento de hospitais;
- Garantia ao ex-funcionário (à exceção do demitido por justa causa) e ao aposentado de manutenção da condição de beneficiário por período parcial ou integral, de acordo com o tempo que tiver mantido o vínculo empregatício – desde que tenha contribuído com parcela da mensalidade;
- Possibilidade de adaptação do contrato antigo às regras definidas pela nova legislação;
- Estabelecimento de mecanismos para controle da gestão econômica-financeira ou administrativa dos planos, para evitar situação de risco ao atendimento e queda da qualidade dos serviços prestados;
- Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS¹⁴³.

A ANS classificou as operadoras de saúde¹⁴⁴ nas seguintes modalidades:

Administradoras: aquelas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pelo contratante e que não possuem risco decorrente da operação desses planos nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;

Cooperativa Médica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei Nº. 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam planos privados de assistência à saúde;

Cooperativa Odontológica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei Nº. 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam exclusivamente planos odontológicos;

Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados;

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes;

Medicina de Grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores;

¹⁴³ AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: UNIDAS, 2005. p. 31-32.

¹⁴⁴ RDC Nº 39/2000.

Odontologia de Grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

Na saúde privada, uma das modalidades de grande concentração de clientes eram os Seguros Saúde, cuja legislação estava afeta a área dos seguros e regulada pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP¹⁴⁵, com suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). A equiparação com as operadoras de planos foi alcançada pela Lei Nº. 10.185 de 2001, a qual exigiu que as seguradoras que atuavam no mercado de saúde se transformassem em especializadas, equivalendo-as às demais operadoras, cuja subordinação passou a uma nova estrutura de regulação e fiscalização vinculada ao Ministério da Saúde, juntamente com as outras modalidades de operadoras de planos de saúde privados. A partir de então, a ANS, assim as define: Seguradoras Especializadas em Saúde são sociedades seguradoras autorizadas a operar seguro-saúde, devendo seu estatuto vedar a atuação em quaisquer outros ramos e seguro.

Em sua estrutura organizacional a ANS está constituída por cinco áreas:

1- Diretoria de Normas e Habilitação: responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive para intervenção e liquidação;

2- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos: responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive nos índices de reajustes de planos individuais e familiares;

3- Diretoria de Fiscalização: responsável pelo processo de fiscalização, dos aspectos econômico-financeiros, médico-assistenciais, apoio ao consumidor e articulação com os seus órgãos de defesa;

4- Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pelo sistema de ressarcimento do SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento de competitividade do setor;

¹⁴⁵ A SUSEP é uma autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda e foi criada pelo Decreto-Lei Nº. 73 de 21/11/66 para controlar e fiscalizar o mercado de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

5- Diretoria de Gestão: responsável pelo gerenciamento de recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e sistemas de informação.

Quanto aos objetivos da regulamentação propostos pela ANS em 2003, PIETROBON; PRADO e CAETANO (2008:06) assim os sintetizaram:

Os objetivos da regulamentação podem ser resumidos em seis pontos: 1) assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; 2) definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor; 3) definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores; 4) dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuário de planos privados de assistência à saúde no sistema público; 5) estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços; 6) definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.

A Lei 9.656/98 também criou o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, alterado pelo Decreto Nº. 4.044/2001, o qual é um órgão colegiado que integra a estrutura regimental do Ministério da Saúde, composto pelo Ministro da Justiça que o preside, pelo Ministro da Saúde, pelo Ministro da Fazenda e Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, além do Presidente da ANS, que tem como competências:

1. Estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
2. Aprovar o contrato de gestão da ANS;
3. Supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
4. Fixar diretrizes gerais para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras de produtos de que trata a Lei 9.656/1998;
5. Deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar as decisões;

No intuito de ampliar o fórum de debates sobre o setor foi criada a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter consultivo, amparada sob a Lei 9.961/00, a qual promove a discussão dos temas relevantes para a saúde suplementar e objetiva

fornecer subsídios às decisões da ANS. Esta câmara é composta pelos seguintes membros:

- Diretor Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;
- Um Diretor da ANS na qualidade de Secretário;
- Representantes dos Ministérios da Fazenda, da Previdência e Assistência Social, da Justiça e da Saúde;
- Representantes de órgãos e entidades nomeadas: Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia; Conselho Federal de Enfermagem; Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio; Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical e Social Democracia Sindical.
- Representantes das seguintes entidades: Defesa do Consumidor; Associação de Consumidores de Planos Privados de Assistência à Saúde; Segmento de Autogestão de Assistência à Saúde; Empresas de Medicina de Grupo; Cooperativas de Serviços Médicos que atuam na Saúde Suplementar; Entidades de Portadores de Deficiência e Patologias Especiais; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG.¹⁴⁶

Desde que a Lei 9.656 entrou em vigor, com suas sucessivas alterações e com a implantação da ANS, as operadoras de saúde foram obrigadas a ajustarem-se as normas estabelecidas e principalmente no que se refere aos seus equilíbrios financeiros internos, com a exigência de criação de reserva técnica e provisão financeira para custear suas obrigações em caso de solvência, informar características dos planos comercializados, os serviços cobertos, sua rede prestadora, tipo de contratação, abrangência geográfica, segmentação assistencial e

¹⁴⁶ <http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7BA51B3D30-1346-4CD1-ADBF-BE3D00C1B605%7D>

Site consultado em 20/09/09.

utilização dos serviços, assim como fornecer dados sobre o perfil dos beneficiários. Por fim, devem assegurar a satisfação dos beneficiários com a prestação dos serviços.

O marco regulatório da saúde supletiva trouxe significativas mudanças nas relações contratuais entre operadoras e usuários, contudo, estas mudanças atingiram os planos registrados a partir de janeiro de 1999, que ficaram conhecidos como planos novos, não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos celebrados antes desta data. A partir da vigência do marco legal houve grande resistência do setor privado em seguir as normativas:

Um avanço importante ocorreu após outubro de 2003, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou recurso sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade, ADIN nº. 1931, movida pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimento de Serviços, que solicitou liminar para suspender a Lei nº. 9.656/98 por considerá-la inconstitucional. O STF deferiu a liminar apenas para um Artigo da Lei (o 35-G), mantendo e reconhecendo a constitucionalidade de todos os demais artigos que regulamentavam os planos privados de saúde.¹⁴⁷

Conforme ALBUQUERQUE, C. et. al. (2008), a legislação define que os planos privados de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva. O primeiro é celebrado entre um indivíduo e uma operadora, prevendo a assistência para o titular do plano e seus dependentes. Na modalidade coletiva a celebração contratual se faz entre uma pessoa jurídica e operadora que prevê a cobertura assistencial que será oferecida aos empregados, funcionários e dependentes, sejam estes ativos, inativos, sindicalizados e associados a contratante. Estes contratos podem ser empresariais ou por adesão. A diferença apontada pelos autores é que no primeiro, o ingresso dos beneficiários é automático e no segundo a adesão é opcional.

É necessário destacar que em torno de 74% (ANS, 2008) dos planos de saúde comercializados no Brasil, encontra-se na modalidade coletiva o que significa que são contratualizados pelas empresas de maneira geral, diferindo apenas em seu

¹⁴⁷ ALBUQUERQUE, C. et.al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(5), 2008. p. 1424.

modo de aquisição, seja voluntário para o trabalhador ou compulsório, e existindo ou não a co-participação dos usuários no custeio.

Neste sentido, a ANS havia intensificado sua ação regulatória a modalidade individual, por entender que os contratos coletivos firmados pelas operadoras e empresas empregadoras passavam pelo crivo da negociação dependendo do número de funcionários a serem beneficiados, o que possibilitava a regulação do próprio mercado na questão dos preços ajustados. Na prática, a auto-regulação do mercado ocasionou um cenário de discordância, pelos reajustes impostos, cancelamento de contratos unilaterais e outras práticas consideradas abusivas.

Em 2005 a ANS anunciou sua intenção em mudar o foco da regulação com o plano de Qualificação da Saúde Suplementar, para o qual os atores desta relação como o órgão regulador, as operadoras, os prestadores de serviços e usuários teriam a possibilidade estarem envolvidos na avaliação da qualidade da atenção prestada e também a própria qualidade institucional.

Segundo balanço realizado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS¹⁴⁸, o impacto da regulação nas autogestões a princípio foi oneroso, pois este segmento, pela sua natureza, não visa lucro e atende a populações fechadas, não abertas ao mercado, o que o difere das empresas de caráter lucrativo. Quando de sua implantação, a Lei nº. 9656/98 limitou a assistência, nestes planos, para parentes de até terceiro grau e limitou a extensão dos benefícios obtidos por determinadas categorias, mediante ação mutualista, a outros trabalhadores. Outro fator foi a necessidade das autogestões em se adequar em termos administrativos operacionais para fornecer as informações requisitadas pela ANS, além do pagamento da taxa de saúde suplementar. A UNIDAS afirmou que os impactos da equiparação das autogestoras às operadoras de planos de saúde dificultaram o crescimento do segmento, ocasionando até mesmo uma retração.

Os diferenciais apontados numa pesquisa realizada pela UNIDAS em 2001-2002, da modalidade de autogestão, sobre os demais tipos de operadoras de mercado, foi a tradicional cobertura oferecida para tratamentos específicos, tais

¹⁴⁸ AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: UNIDAS, 2005.

como: fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, odontologia, psiquiatria, assistência farmacêutica, atendimento domiciliar pós-internação e atendimento domiciliar de urgência. De modo geral, as autogestoras já previam coberturas para transplantes, superiores aos obrigatórios pela legislação, como coração, medula, fígado, pulmões, pâncreas, entre outros, além de programas voltados a população idosa existentes em várias autogestoras.

A oferta de programas de atenção à saúde relacionada às condições de risco ou a portadores de patologias específicas também foi apontada na pesquisa. Uma vantagem citada, foi a integração da medicina assistencial com a ocupacional voltada para as áreas de Gestão de Pessoas das organizações, implementando programas de prevenção e promoção a saúde adequadas aos colaboradores, ampliando o rol de benefícios oferecidos pelas empresas e possibilitando a estas condições de planejar políticas que visam reduzir os gastos com assistência médico-hospitalar.

No que diz respeito aos honorários médicos praticados, a UNIDAS procedeu em 2005, um acordo com as entidades médicas em implantar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. Esta classificação foi lançada em julho de 2003, para atuar como parâmetro de remuneração e foi desenvolvida pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e sociedade de especialidades médicas, com assessoria da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) da Universidade de São Paulo. Este acordo impingiu um impacto econômico significativo nas autogestoras, nos anos que se seguiram, tendo em vista que o custo dos procedimentos previstos nesta tabela era superior aos até então praticados. Uma vez que as autogestoras negociam localmente com seus prestadores credenciados, foi comum a aplicação do percentual deflator para o ajuste de honorários.

Tendo em vista as nuances do mercado a que estas relações estão submetidas, a ANS normatizou que, a partir de 2007, as empresas deveriam implantar um novo plano de contas e o sistema de Troca de Informações de Saúde Suplementar – TISS, a qual padronizou as guias de prescrição e faturamento de contas para preenchimento dos diversos prestadores de serviços médicos e odontológicos que atuam em todas as operadoras de saúde, o que permitiu uma

ampliação e uniformidade no registro das informações sobre os procedimentos executados.

Outra medida estabelecida pela ANS, no sentido de convergir às operadoras para as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde e pactuadas pelo SUS, foi a de instituir programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Assim, as operadoras paulatinamente vêm criando programas desta natureza, os quais ampliam o rol de serviços oferecidos aos seus beneficiários, o que em última análise atuará positivamente em interface com o SUS, ainda que não estejam evidenciados estes dados através de pesquisas e levantamentos já sistematizados, em virtude da recente implantação. Contudo, é possível refletir sobre alguns aspectos:

- Os programas devem atuar preventivamente na manutenção da saúde física e mental, procedendo ao levantamento do perfil epidemiológico dos beneficiários.
- As metas propostas são as diminuições dos agravos e riscos em saúde;
- O controle clínico dos agravos e riscos tende a reduzir a busca por serviços especializados e utilização de tecnologia de ponta (serviços de diagnose e terapia - SADT), vinculados às operadoras como também ao SUS;
- Conseqüentemente haverá a diminuição de ocupação dos leitos hospitalares, em número e tempo de permanência, o que tornará mais acessível à internação para a população que hoje enfrenta adversidades para consegui-la.¹⁴⁹
- Por fim, os programas contribuirão com a desoneração do sistema, tanto público quanto privado.

É possível predizer que o maior incentivo dado às operadoras de saúde, para custearem programas desta natureza, reside no fato de que estes investimentos são subtraídos do montante do capital financeiro exigido pela ANS como reserva técnica a ser utilizada para o pagamento da rede de serviços, caso a operadora apresente problemas econômicos - financeiros. A qualificação exigida pela ANS vem possibilitando a melhoria da assistência prestada aos beneficiários dos planos de

¹⁴⁹ Com relação aos leitos hospitalares, o Brasil possuía em 2005, 2,4 leitos por mil/hab., sendo que os contratados pelo SUS (rede privada e própria) totalizavam 1,8 por mil/hab., abaixo da média dos países desenvolvidos, estimada em torno de 4,1 leitos por mil/hab. Aproximando-se a realidade do setor suplementar brasileiro a oferta de leitos teria o indicador de 2,9 leitos por mil/hab. ALBUQUERQUE, C. et.al. (2008).

saúde e da própria estrutura das operadoras, através da regularidade do envio de informações, por meio de indicadores de saúde e aferição da satisfação dos usuários, utilizando-se das câmaras técnicas, consultas públicas, disque-ANS e do portal da agência na internet.

A ANS desenvolve medidas fiscalizadoras através de duas grandes estratégias: medidas preventivas e os regimes especiais. As medidas preventivas consistem nos processos de ajuste das operadoras face às normas emitidas pela agência, pactuados entre as partes. Os regimes especiais são as direções técnicas e fiscais em processos instaurados pela ANS quando as operadoras descumprem os processos de ajuste. A agência realiza o monitoramento das anormalidades administrativas.¹⁵⁰

Um estudo sobre o panorama atual do mercado de planos privados no que diz respeito a sua abrangência, perfil dos beneficiários e representação no cenário nacional foi desenvolvido por ALBUQUERQUE, C. et. al. (2008:1424-1430), sobre o qual se destacou as seguintes informações:

O mercado de planos de saúde privados é expressivo e abrangente. Em 2006 congregava 44,7 milhões de vínculos, entendendo-se que uma pessoa pode ter mais de um vínculo com planos de saúde. Destes, 82,7% estão contidos em planos de assistência médica e 17,3% em planos exclusivamente odontológicos.

Contabilizava 2.070 empresas operadoras de saúde que oferecem mais de 20 mil tipos de planos e possuem contrato com milhares de prestadores de serviços nesta área. Oferecem cobertura, em assistência médica, a aproximadamente 19,8% da população brasileira, a qual está distribuída de maneira desigual entre as diversas regiões do país.

Os pesquisadores verificaram que a incidência dos vínculos era maior entre os residentes nas áreas urbanas e nos Estados brasileiros com maior renda e maior oferta de emprego formal, como também dos serviços de saúde. Esta situação foi encontrada nas regiões sul e sudeste do país, nas quais a maioria das capitais apresentou taxas de cobertura superior a 40%, como os casos de Vitória – ES

¹⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

(67,6%); São Paulo – SP (59,2%), Rio de Janeiro – RJ (49,0%) e Florianópolis – SC (44,9%).

Um dado relevante foi que o crescimento dos vínculos de beneficiários acompanhou o da população brasileira, sendo que em 2000 era de 18,7% e em 2006 representava a cobertura de 19,8% na assistência médica. No que concerne a concentração dos beneficiários, a pesquisa revelou que estão em 30% dos municípios, nos quais residem 70% da população brasileira, reafirmando o perfil urbano dos usuários e particularmente os residentes nas grandes metrópoles.

Quando o perfil por faixa etária, o estudo verificou que a cobertura para os beneficiários idosos (com 60 anos ou mais) atingiu 25,6%. No período compreendido entre 2000 e 2006 o número aumentou de 3,2 milhões para 4,0 milhões. O aumento de adesões foi um pouco maior no segmento de adultos jovens e adultos na faixa de 20 a 59 anos, com um crescimento de 4,3 milhões e apenas 297 mil beneficiários entre crianças, adolescentes e jovens na faixa de 0 a 19 anos, no mesmo período estimado. Evidencia-se que a preocupação com a saúde e as condições ao seu acesso está associada, entre outros fatores, com os riscos e agravos decorrentes da longevidade.

A cobertura por planos de saúde sejam públicos ou privados está associada à renda da população e a maior cobertura foi encontrada entre os que têm vínculo com o emprego formal, no qual as empresas são as contratantes dos planos. Em dezembro de 2006, 70% dos beneficiários de planos de assistência médica eram participantes de planos coletivos e 22% possuíam planos individuais.

Sintetizando as informações da pesquisa quanto à distribuição de beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação, segundo a modalidade da operadora, apenas no ano de 2006, verificou-se:

Quadro nº. 4 Distribuição de usuários por tipo de contratação, segundo a modalidade da operadora.

OPERADORA	TOTAL	COLETIVO	INDIVIDUAL	NÃO IDENTIFICADO
Autogestão	5.399.644	4.197.862	100.264	1.101.518
Cooperativa Médica	11.942.628	8.025.601	3.258.272	658.755
Filantropia	1.306.063	735.932	452.343	117.788
Medicina de Grupo	14.229.013	9.442.326	3.818.079	968.608
Seguradora especializada em saúde	4.075.850	3.334.485	719.276	22.089

Fonte: ALBUQUERQUE C. et. al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(5). 2008: 1427.

Um aspecto interessante desta investigação foi a constatação de que grande número de beneficiários concentram-se em poucas operadoras; as sete maiores possuem 20% do total de beneficiários em todo o país, o que corresponde a quase 9 milhões de beneficiários. A metade, ou seja, 22,4 milhões estão distribuídos em 44 operadoras e 854 operadoras ficaram com 10% do total dos mesmos, ou seja, 4,5 milhões. As demais 1.165 operadoras disputam em torno de 8,8 milhões. A maior comercialização de planos evidenciou-se com abrangência geográfica regional, o que significa que a cobertura assistencial é prestada pela rede credenciada local, seja na cidade ou Estado em que se encontra o beneficiário do plano; todavia, os autores salientaram que há um relevante mercado de abrangência nacional, com mais de onze milhões de beneficiários.

Por fim, os pesquisadores revelaram que o gasto em saúde suplementar, por indivíduo, está em torno de duas vezes a mais do que o praticado pelo SUS, para a população que utiliza a política de saúde universal. Isto remete a reflexão de que a maioria das unidades ambulatoriais (75%) pertence à rede pública SUS e que o sistema possui quase duas décadas no desenvolvimento da atenção primária em saúde em suas estratégias de promoção a saúde e prevenção de doenças, tendo como cenário do processo o território adstrito da população.

O modelo de atenção à saúde, historicamente praticado pelas operadoras, centrou-se na saúde individualizante, curativa e hospitalocêntrica, o que fez dele oneroso e de baixa efetividade quanto se analisa a mudança do perfil epidemiológico da população brasileira nos últimos 30 anos, no qual houve um declínio na incidência das patologias epidêmicas e endêmicas para o incremento das doenças crônicas não transmissíveis.

Estes fatores podem explicar os motivos pelos quais as operadoras vêm aderindo ao paradigma de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como referência o modelo de atenção primária e secundária já preconizada pelo SUS, inspirando-se na sua metodologia assistencial, com o objetivo precípua de conter os crescentes custos da tecnologia em saúde, desonerando o sub-sistema.

Nesta linha de intervenção, uma modalidade assistencial que vem crescendo em importância para as operadoras são os serviços de atendimento e internação domiciliar, cujo foco principal é desospitalizar o paciente que se encontra com o quadro clínico estável, após internação de longa permanência e/ou alto custo, e que necessite dar continuidade ao seu tratamento em casa. Para tanto, as operadoras vêm contratando equipes multiprofissionais de saúde, sejam elas próprias ou terceirizadas para proceder ao acompanhamento em domicílio (Gestão de Casos Crônicos ou Home Care), sob o cuidado de um médico, o qual cumpre o papel de gerenciador do caso, atendendo as delimitações dos protocolos de procedimentos clínicos estabelecidos pelas operadoras.

3.2 A GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL NA ATUALIDADE: ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E COBERTURA ASSISTENCIAL.

Em seu regimento interno¹⁵¹, a GEAP – Fundação de Seguridade Social foi constituída em forma da Lei nº. 6.435/77 como Entidade Fechada de Previdência Privada e reconhecida pela Portaria Ministerial - MPAS nº. 4.624 de 13 de março de 1990, teve sua denominação alterada pela Lei Complementar nº109, na qual passou a ser designada como Entidade Fechada de Previdência Complementar.

Tem como missão: Melhorar a qualidade de vida de seus clientes, pela administração, na forma de autogestão compartilhada, de Planos de Previdência Complementar, Saúde e Assistência Social¹⁵².

Ainda, o mesmo documento aponta os objetivos institucionais, sendo estes:

- a) desenvolver e ofertar Planos de Benefícios de Previdência Complementar e Planos Solidários e Assistência Social;
- b) promover a correta captação e eficiente aplicação dos recursos financeiros originados das contribuições das Patrocinadoras, Participantes e de outras fontes, investindo-os nos serviços aos clientes;
- c) garantir uma rede qualificada de prestadores, adequada às demandas de sua clientela em termos quantitativos e de localização;
- d) adotar modelo profissional de gestão, em permanente processo de desenvolvimento organizacional, com vistas a minimizar custos administrativos e maximizar resultados;
- e) expandir sua presença no mercado por meio do desenvolvimento e introdução de novos produtos e da conquista de novos clientes;
- f) estabelecer permanente controle de qualidade e produtividade sobre os serviços prestados aos clientes, visando efetividade e satisfação dos usuários.

¹⁵¹ Regimento interno da Diretoria Executiva e das Direções Regionais da GEAP. MGC/NTG – 005/05. Em vigor a partir de 01 de setembro de 2005. p.04.

¹⁵² Idem. P. 04.

3.2.1 Estrutura e Organização Administrativa:

A GEAP – Fundação de Seguridade Social é uma entidade que tem uma administração multipatrocinada pelas diversas entidades componentes, ou seja, pelos ministérios, autarquias e órgãos públicos que mantêm convênio de adesão com a Fundação numa gestão colegiada. Quanto aos órgãos de administração central é constituída por: **Conselho Deliberativo**: é o órgão de instância máxima na estrutura organizacional e se responsabiliza pela definição da política geral de administração da Fundação e de seus planos de Previdência Complementar e Saúde Supletiva. Este órgão tem poderes para nomear e exonerar o Diretor executivo e demais diretores da administração corporativa. Constitui parte desta estrutura um **Conselho Fiscal** que tem como atribuição o controle interno da utilização dos recursos financeiros, com base na legislação vigente e no Estatuto da Fundação.

A Fundação possui também instâncias de assessoramento e controle social como o **Conselho Consultivo** que é o órgão de assessoramento superior do Conselho Deliberativo. Este órgão é constituído pela representação corporativa das patrocinadoras e assistidos da fundação e têm por finalidade exercer o controle social por meio do acompanhamento das atividades de previdência complementar, saúde suplementar e assistência social.

Como terceiro órgão estatutário a **Diretoria Executiva**, subordinada ao Conselho Deliberativo, é responsável pela coordenação, supervisão e execução dos Planos e Programas de Previdência Complementar, de Saúde e Assistência Social, obedecendo às políticas e diretrizes emanadas do Conselho Deliberativo.

A Diretoria Executiva é composta pelas seguintes áreas: Diretoria de Administração e Finanças, Diretoria de Previdência Complementar, Diretoria de Tecnologia, Diretoria de Serviços aos Clientes e Diretoria de Controle de Qualidade. Por ser uma Fundação com abrangência nacional, está representada em unidades administrativas em todos os Estados através das Gerências Regionais e Representações Estaduais.

As Gerências Regionais¹⁵³ são instâncias operativas da Fundação que executam as políticas, os programas de Previdência Complementar, Saúde e Assistência Social, estabelecidas pelas normativas da Direção Executiva e adaptadas às características regionais.

Nos 27 Estados da federação onde a GEAP possui seus escritórios, funcionam os **Conselhos Regionais de Representantes** que são instâncias consultivas, compostas por representantes das entidades patrocinadoras, associativas e sindicais locais, com a tarefa de acompanhar as aplicações de recursos e exercer o controle social sobre a qualidade dos serviços das Gerências Regionais, auxiliando em seus desempenhos, não possuindo quaisquer poderes deliberativos sobre a administração e execução dos planos de benefícios e serviços definidos pela administração central.

A Direção Executiva da GEAP, sediada em Brasília – DF tem como competência administrar a Fundação com os regulamentos dos Planos de Previdência, Saúde e Assistência Social; propor a criação de planos e programas nas três áreas de atenção; normatizar e executar os serviços prestados pela Fundação; examinar, em grau de recurso as decisões das administrações regionais. Tem o dever de submeter ao Conselho Deliberativo o orçamento geral, anual e suas eventuais alterações com os planos de trabalho correspondentes. Ainda, deve apresentar o Balanço Geral, a demonstração de resultado do exercício, dos planos de custeio e de aplicação do patrimônio e o relatório anual de atividades; a alteração da estrutura organizacional, do quadro de lotação de pessoal e do plano de cargos, carreiras e salários; por fim, o plano de gestão de investimentos e de aplicação de recursos. Sua estrutura organizativa compõe-se de órgãos de assistência direta, comitês e órgãos seccionais, demonstrados em organograma anexo a este trabalho.

Conforme o Regimento Interno da Diretoria Executiva e Direções Regionais, as unidades administrativas da GEAP, nos estados brasileiros, estão divididas por níveis de um a três, conforme o número de beneficiários inscritos em seus planos.

¹⁵³ Em outubro de 2008 entrou em vigor a nova designação tanto para as coordenadorias, situadas na estrutura administrativa da Diretoria executiva quanto para as instâncias estaduais que deixaram de ser superintendências estaduais e representações para a nomenclatura de Gerências Regionais.

São consideradas Gerências Regionais as unidades da federação que congregam mais de nove mil clientes e na forma de Representação Regional as unidades em que estão inscritos menos de nove mil clientes. São elas:

- As Gerências Regionais de **Nível I – Especiais**, com número de clientes acima de 90.000 beneficiários: Rio de Janeiro e São Paulo. Contemplam em sua estrutura administrativa as seguintes gerências regionais:

1. Gerência de Serviços aos Clientes – GSER;
2. Gerência de Controle de Qualidade – GCON;
3. Gerência de Administração e Finanças – GEAFI:
 - 3.1. Gerência-Adjunta de Previdência Complementar- GAPEC.

- As Gerências Regionais de **Nível I** com número de clientes entre 40.000 e 90.000: Distrito Federal, Minas Gerais, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Contemplam em sua estrutura administrativa as seguintes gerências regionais:

1. Gerência de Serviços aos Clientes – GSER;
2. Gerência de Controle de Qualidade – GCON;
3. Gerência de Administração e Finanças – GEAFI.

- As Gerências Regionais de **Nível II** com número de clientes entre 20.000 e 40.000: Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Paraíba, Paraná e Santa Catarina. Contemplam em sua estrutura administrativa as seguintes gerências regionais:

1. Gerência de Serviços aos Clientes – GSER;
2. Gerência de Controle de Qualidade – GCON;

- Gerências Regionais de **Nível III** com número de clientes entre 9.000 e 20.000: Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Contemplam em sua estrutura administrativa as seguintes gerências regionais:

1. Gerência de Serviços aos Clientes – GSER;
2. Gerência de Controle de Qualidade – GCON;

As Representações Estaduais - Acre, Amapá, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Roraima e Tocantins, as quais contemplam em sua estrutura administrativa o Representante Estadual e uma equipe de colaboradores.

Tendo em vista a delimitação do objeto neste estudo, procurou-se detalhar as atribuições e competências administrativas das áreas de saúde e assistência social da GEAP, visto que as mesmas configuram o campo de atuação profissional dos Assistentes Sociais, colaboradores da Fundação. Por este motivo, o presente trabalho não privilegiou a descrição das demais áreas administrativas que compõe a Fundação.

Em particular, é a **Diretoria de Serviços aos Clientes** que planeja e gestiona a política de saúde e de assistência social da Fundação. Emanada para os setores hierarquicamente inferiores o planejamento diretor dos programas que serão operacionalizados nas gerências regionais e representações.

A Diretoria de Serviços aos Clientes tem por competência o planejamento, direção, coordenação, definição de políticas e diretrizes, acompanhamento e execução das atividades relativas às políticas assistenciais, aos Planos de Saúde e de Assistência Social, aos Programas de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, à regulação e teleorientação assistenciais e aos cadastros de prestadores de serviços e de clientes.¹⁵⁴

Os setores constitutivos desta diretoria, também sediados em Brasília – DF, e estão compostos da seguinte forma¹⁵⁵:

A **Gerência de Assistência à Saúde** (GESAU), que elabora as políticas e programas de assistência à saúde, acompanhamento e avaliação da sua aplicação; entre outras políticas de saúde, esta gerência é responsável pela gestão do Programa de Gerenciamento de Casos – PGC, desde outubro de 2009.

¹⁵⁴ Regimento interno da Diretoria Executiva e das Direções Regionais da GEAP. MGC/NTG – 005/05. Em vigor a partir de 01 de setembro de 2005.

¹⁵⁵ Idem, págs. 14 a 18 e de 29 a 31.

A **Gerência de Promoção da Saúde** (GEPROM) que desenvolve projetos, planos e programas voltados para a prevenção das doenças, promoção da saúde e qualidade de vida dos beneficiários. Esta coordenadoria é responsável pela gestão de estratégias que compõe o Programa Maturidade Saudável; o Programa de Prevenção de doenças e Gerenciamento de Riscos – PPGR, atualmente com o nome de VIVA MELHOR, como também planeja as campanhas nacionais de qualidade de vida, ressaltando temáticas de educação em saúde normalmente em consonância com aquelas vinculadas ao Ministério da Saúde, a cada ano.

A **Gerência de Assistência Social** (GESSIS) foi criada para elaborar as políticas e programas de Assistência Social. Em 2008, esta gerência foi desativada, sendo os programas contidos no Plano de Assistência Social desenvolvidos atualmente pela Gerência de Promoção da Saúde.

Nos estados da federação, representados pelas Gerências Regionais é a Gerência de Serviços aos Clientes a instância responsável para administrar os planos de saúde, com serviços médicos, odontológicos e de assistência social junto aos beneficiários inscritos. Têm em sua estrutura hierárquica a subordinação dos setores ligados aos cadastros de prestadores de serviços contratados e o cadastro de clientes; procede a autorização técnica de procedimentos previstos nos planos de saúde nas áreas médica, odontológica e de assistência social, planejamento e execução de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outras atribuições técnicas - burocráticas.

3.2.2 Os desafios da GEAP no novo milênio:

A entrada do novo milênio trouxe a GEAP o desafio de discutir a sua natureza jurídica, tendo em vista as contradições que se foram conformando historicamente nas modalidades de prestação de serviços e benefícios na área de assistência à saúde e benefícios previdenciários. Os benefícios que lhe

caracterizaram enquanto uma Entidade Fechada de Previdência Privada – EFPP deixaram de existir enquanto tal, passando a mesma operacionalizar o seu plano de saúde e administrar somente o Plano de Pecúlio Facultativo.

Mais recentemente, em 2002, a Portaria da Secretaria de Previdência Complementar - SPC, do MPAS, nº. 1.037, de 12 de dezembro, aprovou a segunda reformulação do Estatuto Social da GEAP, contemplando a adaptação da entidade às Leis 108/01 e 109/01, o que significou a alteração do Conselho de Administração - CONAD, desmembrando-o em **Conselho Deliberativo – CONDEL**, composto por representantes das maiores patrocinadoras (INSS, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego) como órgão colegiado de maior instância em sua função deliberativa e o **Conselho Consultivo - CONSULT**, formado por representantes dos demais órgãos e entidades representativas associadas à GEAP, com função consultiva e de apoio na gestão, uma vez que exerce a função de controle social dos participantes junto à fundação.

Inclusive, o órgão federal regulador dos fundos de pensão passou a utilizar a nomenclatura de Entidade Fechada de Previdência Complementar para designar entidades como a GEAP. Em entrevista publicada no site desta Fundação, o então Diretor de Previdência Complementar da GEAP, departamento criado em 2004, explicou esta denominação:

As entidades fechadas de previdência complementar (fundos de pensão) são organizadas sob a forma de fundação ou sociedade civil, sem fins lucrativos, que administram programas previdenciários. Elas são exclusivamente acessíveis a empregados – e dependentes – de empresa(s) (no caso dos servidores da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, após regulamentação da Emenda Constitucional 41 através de Lei Complementar de iniciativa do Poder Executivo), a entes denominados patrocinadores, ou os associados ou membros de pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, denominadas instituidores. As entidades de previdência fechada seguem regras estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional, por meio da Resolução 3.121, de 25/09/03, no que tange à aplicação dos recursos dos planos de benefícios, e também pelas Leis Complementares 108 e 109, de 29/05/01. Além disso, são vinculadas à Superintendência de Previdência Complementar – PREVIC, do Ministério da Previdência.¹⁵⁶

¹⁵⁶ Site consultado: http://www.geap.com.br/entrevista_1.asp?NroEntrevista=11. no dia 03/05/2007.

Outro desafio que foi colocado à administração da GEAP com resultados auspiciosos para a mesma, foi à prorrogação dos prazos de vigência dos convênios de adesão firmados entre a GEAP e algumas entidades públicas patrocinadoras, não instituidoras da fundação, pelo Tribunal de Contas da União que, a pedido de setores da saúde privada, questionaram a validade desses convênios pelos órgãos públicos. A Fundação mobilizou todo o seu corpo de associados e empregados para reivindicar a revisão e reversão do Acórdão N°. 458/2004, julgado em abril daquele ano, que tratava da não renovação dos convênios, entre os órgãos públicos e a GEAP. No jornal GEAP INFORMA¹⁵⁷ a questão foi publicada na primeira página, na qual se lê:

O Tribunal de Contas da União (TCU) foi sensível ao compromisso social da GEAP nos seus quase 60 anos de história. O TCU julgou legais e regulares os convênios de adesão que estavam sendo questionados em ação movida pela Golden Cross no ano de 1995. Significa que a Fundação continuará prestando assistência à saúde aos servidores ativos, inativos, pensionistas e dependentes dos órgãos que instituíram a Fundação: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência Social (MPS), INSS e Dataprev. “A responsabilidade social da GEAP foi percebida pelo TCU e tratada como superior à questão comercial”, destacou a Diretora Executiva, Regina Parizi.

(...) As demais 30 entidades vinculadas à Fundação foram consideradas como não detentoras da condição de legítimas patrocinadoras, por não serem da origem da Patronal. Por esta razão o TCU autorizou em caráter excepcional a subsistência dos convênios já firmados até o fim de suas respectivas vigências, sem possibilidade de renovação ou aditamento dos mesmos. Ou seja, não haverá ruptura imediata dos atendimentos a nenhum dos órgãos. A GEAP já está também adotando providências junto às entidades cujos convênios estão por se encerrar a fim de impedir a solução de continuidade na prestação da assistência aos servidores e seus familiares, utilizando forma alternativa de manutenção dos clientes na categoria de autopatrocinados.

O TCU entendeu que a GEAP, por sua história e natureza jurídica, não está qualificada como autogestão e assim não se enquadra no artigo 1º do Decreto presidencial nº 5.010/04, de 10 de março, que afirma: os órgãos do Governo Federal poderão oferecer assistência à saúde aos seus servidores mediante convênio, por meio de autogestões sem fins lucrativos, ou mediante contrato, em conformidade com a Lei 8.666, das licitações.

A Fundação poderá voltar a firmar novos convênios, e adequar-se ao Decreto, se em vez do registro provisório que possui obtiver um permanente, que significa a autorização definitiva de funcionamento como autogestão, emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por fim, o acórdão sugere ao Ministro Chefe da Casa Civil, a título de contribuição, o exame de viabilidade de criação de uma fundação pública que possa vir a substituir a GEAP e em seu lugar celebrar os convênios de adesão com os órgãos públicos federais.

¹⁵⁷ GEAP INFORMA. Ano 2. nº 8, Maio/ Junho/ Julho de 2004.

Num breve espaço de tempo anterior ao julgamento do TCU, o governo Lula pressionado pelo funcionalismo público, em particular dos órgãos que possuíam a GEAP como convênio, havia assinado o Decreto nº. 5.010/2004, citado no relatório do tribunal. Este Decreto traduziu o apoio de setores do governo, ligados ao Partido dos Trabalhadores, para a manutenção dos convênios, uma vez que a direção executiva da GEAP era ocupada por gestora indicada por este, além de alguns membros dos conselhos da Fundação.

No intuito de elucidar a sua natureza jurídica na prestação de serviços, tanto nas áreas de previdência, saúde e assistência social e a fim de obter o reconhecimento dos órgãos fiscalizadores de distintos ministérios: Secretaria de Previdência Complementar como da Agência Nacional de Saúde Suplementar, houve a necessidade de atualizar e aprovar o novo estatuto da Fundação.

O atual Estatuto da GEAP foi aprovado pela Secretaria de Previdência Complementar - SPC, do Ministério da Previdência Social, e publicado no Diário Oficial da União como Portaria 232, em 02 de setembro de 2005 e republicado em 05 de setembro de 2005, no Diário Oficial da União nº. 171, Seção 1, Página 66.

Um dos acontecimentos de fundamental importância na continuidade de suas operações foi o reconhecimento da GEAP como a primeira autogestora no Brasil a obter o registro definitivo como operadora de saúde¹⁵⁸ pela Agência Nacional de Saúde - ANS, órgão regulador da saúde supletiva, em junho de 2004¹⁵⁹. Isto representou um avanço nas ações jurídicas e administrativas empenhadas pela Fundação na reversão do Acórdão do Tribunal de Contas da União, a qual solicitou um reexame da matéria junto àquela corte. No dia 15 de dezembro do mesmo ano, o TCU prorrogou por mais 180 dias o prazo de vigência dos convênios de adesão firmados com as patrocinadoras que não são instituidoras da GEAP.

A GEAP vivenciou momentos difíceis, interna e externamente desde o processo junto ao Tribunal de Contas da União (TCU) até a sanção da Medida Provisória 272, transformada na Lei 11.302 em 10 de maio de 2006.

¹⁵⁸ O registro tem o número 323080.

¹⁵⁹ GEAP INFORMA. Ano 2, nº. 9. Setembro/ Outubro/ Novembro de 2004.

Outra investida jurídica vivenciada recentemente pela Fundação foi o julgamento do Supremo Tribunal Federal, no dia 15 de outubro de 2009, sobre um mandato de segurança emanado da Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS, impetrado em 2006 contra o acórdão nº. 418/06 do Tribunal de Contas da União. Melhor esclarecendo, a questão adentrou ao supremo por meio de nove mandados de segurança de autoria de 18 entidades de classe dos servidores públicos que questionavam, a favor da GEAP, o entendimento contrário do TCU, o qual afirmou ser ilegal qualquer convênio firmado entre a Fundação e entes da União que não eram patrocinadores desde a sua criação. O Supremo discutiu as seguintes teses¹⁶⁰:

- a) se a GEAP é pessoa jurídica de direito privado;
- b) se os negócios jurídicos celebrados entre a GEAP e os órgãos da administração pública tem natureza jurídica de contrato, caso em que seria necessário a realização de licitação, ou de convênio;
- c) se a GEAP pode prestar serviços de assistência à saúde a servidores de órgãos e entidades além dos seus instituidores (o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social, o INSS e a Dataprev).

Por ocasião do julgamento, foram proferidos dois votos de Ministros, um favorável a manutenção da Fundação com a sugestão de algumas mudanças estatutárias e outro voto desfavorável, no qual a GEAP deveria manter os convênios apenas com as entidades instituidoras. Um terceiro Ministro pediu vistas ao processo, o que interrompeu o julgamento, não havendo por enquanto, nova data para a retomada do debate.

Na atualidade, o debate que vem sendo travado no interior da fundação e dos órgãos reguladores e fiscalizadores sob os quais a GEAP se reporta, é quanto à cisão dos negócios, ou seja, o desmembramento da Fundação em duas áreas de negócios, cada qual se responsabilizando pela saúde suplementar e serviços assistenciais e outra, pela área de produtos previdenciários. Ainda não se vislumbra uma definição ou algumas aproximações de consenso das instâncias de execução e de controle da fundação, que em última instância deliberam sobre os destinos da

¹⁶⁰ GEAP INFORMA. Ano 3, nº. 26. Outubro/ Novembro/ Dezembro de 2009. p. 2.

GEAP. Trata-se de assunto que suscita muitas dúvidas e polêmicas para grande parte dos atores sociais que constituem a Fundação.

Na direção de ampliação dos serviços e benefícios oferecidos pela GEAP, e atendendo as recomendações da ANS, o ano de 2005 foi marcado por programas específicos em atenção às necessidades dos usuários, tais como a expansão dos Grupos de Maturidade Saudável em todo o Brasil, que promovem atividades direcionadas a qualidade de vida, aos participantes com idade igual ou superior a 60 anos, como também, aos muitos assistidos que se beneficiam do atendimento multiprofissional de saúde no domicílio através do Programa de Gerenciamento de Casos, instituído desde 2002, que tem por finalidade a prevenção secundária e terciária dos estados crônicos de saúde, a reabilitação e principalmente a educação em saúde dos pacientes e de seus cuidadores.

Outra estratégia na área de prevenção de doenças e gerenciamento de agravos foi a implantação do Programa de Prevenção de doenças e Gerenciamento de Riscos – PPGR¹⁶¹, cuja idéia é o acompanhamento e controle periódico de um médico clínico, em seu consultório, junto aos assistidos portadores ou não de patologias identificadas como possibilitadoras de agravos e riscos, oferecendo-se isenção de participação no custeio das consultas médicas aos titulares dos planos que optem em participar deste programa, tanto quanto seus dependentes.

Na área previdenciária, os empregados da GEAP foram escolhidos como clientes potenciais com a criação do GEAPREV, implantado no ano de 2005, como um produto de aposentadoria complementar que visa à complementação dos rendimentos a partir de um fundo de capitalização formado em longo prazo.

¹⁶¹ Este programa já constava do manual de normas técnicas desde 2002 junto com o Programa de Gerenciamento de Casos. Contudo, este só foi implementado nas diversas regionais brasileiras a partir de 2007. Em maio de 2008 o programa teve seu nome alterado para Viva Melhor.

3.2.3 A nova perspectiva da GEAP - a operacionalização dos Multiplanos:

A partir do ano de 2002, foi aprovada pela Secretaria de Previdência Complementar, órgão do Ministério da Previdência, a operacionalização de um outro produto, no rol dos planos de saúde, o chamado GEAP FAMÍLIA aberto aos familiares do titular não contemplados no chamado núcleo familiar básico.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução Normativa nº.137 em 14.11.2006, regulamentando as operadoras de autogestão no país, trazendo novas regras, as quais foram adaptadas pela GEAP.

Uma das questões da resolução acima foi considerar em “extinção” (Art. 22 das Disposições Transitórias) todos os planos que estavam em operação sem consonância com as novas regras estabelecidas, como é o caso do GEAP Saúde.

A “extinção” significa que não pode haver novas adesões, ingresso de novos assistido no plano na forma pela qual ele vinha sendo operacionalizado, podendo permanecer apenas os usuários já inscritos anteriormente no plano.

Desse modo a GEAP não pode oferecer o plano GEAP Saúde como opção as novas entidades patrocinadoras que vem assinando contratos de adesão, sendo que coube a Fundação entrar com o pedido de registro deste plano na Agência de Saúde Suplementar em junho de 2007.

Tendo em vista os estudos atuariais que apontavam para um colapso futuro no custeio do plano GEAPSaúde se nenhuma medida fosse tomada, o CONDEL aprovou o reajuste nos percentuais dos prêmios mensais pagos pelos titulares, uma vez que não se vislumbrava, até aquele momento, a possibilidade de reajuste nos percapitas patronais, sendo estabelecida a nova tabela de contribuição para o ano de 2006:

Percentual único para todas as entidades públicas conveniadas em 8,00%, limitado por pisos e tetos de contribuição, a saber:

Quadro nº 5: Contribuição para o ano de 2006

	PISOS		TETOS	
	Individual	Familiar	Individual	Familiar
Min. Dos Transportes	R\$55,00	R\$121,00	R\$180,00	R\$330,00
Demais Patrocinadoras	R\$42,00	R\$92,00	R\$166,00	R\$303,60

Fonte: GEAP – Fundação de Seguridade Social. Posição nacional em 31/07/2007.

Em 2007, tendo em vista a Portaria nº. 1983 do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão que especificou um valor único de contribuição percapita para o custeio da saúde dos servidores e seu núcleo familiar básico, no valor de R\$42,00; foi aprovada também pela Secretaria de Previdência Complementar, a pedido da GEAP, a operacionalização de dois novos planos: O GEAP Essencial (acomodação em enfermaria) e o GEAP Clássico (acomodação em apartamento). Ambos atenderam a legislação exigida nas coberturas médicas previstas pela ANS, porém são mais restritos que o GEAP Saúde, ou seja, não constam no rol de serviços programas de prevenção à saúde e de alguns auxílios na área da Assistência Social. Em 2008 entrou em operacionalização outro plano com cobertura mínima exigida pela ANS, o GEAP Referência.

No mês de janeiro de 2008, o Ministério de Planejamento emitiu a Portaria Nº 01, alterando a portaria Nº1983, na qual estabeleceu diretrizes para os planos de assistência a saúde dos servidores públicos federais no poder executivo. Estas diretrizes prevêm cobertura mínima, a obrigatoriedade de exames periódicos e oferta de mais de uma modalidade de plano de saúde, podendo o servidor optar por um plano com maior cobertura daquele padrão custeado com o percapita do órgão federal empregador, ficando a diferença como ônus ao próprio titular; hoje o per capita tem um valor único para todos os órgãos. Outro tema polêmico lançado pela portaria é a retirada dos pais do servidor do rol do núcleo familiar, passando a ser seu o custeio desta responsabilidade, a exceção do GEAP Saúde. Por razão de

medida liminar, o financiamento patronal continua até o julgamento do mérito ¹⁶² quanto à extensão do custeio aos pais.

A Fundação sempre teve como um de seus princípios valorativos a solidariedade na oferta e cobertura dos planos, fato este reproduzido no discurso da organização, o que significa a cobertura uniforme de benefícios e serviços a todos os beneficiários com um custeio formado por três fontes de arrecadação:

- A primeira de contribuição patronal baseado num valor fixo mensal pactuado em contrato, revisto anualmente, entre a entidade patrocinadora e a GEAP;
- A segunda fonte é devida ao titular do plano e constitui-se, até o final de 2008, num percentual fixo sobre a remuneração mensal, que contempla a cobertura do titular e do seu núcleo familiar básico¹⁶³; esta possui valores mínimos de contribuição (pisos) e tetos máximos;
- A terceira advinda da co-participação do titular no custeio dos serviços, a qual tem como referência as tabelas de participação da Fundação.

Contudo, a Direção Executiva da GEAP em conjunto com os Conselhos Deliberativo e Consultivo vinham estudando o descompasso que indicadores como idade dos assistidos, número de dependentes e valores de contribuição acarretavam nas últimas décadas, em relação ao equilíbrio atuarial entre receitas e despesas exigidos pelo órgão regulador. Assim, no editorial do GEAP INFORMA¹⁶⁴ a então Diretora Executiva pronunciou-se aos beneficiários:

(...) É importante ressaltar que, nas últimas décadas, três questões vêm comprometendo equilíbrio e solidariedade. A primeira está relacionada à faixa etária, em que a proporção de idosos (40%) é quase igual a dos mais jovens (60%). A segunda, relativa ao comportamento cultural do “eu pago, eu gasto”, que resultou em utilização abusiva e indevida do plano e levou a GEAP, na década de 90, a estabelecer regra de co-participação como fator moderador. E, por último, a questão do percentual do salário, que ao estabelecer um teto de desconto, hoje em R\$400,00, faz com que nem todos contribuam com o mesmo percentual, sobretudo os que ganham mais e/ou têm número maior de dependentes.

¹⁶² Esta informação foi retirada do site <http://www.geap.com.br> acessado em 30/08/08.

¹⁶³ Algumas categorias de servidores e pensionistas não possuem o financiamento patronal e poderão inscrever-se como beneficiários da GEAP assumindo do custeio deste per capita: são denominados auto-patrocinaos.

¹⁶⁴ GEAP INFORMA. Ano 2. Nº. 23. Outubro/ Novembro / Dezembro de 2008. pág. 2.

Assim, a Fundação, em consonância com as políticas do Ministério do Planejamento, adotou como medida primordial a oferta dos multiplanos – mais ajustada à realidade atual, tanto do ponto de vista econômico (mais baratos) quanto ao perfil do servidor jovem ou sem família, que não demonstrava interesse no plano GEAPSaúde.

A solidariedade foi mantida dentre os planos no que se refere ao custeio administrativo, ao recolhimento de tributos e à reserva financeira, mediante as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e que devem ser cumpridas pelas autogestões.

Por outro lado, os ajustes intra-planos sempre serão necessários, pois a ANS determina que cada um apresente custeio adequado entre receita e despesas na assistência.

Alguns beneficiários criticam, dizendo que a GEAP perdeu a solidariedade. Mas o fato é que foram alterados os pressupostos desse princípio, quando passou a apresentar mais de 40% de idosos sem financiamento adequado para esse novo perfil de carteira e, apresentar um conjunto de beneficiários participando com os mesmos percentuais, independente do salário quanto do tamanho do núcleo familiar, no caso de pisos e tetos.

Assim, falar em solidariedade na GEAP, antes de mais nada, significa equalizar as regras de custeio dos planos, tornando-os mais justos na sua sustentação financeira, pois, sem justiça não há solidariedade.

No mesmo informativo, a GEAP divulgou o novo modelo contributivo da Fundação com vistas a sustentabilidade do custeio do plano GEAPSaúde, argumentando sobre a impossibilidade de manutenção do modelo que vinha, até hoje, sendo praticado, visto que o mesmo gerou nos últimos dez anos, crises orçamentárias, originárias de déficits nos custeios provocados pelos crescentes custos assistenciais, como também, pelo envelhecimento da carteira de assistidos possibilitados pelo aumento da expectativa de vida. Termina o seu arrazoado de motivos considerando o compromisso com os mais idosos, deliberando que o custeio não mais será sobre percentuais do salário e sim por um valor fixo, por beneficiário inscrito, independente de idade. Considerou que os assistidos poderão escolher o plano de saúde mais adequado ao seu perfil orçamentário e que, a participação nos serviços não foi alterada, continuando com o equivalente percentual de no máximo 10% de sua remuneração.

Os parâmetros praticados a partir de janeiro de 2009 foram os seguintes¹⁶⁵:

¹⁶⁵ Os valores propostos pela GEAP no novo plano de custeio para os titulares passaram a vigorar junto as entidades públicas quando da assinatura do contrato de renovação de cada um dos convênios, o que ocorre anualmente.

Quadro nº. 6: Plano de custeio 2009.

GEAPSaúde – R\$115,00 por beneficiário.	GEAPEssencial – R\$68,01 por beneficiário.
GEAPClássico – R\$80,47 por beneficiário.	GEAPReferência – R\$54,50 por beneficiário.

Fonte: GEAP INFORMA Nº23 – Outubro / Novembro / Dezembro de 2008.

Com relação às diretrizes do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP), o informativo lembrava que a normatização sobre o plano de saúde do servidor público federal está contido na Portaria Normativa nº1 de 27 de dezembro de 2007, a qual definiu o tipo de plano a ser oferecido, que no caso é o GEAPReferência e os reajustes dos percapitas patronais de janeiro de 2008 a janeiro de 2010, demonstrada em tabela abaixo:

Quadro nº. 7: Percapitas patronais de janeiro de 2008 a julho de 2009.

Janeiro de 2008 – R\$50,00	Julho de 2008 – R\$55,00
Janeiro de 2009 – R\$60,00	Julho de 2009 – R\$65,00
Janeiro de 2010 – R\$72,00	

Fonte: GEAP INFORMA Nº23 – Outubro / Novembro / Dezembro de 2008.

3.2.4 Planos Operacionalizados e Coberturas Assistenciais:

A GEAP enquanto fundação de seguridade social é composta por três áreas de atendimento, ou seja, previdência, saúde e assistência social, porém, a modalidade de serviço prestada pela GEAP que lhe conferiu legitimidade histórica, por parte de seus usuários, é a operacionalização de Plano de Saúde e Assistência Social, O GEAP SAÚDE, o qual por suas características de gestão e funcionamento, é classificado como um sistema de **autogestão** na saúde supletiva¹⁶⁶.

¹⁶⁶ Autogestão é o modelo em que a própria empresa administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários com recursos e serviços credenciados (convênios) ou de livre – escolha (reembolso). Sua administração pode ser própria e feita pelo empregador ou terceirizada. Seus principais participantes são empresas públicas ou privadas, entidades representativas, associações, cooperativas de usuários ou outras formas de instituições que caracterizam um sistema fechado assistencial sem objetivo de lucro. Extraído de: BERBEL, J. D. S. Administração de programas de autogestão de saúde nas empresas. São Paulo: STS, 2000. p. 21.

A cobertura assistencial do plano de saúde é assim constituída:

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

- **Programa de Assistência Ambulatorial:** consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e tratamento; tratamento psicoterápico, fisioterápico, fonoaudiológico e nutricional, além de cirurgias ambulatoriais.

- **Programa de Assistência Hospitalar:** Internações cirúrgicas e clínicas em hospitais e clínicas médicas contratadas. Acomodações em enfermarias e apartamentos. Cobertura para a realização de transplantes de órgãos, órteses e próteses cirúrgicas e doenças pré-existentes.¹⁶⁷

- **Programa de Assistência Odontológica:** procedimentos preventivos, curativos e cirúrgicos na área da odontológica, excluindo-se a ortodontia e a implantodontia.

- Programas de Prevenção e Promoção da Saúde:

O modelo de saúde adotado pela GEAP historicamente caracterizou-se como o curativo - assistencial, o qual privilegiava a medicina secundária e terciária, com base no tratamento dos quadros mórbidos já instalados. Este, de alto custo, emprega o uso de tecnologia para o diagnóstico, terapêutica medicamentosa e o internamento hospitalar como referência.

Este modelo privilegiador de mercado teve como consequência o crescente custo operacional que passou a ser administrado de duas formas pelas operadoras de saúde: o repasse de reajuste nos custos inflacionários para os filiados ou o crescente estrangulamento nas receitas e despesas das autogestões em saúde, caso da GEAP, visto que a fonte de arrecadação sempre esteve atrelada a um percentual fixo da remuneração dos titulares e pelo percapita repassado pelas

¹⁶⁷ A GEAP não exclui o ingresso de novos assistidos que sejam portadores de patologias, tais como: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, cardiopatia congênita, neoplasias, entre outras.

entidades patrocinadoras (órgãos estatais) e conveniadas a GEAP para a cobertura da saúde de seus assistidos.

Com um passivo financeiro crescente em algumas regionais e contínuas dificuldades em arcar com os crescentes custos mensais das faturas hospitalares e de procedimentos diagnósticos, esboçaram-se alguns projetos pontuais que vislumbravam a possibilidade de um atendimento diferenciado, principalmente à clientela idosa. A primeira experiência a ser implantada aconteceu por iniciativa da GEAP – Superintendência Estadual em Goiás, no início de 1997.

A escolha pelo segmento de pacientes idosos não se deu ao acaso; este segmento representa, ainda hoje, um volume em torno de 48% do total da clientela¹⁶⁸ e tem como fator determinante, o aumento da probabilidade do adoecimento tendo em vista a longevidade e principalmente quando esta não é acompanhada de hábitos preventivos para a manutenção da saúde.

A partir do ano de 2001 a direção executiva da GEAP, sediada em Brasília – DF preocupou-se em constituir em suas regionais a identificação e atenção especial aos assistidos portadores de doenças crônicas que apresentavam alto grau de sinistralidade¹⁶⁹, o que significava que estes pacientes usavam freqüentemente os recursos médicos-assistenciais do plano, bem como internamentos recorrentes de alto custo.

Os programas estaduais que passaram a identificar e acompanhar estes usuários, no domicílio, foram chamados na época de “carteiras de risco”. As patologias mais comuns que deveriam despertar a atenção das regionais eram as Cardiopatias, as Pneumopatias, a Diabetes e os Acidentes Vasculares Cerebrais. Contudo, estes protótipos de atenção à saúde voltada à educação preventiva secundária eram realizados por profissionais da própria Fundação, sendo estes a Assistente Social e uma Enfermeira. Na Superintendência do Paraná o projeto piloto iniciou-se em agosto de 1997 e teve como peculiaridade a participação na equipe de

¹⁶⁸ O GEAP INFORMA. Ano 3, nº 26. Out/Nov/Dez de 2009 publicou os seguintes dados: 48% dos assistidos estão acima de 60 anos de idade, dos quais 524 têm 100 anos ou mais. A GEAP realiza hoje, cerca de 650 mil atendimentos por mês, grande parte deles nas áreas de oncologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e transplantes.

¹⁶⁹ Termo utilizado pelas seguradoras quando há um evento de risco na condição da saúde habitual.

um médico vinculado ao serviço de emergência móvel – ECCO SALVA, conveniado a GEAP. Até dezembro daquele ano foram monitorados 15 pacientes, idosos e portadores de patologias crônicas.

Tendo em vista que estes projetos individualizados vinham acontecendo nas várias Superintendências Estaduais em todo o Brasil, e cientes da necessidade de regulamentar a modalidade de saúde preventiva com vistas à diminuição de custos, a Diretoria Executiva criou a norma técnica específica para o PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS – PGC¹⁷⁰, a partir dos relatos vivenciados pelas regionais. O programa foi implantado na regional do Paraná em abril de 2002, seguindo o planejamento da direção executiva.

Prevvia-se a multidisciplinariedade no atendimento com a contratação de profissionais da área de saúde, sendo que o gerenciamento de cada caso ficaria sob a responsabilidade de uma enfermeira e de um médico, estes incumbidos em realizar ações de vigilância sanitária, preventiva para a instalação de outros quadros mórbidos e ações reabilitadoras das seqüelas já instaladas¹⁷¹.

O vínculo dos profissionais com a GEAP foi estabelecido através de contrato de prestação de serviços, devendo os mesmos ser portadores de alvará municipal na forma de autônomos com toda a documentação específica a esta modalidade, caracterizando-os como pessoas físicas.

O mesmo documento estabeleceu que a remuneração dos honorários se efetuassem mediante apresentação da guia de serviços prestados e seus valores em conformidade com a tabela GEAP de procedimentos. Ou seja, o profissional tem o produto do seu trabalho remunerado por valores tabelados na forma de consulta ou sessão, em quantidades mensais limitadas, previamente estabelecidas pelas normas internas de regulação médica. Outro fator a ser destacado é que o valor pago por consulta ou sessão não prevê nenhum adicional por deslocamento do profissional ao domicílio.

O Programa de Prevenção e Gerenciamento de Riscos (PPGR) também foi planejado em 2001, contudo foi implantado nas regionais apenas em 2007,

¹⁷⁰ ATO NORMATIVO/GEAP/DIREX/Nº 032/2001 de 27 de dezembro de 2001.

¹⁷¹ Idem. Pág. 13.

inicialmente elegendo a população com idade igual e superior a 60 anos como público alvo. Este programa foi concebido nas regionais através um plano diretor, no qual a sua execução iniciaria nas capitais e posteriormente seria ampliado para as cidades de maior concentração de assistidos no interior dos estados. No ano de 2008, o nome deste programa foi alterado para Viva Melhor e foi ampliada a possibilidade de adesão para os assistidos com idade acima de 18 anos.

Os Programas de Prevenção e Promoção da Saúde não tem custo adicional para os planos de saúde nos quais os pacientes estejam inscritos, entretanto, dependerá do plano e sua respectiva cobertura para o acesso aos mesmos.

A hierarquização de atenção na GEAP compreende três níveis de complexidade: o primário: PROGRAMA VIVA MELHOR; secundário: PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS - PGC e Atenção Especializada e o terciário: Internação Domiciliar e Atenção Hospitalar. Para uma melhor compreensão dos mesmos, apresenta-se uma síntese de suas descrições a partir das normas da GEAP:

Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) – É um programa que promove o acompanhamento, em domicílio, dos beneficiários que perderam a autonomia de se locomover, em decorrência de alguma doença ou acidente grave, e que necessitam de atenção especial. Derrame cerebral, politraumatismos, câncer, diabetes com complicações, AIDS e doenças pulmonares e renais crônicas são alguns dos casos que podem levar a adesão do PGC. No Programa, o beneficiário é acompanhado por uma equipe de profissionais da saúde que o apóia, cuida e orienta de forma a proporcionar-lhe melhores condições de reabilitação. Esse trabalho também envolve a família e o cuidador do paciente, formando uma rede de apoio à recuperação do beneficiário e à sua inserção no meio social.

Programa Clínico Promotor de Saúde Bucal – A principal característica do Programa é o seu foco na prevenção, a partir do envolvimento de profissionais especializados (clínicos promotores de saúde) na avaliação, diagnóstico e

orientações quanto ao controle de doenças bucais. O trabalho de conscientização desenvolvido pelos Clínicos Promotores leva o cliente a participar do controle do processo saúde – doença através do diagnóstico precoce das doenças bucais, orientação de higiene, dieta e educação em saúde.

O Programa VIVA MELHOR – Atende a todos os pacientes portadores de doenças crônicas como diabetes I e II, hipertensão, obesidade/sobrepeso, ainda os tabagistas e portadores de doenças infecto parasitárias, pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e os pacientes que tiveram alta do Programa de Gerenciamento de Casos (PGC), mas que ainda necessitam de assistência médica. Desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças a nível primário, buscando identificar na população alvo potenciais doenças crônicas, prevenindo seus agravos e os fatores de risco que possam levar a esta condição. Além da consulta clínica, o Médico Vinculador Assistencial (MVA) estimulará seus pacientes para a adesão às atividades de educação em saúde, através de grupos de apoio, palestras, atividades físicas dentre outras, que venham de encontro as suas necessidades.

O Programa VIVA MELHOR incorpora Estratégias de Atenção à Saúde que serão desenvolvidas por equipe multiprofissional estabelecida como a rede referenciada da GEAP, ou seja, profissionais credenciados da Fundação que serão designados para atuar junto ao programa:

- 1- “VIVA MELHOR COM MENOS PESO” – Assistência ao portador de sobrepeso e obesidade, tendo como princípio a educação em saúde voltada para a melhoria da qualidade de vida, estimulando a adoção de hábitos de vida mais saudáveis com ênfase na alimentação, atividades físicas e nos aspectos psicossociais que possam estar relacionados a essas condições. O acompanhamento contará com o apoio do Nutricionista, Endocrinologista e outros profissionais.

- 2- **ESTRATÉGIA HIPERDIA** – Atenção ao portador de hipertensão e Diabetes Mellitus (tipo I e II) por meio da intervenção precoce para a prevenção da doença macrovasculares antes das alterações da pressão arterial e glicêmicas. Ênfase nas modificações da qualidade ou do estilo de vida. Do mesmo modo, contará com o apoio da rede referenciada.
- 3- **MOVIMENTE-SE COM SAÚDE** – Dissemina a importância da prática de exercícios físicos, através de parcerias entre a GEAP e Escolas e Academias de natação, ginástica e outras modalidades esportivas.
- 4- **ESTRATÉGIA CABEÇA FRESCA** – Atende os beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, propiciando-lhes suporte terapêutico com a assistência especializada psiquiátrica e psicológica da rede referenciada (profissionais, rede de atenção psicossocial e hospitalar). Cabe ao MVA realizar ações em caráter de atenção primária estimulando hábitos de vida saudáveis com ênfase na alimentação, atividade física e na melhoria dos aspectos psicossociais.
- 5- **MATURIDADE SAUDÁVEL** – Ações de promoção de saúde e prevenção de doenças aos beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos. Como as demais estratégias, contam com a rede referenciada da GEAP.

O Tratamento Fora de Domicílio – Todos os planos da GEAP permitem que os seus Beneficiários tenham acesso à rede contratada disponível em todo o território brasileiro, obedecendo às normas previstas em ato da Diretoria Executiva da Fundação. O programa planeja com antecedência o encaminhamento do beneficiário a qualquer prestador da rede credenciada ou não, que execute o procedimento médico e/ou hospitalar indicado ao paciente e inexistente em sua localidade de residência a mais de 100 km.

Prevê o reembolso de despesas ou o custeio total da GEAP¹⁷² para as despesas com transporte oficial aéreo ou terrestre, alimentação e hospedagem para o paciente e seu acompanhante, durante a realização do tratamento.

PLANO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

A área de Assistência Social da GEAP é constituída por alguns programas executados nacionalmente e integralmente para os planos GEAPSaúde e GEAPFamília. Para os demais planos, como o GEAPEssencial, GEAPClássico e GEAPReferência apenas o Programa de Facilitação de Acesso a Bens e Serviços é oferecido para estes planos. A cobertura e finalidade de cada programa estão descritas abaixo:

- 1- Programa de Auxílio Financeiro para Educação Especial de Portador de Necessidades Especiais;
- 2- Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Órteses e Próteses não Cirúrgicas;
- 3- Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Medicamentos Especiais;
- 4- Programa de Facilitação do Acesso a Bens e Serviços;
- 5- Programa de Assistência Farmacêutica e Aquisição de Medicamentos;
- 6- Programa de Responsabilidade Social e Voluntariado Corporativo¹⁷³

Cada um dos programas relatados acima está regulamentado por normas internas que prevêm a forma de sua habilitação e concessão. Em sua maioria são os Assistentes Sociais e em alguns Estados também Psicólogos, os profissionais

¹⁷² O custeio total da GEAP está previsto na norma técnica quando o beneficiário não apresenta condições financeiras que lhe permitam antecipar o pagamento das despesas, para posterior reembolso. Um dos quesitos para esta comprovação é o estudo sócio-econômico do Assistente Social da GEAP.

¹⁷³ A coordenadoria de Assistência Social, antes de ser desativada, definiu as diretrizes macro-organizacionais, orientando as regionais que estas necessitavam ser traduzidas para as realidades regionais, a partir de projetos específicos.

responsáveis pela orientação junto aos beneficiários em suas formas de aquisição e operacionalização, tal como a que segue:

1- Programa de Auxílio Financeiro para Educação Especial de Portador de Necessidades Especiais:

Esse programa visa facilitar ao beneficiário, menor de 18 anos de idade, portador de deficiência de caráter permanente e incapacitante o acesso à educação especial e especializada. As deficiências enquadradas são as físicas, mentais, auditiva, visual e múltipla, assim como as síndromes e/ou quadros clínicos de origem neurológica, psicológica ou psiquiátrica. Atualmente o valor do auxílio é de R\$65,00 (sessenta e cinco Reais) mensais e foi fixado pela Resolução/GEAP/CONAD nº. 195 de 11 de dezembro de 1998.

Para a habilitação o participante titular deverá comparecer à GEAP de seu Estado, preencher o requerimento deste auxílio e anexar o relatório médico e todos os exames complementares que possam comprovar a patologia.

Semestralmente, o titular do GEAP SAÚDE deve apresentar: relatório de profissional ou de entidade educacional contendo a descrição das atividades pedagógicas realizadas com as crianças de até 03 anos de idade, e para aquelas, com idade superior a três anos e inferior a 18 anos, o relatório da entidade educacional descrevendo as atividades pedagógicas realizadas. O auxílio poderá ser cancelado a pedido do titular; com a perda da condição de participante da GEAP; quando o assistido, beneficiário do programa, completar 18 anos de idade e pela não apresentação do relatório semestral do profissional ou entidade educacional.

2- Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Órteses e Próteses não cirúrgicas:

Esse programa consiste em conceder aos assistidos da GEAP auxílio financeiro para aquisição de implementos para tratamento e reabilitação física, que auxiliem na capacidade funcional e autonomia do paciente; o auxílio se dá tanto na modalidade de reembolso por aquisição, quanto no reembolso de locação de alguns

equipamentos médico-hospitalares, tais como: cadeiras de roda, muletas canadenses, aparelhos auditivos, camas hospitalares, entre outros, previstos em tabela própria da Fundação.

Para habilitar-se ao recebimento do auxílio o participante do plano deverá:

- Comparecer a Superintendência ou Representação da GEAP;
- Preencher o requerimento de auxílio para órteses e próteses não cirúrgicas;
- Anexar os seguintes documentos originais:
 - a) para todos os casos apresentar laudo detalhado do especialista justificando a indicação, bem como a previsão do período de uso;
 - b) exames laboratoriais, radiográficos e anatomopatológicos de acordo com cada caso;
 - c) audiometria para as solicitações de aparelho auditivo.
 - d) nota fiscal e recibo tanto para compra como para locação.

O auxílio será encaminhado para a análise e parecer do corpo de profissionais da GEAP e se concedido, será reembolsado em até 30 (trinta) dias a contar da data de entrega da documentação, tendo como referência as tabelas de valores da GEAP.

3- Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Medicamentos Especiais:

Este programa visa facilitar ao participante a aquisição de determinados medicamentos para o seu tratamento domiciliar ou dos seus beneficiários, sob a forma de reembolso parcial, e se aplica aos medicamentos discriminados em tabela própria da GEAP, associados às patologias definidas em Resolução do Conselho Deliberativo. O valor a ser reembolsado corresponde a 50% do custo, tendo como referência a tabela do Brasíndice (publicação mensal das indústrias farmacêuticas) ou nota fiscal, prevalecendo a que tiver menor valor. Como exemplos, estão previstas as patologias de Neoplasias, Insuficiência Renal Crônica, Hepatites B e C, Imunossupressores, AIDS, Esquizofrenia, Nanismo Hipofisário, entre outras.

Para habilitar-se o participante deverá:

- Comparecer a sede da GEAP em seu Estado;
- Preencher o requerimento de auxílio para medicamentos especiais;

- Anexar os seguintes documentos originais:

- a) para todos os casos apresentar laudo detalhado do especialista justificando a indicação, bem como a previsão do período de uso;
- b) nota fiscal e recibo da compra.

O auxílio será encaminhado para a análise e parecer do corpo de profissionais da GEAP e se concedido, será reembolsado em até 30 (trinta) dias a contar da data de entrega da documentação.

4- Programa de Facilitação de Acesso a Bens e Serviços:

Este programa tem por finalidade estabelecer parcerias com estabelecimentos comerciais e de serviços que proporcionem descontos e facilidades para o consumo de produtos e/ou serviços, os quais não constam do rol de coberturas oferecidos pelos diferentes planos operacionalizados pela GEAP, mas constitui-se em benefícios para a manutenção, promoção da saúde e prevenção de doenças. Como exemplos de parcerias efetuadas em todas as sedes regionais, encontram-se farmácias, empresas de venda e locação de órteses e próteses não cirúrgicas, óticas, clínicas de vacinação, academias de ginástica, entre outras. Dentro deste programa, está incluso o **Programa de Assistência Farmacêutica e Aquisição de Medicamentos** para todos os assistidos.

Este programa objetiva oferecer aos participantes alternativas para redução de custos em medicamentos, com descontos especiais e valores abaixo dos praticados pelo mercado, possibilitando controle e gerenciamento das patologias, racionalização no uso de medicamentos. Isto se dará com o fornecimento de relatórios gerenciais, produzidos pela empresa conveniada à GEAP, cujo atendimento se dará em todos os Estado brasileiros, que possibilitem levantar o perfil epidemiológico da população atendida e oferecer subsídios futuros a criação e execução de programas de assistência e promoção à saúde, bem como de assistência social.

As estratégias de ação deste programa são:

- a) As solicitações de medicamentos se darão por meio da central de atendimento telefônico, em cada estado ou através do Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).¹⁷⁴
- b) O assistido deverá fornecer o nome, número de sua carteira de identificação, CPF, receita médica e o número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico solicitante, bem como confirmar o endereço para a entrega;
- c) O programa não atende pessoas que não vinculadas aos planos de saúde da GEAP;
- d) Não estão cobertos os medicamentos controlados que necessitem de retenção de receitas médicas.
- e) O pagamento será efetuado diretamente a empresa fornecedora através de cartão de crédito ou boleto bancário;
- f) Os assistidos receberão os medicamentos em suas residências, em caixas totalmente lacradas, mantendo-as protegidas das oscilações de temperatura e quedas, sendo cobrada uma taxa adicional para a entrega.

As vantagens deste programa são:

- Descontos de no mínimo 35% em medicamentos genéricos para toda a lista ABCFARMA;
- Descontos de no mínimo 22% em medicamentos de referência (marca) para toda a lista ABCFARMA.

Este programa caracteriza-se pelo estabelecimento de um contrato entre a GEAP, firmado pela Direção Executiva, sediada em Brasília - DF e uma empresa de mercado, com abrangência de atendimento nacional.

Programa de Responsabilidade Social e Voluntariado Corporativo:

Este programa visa sensibilizar e envolver os colaboradores, assistidos e comunidade a participarem de ações de voluntariado e responsabilidade social, que

¹⁷⁴ O serviço pode ser acessado pelo telefone nacional da GEAP: 0800 728 8300.

possibilitem ações de cunho social que contribuam para o desenvolvimento da sociedade. Para a Fundação responsabilidade social é entendida como um compromisso ético voltado para as questões sociais que nos cercam, envolvendo todos os públicos com os quais a empresa se relaciona: colaboradores, conselheiros, prestadores de serviços e fornecedores, entidades patrocinadoras, associativas e sindicais. Esse programa foi concebido pela Direção Executiva com o ideário de engajamento num movimento mundial que imprimiu à responsabilidade social nas organizações marcando o comportamento destas como uma adequação as demandas institucionais, sejam elas privadas, públicas ou de economia mista.

São desenvolvidas campanhas anuais:

- Agasalhos: arrecadação e doação para entidades assistenciais no período de abril e maio de cada ano;
- Alimentos e brinquedos: arrecadação e doação para entidades assistenciais no período de novembro a dezembro de cada ano.

OS PLANOS DE SAÚDE OPERACIONALIZADOS PELA GEAP:

GEAP SAÚDE¹⁷⁵

É o plano mais antigo da Fundação. Oferece ampla cobertura na assistência ambulatorial, com consultas, serviços de diagnose e terapia, cirurgias ambulatoriais, incluindo os serviços de Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, entre outros, e a Odontologia, sendo que nesta incluem-se as próteses; ainda é oferecido o serviço móvel de emergência.

Na assistência hospitalar oferece tratamentos clínicos, cirúrgicos, em unidade de terapia intensiva, pediátrica, obstétrica, partos, além da cobertura para todos os transplantes de órgãos, cirurgia bariátrica, entre outras, sem limite de prazo para a internação, excetuando-se no internamento psiquiátrico. Nesta última, a dependência

¹⁷⁵ As informações apresentadas foram retiradas do documento GEAP/MPP/NTE-001/07 de 11 de maio de 2007.

química dispõe de 15 dias anuais e nas doenças mentais 30 dias em acomodação do tipo enfermaria, prorrogáveis conforme análise médica de auditoria.

Nas demais internações a acomodação **padrão é o individual apartamento** com direito a acompanhante. Se o paciente optar por enfermaria, não será cobrada pela GEAP a participação no uso dos serviços¹⁷⁶.

Estão cobertas todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

São denominados co-patrocinados os assistidos que têm a cobertura financeira da patrocinadora, seja servidor ou empregado ativo, inativo ou ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a patrocinadora, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo. Os Auto-Patrocinados são aqueles que perdem a cobertura financeira da patrocinadora, tais como os pensionistas, e assumem os encargos da patrocinadora para si no desconto da mensalidade do plano ou o servidor, empregado ou ainda, ocupante de cargo em comissão quando da rescisão do contrato de trabalho, redistribuição ou licença. Não há distinção entre os participantes do plano, todos têm os mesmos direitos e deveres, inclusive na contribuição sem qualquer adicional por idade, quantidade de dependentes inscritos ou faixa salarial do titular.

GEAP SAÚDE II

Instituído pelo Ato Normativo da Direção Executiva da GEAP nº. 080 de 22 de dezembro de 2008, que versa sobre o custeio dos planos GEAPReferência, GEAPEssencial, GEAPClássico e GEAPSaúde II, especificamente para a patrocinadora GEAP, com base no que dispõe a Resolução Nº418/08 do Conselho

¹⁷⁶ Participação é o valor cobrado pela operadora de saúde do titular pela utilização dos serviços médicos e odontológicos. No caso do internamento, não pode exceder a 10% (dez por cento) do total da conta hospitalar por evento, cujo saldo devedor também será cobrado na margem consignável de 10% sobre a remuneração mensal do titular ou sob a forma de título de cobrança bancária para os agregados aos planos. Na internação psiquiátrica existe a cobrança de participação em 30%, ainda que a acomodação seja a enfermaria, conforme o valor tabelado pela GEAP.

de Administração da GEAP, com a homologação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob o número de registro: 458.004/08-4.

Estabeleceu que os colaboradores da GEAP pudessem inscrever-se ou migrar para os planos já existentes e que, a partir de 01 de janeiro de 2009, aqueles que são beneficiários do GEAPSaúde seriam automaticamente migrados para o plano GEAP Saúde II. A cobertura é idêntica ao plano GEAP Saúde, inclusive no rol de beneficiários.

Outros Serviços inclusos:

- Auxílio para Aquisição de Medicamentos Especiais;
- Auxílio para Aquisição de Órteses e Próteses não cirúrgicas;
- Auxílio para Educação Especial de Portador de Necessidades Especiais;
- Programa de Acesso a Bens e Serviços;
- Política de Prevenção de Agravos e Promoção da Saúde.

Beneficiários:

Como titulares: o servidor ativo ou inativo, o empregado de órgão patrocinador e o pensionista.

Como dependentes: cônjuge / companheiro de união estável; companheiro homoafetivo, desde que comprove a vida em comum por no mínimo 2 anos; ex-cônjuge com percepção de alimentos¹⁷⁷; filhos / enteados até 21 anos; filhos / enteados entre 21 e 24 anos se dependente econômicos, solteiros e estudantes de curso superior; filhos / enteados maiores de 24 anos se inválidos; mãe ou madrasta e pai ou padrasto, desde que seja dependente econômico do titular e esteja inscrito nesta condição no órgão de Recursos Humanos da patrocinadora; menor tutelado ou sob guarda do titular, dependente econômico.

Como agregados – GEAP FAMÍLIA: filhos (as) e enteados (as) que não detém a condição justificadora para serem dependentes do Plano GEAPSaúde; cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados; netos(as); enteados(as) do filho(a) do titular; filhos(as) do(a) enteado(a) do titular; irmãos(ãs); cunhados(as); sobrinhos(as); mãe

¹⁷⁷ O ex-cônjuge com percepção de alimentos somente poderá ser inscrito no plano nos casos em que não houver o cônjuge ou companheiro inscritos.

ou madrasta do titular; pai ou padrasto do titular; sogro e sogra; tios(as); bisnetos(as); menor tutelado ou sob guarda do titular.

Como pensionista: Aquele reconhecido pelo patrocinador nesta condição.

Custeio:

Patrocinador: O órgão contribui com um valor fixo por vida inscrita no plano. Esse valor é definido para os patrocinadores vinculados ao SIPEC, pelo Ministério do Planejamento e utilizado em avaliação atuarial, de acordo com a negociação feita com a entidade patrocinadora.

Titular: o pensionista e o servidor / empregado contribuem com um valor fixo por beneficiário inscrito no plano, para si e seus dependentes diretos, valor esse definido em avaliação atuarial.

Agregados: GEAPFamília – o titular contribuirá para cada agregado inscrito com um valor de acordo com sua faixa etária, sendo que os valores definidos nos planos da GEAP são inferiores aos praticados no mercado.

Carências:

- 24 horas para agravos no estado da saúde que caracterizem urgência e emergência;
- 270 dias para partos a termo;
- 90 dias para os demais procedimentos dos programas ambulatorial, hospitalar e odontológico.

Isenções:

- Aos recém-nascidos estará a garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de sessenta dias após o nascimento ou adoção e que seja filho do beneficiário vinculado a um dos planos de saúde administrados pela GEAP, aproveitando-se do período de carência já cumprido pelo beneficiário.
- Ao beneficiário oriundo de outra operadora e em decorrência da expiração da cobertura assistencial por rescisão de convênio ou contrato com o patrocinador, é

assegurada a isenção de carência dos beneficiários já inscritos na operadora anterior.

- Filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, aproveitando o período de carência já cumprido pelo adotante.

- Se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de um novo convênio, inclusive por motivo de migração de carteira.

- O novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes deverão aderir ao plano de saúde dentro de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício.

- No programa ambulatorial, para beneficiários oriundos de outro plano de saúde, desde que a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias do cancelamento do plano anterior e que se tenha cumprido a carência ambulatorial na operadora de origem.

Custeio a partir de janeiro/2009:

Patrocinador: R\$ 60,00, no período de janeiro a junho/09 e R\$ 65,00 no período de julho a dezembro/09.

Titular: R\$ 115,00 por beneficiário inscrito no plano.

Agregados:

Quadro nº. 8: Custeio do Plano GEAP Saúde II a partir de janeiro de 2009.

Faixa etária dos beneficiários (em anos completos)	Total da contribuição mensal
De 0 a 18 anos	R\$ 77,62
De 19 a 23 anos	R\$ 95,87
De 24 a 28 anos	R\$ 95,87
De 29 a 33 anos	R\$ 119,31
De 34 a 38 anos	R\$ 129,07
De 39 a 43 anos	R\$ 162,11
De 44 a 48 anos	R\$ 174,23
De 49 a 53 anos	R\$ 220,90
De 54 a 58 anos	R\$ 234,79
59 anos ou mais	R\$ 353,99

Fonte: Características básicas dos planos de saúde administrados pela GEAP. Conheça os planos de saúde da GEAP. Encarte, 2009.

Co-participação:

Procedimentos ambulatoriais:

- Procedimentos de valores até R\$ 190,00 – 30% de participação no custeio dos serviços;
- Procedimentos de valores superiores a R\$ 190,00 – 15% de participação;
- Serviço Móvel de emergência – R\$ 5,00 por chamada.

Procedimentos hospitalares:

- Tabela em valor nominal com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa cobra-se R\$ 10,00 de participação do beneficiário, limitada ao teto de R\$ 1.260,00.
- Isenção de participação nas internações cujo padrão de hotelaria seja a enfermaria.

Procedimentos odontológicos:

- Procedimentos dos programas de prevenção – isento;
- Próteses – 80% sobre o custo total;
- Demais procedimentos – 60% sobre o custo total.

O GEAPSaúde poderá reembolsar o titular sobre despesas ambulatoriais e hospitalares efetuadas por este, tendo como referência as tabelas de custo dos procedimentos próprias, nas seguintes situações:

- Quando o serviço for realizado em localidade onde não houver contratado habilitado para executá-lo;
- Nas situações de urgência / emergência devidamente justificadas por profissional habilitado.
- Em situações excepcionais, como a paralisação de atendimento pela rede contratada ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

GEAP CLÁSSICO

Este plano foi registrado pela GEAP na Agência Nacional de Saúde Suplementar em 25 de abril de 2007¹⁷⁸ e tem como característica as determinadas na Portaria/MP/SRH/Nº. 1.983/06, e poderá ser oferecido a servidores vinculados à administração pública federal. O contrato é coletivo por adesão, isto significa que o contrato é firmado entre a entidade pública e a GEAP, abrindo a possibilidade de seus servidores filiareem-se ou não ao plano, com extensão nacional. Se optarem por isto, terão a cobertura da patrocinadora no valor definido pelo Ministério do Planejamento. A cobertura assistencial compreende a assistência ambulatorial e hospitalar, UTI, com a obstetrícia, partos e assistência odontológica no rol estabelecido pela ANS, sem cobertura de próteses. Este plano não oferece o serviço móvel de emergência. Inclui alguns procedimentos além de referência da ANS, compreendendo os transplantes de medula autólogos, de rim, córnea, fígado e coração, e ainda, os tratamentos seriados como Psicoterapia (doze ao ano), Fonoaudiologia (seis por ano), Nutrição (seis por ano) e Fisioterapia ambulatorial. O tipo de acomodação é **individual em apartamento**. Desse modo, a contribuição financeira é pré-estabelecida, existindo a co-participação do titular nos serviços utilizados.

Outros Serviços inclusos:

- Programa de Acesso a Bens e Serviços;
- Política de Prevenção de Agravos e Promoção da Saúde.

Beneficiários:

Como titulares: o servidor ativo ou inativo, o empregado de órgão patrocinador e o pensionista.

Como dependentes: cônjuge / companheiro de união estável; companheiro homoafetivo, desde que comprove a vida em comum por no mínimo 2 anos; ex-cônjuge

¹⁷⁸ Este plano obteve da Agência Nacional de Saúde Supletiva o número de registro: 456.093/07-1.

com percepção de alimentos¹⁷⁹; filhos / enteados até 21 anos; filhos / enteados entre 21 e 24 anos se dependente econômicos, solteiros e estudantes de curso superior; filhos / enteados maiores de 24 anos se inválidos; menor tutelado ou sob guarda do titular e dependente econômico.

Como agregados: filhos (as) e enteados (as) que não detém a condição justificadora para serem dependentes do Plano GEAPClássico; cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados; netos(as); enteados(as) do filho(a) do titular; filhos(as) do(a) enteado(a) do titular; irmãos(ãs); cunhados(as); sobrinhos(as); mãe ou madrasta do titular; pai ou padrasto do titular; sogro e sogra; tios(as); bisnetos(as); menor tutelado ou sob guarda do titular.

Custeio:

Patrocinador: O órgão contribui com um valor fixo por vida inscrita no plano. Esse valor é definido para os patrocinadores vinculados ao SIPEC, pelo Ministério do Planejamento e utilizado em avaliação atuarial, de acordo com a negociação feita com a entidade patrocinadora.

Titular: o pensionista e o servidor / empregado contribuem com um valor fixo por beneficiário inscrito no plano, para si e seus dependentes diretos, valor esse definido em avaliação atuarial.

Agregados: O titular contribuirá para cada agregado inscrito com um valor de acordo com sua faixa etária, sendo que os valores definidos nos planos da GEAP são inferiores aos praticados no mercado.

Carências:

- 24 horas para agravos no estado da saúde que caracterizem urgência e emergência;
- 300 dias para partos a termo;
- 180 dias para os demais procedimentos dos programas ambulatorial, hospitalar e odontológico.

¹⁷⁹ O ex-cônjuge com percepção de alimentos somente poderá ser inscrito no plano nos casos em que não houver o cônjuge ou companheiro inscritos.

Isenções:

- Aos recém-nascidos estará a garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de sessenta dias após o nascimento ou adoção e que seja filho do beneficiário vinculado a um dos planos de saúde administrados pela GEAP, aproveitando-se do período de carência já cumprido pelo beneficiário.
- Ao beneficiário oriundo de outra operadora e em decorrência da expiração da cobertura assistencial por rescisão de convênio ou contrato com o patrocinador, é assegurada a isenção de carência dos beneficiários já inscritos na operadora anterior.
- Filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, aproveitando o período de carência já cumprido pelo adotante.
- Se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de um novo convênio, inclusive por motivo de migração de carteira.
- O novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes deverão aderir ao plano de saúde dentro de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício.
- No programa ambulatorial, para beneficiários oriundos de outro plano de saúde, desde que a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias do cancelamento do plano anterior e que se tenha cumprido a carência ambulatorial na operadora de origem.

Custeio a partir de janeiro/2009:

Patrocinador: R\$ 60, 00, no período de janeiro a junho/09 e R\$ 65,00 no período de julho a dezembro/09.

Titular: R\$ 80,47 por beneficiário inscrito no plano.

Agregados:

Quadro nº. 9: Custeio do Plano GEAP Clássico a partir de janeiro de 2009.

Faixa etária dos beneficiários (em anos completos)	Total da contribuição mensal
De 0 a 18 anos	R\$ 68,14
De 19 a 23 anos	R\$ 84,16
De 24 a 28 anos	R\$ 84,16
De 29 a 33 anos	R\$ 104,73
De 34 a 38 anos	R\$ 113,30
De 39 a 43 anos	R\$ 142,30
De 44 a 48 anos	R\$ 152,92
De 49 a 53 anos	R\$ 193,89
De 54 a 58 anos	R\$ 206,11
59 anos ou mais	R\$ 310,73

Fonte: Características básicas dos planos de saúde administrados pela GEAP. Conheça os planos de saúde da GEAP. Encarte, 2009.

Co-participação:

Procedimentos ambulatoriais:

- Procedimentos de valores até R\$ 190,00 – 30% de participação no custeio dos serviços;
- Procedimentos de valores superiores a R\$ 190,00 – 15% de participação;

Procedimentos hospitalares:

- Tabela em valor nominal com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa cobra-se R\$ 10,00 de participação do beneficiário, limitada ao teto de R\$ 1.260,00. Na enfermaria há isenção de participação.

Procedimentos odontológicos:

- Procedimentos dos programas de prevenção – isento;
- Demais procedimentos – 60% sobre o custo total.

O GEAPClássico poderá reembolsar o titular sobre despesas ambulatoriais e hospitalares efetuadas por este, tendo como referência as tabelas de custo dos procedimentos próprias, nas seguintes situações:

- Quando o serviço for realizado em localidade onde não houver contratado habilitado para executá-lo;

- Nas situações de urgência / emergência devidamente justificadas por profissional habilitado.
- Em situações excepcionais, como a paralisação de atendimento pela rede contratada ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

GEAP ESSENCIAL

Este plano foi registrado pela GEAP na Agência Nacional de Saúde Suplementar em 13 de março de 2007¹⁸⁰ e atende exatamente o que dispõe a Portaria/MP/SRH/Nº1.983/06. A implantação deste plano ocorreu em 31/03/2007 com o ingresso inicial da patrocinadora: Ministério da Educação e Cultura – MEC. O contrato é coletivo por adesão, isto significa que o contrato é firmado entre a entidade pública e a GEAP, abrindo a possibilidade de seus servidores filiarem-se ou não ao plano, com extensão nacional. Se optarem por isto, terão a cobertura da patrocinadora no valor definido pelo Ministério do Planejamento. A cobertura assistencial compreende a assistência ambulatorial e hospitalar, com a obstetrícia, parto e assistência odontológica garantida no rol da ANS, sem incluir próteses. Este plano não oferece o serviço móvel de emergência. Inclui alguns procedimentos além de referência da ANS, compreendendo os transplantes de medula autólogos, de rim, córnea, fígado e coração, e ainda, os tratamentos seriados como Psicoterapia (doze ao ano), Fonoaudiologia (seis por ano), Nutrição (seis por ano) e Fisioterapia ambulatorial. O tipo de acomodação é **padrão coletiva enfermaria**, o que torna a contribuição do titular menor. Desse modo, a contribuição financeira é pré-estabelecida, existindo a co-participação do titular nos serviços utilizados.

Outros Serviços inclusos:

- Programa de Acesso a Bens e Serviços;
- Política de Prevenção de Agravos e Promoção da Saúde.

¹⁸⁰ O plano obteve da Agência Nacional de Saúde Supletiva o número de registro 455.835/07-9.

Beneficiários:

Como titulares: o servidor ativo ou inativo, o empregado de órgão patrocinador e o pensionista.

Como dependentes: cônjuge / companheiro de união estável; companheiro homoafetivo, desde que comprove a vida em comum por no mínimo 2 anos; ex-cônjuge com percepção de alimentos¹⁸¹; filhos / enteados até 21 anos; filhos / enteados entre 21 e 24 anos se dependente econômicos, solteiros e estudantes de curso superior; filhos / enteados maiores de 24 anos se inválidos; menor tutelado ou sob guarda do titular e dependente econômico.

Como agregados: filhos (as) e enteados (as) que não detêm a condição justificadora para serem dependentes do Plano GEAPEssencial; cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados; netos(as); enteados(as) do filho(a) do titular; filhos(as) do(a) enteado(a) do titular; irmãos(ãs); cunhados(as); sobrinhos(as); mãe ou madrasta do titular; pai ou padrasto do titular; sogro e sogra; tios(as); bisnetos(as); menor tutelado ou sob guarda do titular.

Custeio:

Patrocinador: O órgão contribui com um valor fixo por vida inscrita no plano. Esse valor é definido para os patrocinadores vinculados ao SIPEC, pelo Ministério do Planejamento e utilizado em avaliação atuarial, de acordo com a negociação feita com a entidade patrocinadora.

Titular: o pensionista e o servidor / empregado contribuem com um valor fixo por beneficiário inscrito no plano, para si e seus dependentes diretos, valor esse definido em avaliação atuarial.

Agregados: O titular contribuirá para cada agregado inscrito com um valor de acordo com sua faixa etária, sendo que os valores definidos nos planos da GEAP são inferiores aos praticados no mercado.

¹⁸¹ O ex-cônjuge com percepção de alimentos somente poderá ser inscrito no plano nos casos em que não houver o cônjuge ou companheiro inscritos.

Carências:

- 24 horas para agravos no estado da saúde que caracterizem urgência e emergência;
- 300 dias para partos a termo;
- 180 dias para os demais procedimentos dos programas ambulatorial, hospitalar e odontológico.

Isenções:

- Aos recém-nascidos estará a garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de sessenta dias após o nascimento ou adoção e que seja filho do beneficiário vinculado a um dos planos de saúde administrados pela GEAP, aproveitando-se do período de carência já cumprido pelo beneficiário.
- Ao beneficiário oriundo de outra operadora e em decorrência da expiração da cobertura assistencial por rescisão de convênio ou contrato com o patrocinador, é assegurada a isenção de carência dos beneficiários já inscritos na operadora anterior.
- Filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, aproveitando o período de carência já cumprido pelo adotante.
- Se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de um novo convênio, inclusive por motivo de migração de carteira.
- O novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes deverão aderir ao plano de saúde dentro de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício.
- No programa ambulatorial, para beneficiários oriundos de outro plano de saúde, desde que a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias do cancelamento do plano anterior e que se tenha cumprido a carência ambulatorial na operadora de origem.

Custeio a partir de janeiro/2009:

Patrocinador: R\$ 60,00, no período de janeiro a junho/09 e R\$ 65,00 no período de julho a dezembro/09.

Titular: R\$ 68,01 por beneficiário inscrito no plano.

Agregados:

Quadro nº. 10: Plano de custeio do GEAP Essencial a partir de janeiro de 2009.

Faixa etária dos beneficiários (em anos completos)	Total da contribuição mensal
De 0 a 18 anos	R\$ 56,02
De 19 a 23 anos	R\$ 69,18
De 24 a 28 anos	R\$ 69,18
De 29 a 33 anos	R\$ 86,10
De 34 a 38 anos	R\$ 93,14
De 39 a 43 anos	R\$ 116,99
De 44 a 48 anos	R\$ 125,72
De 49 a 53 anos	R\$ 159,40
De 54 a 58 anos	R\$ 169,43
59 anos ou mais	R\$ 255,45

Fonte: Características básicas dos planos de saúde administrados pela GEAP. Conheça os planos de saúde da GEAP. Encarte, 2009.

Co-participação:

Procedimentos ambulatoriais:

- Procedimentos de valores até R\$ 190,00 – 30% de participação no custeio dos serviços;
- Procedimentos de valores superiores a R\$ 190,00 – 15% de participação;

Procedimentos hospitalares:

- Tabela em valor nominal com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa cobra-se R\$ 10,00 de participação do beneficiário, limitada ao teto de R\$ 1.260,00 na utilização da UTI. Na enfermaria há isenção de participação.

Procedimentos odontológicos:

- Procedimentos dos programas de prevenção – isento;
- Demais procedimentos – 60% sobre o custo total.

O GEAP Essencial poderá reembolsar o titular sobre despesas ambulatoriais e hospitalares efetuadas por este, tendo como referência as tabelas de custo dos procedimentos próprias, nas seguintes situações:

- Quando o serviço for realizado em localidade onde não houver contratado habilitado para executá-lo;
- Nas situações de urgência / emergência devidamente justificadas por profissional habilitado.
- Em situações excepcionais, como a paralisação de atendimento pela rede contratada ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

GEAP REFERÊNCIA

Este plano foi registrado pela GEAP na Agência Nacional de Saúde Suplementar em 08 de março de 2007¹⁸² vigorando a partir de 12 de junho de 2008. O plano foi formatado de acordo com as exigências e normas da assistência à saúde do servidor e regulamentado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Portaria Normativa/MP/SRH/Nº1/07. O contrato é coletivo por adesão, isto significa que o contrato é firmado entre a entidade pública e a GEAP, abrindo a possibilidade de seus servidores filiareem-se ou não ao plano, com extensão nacional. Se optarem por isto, terão a cobertura da patrocinadora no valor definido pelo Ministério do Planejamento. A cobertura assistencial compreende a assistência ambulatorial e hospitalar incluindo a UTI, a obstetrícia e o parto. Este plano não oferece assistência Odontológica e o serviço móvel de emergência. Inclui procedimentos de referência da ANS, compreendendo os transplantes de medula autólogos, de rim, córnea e ainda, os tratamentos seriados como Psicoterapia (doze ao ano), Fonoaudiologia (seis por ano), Nutrição (seis por ano) e Fisioterapia ambulatorial. O tipo de acomodação é **padrão coletiva enfermaria**, o que torna a contribuição do titular menor. Desse modo, a contribuição financeira é pré-estabelecida, existindo a co-participação do titular nos serviços utilizados.

Outros Serviços inclusos:

- Programa de Acesso a Bens e Serviços;
- Política de Prevenção de Agravos e Promoção da Saúde.

¹⁸² Obteve da Agência Nacional de Saúde Suplementar o registro de Nº 455.830/07-8.

Beneficiários:

Como titulares: o servidor ativo ou inativo, o empregado de órgão patrocinador e o pensionista.

Como dependentes: cônjuge / companheiro de união estável; companheiro homoafetivo, desde que comprove a vida em comum por no mínimo 2 anos; ex-cônjuge com percepção de alimentos¹⁸³; filhos / enteados até 21 anos; filhos / enteados entre 21 e 24 anos se dependente econômicos, solteiros e estudantes de curso superior; filhos / enteados maiores de 24 anos se inválidos; menor tutelado ou sob guarda do titular e dependente econômico.

Como agregados: filhos (as) e enteados (as) que não detêm a condição justificadora para serem dependentes do Plano GEAPReferência; cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados; netos(as); enteados(as) do filho(a) do titular; filhos(as) do(a) enteado(a) do titular; irmãos(ãs); cunhados(as); sobrinhos(as); mãe ou madrasta do titular; pai ou padrasto do titular; sogro e sogra; tios(as); bisnetos(as); menor tutelado ou sob guarda do titular.

Custeio:

Patrocinador: O órgão contribui com um valor fixo por vida inscrita no plano. Esse valor é definido para os patrocinadores vinculados ao SIPEC, pelo Ministério do Planejamento e utilizado em avaliação atuarial, de acordo com a negociação feita com a entidade patrocinadora.

Titular: o pensionista e o servidor / empregado contribuem com um valor fixo por beneficiário inscrito no plano, para si e seus dependentes diretos, valor esse definido em avaliação atuarial.

Agregados: O titular contribuirá para cada agregado inscrito com um valor de acordo com sua faixa etária, sendo que os valores definidos nos planos da GEAP são inferiores aos praticados no mercado.

¹⁸³ O ex-cônjuge com percepção de alimentos somente poderá ser inscrito no plano nos casos em que não houver o cônjuge ou companheiros inscritos.

Carências:

- 24 horas para agravos no estado da saúde que caracterizem urgência e emergência;
- 300 dias para partos a termo;
- 120 dias para os demais procedimentos dos programas ambulatorial e hospitalar.

Isenções:

- Aos recém-nascidos estará a garantida a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de sessenta dias após o nascimento ou adoção e que seja filho do beneficiário vinculado a um dos planos de saúde administrados pela GEAP, aproveitando-se do período de carência já cumprido pelo beneficiário.
- Ao beneficiário oriundo de outra operadora e em decorrência da expiração da cobertura assistencial por rescisão de convênio ou contrato com o patrocinador, é assegurada a isenção de carência dos beneficiários já inscritos na operadora anterior.
- Filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, aproveitando o período de carência já cumprido pelo adotante.
- Se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de um novo convênio, inclusive por motivo de migração de carteira.
- O novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes deverão aderir ao plano de saúde dentro de 60 (sessenta) dias do efetivo exercício.
- No programa ambulatorial, para beneficiários oriundos de outro plano de saúde, desde que a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias do cancelamento do plano anterior e que se tenha cumprido a carência ambulatorial na operadora de origem.

Custeio a partir de janeiro/2009:

Patrocinador: R\$ 60,00, no período de janeiro a junho/09 e R\$ 65,00 no período de julho a dezembro/09.

Titular: R\$ 54,50 por beneficiário inscrito no plano.

Agregados:

Quadro nº. 11: Plano de custeio do GEAP Referência a partir de janeiro de 2009.

Faixa etária dos beneficiários (em anos completos)	Total da contribuição mensal
De 0 a 18 anos	R\$ 49,60
De 19 a 23 anos	R\$ 61,25
De 24 a 28 anos	R\$ 61,25
De 29 a 33 anos	R\$ 76,24
De 34 a 38 anos	R\$ 82,46
De 39 a 43 anos	R\$ 103,58
De 44 a 48 anos	R\$ 111,31
De 49 a 53 anos	R\$ 141,13
De 54 a 58 anos	R\$ 150,01
59 anos ou mais	R\$ 226,17

Fonte: Características básicas dos planos de saúde administrados pela GEAP. Conheça os planos de saúde da GEAP. Encarte, 2009.

Co-participação:

Procedimentos ambulatoriais:

- Procedimentos de valores até R\$ 190,00 – 30% de participação no custeio dos serviços;
- Procedimentos de valores superiores a R\$ 190,00 – 15% de participação;

Procedimentos hospitalares:

- Tabela em valor nominal com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa cobra-se R\$ 10,00 de participação do beneficiário, limitada ao teto de R\$ 1.260,00 na utilização da UTI. Na enfermaria há isenção de participação.

O GEAP Referência poderá reembolsar o titular sobre despesas ambulatoriais e hospitalares efetuadas por este, tendo como referência as tabelas de custo dos procedimentos próprias, nas seguintes situações:

- Quando o serviço for realizado em localidade onde não houver contratado habilitado para executá-lo;
- Nas situações de urgência / emergência devidamente justificadas por profissional habilitado.
- Em situações excepcionais, como a paralisação de atendimento pela rede contratada ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

No último trimestre de 2009, o CONDEL aprovou reajustes no custeio dos planos de saúde oferecidos pela GEAP, os quais passarão a vigorar na data de aniversário dos convênios repactuados a partir de 2010. A Fundação justificou o acréscimo como regra determinada pela ANS e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e a partir da consideração sobre o cálculo atuarial, resultou num aumento de R\$1,63 para o Plano GEAPSaúde, visto que este conta em sua carteira com beneficiários mais idosos. Os demais planos passarão a ter uma redução no custo mês por assistido, sendo esta a nova tabela de valores:

Quadro nº. 12: Plano de custeio dos planos de saúde da GEAP – 2010.

Valores para 2010 por assistido:	
GEAPSaúde	R\$ 116,82
GEAPClássico	R\$ 78,43
GEAPEssencial	R\$ 65,42
GEAPReferência	R\$ 52,43

Fonte: GEAP INFORMA. Ano 3, nº 26. Out/Nov/Dez de 2009. p. 6.

O que se pode observar é que a história desta Fundação foi marcada por conflitos e contradições demandadas pela correlação de forças políticas e econômicas dos diferentes atores sociais, que a constituíram como também das pressões do mercado da saúde supletiva, visando à concorrência.

Os momentos críticos deram-se nas novas configurações jurídico-administrativas, pelos movimentos de reestruturação interna da própria Previdência Social como em seu ponto máximo de inflexão ocorrido com o processo de privatização da Fundação. A própria natureza jurídica da GEAP vem sendo alvo de questionamentos nos últimos anos, o que produziu vários recursos legais conquistados pela mobilização das entidades patronais, associativas e sindicais que a têm como um patrimônio dos servidores públicos federais.

O descompasso entre o financiamento e o custeio dos benefícios e serviços oferecidos foi, historicamente, um campo de batalha entre os interesses das entidades do governo federal, prestadores de serviços privados, beneficiários e, mais

recentemente, pelas exigências das agências reguladoras, o que ocasionou na atualidade, que a balança dos reajustes das mensalidades pendesse mais para os titulares do plano do que para suas entidades patronais, repercutindo negativamente na imagem da GEAP para seus associados.

Todavia, esta Fundação tem conseguido sobreviver a muitos momentos de quase colapso em suas atividades, reestruturando suas estratégias operacionais e negociando os recursos financeiros junto aos seus patrocinadores, clientes e prestadores de serviços, além de atender os dispositivos normativos – legais emanados dos órgãos reguladores, como da Secretaria de Previdência Complementar e da Agência Nacional de Saúde Supletiva. Isto vem demonstrar a capacidade de organização político-administrativa adquirida numa trajetória de 64 anos de funcionamento, perpassada por todas as clivagens da história social, política e econômica do Brasil contemporâneo e que fez dela a maior autogestora de saúde privada nacional, com uma administração colegiada, paritária, sem fins lucrativos, num modelo existente apenas neste país.

CAPÍTULO IV

A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA PREVIDÊNCIA, SUA INSERÇÃO NA ASSISTÊNCIA PATRONAL E NA GEAP.

4.1 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O marco da institucionalização do Serviço Social no Brasil situa-o no contexto da expansão do modo de produção capitalista e sua secularização, com a criação da primeira escola no ano de 1936 em São Paulo; não por acaso, fruto da ação desenvolvida pela Igreja Católica no campo social. O Brasil, no início do século XX, experimentou profundas mudanças em sua organização social e política, tendo em vista o recém proclamado período republicano e com este, a separação oficial entre igreja e Estado.

Apesar dos ideais republicanos, o Brasil foi comandado por governantes militares e civis que possuíam fortes ligações com a oligarquia rural, os quais foram beneficiados com políticas econômicas que favoreceram a economia agrária e pecuarista, intrinsecamente dependentes do comércio internacional. O liberalismo só se consolidou em seu aspecto econômico, pois no campo político a noção de sociedade civil burguesa restringiu-se aos donos das terras, comerciantes, profissionais liberais e militares, apresentando-se em sua face conservadora, reacionária e elitista, não em seu aspecto revolucionário, caudatário de profundas clivagens na história européia e norte-americana.

Há que se evidenciar as profundas influências econômicas, políticas e sociais que assolavam a Europa e não tardariam a repercutir no território nacional, uma vez que a burguesia brasileira estava subsumida a estes interesses. Os países de capitalismo maduro, já no século XIX, assentavam-se no desenvolvimento industrial, cuja riqueza de sua burguesia advinha da exploração da massa operária que vivia em grau extremo a miséria e o descaso do Estado para com sua condição de vida.

Esta condição afastou um grande número de fiéis das congregações da Igreja Católica que vislumbrava uma grande crise moral e de decadência dos costumes cristãos. Para a Igreja esta situação decorria do liberalismo econômico e do crescimento da ideologia comunista. Não sem tempo, os Sumos Pontífices que se sucederam proclamaram, em suas Encíclicas, a necessidade da intervenção do Estado na questão operária e a idéia da concordância entre as classes sociais e não a luta entre elas.

A crise mundial no ano de 1929 proporcionada pela quebra da Bolsa de Nova York devastou a economia nacional, a qual se baseava na monocultura cafeeira, dependente do mercado internacional. Era imperativa a diversificação da economia, com a implantação da indústria brasileira para atenuar os efeitos das crises de exportação dos produtos agrícolas e extrativistas e das dificuldades de importação de produtos manufaturados.

Os conflitos e as divergências internas do setor cafeeiro e de outros setores rurais culminaram com a Revolução de 30. A oposição à burguesia cafeeira foi formada por dissidentes oligárquicos apoiados por jovens oficiais, os “tenentes”, que estavam insatisfeitos com a corrupção da “República Velha” e desejavam mudanças na administração pública. O apoio destes foi incontestemente à aliança liberal contra a candidatura presidencial da situação. Mesmo, após a derrota desta última, Getúlio Vargas ascende ao poder a partir de um movimento armado que insurgiu contra os setores burgueses que se reiteravam no poder.

O operariado emergente no Brasil era motivo de preocupação política, uma vez que se mostrava insatisfeito ante as suas precárias condições de vida, proporcionada por baixos salários e, portanto, mobilizável as ideologias contestatórias a ordem vigente; temia-se a sua subversão. Assim, o governo Vargas instituiu mecanismos regulatórios e assistenciais para as condições de trabalho, através da Criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (1930), legislação trabalhista e sindical e logo a seguir, regulamentando e ampliando a proteção previdenciária através das Caixas de Aposentadorias e Pensões e Institutos de Aposentadorias e Pensões.

As preocupações com o operariado e as questões sociais motivaram a ação da Igreja Católica que propunha a restauração dos costumes e reforma social, através da Ação Católica, um movimento dos leigos que difundiriam os princípios doutrinadores, com o trabalho de um apostolado ativo para reconduzir os fiéis ao seio da Igreja. A ação Católica estava sendo criada em diversos países, atendendo aos apelos Papais. O destaque veio do Papa Pio XI que desde sua primeira Encíclica, em 1922, postulava para a participação ativa dos membros leigos da igreja, uma vez que o número de clérigos tornava-se insuficiente para lutar contra as doutrinas comunistas e socialistas que a apregoavam como inimiga do operariado. Era preciso erradicar o individualismo gerado pelo tipo de economia liberal e impedir o crescimento do comunismo, condenado na Encíclica *Divini Redemptoris*, de 1937. Era preciso reconstruir a sociedade, o que implicava numa mudança da moral e dos costumes. A Encíclica não deixava dúvidas: era preciso recristianizar a sociedade (AGUIAR, 1984).

No Brasil a atuação da Igreja teve na figura do Cardeal Dom Leme o papel relevante na Ação Católica com a formação do laicato, e principalmente a formação de intelectuais católicos. Inicialmente, esta se deu através da Confederação Católica, já existente em São Paulo e fundada no Rio de Janeiro em 1922. O trabalho da Confederação foi intensivo e, para comemorar cinco anos de sua fundação, foi organizada a semana de ação católica, em 1928, cujo resultado repercutiu favoravelmente para a sua realização em São Paulo. Nesta última, foi oferecido um curso voltado à juventude feminina em 1932, cuja preocupação era exaltar o caráter conservador pela recristianização da sociedade, haja vista o cenário da Revolução Constitucionalista.

A Confederação vinha desenvolvendo a formação do laicato, proporcionando cursos que preparavam a juventude para a difusão da Doutrina Social da Igreja, conjugando os esforços em preparar um exército de jovens, intelectuais e universitários para uma ação concreta na sociedade brasileira, obedecendo aos preceitos papais para salvar o mundo da beligerância moral (idem, p. 22).

Dentre as estratégias da Igreja no Brasil, uma questão tornou-se essencial: a aproximação desta com o Estado. Com a Revolução de 30 e a ascensão de Vargas

ao poder, vislumbrou-se a possibilidade de difundir as idéias doutrinárias cristãs, junto ao novo governo. Dom Leme trabalhou intensamente para enfatizar a importância dos católicos no cenário nacional, organizando concentrações populares a fim de pressionar o Governo Provisório no sentido de atender as reivindicações católicas e impedir que as idéias de esquerda pudessem penetrar na instituição estatal; este receio foi devido a intentona comunista de 1935¹⁸⁴. Outra ação pró-ativa de Dom Leme havia sido a criação da Liga Eleitoral Católica que apoiou candidatos que se comprometeram em defender os postulados católicos, conseguindo eleger um grande número de constituintes em 1933.

Foi neste contexto que se criaram as primeiras escolas de Serviço Social no país em resposta à desigualdade social que se insurgia como questão social assumida pela Igreja em sua versão moralizadora e religiosa, a qual exigia uma ação proeminente e organizada. Esta ação traduziu-se em cursos, e semanas de estudos para a formação de quadros.

Dom Leme convidou, em 1932, a Presidenta Internacional da Juventude Feminina Católica, Mademoiselle Christine de Hemptine para promover um curso sobre a Doutrina Social da Igreja, no Rio de Janeiro, a partir do qual foi fundada a Juventude Feminina Católica naquela cidade (LIMA, 1987).

O marco inicial para a criação da Escola de São Paulo foi um curso organizado pelas cónegas de Santo Agostinho dirigido ao laicato feminino do Centro de Estudos e Ação Social – CEAS. Com duração de 45 dias, em 1932, foi ministrado pela Mademoiselle Adèle de Loneaux, professora da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas. O centro enviou para a Bélgica duas participantes para cursarem Serviço Social, as quais, em seu retorno, fundaram a escola paulista em 1936¹⁸⁵. A formação destas primeiras profissionais imprimiu um caráter de apostolado à profissão, tendo em vista a difusão da doutrina social da igreja.

Sob o mesmo prisma católico, a escola do Rio de Janeiro foi fundada, com as lideranças de Dom Leme, Stela de Faro e Alceu Amoroso Lima. As atividades de

¹⁸⁴ AGUIAR (1984) referencia a publicação do Pe. José Oscar Beozzo sobre o assunto.

¹⁸⁵ Segundo LIMA (1987) as estudantes eram Maria Kiehl e Albertina Ferreira Ramos.

formação social foram consagradas com as Semanas de Ação Social, nos anos de 1936 e 1937.

Conforme demonstrou AGUIAR (1984) na Europa, o Serviço Social nasceu da Ação Social e constitui-se parte, instrumento desta. O Assistente Social – o agente do Serviço Social, da Ação Social – é assim definido: “pessoa metodicamente formada numa escola de Serviço Social, cuja atividade e devotamento, ligando-se a determinada engrenagem da sociedade, tende a regularizar o seu andamento, integrando-a normalmente na marcha em conjunto de toda a sociedade”¹⁸⁶.

A intervenção priorizava a família e o indivíduo, reconduzindo-os a sua integração na sociedade tendo como prisma valores e comportamentos cristãos. As repercussões da questão social eram compreendidas como problemas morais, uma vez que os referenciais teóricos destas profissionais advinham da doutrina social da igreja com base nos escritos de São Tomás de Aquino e dos escritores católicos que retomavam o pensamento deste filósofo, conhecidos como Neotomistas¹⁸⁷. O posicionamento ético-político respaldava-se no humanismo cristão conservador, notoriamente contrário ao laicismo, às ideologias do liberalismo econômico, do socialismo e do comunismo. Mais do que uma profissão era uma vocação.

Na década de 40, a influência Européia era profundamente marcante no Serviço Social brasileiro, em especial a franco-belga. Entretanto, a presença Norteamericana paulatinamente se fez sentir através de técnicas profissionais advindas da teoria social Positivista, que se aliaram aos postulados cristãos.

No governo ditatorial de Vargas, conhecido como Estado Novo¹⁸⁸, o Brasil mantinha estreitas ligações econômicas, particularmente com a Inglaterra e Alemanha, até o início da segunda Guerra Mundial. Contudo, Osvaldo Aranha, Ministro das Relações Exteriores, foi um aliado da política de boa-vizinhança norteamericana. Assim, em 1939, o Brasil realizou acordos militares com o Governo de Roosevelt, o qual ampliou seus investimentos comerciais com os países sul-americanos, o que garantiu a instalação de bases militares americanas no Brasil em

¹⁸⁶ RAMOS, Albertina Ferreira citada por AGUIAR, op. Citado, p. 32.

¹⁸⁷ Leonardo Van Acker, Alexandre Correia, Monsenhor Sentroul, todos citados por AGUIAR (1984).

¹⁸⁸ A partir de um golpe de Estado em 1937.

troca de empréstimos financeiros, dentre os quais financiou a construção da Companhia Siderúrgica Nacional (AGUIAR, 1984). Nesta esteira, ambos os países celebraram não apenas os acordos financeiros, mas também os técnicos e culturais.

Representantes do governo norte-americano convidaram os diretores das Escolas de Serviço Social brasileiras para participar da Conferência de Atlantic City em 1941, sendo oferecidas bolsas de estudos para profissionais brasileiros e latino-americanos para os cursos de especialização naquele país. O legado da formação norte-americana constituiu-se na racionalização dos conteúdos técnicos e metodológicos com o método tripartite: Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, com base na sociologia estrutural – funcional e teorias psicológicas para o conhecimento da personalidade humana. Todo este suporte técnico – científico estava alicerçado na Teoria Social Positivista, fruto do desenvolvimento capitalista urbano – industrial.

A especialização obtida pelas assistentes sociais brasileiras nos Estados Unidos da América, repercutiu numa nova qualificação e sistematização do seu espaço sócio-ocupacional, uma vez que se fazia necessário atender as demandas de um Estado que começava a implantar políticas no campo social, cujo aporte era o desenvolvimento da industrialização e da divisão do trabalho coletivo nos diversos seguimentos comerciais do capitalismo brasileiro. Os próprios profissionais passaram a ocupar um lugar de relevo na divisão sócio-técnica do trabalho, visto a contratação majoritária em órgãos públicos. O caso clássico foi a criação da Legião Brasileira de Assistência – LBA, em 1942, órgão federal de prestação de serviços de assistência social, sob a presidência de honra da primeira dama.

Tendo em vista o incremento do setor econômico que progressivamente deixava de ter características essencialmente agropastoris e, portanto, reclamando a inserção de trabalhadores afetos aos setores secundários e terciários da economia, os Governos de Vargas e posteriormente, o de Dutra autorizaram a criação de instituições patronais voltadas para a formação da mão – de – obra qualificada ao desenvolvimento da indústria e do comércio, como também para prestarem serviços sociais aos trabalhadores e suas famílias, no intuito de ampliar a reprodução social desta classe. Sob a alegação de que era necessário promover a integração e a

solidariedade entre patrões e empregados para o desenvolvimento do país, foram criadas instituições que formaram o sistema “S”: SESI (1946), SENAI (1942), SENAC (1946) e SESC (1946). Nestes órgãos, os Assistentes Sociais desenvolveram ações educativas e assistenciais no atendimento as demandas dos trabalhadores, no sentido de seu ajustamento psicossocial às novas configurações do mercado de trabalho em expansão, e sua integração social nos processos de urbanização.

4.2 – A INCURSÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A expansão produtiva significou a incorporação de maiores contingentes de trabalhadores, sobretudo daqueles que integravam os setores fundamentais no transporte, armazenamento e comercialização dos produtos chaves na carteira de exportação do Brasil. Estes trabalhadores eram os responsáveis pela produção, expansão e lucratividade da economia e por isso, seu poder reivindicatório adentrou na pauta da agenda governamental; assim, a década de 40 foi marcada pela ampliação da política previdenciária e com ela a inserção do Serviço Social.

No intuito de resgatar o aspecto histórico da inauguração do Serviço Social junto aos institutos previdenciários existentes, PARANAGUÁ¹⁸⁹ fez o seguinte relato:

Foi em 1945 que se fez a fundamentação legal do Serviço Social previdenciário, pela portaria do Departamento Nacional da Previdência Social n. 545, de 31 de março de 1945. Essa portaria determinou que os Institutos e Caixas concedessem bolsas de estudo no campo do Serviço Social a qualquer servidor que desejasse seguir um curso intensivo nas escolas de Serviço Social já existentes no país, preconizando seu ingresso de acordo com o currículo, ao curso ordinário que, na época era de três anos e que depois se estendeu para quatro. Essa determinação foi assinada pelo Dr. Moacir Veloso. Em 1948, houve um outro ofício circular, de número 25, publicado no Diário Oficial da União, que estabelecia que essas normas deveriam ser observadas na criação de novos setores do Serviço Social na Previdência e considerava o Serviço Social como assistência complementar no que se referia à sua atuação junto aos indivíduos, aos grupos, e à comunidade previdenciária a que pertencia e à sua ação social frente à coletividade. Estava, então, lançado o alicerce da individualização dos benefícios e a sua respectiva humanização, e da ação educativa que nós, assistentes sociais, iríamos desenvolver.

¹⁸⁹ PARANAGUÁ, Rita de Cássia Revoredo. Eu amo a previdência. Eu amo o Serviço Social. Serviço Social & Sociedade. Ano IV. Nº 12. São Paulo: Cortez, agosto de 1983. p. 66.

Apesar do depoimento transcrito acima, de uma assistente social que participou do processo de implantação do Serviço Social no extinto IAPC, não há consenso quanto ao marco inicial do Serviço Social Previdenciário. SILVA¹⁹⁰ situou que:

Não há consenso quanto ao marco inicial: Para Iamamoto (1982:300), a primeira experiência oficial de implantação do Serviço Social dá-se em 1942 quando o IAPC organiza a Seção de Estudos e Assistência Social, sob a direção de Luís Carlos Mancini. Para a mesma autora, o início efetivo de organização do Serviço Social dá-se em 1945 com os cursos intensivos de Serviço Social para os funcionários dos diversos Institutos e Caixas (1982:305). Segundo Paranaguá (1983:66), Foi em 1945 que se fez a fundamentação legal do Serviço Social previdenciário, pela Portaria do DNPS n. 545, de 31/03/45. Já que, conforme o CFESS, o Serviço Social foi instituído na Previdência Pública, através da Portaria 25, de 8/4/44, do então Conselho Nacional do Trabalho – CNT.

SILVA (2007) apontou que foi pela Portaria nº.52 de 1944 que o presidente do Conselho Nacional do Trabalho autorizou a organização de um Serviço Social pelos institutos e caixas, pois o mesmo em sua conceituação técnica atenderia às finalidades das instituições previdenciárias no concerne aos setores de benefícios, construções de conjuntos residenciais e assistência médica. Desse modo, o delineamento do Serviço Social previdenciário encontrou na conjuntura de declínio da ditadura Vargas os alicerces para sua institucionalização.

Contudo, a introdução dos quadros de Assistentes Sociais se fez de modo heterogêneo e distinto em cada Instituto, segundo IAMAMOTO (2004), da mesma forma como eram desiguais entre si no que concerne a estrutura, o desenvolvimento e os benefícios prestados em cada um. Para ela, a contratação destes profissionais dependeu das características da burocracia de cada organismo, do campo e espaço que os assistentes sociais foram capazes de abrir e ocupar. No início, a incursão dos Assistentes Sociais ocorreu nas administrações centrais dos Institutos, posteriormente, no decorrer da década de 50, generalizaram-se pelas Delegacias Regionais das instituições previdenciárias as Seções ou Turmas de Serviço Social.

¹⁹⁰ SILVA, Ademir Alves. O Serviço Social na Previdência Social: entre a necessidade social e o benefício. 2007. p.16.

SILVA (2007) destacou que em 1948, o Ofício Circular Nº. 250 do Departamento Nacional de Previdência Social houve a adoção, a título experimental, da:

Organização de seções de Serviço Social, lotação nas referidas seções dos servidores com curso regular de “assistência social” ou com curso intensivo de “auxiliar social”, distribuição, sob regime de adiantamento de “pequena dotação para fazer face às despesas miúdas, passagens a serviço etc.”, controle do registro de entrada e saída dos servidores, observadas as necessidades dos “trabalhos de serviço social”, colaboração dos diversos órgãos da instituição, não aumento de despesa quanto a pessoal pelo aproveitamento dos servidores já disponíveis, e concessão de bolsas de estudo para “o preparo de novos servidores nessa relevante atividade.”¹⁹¹

Após a criação da Seção dirigida pelo Sr. Luís Carlos Mancini¹⁹² junto ao IAPC, a principal atividade foi a realização de ampla pesquisa sobre o “meio e modo de vida” dos segurados. Os resultados permitiram ao grupo pioneiro sistematizar uma série de contribuições que seriam possíveis, utilizando os métodos e técnicas de Serviço Social, junto ao Seguro Social.

(...) a fundamentação do seguro na consciência popular para que possa cumprir sua função de “integração social”; a “reconciliação” entre os Institutos e a massa segurada; a ampliação do raio de ação da Previdência, vinculada ao Serviço Social, para atingir de forma mais ampla a consciência e a reprodução material da Força de Trabalho.¹⁹³

A defesa para a promoção de amplas pesquisas periódicas realizada por estes profissionais residia no fato de que a legislação previdenciária havia sido copiada de outros países e por isso deveria ser corrigida, adaptando-a a realidade nacional e desse modo, orientando as ações do seguro e do socorro material, tornando-os mais eficientes na medida em que estariam voltados às peculiaridades dos ambientes em que viviam os clientes.

¹⁹¹ Idem p. 20.

¹⁹² Conforme IAMAMOTO (2004), o Sr. Luís Carlos Mancini diplomou-se na primeira turma da Escola de Serviço Social de São Paulo e foi o primeiro diretor da Revista Serviço Social, editada pelo Centro de Estudos e Ação Social daquele Estado.

¹⁹³ IAMAMOTO, Marilda Villela. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 16ª ed. 2004. p. 295.

Outra proposição foi a criação dos clubes da previdência (Idem, p. 296), atividade que possibilitaria a participação dos usuários no debate sobre os problemas afetos ao Seguro Social, concomitante a promoção de ação social junto a empregados e empregadores com o propósito de esclarecer os direitos e deveres relativos ao Seguro Social, inaugurando o seu papel educativo nesta área. O Assistente Social imbuu-se na função de elemento habilitado como “esclarecedor do Seguro Social”, desempenhando fundamentalmente um papel educativo, ouvindo as queixas, esclarecendo e reconfortando o associado (Idem, p. 296).

Estavam lançadas as bases do paradigma que seria perseguido pelo Serviço Social no campo previdenciário durante as décadas seguintes: a humanização da burocracia como contraponto a frieza das técnicas atuariais. Visando atender as “múltiplas carências” dos associados (idem, p. 297), os Assistentes Sociais colocaram-se como os agentes que contribuiriam na integração entre os Institutos e a massa segurada, dando-lhe um conteúdo social, e incorporando-se as instituições previdenciárias através de atividades de cunho educativo, as quais complementariam o cumprimento das técnicas do seguro social; porém, agregando-lhes valor na otimização do bem-estar dos associados.

Na concepção da nascente previdência brasileira, o Serviço Social assumiu seu espaço como assistência complementar no repertório dos serviços e benefícios concedidos pelos institutos. PARANAGUÁ (1983) asseverou que estavam lançados os alicerces da individualização dos benefícios e sua respectiva humanização. Por seu caráter complementar, a práticas dos profissionais assentava-se sobre a focalização, seletividade e residualidade da provisão de necessidades e de sua reprodução social. Tratados como casos sociais, os “clientes” tinham na individualização da assistência prestada a subtração de seu vínculo de classe e assim, uma possibilidade de adesão ao projeto econômico por via do ajustamento a nova demanda produtiva.

Até 1950 as seções de Serviço Social que são organizadas em diversos Institutos ou Caixas permaneceram em geral ligadas à administração central dessas instituições, possuindo um âmbito de atuação extremamente reduzido. No IAPC, por exemplo, onde se cria a primeira seção de Serviço Social, sua atuação – além dos trabalhos de pesquisa – se limitará durante vários anos aos conjuntos habitacionais construídos pela instituição. No período 1947-49 iniciam-se as atividades junto ao setor médico (hospitais e ambulatórios) e apenas em 1950, com a implantação da Seção de Informações e Orientação, passa a atingir os vários setores do Instituto. Nas Delegacias Regionais, apesar da existência no quadro funcional de estudantes e Assistentes Sociais diplomados, apenas a partir de 1949 são criadas Turmas de Serviço Social. Aí, já serão estruturadas tendo em vista atuar nos diversos departamentos e serviços assistenciais. No IAPI, até 1947 o Serviço Social se limitará a um conjunto residencial no Rio de Janeiro, e sua extensão aos demais departamentos da sede assim como às Delegacias Regionais ocorrerá apenas no início da década de 50. (IAMAMOTO, 2004:298).

Com referência a implantação do Serviço Social nas Delegacias Regionais brasileiras a experiência no Estado do Paraná confirma a tese de que estas ocorreram de modo desigual, tanto no tempo como na área de atuação em que estariam inseridos os profissionais, o que faz refletir sobre a não existência de um planejamento prévio, oriundo das Administrações Centrais de cada Instituto, para a inserção do Serviço Social; havia sim a autonomia de cada regional em contratar, de acordo com a necessidade sentida localmente. Outro aspecto a ser considerado era a contratação de quadros sem a existência de um concurso público, conforme o debate apresentado no capítulo que discutiu a racionalidade burocrática do IAPI. O depoimento da Assistente Social Rosete Pereira Hilú, responde a indagação quanto à existência do Serviço Social do IAPI no Paraná, quando de sua contratação em 1962.

“Não existia. (...) não existia oficialmente, talvez a Maria Luiza Guimarães fizesse alguma coisa, mas ela era formada em dentista, de professora e depois ela ficou encarregada do Serviço Social. Ela tinha feito o curso, mas só que para ela fazer o trabalho ela demorou 10 anos. (...) mas, é que eu tinha feito o trabalho (TCC)... lá no IAPI eles se uniram assim, os coordenadores de serviços, então cada um apresentou um candidato... meu tio me apresentou e foi lá para o Rio. (...) eles estavam como delegados substitutos, assim porque faltou qualquer coisa; bom, sei que ele foi lá para ver alguns negócios lá no Rio, daí então ele perguntou...isso foi em 62 (...) deu aquele frio na espinha, quem será? quando disseram que tinha sido eu que era única que estava com os papéis todos arrumados, legalizados no Ministério da Educação, ah! Ele criou até alma nova! Sei que... naquela época quando eu terminei meu trabalho era para trabalhar no Hospital das Clínicas; depois houve uma falta de ... negócio de politicagem também! e não me avisaram que eu tinha que fazer a prova lá, quando eu fui lá, quando vim a saber, já tinham feito (...).”

“Aqui em Curitiba, foi em 62, oficialmente é isso. Então nós trabalhávamos com segurados em geral, então eram duas salinhas pequenininhas para eu e ela no começo, depois também é que a Ema Bastos, que é falecida, entrou, só quero ver quando... acho que foi em 65 que ela entrou...”

O Serviço Social na previdência exerceu em caráter supletivo e complementar a atividade central do Seguro Social, o qual pela sua natureza subordina-se a racionalidade técnica atuarial. A argumentação sobre a importância do Serviço Social assentava-se na idéia de que os segurados apresentavam uma gama de problemas sociais que estavam além das possibilidades de atendimento da instituição, então se fazia necessária a atuação do Assistente Social humanizando a instituição na “individualização dos benefícios e da assistência”. Estes procedimentos tinham por base arsenal teórico e técnico tradicional, evidenciando as características e particularidades de cada caso, considerando o segurado como um ser humano em sua totalidade, sua personalidade e seu meio social.

O papel preponderante do Assistente Social estava na Educação Social do segurado e de seus dependentes, entendendo-os em seus direitos e deveres diante do seguro. Assim, a educação previdenciária possibilitaria um melhor aproveitamento dos serviços e benefícios por parte da clientela, tornando mais seletivas as demandas do seguro, treinando-os para uma adesão consciente às normas pré-estabelecidas, sem que tivesse havido a participação e representação de sua classe nas definições normativas ali estabelecidas.

Com relação à Assistência Patronal que funcionava no interior do IAPI, uma Resolução, editada em 1961, dispunha sobre a execução dos serviços médicos de pessoal e a concessão de auxílios diversos e neste sentido, ampliou o rol serviços assistenciais com a odontologia, assistência farmacêutica e incluiu pela primeira vez o Serviço Social Médico. Quando questionada sobre a existência de um Assistente Social na Assistência Patronal junto a Delegacia Regional do Paraná, a entrevistada revelou:

(...) “Não, não tinha!... Bom...Acho que ali quero ver, acho que a parte de pessoal, a parte da Dona Alice Karam, aquela outra menina, acho que da turminha antiga...ali a... que era o doutor Francisco Faria que era da...ele ficou na parte de pessoal muitos e muitos anos...foi através do serviço de pessoal” ...¹⁹⁴

Contudo a Resolução nº. 3.799 de 23 de Outubro de 1961 especificava as atribuições do Serviço Social Médico junto a Assistência Patronal:

2.6 – O Serviço Social – Médico, que tem por fim o estudo e o tratamento dos problemas sociais que determinam a doença, impedem ou dificultam a cura, terá ação preventiva e curativa, devendo ser prestada de acordo com normas especiais.

2.61 – Compreenderá este serviço técnico – especializado as seguintes atividades:

- a) prática do Serviço Social de Casos e de Grupos;
- b) desenvolvimento de programas médico – sociais;
- c) participação no aperfeiçoamento de profissionais;
- d) pesquisas médico – sociais.

O Serviço Social foi designado pela Assistência Patronal do IAPI como atividade técnica – científica especializada em identificar os problemas sociais, entendidos como ambientais que atuavam como determinantes das doenças, propondo tratamento adequado àqueles fatores que impediriam ou dificultariam a “cura” para o alcance do Bem – Estar. Sua ação poderia ser de caráter preventivo ou curativo. Destaca-se a influência dos métodos de Caso e Grupo como integrantes do arsenal teórico-metodológico profissional e das técnicas de pesquisa para o levantamento dos indicadores médicos-sociais.

A concepção sobre os problemas sociais, defendidos pelos Assistentes Sociais que inauguravam sua intervenção junto a Assistência Patronal do IAPI, estava assentada numa origem patológica, tal qual uma enfermidade que acomete o organismo humano, por isso, as ações profissionais utilizavam a terminologia médica, como diagnóstico, tratamento e cura (ESCORSIM, 2002).

No caso do IAPC e especificamente na cidade de São Paulo, o Serviço Social já havia consolidado a sua presença junto ao atendimento da massa segurada e por ter sido o pioneiro, sua experiência era repassada aos estudantes do curso que

¹⁹⁴ Entrevista com a Assistente Social Rosete Pereira Hilú.

cumpriam o estágio obrigatório, como foi o caso da entrevistada, a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira:

“Eu entrei na escola de serviço social em 1959 e no primeiro ano nós não tínhamos estágio, nós tínhamos estágio a partir do segundo ano; naquela época era assim e o departamento de estágio é que escolhia aonde encaminhava...você não podia escolher, então, me deram duas opções, a vara de família, que era o juizado de menores e a previdência social, que no caso era o IAPC. IAPC era um instituto (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos comerciários) que aceitava estagiários, a chefe do serviço era uma pessoa muito reconhecida dentro do meio do Serviço Social, a Rita de Cássia Revoredo Paranaguá; ela foi minha primeira chefe no estágio. Aí fui para lá, nos primeiros dias que funcionava ali no viaduto Santa Efigênia, e eram vários assistentes sociais, mas eu fiquei um mês inteiro, Silvana, lendo todos os atos, Porque eu não entro “alguém me falou assim, porque tem que ser assim”... Não, vou ler para saber por que tem que ser assim! Então fiquei naquela biblioteca do IAPC Silvana, um mês inteirinho e li todos os atos da previdência referente ao instituto dos comerciários, porque não tinha a menor noção do que era o IAPC, IAPI, então me enfronhei em toda a parte do IAPC e aí parti para a parte dos próprios benefícios concedidos pelo instituto à classe dos comerciários e logo depois fui colocada no plantão deste Serviço Social, onde a gente orientava toda a parte de benefícios, documentação, todos os cargos que ficaram em pendências de justificação administrativas para conceder o benefício, eles pediam para o Serviço Social fazer visitas, verificar se tinha realmente documentação, para ver se as pessoas que morriam de repente... se a família não sabia se ele contribuía ou não contribuía; então esta parte toda a gente do Serviço Social que ajudava na justificação administrativa com relatórios e recursos; têm aí vários recursos, várias pessoas foram concedidas com meu estudo social, modéstia a parte, se está falando o que tinha que ser, o Serviço Social tinha uma função preponderante, era altamente respeitado pela divisão de benefícios, era o Sr. Ciro Rezende, se não me engano, (...) o pessoal tinha pavor do Sr. Ciro, mas ele tinha uma ligação muito boa com o serviço social, ele acreditava no Serviço Social, porque a Dona Rita de Cássia conseguiu implantar um serviço social a altura dentro do IAPC, então a gente tinha uma turma que funcionava na própria superintendência, no IAPC ali no viaduto da Santa Efigênia e tínhamos uma parte do Serviço Social que funcionava no Hospital Brigadeiro, que era o hospital dos comerciários. Depois que fiquei uns dois ou três meses na parte de benefícios, orientação de benefícios”...¹⁹⁵

A partir do depoimento acima, pode-se constatar que as estratégias profissionais eleitas para o atendimento dos segurados constituíam-se de Educação Previdenciária: na qual o Assistente Social atuava como informante habilitado a esclarecer os direitos e deveres do segurado; Educação Social: que consistia na orientação sobre o orçamento doméstico, readaptação e reintegração profissional, orientações sobre profilaxia sanitária, puericultura, higiene e condições gerais de

¹⁹⁵ Entrevista realizada com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira, em 30/08/09, diplomada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em 1962 e concursada pelo IAPC/SP no mesmo ano. Esta profissional implantou o Serviço Social na GEAP/SP, quando da privatização da Fundação, atuando no período de junho de 1990 até 2001.

moradia; Orientação social: nos casos de invalidez, morte e indeferimento dos benefícios; Estudos sócio-econômicos que determinavam o grau de carência e subsidiavam a concessão de auxílios diversos, aparelhos ortopédicos, medicamentos e financiamento para os imóveis, entre outros; além dos plantões sociais para informações gerais e triagens para os encaminhamentos aos serviços e benefícios dos Institutos, como também da comunidade.

AGUIAR (1984) argumentou que as assistentes sociais brasileiras buscavam as traduções dos livros norte-americanos referentes aos processos de Caso, Grupo e Comunidade, em particular dos capítulos referentes às técnicas, prevalecendo como fundamentação teórica o Neotomismo, nos programas de filosofia, junto à grade curricular dos cursos até o início dos anos 60. O que justificou a convivência dos postulados cristãos e Neotomistas ao tecnicismo norte-americano em sua visão funcionalista. IAMAMOTO (2004) denominou de “arranjo teórico doutrinário”, o qual buscou aliançar o discurso humanista cristão ao suporte positivista de cunho conservador.

Quando perguntadas sobre a influência da doutrina católica sobre a formação profissional, as assistentes sociais entrevistadas nesta pesquisa e formadas no início da década de 60, assim se manifestaram:

*“Acho. Muito forte, muito forte! Para o professor de filosofia, principalmente, era tudo na Rerum Novarum....nas encíclicas”...*¹⁹⁶

*“Católica, católica... não tinha a menor dúvida! Eram as Encíclicas debaixo do braço...era...era...receita de bolo ...”*¹⁹⁷

A preferência profissional por estas matrizes teórico-metodológicas, está profundamente amalgamada no conhecimento de uma sociedade burguesa e suas relações de classe, a partir da intensificação do capitalismo no Brasil. A Matriz Positivista lhe possibilitou uma visão teórica das relações sociais como fatos

¹⁹⁶ Entrevista realizada com a Assistente Social Rosete Pereira Hilú, em 10/10/09, diplomada em 1960 pela Universidade Católica do Paraná e primeira profissional contratada pelo IAPI no Paraná em 1962, aposentando-se como servidora do INSS em 1988.

¹⁹⁷ Entrevista realizada com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira em 30/08/09.

fragmentados, observáveis, passíveis de verificação e experimentação, a partir de sua imediaticidade e objetividade e, portanto, da utilização de técnicas que permitiram a apreensão instrumental e imediata do ser social, despolitizadas e descontextualizadas de questões estruturais do capitalismo. As entrevistas apontaram à influência do tecnicismo norte-americano na formação:

*“Isso! Mary Richmond, Gordon Hamilton...Caso, Grupo (...) Eram, eram esses os autores. Eram nesses que eles se baseavam para nos transmitir”...*¹⁹⁸

“Eram, nós tínhamos, nossa! Os relatórios tinham que ter tudo, estudos, entrevistas, diagnósticos, tratamento, conclusão, tinha tudo, era bem... Na nossa visão daquela época, era bem científico, não sei hoje, se poderia enquadrar como tal, acho que não, mas naquela época sim, sem dúvida, muito, muito... É nós tínhamos que seguir o beabá dos relatórios, todos lá... e como é... lembra que a gente tinha o Gordon Hamilton dava modelos de relatório, quer dizer, tudo focado para a visão norte americana, mas era aquilo que a gente tinha que seguir, porque na realidade nós não tínhamos nada, os autores eram todos de fora, a não ser teses destas outras papisas¹⁹⁹, vamos dizer do Serviço Social antigo, mas a base fundamental da literatura era a americana, eram...Encíclicas, Gordon Hamilton, Ana Garret²⁰⁰ (...)”²⁰¹.

Entretanto, se o arranjo teórico-doutrinário mostrou-se possível no discurso a intervenção técnico-operativa não se fazia sem um conteúdo apostólico cristão, o que descaracterizada a neutralidade científica proposta na teoria matriz. Cabe destacar que no arcabouço da influência norte-americana a concepção pragmática²⁰² como doutrina, apresentava o conhecimento como instrumento da ação e não da contemplação. São os resultados práticos que evidenciam o valor de uma verdade e como esta tende a subjetividade, sucede uma visão psicológica e voluntarista das relações entre os homens e as coisas²⁰³.

É a partir desta mediação que se pode entender a articulação realizada pelos profissionais brasileiros entre a Matriz Positivista, o Neotomismo e o recurso a elementos teóricos - metodológicos da sociologia funcionalista e da psicologia,

¹⁹⁸ Entrevista com a Assistente Social Rosete Pereira Hilú.

¹⁹⁹ A entrevistada referiu-se as Professoras Nadir Gouveia Kfour, Helena Iracy Junqueira, entre outras.

²⁰⁰ A Autora em questão chama-se Anete Garret que publicou um livro sobre entrevista.

²⁰¹ Entrevista com Maria Regina de Oliveira Vieira.

²⁰² Charles Pierce foi o fundador do pragmatismo com a publicação de um artigo em 1878. Mas foi William James que deu ao sistema de idéias uma estrutura mais coesa.

²⁰³ FRANÇA, Pe. Leonel S. J. Noções de história da filosofia. 1978, p. 228.

constituindo um arranjo próprio, endógeno, o qual se poderia qualificar como “fundamentação pragmática – doutrinária conservadora”.

4.3 - A IDEOLOGIA DO DESENVOLVIMENTISMO E O SERVIÇO SOCIAL

O término da Segunda Guerra Mundial inaugurou um período de antagonismos e tensões entre dois projetos societários mundiais: o primeiro referente ao modelo político – econômico capitalista, cuja liderança recaiu nos Estados Unidos. Este país havia capitaneado o eixo dos Aliados durante a guerra, países defensores da democracia liberal, sustentadora da economia de mercado, dentre os quais o Brasil havia finalmente se integrado e o segundo projeto, dos países que defendiam o modelo político – econômico do socialismo, com a estatização da economia e das políticas públicas, como fundamento de igualdade de acessos a bens e serviços aos seus cidadãos. Neste último, a liderança do bloco era exercida pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Ambos os países líderes saíram da guerra contra o eixo: Alemanha, Itália e Japão, fortalecidos no campo econômico e tecnológico. Isto foi possível devido a produção intensiva de equipamentos bélicos e de produtos de primeira necessidade, fornecidos aos países da Europa envolvidos no confronto e, no pós-guerra, obtendo o controle político e econômico sobre o território dos derrotados. A apropriação da tecnologia, em particular da Alemanha, viabilizou-lhes saltos qualitativos na indústria de bens duráveis e de consumo, como também, na manipulação da energia atômica. O que significou para o mundo a polarização de duas forças igualmente beligerantes. Inaugurou-se o período denominado de Guerra Fria.

O pós 2ª Guerra também proporcionou a generalização das políticas de seguridade social, em especial, do Welfare State nos países europeus de capitalismo maduro, dentre os quais o exemplo mais influente foi o Plano Beveridge na

Inglaterra, a partir de 1942. Este plano fundamentou-se nas teorias Keynesianas²⁰⁴ promotoras de redistribuição de renda, e atuou como base para a reforma da previdência social naquele país, tendo difundido a concepção de uma seguridade social universalizada, na qual a articulação entre a previdência e assistência assume um papel relevante na proteção social (SANDRONI, 1992).

Neste contexto, a política externa fomentada pelos Estados Unidos foi a criação de um organismo internacional que auxiliasse o trabalho de reconstrução dos países atingidos pela guerra, resolver seus problemas de abastecimento, como também, revitalizar o sistema econômico capitalista. Para atender a estes interesses a Organização das Nações Unidas (ONU) foi fundada em 1945.

Em suas assembléias, logo passaram a perceber que os problemas dos países subdesenvolvidos não se resolveriam, tão somente, com a reorganização dos países industrializados, afetados pela guerra (AGUIAR, 1984). Desse modo, foram organizadas assistências técnicas e financeiras, conjuntamente com programas de desenvolvimento, elaborados por técnicos da ONU, sob o aval norte-americano, dirigidos aos países dependentes e periféricos. Estes programas atuavam nas áreas de educação fundamental, informação agrícola, saúde e cooperativismo. Tal como afirmou AGUIAR (1984:70):

Esses programas, bem como o trabalho da ONU, inserem-se na perspectiva de “preservar o mundo livre” de ideologias não democráticas. Partem do pressuposto de que as populações pobres têm maior receptividade ao comunismo. Então é preciso melhorar e desenvolver o sistema capitalista. Daí a busca de estratégias, uma das quais será a implantação de programas de Desenvolvimento de Comunidade.

A ONU defendeu a ideologia do desenvolvimento, como parte da estratégia de integração da América Latina, na condição de mercado consumidor de produtos manufaturados e fornecedor de matérias primas ao capitalismo monopolista. Pelo

²⁰⁴ John Maynard Keynes, economista inglês, publicou a sua Teoria Geral em 1936, no qual propunha a intervenção do Estado na economia a fim de restabelecer o equilíbrio econômico, através de uma política fiscal, creditícia e de investimentos nos períodos de crise. Nos períodos de prosperidade do capital, deveria formar um superávit, com uma política tributária alta, para utilizá-la no pagamento da dívida pública e formar fundos de reserva a serem investidos nos períodos de depressão. SANDRONI, 1992.

seu caráter conservador, subalterno e operacional, o Serviço Social foi eleito, por este órgão, como a profissão capaz de mobilizar a população para sua participação nos programas e motivar a sua integração aos projetos de desenvolvimento econômico e social, no qual ela deveria aliar seus esforços aos governamentais a fim de compartilhar do “progresso nacional”.

Assim, em 1960 a própria ONU apresentou a sua conceituação para o Serviço Social: O Serviço Social de Casos é uma ação dinâmica mútua entre o Assistente Social e o cliente, deliberadamente utilizada para o tratamento social, e que se origina no estudo do indivíduo e na situação peculiar em que se encontra, nos problemas que o afetam e da maneira em que se pode ajudar a resolvê-lo, mediante seus próprios recursos e os da comunidade (AGUIAR, 1984). Esta visão veio de encontro à definição do objeto profissional que naquela ocasião era considerado como a disfunção social entre o indivíduo e a sociedade, o problema a ser trabalhado. Desse modo, a intervenção profissional deveria contribuir para a máxima adaptação e integração do homem no desenvolvimento social, a um bem-estar social do qual não se tinha parâmetros concretos, portanto, idealizado.

Apesar do crescimento acelerado da industrialização no Brasil, na década de 50, o país situava-se no perímetro dos subdesenvolvidos, por esta razão, a discussão sobre as fórmulas para o desenvolvimento com crescimento da economia industrial estava em foco; o desenvolvimento social seria uma decorrência do primeiro. Contudo, os organismos internacionais recomendaram o Desenvolvimento de Comunidade como uma estratégia atenuadora do subdesenvolvimento. Assim, o Serviço Social brasileiro adequou-se a estas experiências, provenientes dos programas norte-americanos, que foram fielmente aplicados no meio rural.

O conhecimento teórico-prático sobre a metodologia do Desenvolvimento de Comunidade foi trazido pelas profissionais que haviam estudado nos Estados Unidos. A primeira a especializar-se nesta área foi Helena Iracy Junqueira, conforme relatou LIMA (1987:69):

Helena Iracy Junqueira, outra assistente, fez nos Estados Unidos o curso de aperfeiçoamento em Serviço Social na Universidade de Pittsburgh, na Pensilvânia, de 1944 a 1945. Tinha a intenção de especializar-se em Community Organization, pelo interesse em estudar Desenvolvimento de Comunidade, Ação Comunitária ou Organização de Comunidade. Por tratar-se de uma nova área, organizaram um curso só para ela. Ao regressar ao Brasil, assumindo função docente, introduziu em 1945, no currículo da Escola de Serviço Social de São Paulo, a disciplina Organização Social de Comunidade.

A inclusão da disciplina de Organização Social de Comunidade na escola paulista não deixa dúvidas quanto à influência teórica e metodológica do Funcionalismo norte-americano, em sua concepção. O trabalho em comunidades teve como premissa o reajustamento dos problemas sociais, entendidos como disfuncionais ao sistema social que neste caso é o sistema capitalista. Contudo, a gênese destes problemas era devida às dificuldades individuais ou grupais, de desadaptação, no desempenho adequado dos papéis sociais. Para tanto, o profissional recorria a sistematização de seus conhecimentos metodológicos para propor o diagnóstico da situação e o tratamento ao problema, tendo como meta a correção das disfuncionalidades, readaptando seus clientes à homeostase social.

Com a apropriação de um arsenal tecnicamente qualificado e uma prática socialmente reconhecida, os Assistentes Sociais vivenciaram uma ampliação significativa em seu mercado de trabalho, visto a emergência de políticas públicas desenvolvidas pela União, Estados e Municípios, nas empresas e organizações privadas, como também nas indústrias e hospitais.

O Serviço Social mostrava a sua competência no apaziguamento das relações entre capital e trabalho. Na readaptação social dos indivíduos e grupos para a ordem social vigente, representadas por suas instituições, e na reabilitação da saúde física e mental da classe trabalhadora, atendendo os quesitos para a sua reprodução física, espiritual e social. As atribuições profissionais foram gradativamente ampliadas para as atividades de planejamento, execução e administração de programas e projetos sociais.

“Sim, pensão, aposentadoria, a folha de permanência no serviço auxílio doença, auxílio reclusão, a gente orientava sobre todos os benefícios, a nossa era a interpretação da previdência social junto à classe comerciária, que não sabia nem porque pagava o instituto, então a gente formava grupos, convocávamos... deixávamos um questionário no setor de benefícios...as idéias vem vindo assim, se você quiser perguntar, pode perguntar...A gente deixava o questionário se a pessoa queria participar de uma orientação sobre os benefícios, das leis que eles tinham direto, e muitos aceitavam; aí a gente marcava, eram grupos, grupos de interpretação da previdência e isso era o Serviço Social que fazia. Depois que a gente ficou uns meses nesse trabalho, a Dona Cássia me perguntou se eu gostaria de fazer uma experiência junto ao hospital, eu falei então vamos, tenho que fazer o estágio, aqui ou lá! Fiquei um ano no hospital dos comerciários na parte da clínica de ortopedia. Trabalhei com o Dr. Átila, e era toda aquela parte de orientação com os familiares, a gente fazia visitas para os pacientes internados, tinha gente que a família largava lá e nunca mais aparecia. O que comumente o Serviço Social faz, não mudou muito daquela época para cá, eu acho! então a gente tentava humanizar a previdência, a gente tentava fazer a humanização da previdência. Fomos um ano lá e depois voltei para a sede. O que eu gostava na verdade, era das leis trabalhistas, mesmo a área médica não gostava muito porque a gente via muita coisa e você não podia interferir, tinha coisa que a gente não concordava e para não criar atrito entre o Serviço Social e a superintendência médica, pedi a Dona Cássia: quero voltar para a sede. Ela perguntou por que e eu falei, mas... Aí ela me chamou de volta para a superintendência onde eu fiquei com eles até...aí me formei, em 1962, houve um concurso interno e eu participei, entrei, fui aprovada. Depois fui para outro concurso, passei e fiquei. Neste ínterim, Silvana, quando eu estava trabalhando no hospital, a escola de Serviço Social me perguntou se eu queria fazer meio período no juizado de menores. Eu pensei, pensei e como não era casada e não tinha filhos nem nada, trabalhava só seis horas no IAPC; então vamos para lá. E fui para o juizado de menores e fiquei um ano lá, na agência da Vila Matilde, longe para danar naquela época, mas depois tive que fazer a opção, ou ficava no IAPC ou no juizado. Aí eu preferi o IAPC, ficamos como funcionárias; aí fiz o concurso, passei, ficamos como funcionária. E assim fomos até 1966. No comecinho de 66 nós já estávamos ouvindo uns burburinhos que o ministro, Sr. Jair Murenbaik, daquela época, queria fazer modificações na previdência, porque precisava unir toda a classe trabalhadora, fazer o instituto só com uma coordenação, mas na verdade a gente soube”...²⁰⁵

Segundo AGUIAR (1984) o Serviço Social brasileiro assumiu mais claramente a postura desenvolvimentista ao final do governo de Juscelino Kubitschek. A partir do apoio governamental e dos organismos internacionais emergem publicações de autores nacionais sobre o Desenvolvimento de Comunidade²⁰⁶, contudo, sem situar estas experiências na contradição da sociedade capitalista. Estas obras evidenciam os conceitos de integração e participação social; ambos foram utilizados na perspectiva de criação de consensos, que afastam a população do processo decisório mais geral da sociedade. Tratam de uma participação adstrita aos

²⁰⁵ Entrevista com Maria Regina de Oliveira Vieira.

²⁰⁶ José Arthur Rios (Educação dos Grupos) apoiou sua análise na teoria funcional de Talcott Parsons e Balbina Ottoni Vieira (Introdução à Organização Social de Comunidade) utilizou o arsenal Positivista Comteano, segundo análise de Safira Amman, em AGUIAR, op. Citado, p. 86.

problemas locais e a socialização pelo processo de integração, cujo aporte teórico era claramente o funcionalista. A busca deste consenso social que homogeneíza as diferenças, em torno da idéia de colaboração coletiva, traduz o ideário do desenvolvimentismo, no qual todos os cidadãos poderiam desfrutar dos benefícios que só o desenvolvimento econômico poderia conquistar.

Com a Revolução Cubana (1959) os Estados Unidos da América intensificaram projetos nos países subdesenvolvidos com a finalidade de diminuir a miséria e a pobreza, a fim de impedir a expansão do comunismo, em particular na América Latina. Nesta direção, durante o governo de Jânio Quadros fundou-se a Aliança para o Progresso, em agosto de 1961. Na “Declaração aos povos da América” os países signatários comprometeram-se em combater os problemas sociais e incentivar o desenvolvimento econômico e social, objetivando equivaler os países subdesenvolvidos aos industrializados. Os Assistentes Sociais foram incorporados nos projetos da Aliança para o Progresso, assumindo plenamente o discurso do desenvolvimento. Este discurso alcançou os congressos da categoria que se via imbuída em promover o Bem – Estar Social.

Após a renúncia de Jânio Quadros, seu vice João Goulart, assumiu a presidência no sistema parlamentarista, visto que não desfrutava da confiança da direita e nem dos militares. Goulart buscou estabilizar a economia, visto a inflação do período que penalizava a classe trabalhadora. Gradativamente, assumiu posições políticas esquerdistas, declarando-se favorável a ampla reforma agrária e as reformas de base, ainda que em seu governo (presidencialista a partir de 1963), tentou-se conciliar desenvolvimento, com altos índices de crescimento da economia e combate a inflação, com mudanças sociais e políticas.

A partir do insucesso do programa de estabilização, ante as insatisfações da classe trabalhadora, o presidente reformulou o seu ministério e passou a promover redistribuição de terras, o nacionalismo econômico com desengajamento internacional e mobilização das massas, o que o fez perder o apoio das posições centralizadoras. As classes populares foram envolvidas num grande debate nacional, se politizam e se organizam por um projeto Nacional Desenvolvimentista. O fato mais contundente de seu governo se deu no comício da Central do Brasil em 13 de março

de 1964, no qual assinou decretos nacionalizando as refinarias e divulgando a reforma agrária.

Seguimentos mais vanguardistas do Serviço Social engajaram-se em experiências de Desenvolvimento de Comunidade mais compromissadas com as transformações estruturais da sociedade, nas quais as reformas de base eram temas de reivindicação da população. Profissionais atuaram em projetos de organização popular e nos projetos de educação inspirados pelo método de Paulo Freire. Muitas destas experiências advinham do trabalho das ligas camponesas, sindicatos rurais e de setores da Igreja comprometidos com a luta no campo democrático popular.

Através do golpe de Estado, os militares intervieram na política do país, a partir de 31 de março do mesmo ano. A governança deu-se através dos Atos Institucionais que proclamaram maior poder ao executivo, a dissolução do pluripartidarismo, tornando inelegíveis candidatos opositores ao sistema, extinção das liberdades civis e políticas e a dissolução da democracia, tornando o congresso nacional servil aos seus interesses.

O regime militar assumiu uma política econômica de desenvolvimento associado, compatibilizando o plano econômico ao político, nas relações internacionais assegurando a interdependência ao capital monopolista estrangeiro e seus órgãos de financiamento e nas relações internas com um poder autocrático, burocrático e repressor das mobilizações civis.

As políticas públicas nas áreas de saúde, previdência, habitação sofreram intervenção estatal, cujo direcionamento passou a beneficiar setores privados e ao capital, numa lógica mercantil. Este modelo econômico não tardou em acirrar a pobreza, deteriorando as condições de vida e de trabalho da população. Desse modo, com a agudização da questão social o aparelho estatal passou a tratá-la a partir do binômio repressão / assistência, o que repercutiu num leque de políticas assistências, centralizadoras e burocráticas, que recompunham precariamente as perdas salariais.

A instituição que materializou o poderio militar para a política social deste período foi o INPS, em 1966, corolário do controle e regulação sobre as relações entre capital e trabalho. Produto da unificação dos maiores institutos, excetuando o

IPASE, continha a lógica da unificação e uniformização dos planos de benefícios e serviços e investiu na universalização da cobertura assistencial a fim de abarcar a grande massa de trabalhadores urbanos e rurais. Todo trabalhador urbano com carteira assinada passou a ser contribuinte e beneficiário. Contudo, ao mesmo tempo em que se ampliou o acesso à previdência e à assistência médica, a classe trabalhadora foi destituída da gestão do novo modelo previdenciário, cumprindo apenas com o papel de financiadores da política. A saúde previdenciária, incrementada na unificação, concentrou-se nas ações curativas e individualizantes, tendo como orientação a compra de serviços da rede privada e como pano de fundo o ato médico, mediador para o consumo tecnológico da medicina em seus insumos de materiais e medicamentos. A medicina previdenciária privilegiou os interesses do capital privado na área da saúde e foi mecanismo necessário ao destensionamento de conflitos no período ditatorial.

“Em novembro de 1966 e aglutinou o IAPI, IAPC, IAPB, IAPM e IAPTEC. Então fundou-se o INPS. Foi difícil! em novembro foi decretado o prazo de seis meses para os demais institutos... nós tivemos que nos desfazer de tudo, até os nossos impressos, não pudemos levar nada, tudo tinha que... Silvana, aquilo para nós foi... A Dona Cássia não teve um infarto porque não era para ter, ela peitou a chefia do Serviço Social, do IAPI, Aparecida leclas de Barros Gômara...”

“O Serviço Social do IAPI atendia os funcionários. Não atendia os industriários. Só tinha a parte do serviço social que funcionava no posto médico de pessoal do IAPI.”

“Aí o Serviço Social dos outros institutos tiveram que se adaptar ao trabalho que eles faziam, mas era muita gente, era uma história de anos, então fizemos lá a chefia”...

“(...) O IAPTEC era o Ortega que era o chefe, depois trabalhei junto com ele, depois explico por que... O IAPB era o Sr. Arari Falambert, o IAPM não me lembro quem era, o IAPI era a Aparecida leclas de Barros Gômara. Nós tivemos quase que um ano para nos desfazermos, o serviço social de todos os institutos. Tivemos que nos mudarmos para a nove de julho, tivemos que sair...Me lembro como se fosse hoje o último dia nosso lá no décimo andar, vendo o Santa Efigênia fechando as luzes e as portas, eu e a Dona Cássia, uma senhora de fibra, nossa! ela é conhecida no meio social das faculdades. Fechamos as portas e ela disse: - Regina o que vai ser do Serviço Social agora? Falei: - não sei Dona Cássia, vamos enfrentar! Foi difícil; isso foi numa sexta feira à noite, na segunda feira tivemos que nos apresentar lá na nove de julho²⁰⁷, todos, e estava uma loucura”.²⁰⁸

²⁰⁷ O endereço da nove de julho, citado pela entrevistada, era onde ficava a sede do IAPI na cidade de São Paulo.

²⁰⁸ Entrevista realizada com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

O relato acima vem corroborar os estudos sobre a tecnico-burocracia do IAPI, que apontaram a liderança deste grupo na política previdenciária brasileira, e da garantia que obtiveram dos militares para a condução do processo de unificação da Previdência Social, num período em que foram sucumbidas quaisquer posições contrárias a implantação do projeto de maior envergadura no campo das políticas sociais. Esta prevalência dos profissionais do IAPI sobre os demais Institutos, repercutiu no Serviço Social, sendo designada como chefe de área a profissional do IAPI, ainda que as atividades desenvolvidas por este último não apresentassem a extensão e a complexidade alcançada pelos grupos do Serviço Social dos outros Institutos, o que repercutiu negativamente sobre os Assistentes Sociais que tiveram que se “adaptar” as ações profissionais, documentação, espaço físico e autoridade burocrática do grupo proveniente do IAPI.

*(...) “E também ficaram com a superintendência, política é claro! A gente que viveu a época sabe... Nós fomos até marcados, simplesmente! E tivemos que nos ater... Nós tínhamos formulários de Serviço Social ótimos, de entrevistas, de relatórios, sumário de diagnósticos, aquelas coisas todas que nós fazíamos não pudemos aproveitar nada, tinha que ser todos os formulários que o IAPI usava lá no posto médico de pessoal. Era muita gente, não dava para ficar só com o serviço médico de pessoal, vamos ter que usar as linhas de atuação, aí a Dona Rita de Cássia, mais o Sr. Ari, mais o Sr. Ortega: - Não, nós vamos ter que ter linhas de atuação diferentes, do que ficar todos os assistentes sociais atendendo só Patronal... Então foi assim que começou a separação... Então ficou uma turma do IAPI mesmo trabalhando já na assistência patronal, era o que eles sabiam fazer, só atendiam o servidor”.*²⁰⁹

Um aspecto interessante do depoimento acima foi a constatação de que na Delegacia Regional de São Paulo, os Assistentes Sociais do IAPI prestavam atendimento aos funcionários do Instituto e segundo a entrevistada, não o faziam aos segurados, ou seja, a massa proletária dos industriários não era a clientela potencial do Serviço Social, o que difere do relato da entrevistada que vivenciou sua atuação profissional no Paraná, onde a prioridade de atendimento recaiu sobre o segurado industriário e sua família:

²⁰⁹ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

(...) Então a gente fazia ali a triagem nos casos e trabalhávamos muito com a Secretaria de...agora a FAS²¹⁰ ... agora Secretaria do trabalho, então muito, quase que todos os casos, era para albergue, de uma coisa a outra, que vinham se tratar aqui em Curitiba, a gente mandava as cartinhas para a Amélia, a Amelinha... como era o sobrenome dela... Santos. Não! Lopes. Amélia Lopes... É...

A gente sempre estava assim em conjunto... trabalhávamos também muito com o pessoal da prefeitura, que era a Araré, o Djalma... então, qualquer coisa a gente mandava cartinhas para a madeireira, qualquer coisa, para casos de pessoas carentes que não tinham casas, nada... primeiro lá com a prefeitura para ver se arrumava um terreninho para eles fazerem alguma coisa para eles, e mandávamos para esse... madeireira, cartinhas, para ver se arrumava aqueles... tapumes, o que fosse... porque daí a prefeitura dava os carpinteiros para eles fazerem as casinhas, então a gente trabalhava muito em conjunto, sabe...

(...) “e no IAPI a gente... vieram... casos que estavam pendentes, negócios de benefícios somente, casos de hansenianos; quem nos ajudou muito era a doutora Marita França, que faleceu agora, ela era advogada do SESI, então a gente mandava as cartinhas para ela. Ah, quem mais... Também daí... os casos de benefícios do começo, principalmente auxílio natalidade, e então ... se a chefia achava que, assim se no hospital, qualquer coisa havia uma ... podia haver alguma fraude, alguma coisa, porque brasileiro você sabe como é, eles são muito espertos! então eles mandavam para a gente fazer uma visita domiciliar, para verificar se eles poderiam pegar ou não ... ficar fazendo relatórios, relatório, tudo direitinho para... se era possível ou não...conceder o auxílio”

(...) “Até que chegou, acho que levou uns dois anos assim sabe, mandavam a gente até... pegava a condução do Instituto, até a gente ... até estrada de praia a gente ia fazer acompanhamento e tudo para verificar, até a Maria Luiza, Graças a Deus comigo não aconteceu! mas com ela... às vezes... ela foi ...registraram os gêmeos, quando ela chegava na casa, esse não, esses foram dois casos. Ela chegou na casa com esse filho, um em seguida do outro, havia um na rede e o outro correndo pelo caminho...rs, rs, ...Ela disse – mas como, a senhora disse que eram gêmeos? Cadê o outro? Disse assim - ah, como o dinheiro era pouco então vieram os dois seguidos e nós registramos como gêmeos, mas enfim, não eram, tinha diferença de um ano, dois, este foi caso de justiça e tudo... eram gêmeos? Quando a mulher não acompanhava o marido, sabe como é, chegava noutra lugar e já arrumava outra. Nasceu uma criança, tinha ... a outra lá também deve ter tido mais ou menos... é quando o pessoal chegava lá no hospital, para ver... no hospital de crianças para ver se dá um atestado, não sei que lá...com desconfiança, daí até conseguir provar que não... depois foi confessado que um era da outra mulher e outro era daqui... duas famílias...é...daí registraram como se fossem gêmeos...rsrs...jeitinho brasileiro... daí veio essa assistente social lá do Rio, que daí eles vinham verificar como que estava mudando”...

(...) “é...depois que a gente mudou lá para a João Negrão no primeiro andar. E trabalhávamos ali junto com a perícia médica e tudo, era mais ligado a parte da assistência médica. Então tudo que estava te contando... assistente social lá do Rio, a Sara, não me lembro o sobrenome...- mas isso não compete a vocês! vocês não são fiscais! que negócio é esse não é? na área de vocês serviço social, vocês foram lá para fiscalizar se foi parto normal ou...verdade ou não...isso não compete ao Serviço Social! só um caso ou outro tudo bem, mas tudo assim não! tirar o corpo fora...fez um... definiu as coisas”...²¹¹.

²¹⁰ A FAS é a Fundação de Ação Social da Prefeitura Municipal de Curitiba.

²¹¹ Entrevista com a Assistente Social Rosete Pereira Hilú.

No âmbito do IAPI, o Serviço Social canalizou os conflitos existentes entre a infinidade de carências sociais apresentadas pela população segurada em seus diversos níveis de pauperismo, e a limitação da cobertura que os benefícios previdenciários se propunham a atender. Os industriários, segurados do IAPI, pertenciam à categoria mais acometida pela pobreza, visto que em grande medida, as indústrias necessitavam de mão-de-obra com pouca qualificação, mas com substancial preparo físico para atividades rotineiras, fragmentadas e repetitivas. Como já discutido anteriormente, o Instituto foi o mais restritivo tanto em número quanto em valor em espécie dos benefícios oferecidos, o que era causa de inúmeras queixas dos segurados e motivo de vários artigos publicados nas revistas do IAPI sobre a necessidade do uso racional dos recursos, tendo em vista que os mesmos eram compatíveis com o baixo valor dos prêmios advindos dos salários dos industriários. Contudo, este foi o maior dos Institutos em número de segurados e volume de arrecadação.

(...) “o negócio demorava muito para sair aqui...benefícios. Naquela época teve até um protesto do pessoal que era de leproso, qualquer coisa assim que sempre tinha que ter... provar que aquela doença tinha sido definida naquela época em que estava trabalhando, tudo isso para poder abrir... o benefício.”²¹²

No sentido de complementar a atividade do seguro, identificando as múltiplas demandas da população, o Serviço Social do IAPI no Paraná utilizou-se dos instrumentos de visitas domiciliares, hospitalares, acompanhamentos e encaminhamentos aos recursos da comunidade, a fim dar visibilidade aos problemas situacionais dos segurados, individualizando-os como casos sociais e assim, elegendo as possibilidades de atendimento da instituição e fora desta, suprindo parcialmente e pontualmente as expressões mais agudas da pobreza e do risco social. Um dos fatos relatados, mais expressivos, foi a intervenção fiscalizadora realizada nos casos de maternidade em que os pais, segurados, requeriam o Auxílio Natalidade. Evidencia-se o papel profissional no deslocamento dos conflitos e contradições, que se originam nas relações de produção, para o âmbito

²¹² Idem.

previdenciário, elegendo a aptidão ou não ao rol de serviços e benefícios a partir do enquadramento aos programas estabelecidos.

O Serviço Social foi incitado a modernizar-se e incorporar uma racionalidade técnico-burocrática adequando-se às exigências da nova ordem. Houve uma grande expansão do mercado de trabalho e do espaço sócio-ocupacional, tendo em vista que o período foi marcado pela inserção de programas de assistência e de benefícios sociais, tanto nas organizações públicas como nas privadas. Estas últimas implantaram programas voltados aos recursos humanos em forma de salários indiretos, como benefícios nas áreas de saúde, alimentação, educação, transporte entre outros, os quais almejavam aumentar e controlar a produtividade e conseqüentemente à adesão à lógica corporativa. Os Assistentes Sociais foram os profissionais que atuaram por excelência nas políticas sociais públicas e privadas.

4.4 - O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO

Apesar do envolvimento nas políticas sociais e nos programas de Desenvolvimento de Comunidade, os questionamentos sobre o arsenal teórico – prático ganham visibilidade a partir dos anos 60. Por um lado, havia o grupo de profissionais engajados numa perspectiva transformadora, que eram oriundos dos movimentos da Igreja popular com a teologia da libertação. Estes possuíam uma visão crítica de sociedade a partir dos questionamentos das ciências sociais, tendo como horizonte uma nova ordem societária, inspiradas na Revolução Cubana. Por outro, havia grupos de profissionais inseridos nas políticas governamentais que defendiam o modelo desenvolvimentista - modernizador com vistas à superação do atraso em que contingentes populacionais viviam. Contudo, percebiam que a sua formação carecia do estudo dos problemas e da realidade brasileira. Desejosos por mudanças, cada qual a seu turno, ambos questionavam a natureza e a operacionalidade do Serviço Social.

Num contexto mundial assolado por questionamentos a ordem instituída, através do movimento de contracultura que se iniciava, o Serviço Social imbuu-se em debater a herança tradicional - conservadora da profissão e a importação dos seus referenciais teóricos – metodológicos que não se adequavam à realidade nacional. O marco destes encontros aconteceu em Porto Alegre, no ano de 1965, com a realização do I Seminário Latino – Americano de Serviço Social, o qual saiu em defesa de um projeto de desenvolvimento genuinamente latino – americano.

Outros encontros profissionais seguiram-se com o desejo de “reconceituar” e sistematizar as discussões em torno das experiências brasileiras. O produto destes debates foi publicado nos documentos de Araxá (MG) em 1967 e Teresópolis (RJ) em 1970, pelo Comitê Brasileiro da Conferência Internacional de Serviço Social (CBCISS), o mais importante veículo de divulgação, na época, e que obteve significativa repercussão nos meios acadêmicos e profissionais. Ser um profissional “reconceituado” significava estar em sintonia com as discussões mais atualizadas. Entretanto, estas não ultrapassavam o campo das reformas sociais, pois tinham como referencial o desenvolvimentismo, num contexto de endurecimento da ditadura no Brasil.

Na América Latina, em particular em países que viviam experiências democráticas, como era o caso do Chile, Argentina e Uruguai, o Movimento de Reconceituação avançou em direção a um debate crítico a cerca da sociedade capitalista, buscando romper com o conservadorismo. Os Assistentes Sociais destes países basearam-se em obras de intelectuais marxistas, muitas vezes numa aproximação tangencial a obra de Marx. Assim, na década de 70, a produção dos autores latino-americanos tornou-se referência no Brasil. Todavia, a erupção de golpes ditatoriais, em vários países latino-americanos, também veio a interromper estas iniciativas.

No Brasil, a referência teórica prevalente nos Seminários de Araxá e Teresópolis foi o Estrutural-Funcionalismo²¹³, cujos maiores representantes foram Helena Iracy Junqueira e José Lucena Dantas. Conforme MENEZES e EVELIN (1982), o Serviço Social foi definido como atividade organizada que procurava auxiliar o indivíduo a ajustar-se aos sistemas sociais, na medida em que era influenciado por estes e também poderia influenciar nos processos de mudanças requeridos pelo sistema.

O indivíduo era considerado sistema-cliente e deveria ser compreendido em seus aspectos bio-psico-sociais, uma vez que participava dos vários sub-sistemas sociais com os quais se relacionava a partir de propriedades derivadas destes processos, como os papéis sociais, as relações de status social, entre outras. Assim, a estrutura social era, nesta análise, formada pelo conjunto das relações sociais dos indivíduos e grupos e, a continuidade dessa estrutura, dependeria do funcionamento dos indivíduos e a inter-relação destes com os grupos que eram constituintes desta estrutura.

A análise da sociedade partia dos vários sub-sistemas os quais deveriam concorrer para a superação do atraso cultural, e econômico, tendo como meta o Bem-Estar-Social. Neste aspecto, os planejamentos e programas sociais poderiam propor as mudanças institucionais (macroatuação). O Assistente Social deveria identificar os fatores causais dos problemas do sistema-cliente (microatuação) que

²¹³ O principal representante dessa teoria foi o sociólogo norte-americano Talcott Parsons (1902-1979). Foi considerado discípulo das idéias de Durkheim e Pareto. Contribuiu com a tradução e difusão dos trabalhos de Weber nos Estados Unidos. O ponto de partida para a sua análise sobre a sociedade foi a ação social (individual), a qual ele considerava produto do compartilhamento de normas e valores, e por este motivo, seria possível alcançar a harmonia social. Seu estudo buscou determinar a função que os indivíduos desempenhavam na estrutura social. Era um estudioso da estratificação social e não da mudança ou da transformação. Defendia a integração dos indivíduos na estrutura da sociedade e a tendência desta para o equilíbrio. Em sua análise, todos os sistemas sociais poderiam ser estudados a luz de quatro necessidades funcionais: a manutenção das normas – estabilidade derivada da motivação para desempenhar tarefas; a integração – coordenação interna; a prossecução de objetivos – estabelecimento de finalidades para o sistema; e a adaptação – utilização dos recursos do meio. Em seu mais famoso livro *The Social System (O Sistema Social)* de 1952, o objetivo de qualquer sociedade seria alcançar a homeostasis, a manutenção da estabilidade, do equilíbrio permanente, alegou que qualquer parte da sociedade somente poderia ser entendida se estudada em função do todo, tendo em vista a interdependência. Talcott Parsons. In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2010. Consultado em 16/01/2010. [http://www.infopedia.pt/\\$talcott-parsons](http://www.infopedia.pt/$talcott-parsons)>.

poderiam ser originados por pressões externas (do próprio avanço da industrialização) ou de fatores internos (personalidade) e propor alternativas em sua intervenção a fim de que o sistema-cliente pudesse ser adaptado às exigências da modernidade, respeitando seus valores em sua dinâmica com o meio social, e sua capacidade de inovação e decisão sobre o que poderia ser modificado em seu modo de pensar e agir.

A partir de 68, o Brasil viveu a expansão de seu parque industrial com a instalação de empresas multinacionais, que passaram a comandar a economia. A burguesia nacional aliada ao capital internacional deu seu aval à repressão de movimentos populares organizados. Com o Ato Institucional Nº. 5, os militares suspenderam garantias civis e de associações políticas. Ao mesmo tempo, iniciava-se a “era de prosperidade”, conhecida como “milagre brasileiro” no qual a economia cresceu a taxas superiores a 7% ao ano, a partir de investimentos do capital estrangeiro. Contudo, este crescimento teve como um de seus pilares uma política salarial de arrocho para os trabalhadores.

O Serviço Social previdenciário, no período da ditadura militar, tinha como objetivos a integração do homem no processo de desenvolvimento, visto o Plano Estratégico de Desenvolvimento lançado como meta nacional, concomitante ao processo de uniformização dos programas operacionalizados nos distintos IAPs, antes da unificação.

As orientações institucionais foram oriundas dos PAPS - Plano de Ação para a Previdência Social, de 1966, cujo enfoque era de desburocratização e humanização, o que repercutiu nas atividades do Serviço Social na interpretação das normas previdenciárias aos segurados, cadastramento dos recursos da comunidade, organização e funcionamento das Unidades de Serviço Social de Pessoal e atividades dos Centros Sociais, nas Delegacias Regionais onde havia sido implantado.

(...) “Não consigo me lembrar. Aí o que nós fizemos... Então todos os assistentes sociais que eram do IAPC, algumas gostavam da área médica, puderam ficar na patronal, claro, chamava assistência patronal, não é verdade?... Assistência patronal. Eu e mais outras tantas pessoas ficamos na linha de interpretação da previdência, chamavam ‘grupamentos de serviço social’, com a atuação e interpretação da previdência que era o pessoal do IAPC que fazia. Depois nós tivemos interpretação de grupos comunitários que eram alguns assistentes sociais do IAPI que queriam fazer também junto a comunidade”.²¹⁴

“Na comunidade, na comunidade... e o pessoal do IAPB ficou na linha de cadastros e recursos sociais. Então só ficavam atualizando os recursos sociais da comunidade naquela época. Por que, Por que a gente ia precisar encaminhar pessoas para hospitais, para as obras sociais; então o IAPB, a turma do IAPB... eram poucos, tinham umas quatro ou cinco só, ficaram na parte de cadastros de obras sociais. Mas tinham muita rixa, muita rixa, muita... A Dona Rita tinha brigas homéricas porque ela percebeu... Na verdade o IAPI tinha... a consistência dele era atender o funcionário, mas na verdade, na qualidade previdenciária de segurado, eles não tinham experiência... Eles não atendiam! E eles queriam impor aos outros uma autoridade que eles não tinham... Foi muito difícil, foi muito difícil, foi muito difícil, mas”...²¹⁵

O que se pode observar é que o Serviço Social nos diferentes Institutos, e em algumas regionais, havia se inserido em uma determinada área do âmbito de atuação do Seguro Social e nessa, especializou-se. O seguro social abarcava elementos vitais relativos à sobrevivência da população usuária, tendo em vista a insuficiência que o valor das pensões, aposentadorias e do leque limitado de benefícios, os quais refletiam a precariedade dos próprios salários pagos aos trabalhadores ativos, contribuintes deste sistema. A função auxiliar do Serviço Social em triar as carências dos segurados e operacionalizar seletivamente os recursos institucionais e comunitários reproduziam e amortizavam os reflexos da contradição social mais ampla, desagudizando as situações de cronicidade das carências sociais sem, contudo, possibilitar suas rupturas. Conforme ABREU e LOPES (2007:41):

Isto é, o projeto profissional que se define nestes marcos reafirma-se como ação político-pedagógica com orientação individualista e psicossocial, tendo a prestação e ou administração de serviços concretos como principal referência material, ao mesmo tempo em que reforça e contribui para o ocultamento dos processos de racionalização desses serviços, nos limites do padrão burocrático do assistencialismo implementado pela ditadura militar.

Assim, o projeto profissional eleito pelo Serviço Social teve como referência a ideologia do desenvolvimentismo, atrelado a de Segurança Nacional. Estas

²¹⁴ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

²¹⁵ Idem.

influências foram amalgamadas no I Seminário de Teorização do Serviço Social, em Araxá (MG), em 1967, e na continuidade deste processo com o II Seminário de Teorização – Metodologia do Serviço Social, realizado em Teresópolis (RJ), em 1970. A partir destas diretrizes foi aprovado em 1972 o Plano Básico do Serviço Social na Previdência.²¹⁶

O Plano Básico de Ação do INPS expressou o projeto modernizador do Serviço Social que se vinculou às estratégias educativas e assistenciais coerentes com as bases político-ideológicas legitimadoras do regime e do padrão de acumulação capitalista vigente. A implementação de políticas sociais de cunho assistencialista exerceram, junto às medidas coercitivas, a contenção das tensões geradas pelo aprofundamento das contradições econômicas e sociais e o controle estatal sobre a sociedade civil.

O projeto profissional junto ao INPS consubstanciou-se na relação entre assistência e educação e teve como pressuposto a racionalidade técnica e administrativa da burocracia estatal. O arcabouço de cientificidade traduziu a premissa da neutralidade técnica frente às expressões da questão social, cuja leitura da realidade social estava esvaziada de determinações sócio-históricas. A base teórica fundamentou-se na análise estrutural – funcional, centrada na dimensão individual, com ênfase nos aspectos psicossociais, em detrimento da análise estrutural da sociedade. Para tanto, o documento privilegiou os seguintes elementos teórico-metodológicos: estudo e caracterização da situação – problema, síntese diagnóstica, plano de intervenção, avaliação e documentação;

A concepção de situação-problema revelava que as manifestações da questão social estavam restritas a esfera da individualidade, centralidade da vida social, tendo a família como célula mater da sociedade. Desse modo, o conteúdo psicológico e moral se constituiriam na essência do homem, responsável por suas ações e respostas às seqüelas da vida social; personalidade histórica esvaziada de razão, vontade e autonomia, devendo modelar-se as propostas de integração social e de ajustamento psicossocial (ABREU e LOPES, 2007). Em consonância com os

²¹⁶ Resolução INPS nº. 401.4 de 07/02/72. Foi seguido pela Padronização de Documentação Técnica – Sistema Básico de Registro de Dados. (BRASIL, MTPS/INPS, 1972).

documentos produzidos nos Seminários de 'reconceituação', o Plano Básico de Ação do Serviço Social do INPS se inscreveu na estrutura organizacional atuando na prestação direta de auxílios e serviços (microatuação) e ao nível de política e planejamento institucional (macroatuação).

A crise internacional do petróleo em 1973, evidenciava o modelo econômico mundial deveria buscar novos horizontes. As taxas de crescimento começaram a decrescer e a expansão do setor de bens de consumo duráveis se esgotara. O "milagre" havia provocado desarranjos na economia brasileira. Diante deste quadro econômico, a burguesia que havia se beneficiado com a ditadura, agora desejava a abertura democrática. A oposição partidária começa a crescer gradualmente.

Apesar da ditadura em seu momento mais cruel, a Escola de Serviço Social da PUC de Minas Gerais, produziu o método conhecido como BH (1972 - 1975) de fundamentação marxista, cuja proposta era o trabalho crítico junto à população. Este breve ensaio constituiu-se no primeiro trabalho que buscou romper com o conservadorismo, ainda que sua aproximação metodológica expressasse um reducionismo da teoria marxista e se fizesse ao gosto da fragmentação positivista.

As repercussões do Movimento de Reconceituação no seio da categoria demarcaram três tendências de apropriação teóricas – metodológicas e ideopolíticas, as quais inauguravam uma nova perspectiva na formação profissional: de ampliação do arsenal técnico – científico para o enfrentamento das demandas sociais. Estas aproximações se fizeram de forma restrita, parciais e por vezes equivocadas, frente aos pressupostos teóricos das matrizes de pensamento utilizadas para suas análises. Segundo YAZBEK (1999:24-25), estas foram:

- 1- a vertente modernizadora (Netto, 1994:164 e ss.), caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora e à melhoria do sistema pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade. Os recursos para alcançar estes objetivos são buscados na modernização tecnológica e em processos e relacionamentos interpessoais. Estas opções configuram um projeto renovador tecnocrático fundado na busca da eficiência e da eficácia que devem nortear a produção do conhecimento e a intervenção profissional;
- 2- a vertente inspirada na fenomenologia, que emerge como metodologia dialógica, apropriando-se também da visão de pessoa e comunidade de E. Mounier (1936), dirige-se ao vivido humano, aos sujeitos em suas vivências, colocando para o Serviço Social a tarefa de 'auxiliar na abertura desse sujeito existente, singular, em relação aos outros, ao mundo de

peessoas' (Almeida, 1980: 114). Esta tendência, que no Serviço Social brasileiro vai priorizar as concepções de pessoa, diálogo e transformação social (dos sujeitos) é analisada por Netto (1994: 201 e ss) como uma forma de reatualização do conservadorismo presente no pensamento inicial da profissão;

3- a vertente Marxista que remete a profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes e que no Brasil vai configurar-se, em um primeiro momento, como uma aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx...(Netto, 1994: 247 e ss.) [...] Inicia-se aqui a vertente comprometida com a ruptura com o Serviço Social tradicional.

No que concerne a vertente Marxista a apropriação desta pelos Assistentes Sociais deu-se, a princípio, de modo reducionista sem a preocupação de apreendê-la junto aos escritos originais de Marx. Com um referencial precário teoricamente, mas posicionado do ponto de vista ídeo-político, a profissão questionou sua prática institucional e seus objetivos de adaptação social, aproximando-a dos movimentos sociais. Deu-se início ao processo de “intenção de ruptura”²¹⁷ com o Serviço Social tradicional.

Para NEVES e SILVA (2007) a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, demonstrou a importância que esta política havia assumido no regime militar, como canal de relação direta entre o Estado e a massa trabalhadora. Este se fazia necessário, ante aos reflexos da concentração de renda e aumento da pobreza e da miséria, frutos da derrocada do modelo econômico de desenvolvimento acelerado conhecido como “Milagre Econômico”.

O INPS já demonstrava sinais da crise financeira, desencadeadas pelo aumento contínuo no volume de recursos destinados aos benefícios e auxílios e a medicina previdenciária, que nada mais eram do que um retrato da quase inexistência de ações sanitárias preventivas na saúde pública brasileira e da expansão das ações curativas praticadas pelos hospitais e setores privados de alto custo. Somou-se a isto o decréscimo das contribuições previdenciárias devido à política de arrocho salarial e desemprego.

A saída encontrada foi a criação do o **Sistema Nacional de Previdência e Assistência social – SINPAS**²¹⁸, subordinado ao Ministério da Previdência e

²¹⁷ Expressão criada por José Paulo Netto que foi amplamente inserida no Serviço Social.

²¹⁸ Lei nº. 4 de 1º de setembro de 1977.

Assistência Social - MPAS, que se propôs a departamentalizar as áreas de atendimento da Previdência, separando os benefícios dos serviços de saúde e assistência social, bem como na gestão administrativa e financeira das mesmas, fragmentando todas as esferas que constituíam o sistema.

*(...) “Eram mais de cem. Tinham mais de cem assistentes sociais. Era um grupo grande, era um grupo grande, tinha mais de cem pessoas... Então ficou depois de várias reuniões... Daí entrou até Brasília no meio, precisou a direção geral chamar as chefes: a Rita de Cássia, Jocelim Chemizou, Aparecida Leclás, para definir a linha de atuação do novo Serviço Social dentro da Previdência. Então a equipe que ia trabalhar na interpretação da previdência mudou-se, fomos mandados para um prédio ali na Conselheiro dos Piniás, ficamos lá, nós e o setor que fazia o atendimento do cadastro de obras sociais; a turma que atendia a área médica ficou na nove de julho no prédio da superintendência. E assim a gente foi trabalhando, foi, foi e foi, até que teve a nova... a segunda, aí houve um desmembramento, fizeram o SINPAS”.*²¹⁹

A departamentalização dos órgãos previdenciários repercutiu no Serviço Social, ocasionando a divisão entre as atividades previdenciárias e de assistência social. Assim, foram extintos os Centros de Serviço Social que funcionavam no interior da burocracia do INPS, sendo repassadas atividades de natureza assistencial para a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA)²²⁰. Segundo NEVES e SILVA (2007), ocorreu a destituição do espaço sócio-ocupacional e a tentativa de desqualificação profissional, que foi revertida pela ação da Coordenadoria Nacional do Serviço Social, a qual conquistou a integração do Serviço Social na estrutura da Secretaria de Serviços Previdenciários em conjunto com a Perícia Médica e a Reabilitação Profissional.

Contudo, este ponto de inflexão na trajetória profissional impingiu profundas mudanças no espaço sócio-institucional e sócio-ocupacional uma vez que houve a dispersão dos profissionais em inúmeras unidades, como agências, postos de

²¹⁹ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

²²⁰ A Assistente Social Helena Bertho da Silva, que foi diretora do Centro Social do INPS no Rio de Janeiro, contou-nos que o trabalho na área de gerontologia surgiu no INPS a partir de um projeto pioneiro no Brasil, elaborado por três profissionais do Instituto que o desenvolveram em algumas regionais. Com a separação das entidades, o projeto foi destinado para a LBA. Esta mesma versão foi ratificada pela Assistente Social Neusa M. Guedes, servidora do INPS, participante do projeto e professora aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina. Estes depoimentos foram colhidos em julho de 2009.

benefícios, grupamentos médico-periciais, e demais entidades do SINPAS, exigindo a construção de novas competências frente ao desconhecimento destas realidades. As autoras mencionadas relataram que entre todos os desafios postos aos profissionais, os de ordem subjetiva deixaram um rastro de frustração, inconformismo e idealização dos profissionais sobre esta fase, em virtude da perda de significação frente ao conjunto de práticas sociais da instituição, causados pela extinção do “lócus próprio”²²¹ que foram os Centros de Serviço Social, os quais possuíam autonomia e controle sobre as ações profissionais, pois contavam com rubricas próprias e dotações orçamentárias expressivas.²²²

(...) “Serviço Social na Coordenação! Eu trabalhei junto com a coordenação, tanto é que a chefia que eu estive lá primeiro, trabalhei com a Maria Luiza, eu era tesoureira ali, daí o que houve...veio uma verba para a aquisição de prótese e órtese, para remédios caros também! para crescimento, operações assim que fossem necessários então, a equipe trabalhava em conjunto, a parte de perícia, assistência médica e nós do Serviço Social.

“Faziam um relatório de tudo, do caso, daí era julgado pela coordenação, aprovado e daí eles recebiam... é...por exemplo, um aparelho de surdez...- Ele recebia tudo. Então, ele era chamado, vinha, a gente fazia o relatório, tudo, e daí mandávamos para as firmas que eram, tinham licitação...trabalhávamos com a APR²²³, esses coletes...colar cervical... é! tinha muito caso de paralisia, ainda naquela época, então era dado...e se por acaso era criança, tinha que seis meses depois, passar por uma avaliação médica ou tinha que aumentar, porque a criança cresce... o aparelho, tudo era dado, tudo através do Serviço Social, daí saía da coordenação”...²²⁴

(...) “Agrupamentos... principalmente da comunidade que você lembrou, todo o pessoal do IAPI, os que não ficaram na assistência médica quiseram fazer trabalhos de comunidades, eles queriam sentir na prática como era o trabalho de comunidade; porque eles não sabiam, só sabiam dos consultórios médicos e o IAPC que a gente fazia, esta interpretação ficou somente com a interpretação da previdência. “

(...) “Através da associação de moradores”. Marcavam e íamos lá... na sede da igreja lá “de não sei das quantas”... era!

(...) “Nos grupamentos de Comunidade não, eu não gostava de trabalhar no grupamento, eu preferia mais a interpretação da previdência”...

(...) “Dos benefícios. Depois passei para a coordenadoria... E então a gente ficou nesta ordem”.

(...) “No planejamento. Sim, sim. Eu fazia toda a parte orçamentária do Serviço Social. Eu fiz de tudo, tudo! A gente trabalhou muito Silvana!... A memória já está pouca, mas se desse, se

²²¹ Expressão utilizada por CABRAL e CARTAXO (1992), citadas por NEVES e SILVA (2007).

²²² Idem, p. 99.

²²³ A entrevistada refere-se à Associação Paranaense de Reabilitação que possui escola voltada para as necessidades dos portadores de deficiências físicas como a oficina que confecciona órteses e próteses não cirúrgicas.

²²⁴ Entrevista com a Assistente Social Rosete Pereira Hilú.

a gente pudesse registrar tudo daquela época que você fazia... teria um material rico demais, muito! E tem muita coisa que ficou lá”...²²⁵

No intuito adequar às funções sócio-ocupacionais à nova racionalidade institucional, foi elaborado um novo Plano Básico de Ação para o Serviço Social do INPS, o qual foi aprovado em 1978 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.²²⁶ Segundo FALEIROS (2007), o plano compatibilizou-se com a Lei que instituiu o SINPAS e reafirmou a orientação modernizadora já utilizada no plano anterior, apresentando algumas particularidades como a utilização do conceito de Bartlett (1979) em que o homem e seu ambiente seriam como um campo de forças que se interagem, postulando uma relação entre personalidade e meio ambiente. Os problemas eram vistos como específicos e “decorrentes de interação sócio-individual e com o desenvolvimento do meio”. O plano reiterou que o objeto da intervenção profissional eram as situações-problemas e o tratamento social deveria dirigir-se a indivíduos e grupos, cuja participação social nos programas assistenciais deveria se dar em conformidade aos espaços outorgados pela instituição; assim o “programa do Serviço Social não só centrará suas preocupações nas patologias particulares como também numa atuação socioeducativa mais ampla” (FALEIROS, 2007:83). O Plano Básico de Ação de 1978 retratou o modelo conservador, apoiado na visão funcionalista de solução de problemas, cuja relação entre cliente e instituição deveria possibilitar um funcionamento considerado adequado ao sistema previdenciário e ao sistema social dominante. Assim, foram definidas quatro propostas de intervenção direcionadas as áreas de serviços previdenciários: Ação Integrada Serviço Social e Benefícios, Ação Integrada Serviço Social e Perícia Médica, Ação Integrada Serviço Social e Reabilitação Profissional e Identificação e Mobilização de Recursos Comunitários. O dispositivo legal-normativo assegurou a uniformidade das ações, no sentido de prever uma programação comum, com coordenações local, regional e nacional, estimular a construção de uma cultura profissional, coerente com o

²²⁵ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

²²⁶ Resolução INPS nº. 064.2 de 4 de setembro de 1978.

processo de modernização institucional e viabilizar a luta pela legitimação do espaço institucional como campo de prática do Serviço Social (NEVES e SILVA, 2007).

No interior do novo sistema, as atividades da Assistência Patronal estavam atreladas à supervisão do Departamento de Pessoal do MPAS e deveriam ser operacionalizadas pelos seguintes órgãos ou equipes:

- d) Órgão central de orientação e controle da unidade de Assistência Patronal, da Direção Geral do INAMPS;
- e) Órgãos setoriais de coordenação e execução, nas unidades regionais da Assistência Patronal do INAMPS;
- f) Órgãos ou equipes de apoio da execução: unidades ou equipes centrais regionais e locais das demais entidades do SINPAS.²²⁷

Através do SINPAS, a Assistência Patronal regida pela CODAP, já no início da década de 80, ficava sob a supervisão do Diretor Geral do Departamento de Pessoal do MPAS, para dirigir e controlar as atividades do Sistema de Assistência Patronal, e ficou ao encargo do IAPAS a gestão financeira do Fundo de Assistência Patronal. Assim, o atendimento do Serviço Social junto à Assistência Patronal era executado pelas profissionais vinculadas ao Serviço Médico de Pessoal do INAMPS, uma vez que este departamento acompanhava a vida funcional dos servidores e era o setor encarregado de avaliar, sob perícia médica, o estado de saúde dos mesmos, propondo tratamentos, concedendo ou não licenças médicas, para o próprio servidor, como também mudança no setor de lotação, apropriadas ao estado clínico e suas condições de trabalho, em ações de regulação e controle sobre a força de trabalho.

*(...) “E aí a gente ficou com a criação do SINPAS...Aí sim o ex-IAPI que não era mais IAPI resolveu também entrar na parte de orientação previdenciária... Aí o SINPAS se desmembrou. O grupamento que atendia o servidor não fazia mais parte daquele serviço. Serviço Social antigo, criaram uma Divisão de Assistência Social, que era ligado ao posto médico de pessoal, então desvinculou de Rita de Cássia, de Aparecida Leclás, entendeu? era um outro grupamento, totalmente diferente, com regras diferentes, só atendia os servidores, seus familiares”...*²²⁸

²²⁷ Portaria nº. 1.089 de 08 de Junho de 1978.

²²⁸ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

Os Assistentes Sociais do INAMPS lotados no Serviço Médico de Pessoal passaram a atuar junto aos Programas de Assistência Social e de Saúde afetos a Assistência Patronal para os servidores. Dentre os auxílios que requeriam a avaliação e acompanhamento social estavam o auxílio médico-psicopedagógico destinado à educação especializada dos filhos e enteados de servidores menores de vinte e um anos e portadores de necessidades especiais; auxílio para correção protética de deficiências físicas; auxílio em casos de calamidade pública; inscrição no plano de filhos maiores solteiros inválidos; entre outros, além do acompanhamento social junto aos servidores e seus familiares nas internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas.

O Serviço Social intervinha nas condições materiais, sociais e comportamentais dos servidores e de seus familiares, que pudessem interferir na adesão e continuidade do tratamento proposto, como também promovendo a sua melhor adaptação quando do retorno ao trabalho. Para tanto, utilizavam-se os instrumentais técnico-operativos da entrevista individual e familiar, orientações sociais sobre benefícios e serviços, visitas domiciliares, metodologia de grupos, reuniões, encaminhamentos aos serviços médicos, ambulatoriais ou hospitalares, utilizando-se dos existentes nas unidades de atendimento do INAMPS, como também daqueles credenciados pela Patronal. Os Planos Básicos do Serviço Social junto a Previdência foram os referenciais que orientaram suas práticas profissionais. Posteriormente, a partir da metade da década de 80, as diretrizes nacionais que normatizaram o trabalho dos Assistentes Sociais, junto ao INAMPS, estavam contidas no Manual do Serviço Social desse Instituto.²²⁹

O Manual de Procedimentos do Serviço Social de Pessoal do INAMPS foi elaborado na Coordenadoria de Medicina e Serviço Social de Pessoal²³⁰ e teve como justificativa disciplinar as atividades desta área em todas as unidades regionais.

²²⁹ MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Manual de procedimentos do Serviço Social de Pessoal. Ordem de Serviço INAMPS nº. 110 de 04 de junho de 1986.

²³⁰ Na ocasião, o Presidente do INAMPS era o Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro e o Coordenador de Medicina e Serviço Social de Pessoal, o Dr. Luiz Cantisano; este último era oriundo do IAPI. O manual foi elaborado pelas Assistentes Sociais Dilça de Oliveira Cosendey e Cely Guedes de Oliveira, a partir do trabalho de grupo no qual participaram as Assistentes Sociais Teresinha dos Santos (IAPAS) e Dulce Barbieri Eiras (INPS).

Ainda que o documento tenha sido aprovado no período da transição democrática brasileira, em que o movimento sanitário vanguardista pressionava por mudanças na política de saúde desenvolvida pelo INAMPS, o mesmo reiterou a perspectiva conservadora que vinha norteando o trabalho dos Assistentes Sociais junto a Previdência Social.

Seus dispositivos seguiram a concepção do Serviço Social tradicional no compromisso com a pessoa humana e seu desenvolvimento pessoal e social. A atuação profissional deveria focar na questão social dos servidores, na qual estariam presentes as necessidades básicas e motivacionais para o crescimento, auto-responsabilidade, reconhecimento e desenvolvimento de seu potencial humano e funcional (Idem, p. 5).

Neste sentido, o documento apresentou todo um arsenal técnico-instrumental, a partir da metodologia diagnóstica, que desse suporte as ações de regulação e controle sobre o trabalho desempenhado pelos servidores do Instituto, incentivando-os a aderir aos processos da racionalidade burocrática, assegurando o atendimento, acompanhamento e avaliação profissional nos casos em que fossem evidenciadas as “situações-problema” nas relações de trabalho e na saúde ocupacional. Assim, o Serviço Social deveria desenvolver um trabalho junto aos servidores, às chefias imediatas e/ou superiores, e quando indicado, no domicílio e no próprio local de trabalho, dando prioridade às atividades de cunho preventivo nas questões oriundas das “relações sociais servidor – trabalho”:

- I- No TRABALHO
 - A) Relacionamento Funcional;
 - B) Absenteísmo;
 - C) Abandono de Cargo ou Emprego;
 - D) Processos de disciplina administrativa;
 - E) Remoção.
- II- NA SAÚDE OCUPACIONAL
 - A) Exames médicos de admissão e periódicos;
 - B) Licença benefício por Incapacidade e aposentadoria por invalidez;
 - C) Adoção de medidas de controle técnico das condições e ambientes de Trabalho;
 - D) Acidente do trabalho ou doença profissional.
- III- EM SITUAÇÕES DIVERSAS.²³¹

²³¹ MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Manual de procedimentos do Serviço Social de Pessoal. p.13.

As situações diversas compreendiam outros fenômenos sociais presentes na vida funcional e que pudessem interferir nas relações de trabalho, como nos casos de curatela, precariedade da situação econômica, dificuldades apresentadas pelos servidores no desempenho de suas atividades junto ao atendimento do público, casos de alcoolismo e preparação para a aposentadoria. No que diz respeito à Assistência Patronal, o documento referiu-se apenas no item 30 do capítulo das disposições gerais, a necessidade de articulação do Serviço Social com esta, com as entidades do SINPAS e a comunidade, visando a melhor utilização dos seus serviços e atendimento às necessidades humanas básicas.²³²

O regime militar começou a vivenciar o seu ocaso a partir da Presidência do General Figueiredo (1979 – 1984). As forças e pressões populares se faziam sentir apesar da repressão. O regime perdia seu poder diante da insatisfação popular e do desequilíbrio econômico que tornou o Brasil subserviente ao Fundo Monetário Internacional. Foi sancionada a anistia aos exilados políticos, como também a aprovação da reforma partidária, que aboliu o bipartidarismo para a reorganização de novos partidos políticos, ainda que sob o controle da ditadura. O final da década de 70 foi marcado por greves operárias, do setor metalúrgico e pela reorganização da sociedade civil. A ditadura viveu uma crise sem precedentes do pós – 64.

4.5 - A EMERGÊNCIA DO PROJETO ÉTICO – POLÍTICO NO SERVIÇO SOCIAL

No campo do Serviço Social, o ano de 1979 foi marcado pela emergência de intensos questionamentos ante as posturas conservadoras da profissão. O episódio mais contundente foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo, no qual a mesa de honra tradicionalmente ocupada por representantes das autoridades políticas, no caso militares, foi substituída por dirigentes sindicais e de movimentos populares. No mesmo ano, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social aprovou o currículo mínimo, em substituição ao

²³² Idem, p.23.

tradicional, o qual passou a vigorar a partir de 1982. Neste contexto de transição democrática, revigoraram o repensar do Serviço Social numa perspectiva crítica-dialética no sentido da ampliação das referências teórico-metodológicas e ídeopolíticas comprometidas com o projeto democrático-popular. Foi com os autores Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho²³³ que a teoria social de Marx iniciou sua efetiva interlocução com a profissão. A obra produziu uma análise da história do Serviço Social na realidade brasileira, num contexto histórico do desenvolvimento do capitalismo, apreendendo-a dialeticamente.

A Previdência Social agonizava em sua crise financeira, cujo reflexo adveio da política econômica recessiva implantada no país no período de 1981 a 1982, ainda sob o governo militar. Esta política refluiu na diminuição progressiva da arrecadação previdenciária, devido à retração econômica, inflação progressiva e desemprego, em contrapartida ao aumento dos gastos com os benefícios previdenciários e com a assistência médica, esta última acusada de ser a responsável pelos problemas financeiros institucionais. Contudo, como já foi amplamente divulgado pela mídia, o caixa da previdência financiou várias obras infra-estruturais de grande envergadura, as quais materializaram o projeto de modernização desenvolvimentista.

A década de 80 representou o avanço das reconquistas democráticas, para os quais não havia mais lugar para o estado ditatorial. Ganham visibilidade os movimentos populares, sindicais e organizados da sociedade civil que se expressam na luta pelos direitos civis, sociais e políticos. Toda essa mobilização se canalizou na Assembléia Nacional Constituinte que, naquele momento histórico, representou os anseios e interesses polarizados de grupos, não sem expressar seus antagonismos entre um Estado Provedor e um Estado Neoliberal. A Constituição Federal de 1988 instituiu a Seguridade Social alicerçada no tripé das políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social – com seus pressupostos de descentralização política - administrativa, universalização e equidade sob a égide do Direito Social e controle social democrático.

²³³ Com a publicação do livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil em 1982*.

Na área econômica foi uma década “perdida” para a acumulação do capital com a estagnação da economia mundial e a conseqüente “crise no Estado de Bem – Estar Social”, repercutindo de forma severa no Brasil, com o desemprego estrutural, agravamento da inflação, agudização da pobreza com a intensificação da desigualdade social. O país foi submetido às receitas de estabilidade econômica ditadas por organismos financeiros internacionais, seus credores, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. Contudo, num contexto de redemocratização, os movimentos sociais, organizativos e sindicais emergiram e passaram a vocalizar fortemente as suas demandas, as quais passaram a fazer parte da agenda estatal. “Década perdida para o capital, mas ganha para os movimentos sociais”.

O final da década foi marcado pela reestruturação dos mecanismos de acumulação do capitalismo globalizado no intuito de resgatar a expansão dos lucros e taxas de crescimento. A mudança perpassou do capitalismo monopolista de base industrial e produtiva para um capitalismo financeirizado, no qual os mercados financeiros passaram a determinar os rumos e os investimentos lucrativos no âmbito da economia mundial. Como decorrência das pressões do capital internacional para as aberturas de mercados, colocando por terra a regulamentação protecionista e tarifária dos países, emergiu com substancial credibilidade, governos atrelados aos interesses burgueses (a princípio na Inglaterra e Estados Unidos), os quais professavam o avanço do ideário Neoliberal. Este sistema significou a erosão das bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções dos Estados no campo das políticas sociais.

No Brasil, foi emblemática a eleição de Collor de Mello em 1989, representante dos interesses burgueses nacionais e internacionais, após a disputa entre dois projetos societários. Entre suas medidas, constaram à irrestrita abertura do mercado brasileiro aos produtos estrangeiros e às privatizações, além do confisco da poupança dos cidadãos. No despontar da década de 90, as políticas sociais subordinaram-se às políticas de estabilização econômicas, o que significou uma retração no desenvolvimento das políticas de seguridade social, uma vez que prevaleceram os interesses de mercado.

Os programas seletivos e focalizados de combate à pobreza intensificaram-se no âmbito do Estado, conferindo uma regressão no campo das responsabilidades estatais e na efetivação das leis protetivas determinadas na Lei Orgânica da Saúde (1990), no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e na materialização na Lei Orgânica da Assistência Social (1993).

4.6 A ONDA NEOLIBERAL NO BRASIL: A PRIVATIZAÇÃO DA GEAP E A REINSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA FUNDAÇÃO

Neste período, a CODAP²³⁴ transferiu-se do Rio de Janeiro para Brasília (1989), visto que toda a administração das entidades do SINPAS estava na capital federal. Naquele mesmo ano, por decisão ministerial foi instituído o Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP. A idéia de privatizar o órgão vinha sendo gestada desde 1989, com a justificativa de que era necessário “modernizar” a entidade, dando-lhe autonomia. Várias medidas seguiram-se no sentido de preparar a entidade para este fim. Em verdade, era a influência do ideário privatizante, advindo do modelo neoliberal que mostrava sua face no interior do governo federal.

Foram criados o Fundo de Assistência Patronal – FAP e o Fundo de Pecúlio Facultativo – FPF, passando a GEAP a custear seus serviços e benefícios aos assistidos. Em junho do mesmo ano, facultou-se aos servidores ativos, inativos e seus dependentes a permanência no GEAP, mesmo após o desligamento das entidades do SINPAS.

Tendo em vista a reestruturação administrativa pela qual havia sido criado o GEAP, sua então Diretora Executiva instituiu uma Portaria em 1989²³⁵, a qual estabeleceu as Normas e Procedimentos Administrativos do Programa de Assistência Patronal – PROASP, revogando as disposições em contrário.

²³⁴ Comissão Diretora de Assistência Patronal.

²³⁵ Portaria N.º. 155 de 04 de julho de 1989.

O documento dispunha de quatro capítulos: o primeiro relativo aos assistidos vinculados ao GEAP, o segundo capítulo apresentou a discriminação dos serviços contidos na Assistência Médico – Odontológica Supletiva, ambulatorial e hospitalar. O terceiro foi destinado aos benefícios da Assistência Social. Este descreveu os auxílios da Assistência Educacional, Assistência Psicopedagógica, Assistência no Falecimento, Assistência em Situações Especiais, Assistência Farmacêutica, Assistência para órteses, próteses e implementos médicos – odontológicos – hospitalares, Assistência para Remoção, Financiamentos e o Auxílio Alimentação. O quarto capítulo dedicou-se as normas e regras do Plano de Pecúlio Facultativo.

Na esteira dos acontecimentos, em 13 de março de 1990, uma Portaria Ministerial ²³⁶ aprovou o novo Estatuto, criando a GEAP – Fundação de Seguridade Social. Em 16 de maio, nova portaria alterou a composição do conselho, estabelecendo que na função de Presidente do Conselho Consultivo seria nomeado um Secretário Executivo do Ministério do Trabalho e de Previdência Social. Em 28 de março a GEAP foi instituída mediante escritura pública, permanecendo por disposição estatutária, até o final daquele ano, sob gestão do Grupo Executivo de Assistência Patronal, o qual procedeu à implantação da nova entidade a nível nacional.

Após a privatização, o atendimento do Serviço Social continuou, por um breve período, a ser desempenhado pelos profissionais vinculados ao Setor Médico de Pessoal do INAMPS, até a contratação de profissional próprio em todas as Superintendências Estaduais, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho. No Paraná a contratação de uma Assistente Social deu-se a partir de 01 de novembro de 1990. O cargo de Assistente Social pertencia a Divisão de Assistência Social. Quanto às atividades realizadas, seguiam-se os dispositivos contidos nas Normas e Procedimentos Administrativos do Programa de Assistência Patronal – PROASP.

As mudanças mais significativas, pós-privatização, ocorreram na supressão de alguns auxílios dos Planos Assistenciais e na intensificação do controle nos

²³⁶ PT / MPAS N° 4.624/90.

procedimentos das áreas médica - hospitalar e ambulatorial. Os procedimentos médicos eletivos passaram necessariamente a ser solicitados por corpo de especialistas credenciados ao plano e autorizados previamente à sua realização por médicos e odontólogos autorizadores (peritos), funcionários da própria GEAP.

Na área odontológica houve a restrição de tipos materiais para utilização, conforme tabelas próprias e na área de Assistência Social, os auxílios, ainda remanescentes, como funeral, ótico, educacional, órteses e próteses não cirúrgicas em geral, sucumbiram ante a desvalorização financeira, pela intensa inflação da época, sem que houvesse reajustes nas tabelas praticadas pela GEAP.

A área de Assistência Social prestada pela antiga Assistência Patronal, teve uma importância significativa no acesso de bens e serviços sociais por parte de seus usuários, tendo como alguns de seus serviços: restaurante com preços subsidiados, subsistência, ou seja, um supermercado no qual se adquiriam produtos a preços abaixo do mercado varejista, o auxílio educacional pago mensalmente para o servidor e seus dependentes que desejassem estudar. Estes auxílios deixaram de existir logo após a criação da Fundação (ESCORSIM, 2002).

Apesar da longevidade da organização e da existência anterior do trabalho de Assistentes Sociais em seus planos e programas, não permaneceram nos arquivos institucionais da GEAP - Paraná, após a privatização, nenhuma documentação relativa aos projetos sociais, registros dos atendimentos realizados ou outras formas de sistematização das atribuições e atividades dos profissionais, durante os anos que a precederam. Esta mesma situação foi relatada em entrevista pela primeira Assistente Social da Superintendência Estadual de São Paulo:

(...) “É. Do antigo IAPI. Só eles que ficaram. Aí falei: - Mas Pedro, e a Rosa, a Aparecida, todos que eram do antigo IAPI? – Não. Agora elas não vão ficar mais, elas vão ter que ir para postos de benefícios, porque vai mudar toda a Assistência Patronal... Mas falei: - o que está acontecendo? – A direção geral não quer mais, vai mudar toda a... aí que foi a privatização, aquela confusão toda que surgiu. Eu falei: - Bom. Então vou pensar...Ele falou: - Mas pensa, pensa até sexta feira, não pode pensar muito, porque vão contratar uma só assistente social. – Mas uma só?... para trabalhar na nova Patronal? – É. Uma só! – Meu Deus... (risos)...Pensei... Conversei com o meu marido, meus filhos eram pequenos ainda, para trabalhar novamente oito horas, nove horas, dez horas, não é por que... no começo você sabe como é que é para implantar o serviço! Então, meu marido falou, vai lá, você gosta deste negócio... Mas, fui lá, fui... me apresentei, preenchi uma ficha, tinha eu e mais umas duas

assistentes sociais que outras pessoas tinham indicado, aí quando eu dei meu currículo, viram que era bom mesmo”... (risos).

(...) “É o Pedro Hemeling. Ele era um médico de um posto médico de pessoal que me conheceu quando a gente trabalhava na orientação de benefício; que ele fazia parte do posto médico do pessoal que atendia os comerciários, então ele me conhecia. Aí fui, eles telefonaram... Lá fui eu me apresentar. Me apresentei para a Marlene...Marlene que era chefe (...), ela iria ficar como chefe do setor de Assistência Patronal, a nova Assistência Patronal... Marlene di Pietro... não sei, vou me lembrar do nome direitinho... Fui... Você sabe Silvana, quando eu cheguei lá para tomar posse do meu lugar, as minhas, nossas queridas colegas que atuavam lá no campo da assistência patronal tinham levado tudo! Silvana, tudo! Eu não tinha um relatório, eu não sabia o que elas faziam, eu não tinha nada! cadastro de clientes não tinha... Silvana, pensei que tinha passado um gafanhoto ali... Acho que elas pensaram... - Nós não vamos ficar, mas quem fica, que construa tudo... Me deu um desespero...era uma sala pequenininha que deram para mim, era só eu, deram uma sala pequena que ficava em frente do posto médico de pessoal, posto médico de pessoal, Dr. Henrique Supino era o chefe lá (...) e vários outros médicos; Marlene me apresentou, que eu era a nova Assistente Social que ia trabalhar junto a área médica dos servidores. Daí tinha que atender todos os servidores porque não existia mais IAPI, IAPTEC... Eram todos os servidores federais, sentei... me deu um desespero! o que é que eu estou fazendo aqui? O que eu vim fazer aqui? Saí do sossego da minha casa... Olhe Silvana, eu só não chorei porque eu sou de... dura na queda sabe! Mas era coisa de fazer isso Silvana. Eu tinha era culpa? Como era eu, podia ser você, ou outra ou qualquer pessoa, mas elas se sentiram profundamente...”.

“É. Eu fiquei um ano afastada. Eu saí em 89. Me chamaram em julho de 1990. Fiquei quase um ano em casa. Então eu realmente não sabia o que tinha acontecido. Porque que fizeram aquilo? Porque tinham desmanchado aquela divisão do Serviço Social, não sei por que! Não sei por que! Aí quando fizeram a nova estrutura dentro da previdência, o Serviço Social tinha ficado dentro da Divisão de Assistência Social, como tinha setor de pecúlio, tinha um setor de reembolso, tinha setor de fornecimento de medicamentos, era o setor de Serviço Social, nós não tínhamos chefias, nós só tínhamos encargos, porque quem era chefe de nós todos era uma funcionária administrativa que não era Assistente Social, era uma administrativa do antigo IAPI que ficou como chefe da divisão, que graças a Deus a gente se deu super bem, ela entendia a posição do Serviço Social... Então aos pouquinhos a gente foi fazendo nosso trabalhinho de formiga Silvana. Fiquei neste trabalho quase um ano e pouco, sozinha, sem ninguém! Aí como estava me dando muito trabalho, falei com o Dr. Espinoza, nós vamos ter... Tem que pedir para Brasília uma autorização para contratar mais uma pessoa, porque eu não posso ficar aqui, não posso ir para o hospital, não posso visitar nada, a comunidade por que... ou eu fico aqui atendendo o segurado que tem muito, muito, muito caso de funcionários”...²³⁷

Um aspecto que deve ser considerado para análise é que as Assistentes Sociais que atuavam junto aos planos e programas pertencentes à Assistência Patronal, antes da privatização, eram servidoras com vínculos funcionais atrelados ao INAMPS e suas práticas profissionais localizavam-se no espaço do Serviço Médico de Pessoal daquela entidade. Por isso, a caracterização do Serviço Social e a identidade sentida / atribuída ao trabalho profissional estavam relacionadas ao

²³⁷ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

INAMPS e não a Assistência Patronal, que até aquela ocasião funcionava no interior do departamento de pessoal desse órgão.

A unidade de Assistência Patronal era um dos muitos setores dentro do departamento de pessoal, operacionalizada por servidores que atuavam nos assuntos referentes à legislação de pessoal, regulação e controle administrativo do trabalho, perícia médica de pessoal junto aos auxílios, serviços e benefícios médicos, odontológicos, sociais e previdenciários patronais. Neste sentido, como a Fundação só passou a configurar-se como uma organização, criando materialidade própria após a privatização, o entendimento dos Assistentes Sociais do INAMPS pode ter sido o de que toda a documentação elaborada pertencia ao acervo do Serviço Social desta entidade e não da nova GEAP.

Os primeiros anos de implantação do Serviço Social nas Superintendências Estaduais da GEAP tiveram como base o documento PROASP, o qual continha a descrição dos planos e programas assistenciais a serem acompanhados pelos profissionais, sem que houvesse uma coordenação específica para a área, nacionalmente. Desse modo, os Assistentes Sociais elaboraram individualmente seus projetos de atuação, em seus Estados, adequando às normas gerais às particularidades regionais.

*(...) “Então... Eu entrei em junho... Então nós fizemos... Porque cada Estado fazia do seu jeito lembra?... Aí a gente começou a, uma ligava para a outra, se conversar, para ver pontos comuns dentro do trabalho nosso... Aí começava aqueles nossos encontros que eram para formar nossos planos básicos de ação... Então basicamente é isso que estou me lembrando, mas a experiência era no campo médico de orientação, enfrentar a área médica, discutir, porque queriam que a gente ficasse dando fichinha lá na porta e que a gente dizia que não era essa a função do Serviço Social. Acho que tudo o a gente passou aqui em São Paulo, os outros colegas... Você, a Anita... todo aquele trabalho de interpretação, de posicionamento do Serviço Social, não era uma atividade que qualquer pessoa podia fazer, não é?”.*²³⁸

*“Quando alguns Assistentes Sociais iniciaram as atividades na recém criada GEAP, na década de 90, abria-se um campo de trabalho para o profissional do Serviço Social, ainda que um tanto quanto enfraquecidos e sem norteamento efetivo. Naquela ocasião, cada Superintendência determinava o que era prioritário e o Assistente Social usava a sua experiência e o seu bom senso para desenvolver a sua prática”.*²³⁹

²³⁸ Idem.

²³⁹ Entrevista com a Assistente Social Maria Inez Marques Bastos, realizada através de questionário. Esta profissional foi a primeira a ser contratada pela GEAP - Espírito Santo em agosto de 1990.

*(...) “Conheci a Patronal, em 1986 quando fui convidada a ajudar no trabalho que passou a ser desenvolvido no Ceará, com projetos elaborados por nós em consonância com os objetivos da mesma. Ao longo, a Patronal foi se modificando e transformando-se em plano de saúde que culminou com a criação da Fundação em 1991, época em que a profissão se elevou e cresceu maravilhosamente. Bem colocada na estrutura desempenhou sua função com galhardia e muita competência”.*²⁴⁰

Sob o ponto de vista da divisão sociotécnica do trabalho coletivo, a órbita de atuação do Serviço Social era de “apoio” ao modelo de saúde vigente “médico-hegemônico” o qual tinha como objeto de sua prática o atendimento clínico, individualizante e curativista. Somou-se ao modelo médico flexneriano, o período de recessão financeira nos cofres da Fundação o que impactou na negativa de atendimento aos assistidos por parte dos prestadores, que passaram meses sem o ressarcimento da GEAP aos serviços prestados. Os Assistentes Sociais foram requisitados para atuar nas “emergências sociais” - casos nos quais os assistidos reclamavam à necessidade de atendimento a sua saúde e não encontravam prestadores que quisessem atendê-los.

*“Ah! Eram reclamações. Reclamações da própria Assistência Patronal, de hospitais que não atendiam, de pessoas que não aceitavam que não podiam por nem pai, nem mãe, nem filhos maiores, então era toda... Era toda uma interpretação das normas da nova patronal que as pessoas não aceitavam de jeito nenhum. Aí depois de um... deste período todo, a gente conseguiu contratar uma funcionária, a Dorotéia, era ótima, inclusive ela tinha uma experiência boa na área médica, porque ela trabalhava no posto médico de pessoal da secretaria do Estado de São Paulo.”*²⁴¹

COSTA (2006) estudou a inserção dos Assistentes Sociais nos serviços de saúde²⁴² e identificou que as atividades realizadas por estes profissionais implicaram numa ampliação e redimensionamento destas atividades no que diz respeito às qualificações técnicas e políticas, contraditoriamente as tensões que se produziram

²⁴⁰ Entrevista com a Assistente Social Mary Menezes Barbosa Pimentel, realizada através de questionário. Esta profissional foi a primeira a ser contratada pela GEAP – Ceará em junho de 1990. Como servidora do INAMPS foi cedida por esta entidade à Assistência Patronal desde 1986.

²⁴¹ Idem.

²⁴² O estudo da autora teve como referencial o trabalho de Roberto Passos Nogueira (1991) sobre o trabalho na área da saúde.

no sistema, pela crescente demanda da população por estes serviços, em contraposição aos mecanismos de racionalização e de déficit na oferta dos mesmos.

Os setores progressistas do Serviço Social prosseguiram em seu embate com o tradicionalismo profissional a partir da consagração de um referencial teórico-metodológico dialético marxista e da constituição democrática de sua normatização, a partir da promulgação de um novo Código de Ética (1993). Este reafirmou o compromisso com valores libertários e humanistas que remetem à luta no campo democrático – popular por uma nova ordem societária (YASBECK, 1999). O Projeto Ético – Político hegemônico estava lançado e a partir dele, constituíram-se a Lei de regulamentação da profissão (8662/93) e as diretrizes curriculares (ABEPSS), de 1996.

Em especial, nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1994 a 1998; 1999 a 2002), a profissão viu-se confrontada com o projeto econômico neoliberal, firmado a partir de um conjunto de transformações societárias. O Serviço Social viu-se desafiado a refletir e intervir nas novas configurações e manifestações da questão social, oriundas da reestruturação produtiva do capital e da diminuição da ação reguladora do Estado. A produção flexibilizada, insegurança e vulnerabilidade do trabalho com a terceirização da mão-de-obra, subemprego, crescimento da informalidade, marcaram um contexto de precarização do trabalho e financeirização do capital.

A área social foi objeto do apelo à filantropia e da solidariedade civil, com o Programa Comunidade Solidária, dirigido pela primeira dama, de característica seletiva, focalista e compensatória, frente à agudização da miséria e da pobreza. O período assistiu o crescimento do terceiro setor, representado pelas organizações não governamentais, filantropia empresarial entre outras, aos moldes neoliberais, o que motivou um confronto profissional com a despolitização do social e da política, no enfrentamento das demandas sociais. Paralelamente, a redução do espaço estatal no provimento de políticas públicas, e o novo desenho configurado pela coexistência entre este e o setor privado, de organizações sem fins lucrativos de saúde e assistência social, fomentaram a ampliação dos espaços sócio-ocupacionais da profissão.

No âmbito da GEAP, o Conselho de Administração, órgão de deliberação máxima da Fundação, empossou no cargo de presidenta a Sra. Maria do Socorro Tobias da Silva, em 10 de setembro de 1998, representante do Departamento de Polícia Federal, Assistente Social lotada no Estado do Ceará. A nova Presidenta inteirou-se sobre a atuação do Serviço Social na GEAP e verificou que não havia uma diretriz nacional que norteasse o trabalho destes profissionais, além do cumprimento dos serviços e auxílios contidos no Plano de Assistência Social da Fundação. Outra situação que causava muito constrangimento aos profissionais, levada ao seu conhecimento, era a nomenclatura dada ao cargo desde junho de 1996 de “Assistente Psicossocial”²⁴³. Estas questões eram objetos de antigas reivindicações dos Assistentes Sociais, contudo, sem conseguir o interesse da diretoria executiva em promover um amplo debate sobre a carreira e construção do plano nacional, como era desejo da categoria.

*(...) “Após este período fomos surpreendidas com mudanças na estrutura, quase nos retirando da mesma por imposições de outros profissionais, que com certeza, guardavam do profissional AS queixas nunca explicitadas. Mudanças de diretorias fizeram com que o profissional mantivesse um acento na estrutura nunca mais valorizado como no início, mas mantendo-se como um membro importante no conjunto”.*²⁴⁴

Assim, com a intervenção da Presidenta do CONAD a Direção Executiva da GEAP propôs à categoria a oportunidade de reflexão sobre seu papel no âmbito da Fundação, com o estabelecimento de uma política de ação do Serviço Social, em 1999. Na seqüência foram instituídas como metas: 1) Constituir e legitimar um grupo de trabalho composto por Assistentes Sociais para conduzir o processo de formulação das estratégias do Serviço Social. 2) Realizar reuniões com 23

²⁴³ Esta nomenclatura passou a vigorar quando a Direção Executiva da GEAP decidiu ampliar o quadro funcional admitindo também psicólogos no mesmo cargo dos Assistentes Sociais. Argumentaram, na ocasião, que as atribuições contidas na descrição técnica poderiam ser realizadas por ambos os profissionais, por serem mais genéricas e demandarem uma atuação humanizadora junto aos planos assistenciais oferecidos pela GEAP.

²⁴⁴ Entrevista com a Assistente Social Mary Menezes Barbosa Pimentel, por questionário.

profissionais de Serviço Social, a nível regional, para definição de uma política para os Assistentes Sociais dentro da GEAP.²⁴⁵

Os objetivos específicos do projeto eram:

- Definir os espaços de atuação da Assistente Social e as linhas metodológicas a serem desenvolvidas;
- Despertar a consciência profissional da Assistente Social face a realidade operacional vivenciada X objetivos da Instituição;
- Oportunizar a DIREX, SUPES e REPES o conhecimento do papel da Assistente Social;
- Implantar programas voltados especificamente à prevenção de doenças e promoção da saúde.²⁴⁶

A metodologia eleita para a construção da proposta contava com três fases, sendo que a primeira constituiu o grupo de trabalho, previu a elaboração do projeto, sua divulgação e socialização junto as Superintendências Estaduais e Representações; planejamento / programação de quatro reuniões regionais conforme o quadro apresentado:

Quadro nº. 13: CRONOGRAMA/GRUPOS DE TRABALHO

LOCAL	SUPES	Nº. PARTICIPANTES	DATA DA REUNIÃO	COORDENADOR
RS	RS/SC/PR/DF	09	22 e 23/07	Anita
SP	SP/RJ/MG/ES	12	19 e 20/07	Anita
BA	BA/MA/SE/PA	08	02 e 03/08	Luisa
CE	CE/RN/PE/PI	09	05 e 06/08	Mary
BSB	Grupo de trabalho	03	16 a 20/08	Anita

Fonte: Projeto: Redefinição do Serviço Social na GEAP. Brasília/DF, julho de 1999. p. 06.

Nota da pesquisadora: Foram suprimidos os telefones que constavam do quadro original.

A segunda fase constituiu-se na realização de quatro reuniões dos Assistentes Sociais nas regionais, a fim de coletar dados, sugestões e propostas com enfoque operacional da ação do Serviço Social nas Superintendências e Representações

²⁴⁵ Projeto: Redefinição do Serviço Social na GEAP. Brasília/DF, julho de 1999. p.5.

²⁴⁶ Idem, p.5.

Estaduais. A terceira fase contemplava a avaliação das reuniões, consolidação das sugestões e propostas, a formulação da política e apresentação desta a Direção Executiva para aprovação e elaboração de instrumentais de controle e acompanhamento das ações na GEAP.

Assim, foi instituído o grupo de trabalho, formado por três Assistentes Sociais responsáveis pelo processo, cada qual lotada em Superintendências distintas: Ceará, Distrito Federal e Rio Grande do Sul²⁴⁷. Este grupo, que contou com a participação da presidenta do CONAD, procedeu à realização das oficinas regionais previstas, nas quais as profissionais de cada Estado estiveram reunidas para apresentarem as propostas de seus Estados e por fim, o grupo de trabalho sistematizaria o resultado obtido nas cinco regiões do país a fim de consolidar a elaboração do plano nacional.

No período estimado, as oficinas ocorreram em todas as regiões do Brasil, sendo aplicado um questionário que solicitava a descrição das atribuições do Serviço Social na regional, daquelas que não seriam área de competência, fatores que pudessem facilitar ou dificultar a ação profissional, demandas dos clientes, registros profissionais, entre outras informações.

De modo geral, os projetos estaduais refletiram a intervenção dos assistentes sociais junto às diretrizes do Plano de Saúde e do Plano de Assistência Social: Auxílio Financeiro para Educação Especial de Menor Portador de Necessidades Especiais; Auxílio Financeiro para aquisição de Medicamentos Especiais; Auxílio Financeiro para aquisição de Órteses e Próteses não cirúrgicas; Programa de Facilitação do Acesso a Bens e Serviços, contidos nos Planos Diretores da GEAP, acrescidos de instrumentais técnico-operativos como visitas domiciliares, hospitalares, as entidades patrocinadoras e conveniadas, reuniões, abordagens grupais com usuários por segmentos de patologias, tais como, doenças mentais, dependências químicas (drogas e álcool), cardiopatias, diabetes, entre outras. Embora o discurso profissional predominante apresentasse uma perspectiva de integração e ajustamento social através de intervenção junto às situações –

²⁴⁷ Estas Assistentes Sociais eram respectivamente: Mary Menezes Barbosa Pimentel, Maria Luisa Elvick Danziato e Anita Pedot.

problema dos clientes, adequando-os às normas vigentes, a estratégia propunha um enfoque de ampliação do trabalho social junto às políticas assistenciais da GEAP e tentou uma normatização nacional com a criação de uma coordenação técnica específica para a área.

“Era eu e a Marta só, quando... um pouquinho antes de eu sair, nós admitimos o Rui, porque daí começou os outros trabalhos, não é? aí o serviço só tinha que controlar aquele pessoal que estava a muito tempo em tratamento...Na psicoterapia em grupo. A gente fazia todo aquele controle da... Do trabalho com as crianças que faziam...Auxílio psicopedagógico; O Serviço Social ficou com toda essa parte. Ficou com toda a parte de reembolso de auxílio medicamentos, toda aquela parte junto a ambulância, a GEAP Urgente... não sei se você chamava...É, tivemos na GEAP...A gente que fazia o contato com o pessoal das ambulâncias, e fizemos todo o levantamento do pessoal que estava a muito tempo internado. Por que eles viviam internados? Por que não podiam ter aquela, aquele Home Care, não é? Foi aí que a gente começou a trabalhar nessa linha. Fomos levantar todos os casos, de tempos de permanência de internação... A gente tinha os mapas de controle das internações, começamos a fazer por doença mesmo, as cardiopatias, “bolsas de colostomia”. Aí a gente começou a fazer um trabalho de orientação das próprias famílias, formava grupos com os cuidadores, aqueles pacientes; aí a gente foi fazendo outras coisas sem interpretar só os atos da assistência patronal. A gente começou atuar também junto as famílias e hospitais e assim foi... as coisas que mais ou menos estou me lembrando”...²⁴⁸

“Eu, atuando como a primeira A.S. da GEAP/ES, tinha como meta divulgação e o controle dos benefícios da Assistência Social, tais como o Auxílio educação especial para menor deficiente, Auxílio educação para filhos menores de 18 anos, Tratamento fora de domicílio, Reembolsos de órteses e próteses não cirúrgicas e de medicamentos de alto custo. No que se refere à Educação especial, fiz abordagem direta aos servidores (pais dos menores) para organizar a documentação, em conformidade com a normatização vigente. Iniciei a orientação aos usuários sobre a melhor adequação do tratamento e do aprendizado do referido menor, o que implicou numa nova estruturação da rede conveniada, no que se refere a contratação de psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Mantive contatos com escolas especializadas em todo o Estado para encaminhar os menores. Realizei reuniões com os pais/responsáveis para interpretar as normas do auxílio bem como para incentivá-los a acompanhar de forma mais adequada e eficiente seus filhos especiais.

Considerando que o Estado do Espírito Santo, naquela época, apresentava uma deficiência nos serviços de saúde (diagnóstico e tratamento) para os casos de alta complexidade de cirurgias cardíacas e oftalmológicas, procedi à concessão de vários tratamentos fora de domicílio.

Toda essa prática foi estruturando o papel do Serviço Social na Superintendência E.S. de forma tal que o mesmo não se limitou ao atendimento burocrático de informações e ouvidorias de reclamações dos assistidos, o que muitos gestores na época solicitavam da nossa categoria profissional. Após, várias reuniões com chefias e colegas de trabalho, esta demanda, ficou destinada aos administrativos, que no pool de atendimento faziam a triagem para depois encaminhar ao Serviço Social. (considero esta uma conquista histórica).

Um fato que também considero marcante para o Serviço Social da Fundação foram alguns encontros com os assistentes sociais do Brasil, na DIREX, onde foram expostos tecnicamente os motivos pelos quais os Assistentes sociais não deveriam assumir o Pecúlio Facultativo”.²⁴⁹

²⁴⁸ Entrevista com a Assistente Social Maria Regina de Oliveira Vieira.

²⁴⁹ Entrevista com a Assistente Social Maria Inez Marques Bastos. O grifo é da própria entrevistada.

A implantação e desenvolvimento do projeto viabilizaram um momento de inflexão importante junto à categoria, visto que era a primeira vez que as profissionais do Serviço Social foram chamadas a refletir e discutir sobre suas práticas profissionais, reafirmando as atribuições que o grupo definiu como específicas em detrimento de outras que foram imputadas ao Serviço Social pela Direção Executiva e que não estavam afetas a esta área. Em seu aspecto mais significativo, um dos objetivos da proposta previa que a GEAP deveria introduzir programas voltados especificamente à prevenção de doenças e promoção da saúde, a serem planejados pelos Assistentes Sociais; esta mudança no foco assistencial ocorreu três anos mais tarde, com a elaboração de programas por uma equipe multidisciplinar formada por técnicos, coordenadores e Diretor de Serviços da Direção Executiva em Brasília - DF.

Apesar dos esforços e mobilização do Serviço Social da GEAP o projeto não foi levado a cabo, uma vez que por motivos de ordem política – administrativa e financeira, o Conselho de Administração destituiu do cargo a então presidenta, em dezembro de 1999 e o produto da sistematização destas oficinas não conseguiu alcançar sua continuidade junto à nova Diretoria Executiva empossada. Desse modo, os profissionais sentiram um retrocesso em seus anseios e empreitadas.

Entretanto, as oficinas regionais produziram um intenso fórum de debates dos profissionais sobre suas práticas locais. A apresentação dos projetos propiciou aos Assistentes Sociais a reflexão sobre o seu espaço técnico – ocupacional na Fundação e o estímulo para construir novas práticas interventivas, buscando ampliar suas competências teóricas, metodológicas, instrumentais e ético-políticas.

No Paraná, funcionava desde agosto de 1997 o Projeto de Atenção Domiciliária ao Paciente Crônico Geriátrico - GEAP, elaborado localmente, a partir da idéia gestada no Estado de Goiás em utilizar os seus recursos humanos e de serviços contratados para oferecer suporte técnico terapêutico através de ações preventivas à instalação de quadros agudos de pacientes já portadores de patologias crônicas, promovendo maior qualidade de vida. A equipe era composta por uma Assistente Social, uma Enfermeira e um Médico do Serviço Móvel de Emergência (Ecco-Salva), que chegaram a monitorar 22 pacientes em domicílio. Como estas

iniciativas estavam ocorrendo em alguns Estados, a partir de 1999 a Direção Executiva da GEAP endossou estas atividades chamando-a de Acompanhamento da Carteira de Risco.

A política de reforma do Estado, levada a termo no Governo de Fernando Henrique Cardoso, repercutiu no serviço público federal, fazendo com que uma grande massa de servidores, com 25 anos de serviço, solicitasse a aposentadoria. A opção pelo benefício não teve outra motivação que não fosse à garantia de incorporar os adicionais e gratificações por funções exercidas, as quais não seriam mais computadas na remuneração básica dos servidores. Desse modo, servidores ainda jovens interromperam as suas carreiras, sem que houvesse um planejamento prévio para esta nova realidade. Este fato repercutiu na crescente busca pelos serviços médicos contratados pela GEAP. A Assistente Social do Paraná identificou o adoecimento progressivo deste grupo, através dos relatos desses assistidos.

A partir de uma pesquisa exploratória realizada junto a uma amostra destes servidores em Curitiba no ano de 1999, foi elaborado o planejamento do Programa de Qualidade de Vida para a Maior Idade, cuja idéia era constituir grupos de convivência, para o qual estariam sendo oferecidas atividades nas áreas de educação em saúde, atividades físicas, culturais e de lazer, propiciadoras novas aprendizagens, aquisição e reciclagem de conhecimentos. O Programa foi inaugurado pela GEAP/PR em fevereiro de 2000, junto a entidades parceiras como SESC, SESI e Biblioteca Pública do Paraná, sob a coordenação da Assistente Social. Em 2003, a Direção Executiva da GEAP institucionalizou o trabalho com grupos de maturidade em todo o Brasil, a partir da experiência do Paraná.

Como já apontado no capítulo anterior, no final de 2001 a Diretoria de Serviços coordenou um grupo de trabalho cuja tarefa foi elaborar dois programas voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. O primeiro foi o Programa de Gerenciamento de Casos – PGC e o segundo o Programa de Prevenção e Gerenciamento de Riscos – PPGR. Estes programas tinham como principal objetivo incidir diretamente sobre os custos crescentes com as despesas médicas e hospitalares, decorrentes de dois principais indicadores: o envelhecimento da carteira de clientes e o incremento exponencial dos custos relacionados aos

serviços e, principalmente, aos insumos tecnológicos da saúde. Estes dois indicadores atuavam de modo incisivo quando dimensionados num modelo de atenção à saúde assistencial–curativo, individualizante e hospitalocêntrico, como o que vinha sendo adotado até então.

A opção por incrementar em primeiro lugar um programa de gerenciamento de casos crônicos foi uma questão de sobrevivência da própria Fundação, visto que estes pacientes tornaram-se ao longo do tempo os maiores usuários da rede de serviços e o custo assistencial elevou-se, na medida em que os tratamentos exigiam complexidade crescente, compatível com a gravidade de cada quadro clínico. Este panorama só poderia ser revertido com a gradativa mudança no modelo assistencial com implantação de ações de prevenção e promoção à saúde, nos níveis primários, secundários e terciários. Desse modo, o PGC foi implantado nacionalmente em 2002. Como a gestão regional ficou a cargo das Gerências de Serviços aos Clientes, os Assistentes Sociais foram convocados a participar ativamente da implantação e desenvolvimento do programa.

(...) “A partir de 2000, a GEAP inicia uma nova proposta de administração do plano, criando políticas voltadas para a prevenção de doenças, pois o reflexo de uma carteira envelhecida com uma infinidade de doenças crônicas instaladas ao longo da existência dos usuários estava gerando um desequilíbrio para o plano. Para traçar o novo modelo de assistência do plano, muitas Assistentes Sociais contribuíram (alguns estados como R. G. do Sul, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Bahia e Fortaleza, Pernambuco e outros) Nesses estados os A.S. já realizavam algumas práticas de prevenção de doenças, junto aos crônicos, através do PAD – (Programa de Assistência Domiciliar) ou SAD que depois evoluiu para PGC Programa de Gerenciamento de Casos, vigente até hoje.

A partir de 2002 (se não me falha a memória) iniciam-se também as Campanhas de Prevenção de Doenças – que embora com pouca infra-estrutura, permitiu a GEAP iniciar a mudança do seu perfil, aos olhos dos seus assistidos e dos seus patrocinadores e até da Sociedade como um todo.

A partir de 2003/2004 iniciam-se o Programa de Promoção da Saúde e oficializam-se os projetos voltados para o público idoso.

Considero que em todos esses momentos o Assistente Social se fez presente e assumiu muitas vezes um papel de gestor e de “relações públicas” da Fundação. Aproximou a rede conveniada da GEAP, buscou parcerias, interpretou e mostrou de forma prática às patrocinadoras o papel da Fundação e com certeza, contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos assistidos.

Se puder falar numa linguagem metafórica, digo que muitas vezes nos momentos de crise (que não foram poucos) exerci um papel de malabarista, ora equilibrando numa corda bamba, ora não deixando os pratos caírem para que o grande espetáculo da GEAP continuasse. Hoje estou aposentada (há 3 meses) e confesso que vivi grandes momentos da minha vida nessa Fundação e então considero que aprendi a amá-la e respeitá-la, mas, continuo torcendo para

*que suas crises diminuam de intensidade em prol dos assistidos e das Assistentes sociais que por lá continuam”.*²⁵⁰

A entrevistada retratou em seu depoimento que a partir dos anos 2000, a GEAP viveu um dos momentos de inflexão institucional que mais impactou o trabalho dos Assistentes Sociais e dos demais profissionais de saúde, a partir do recorte que a instituição fez das necessidades do ser social, organizando seus objetivos e a forma de intervenção junto a esta resignificação das necessidades, parametrizadas a partir da racionalidade institucional.

A implantação gradativa de um novo modelo assistencial, de caráter preventivo exigiu mudanças no perfil sócio-ocupacional dos profissionais que incorporaram ou ampliaram a execução de atividades sócio-educativas, de informação e comunicação em saúde, de apoio pedagógico e técnico – político, além da execução de atividades consideradas rotineiras como: levantamento das condições sócio-econômicas, educacionais e sanitárias da população usuária; medidas e iniciativas de caráter emergencial – assistencial as quais interferem no processo saúde-doença; orientação para aquisição dos auxílios e serviços contidos nos planos de saúde e assistência social da Fundação.

No campo político brasileiro as progressões dos problemas econômicos e sociais produzidos pelos governos de orientação neoliberal legitimaram perante as urnas, a conquista do Partido dos Trabalhadores, tendo como candidato a Presidência Lula (2003 -2006 e 2007-), com o desejo popular de profundas reformas estruturais. Contudo, seu governo apoiou-se na coalisão de forças político – partidárias que antes haviam se mostrado antagônicas, e agora prescrevem a continuidade do projeto político-econômico neoliberal, com políticas de estabilização macro-econômicas com o aval dos organismos financeiros internacionais, uma vez que em seu governo o país alcançou a condição de participante investidor do Fundo Monetário Internacional.

²⁵⁰ Entrevista com a Assistente Social Maria Inez Marques Bastos, através de questionário.

Na política interna, Lula construiu uma ampla base de sustentação, legitimando suas ações que atendem aos anseios da burguesia, no campo da política econômica e com um eficiente programa nacional de transferência de renda voltado aos seguimentos pobres e miseráveis da sociedade, através das ações desenvolvidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, o qual é o responsável pela Política de Assistência Social. Esta política foi alçada a universalidade, quando da aprovação da Norma Operacional Básica em 2005 e passou a ser amplamente materializada nos municípios, com os centros de referência, tendo em vista a descentralização político-administrativa.

O incremento desta política, no conjunto da seguridade social, possibilitou a expansão do mercado de trabalho dos Assistentes Sociais, os quais já vinham participando ativamente dos mecanismos de controle social, tais como fóruns em defesa das políticas públicas, conselhos gestores, orçamentos participativos e conferências das políticas setoriais nos três níveis de governo. Além disso, a intervenção na identificação e concessão do direito social, garantidos nos benefícios assistenciais, como também na Proteção social básica e Proteção social especial constitui-se campo de trabalho e construção do saber no Serviço Social; este último consolidado nos últimos trinta anos, pela crescente produção científica publicada, fruto da especialização acadêmica pós-graduada no país, o que qualificou o Serviço Social como interlocutor no debate das questões sociais.

O desafio, conforme SPOSATI (2006) está em ultrapassar o caráter compensatório de proteção social, que apesar de apontar os riscos e vulnerabilidade prioritariamente, visto as condições de desigualdade social, deve ser propositivo nas ações preventivas, que inibam a presença ou o agravamento destas vulnerabilidades. A profissão deve ter como horizonte um modelo de ação que proceda a ruptura com a regulação estática da pobreza, a qual preserva as pessoas na situação, sem tirá-las dela. E por fim, a autora afirma que há que se romper com a visão que vincula a assistência social com a pobreza e não com a cidadania.

Ainda que esta reflexão particularize a assistência social, enquanto política pública para sua consolidação no campo do direito social, a mesma idéia aparece como prevalente na seguridade social, constituída também pelas políticas de

previdência e saúde. O retrocesso nos investimentos para esta área, nas últimas décadas, vem precarizando os serviços, os auxílios e benefícios em quantidade e qualidade, frente a sua importância vital para a manutenção da saúde e sobrevivência material da população, mantendo o círculo vicioso da cronicidade das doenças, da pobreza e da negação da condição de cidadania.

4.7 - FORMAÇÃO E TRABALHO: A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS DA GEAP

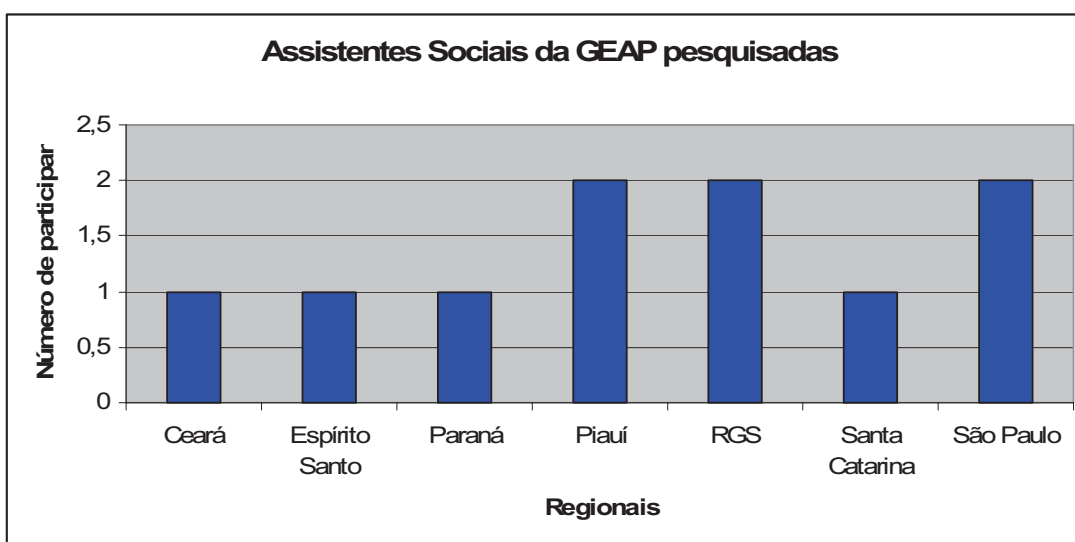
A pesquisa procurou caracterizar as funções sócio-institucionais determinadas pela GEAP, a partir das contradições histórico-sociais que as diferentes conjunturas impingiram a esta Fundação. Procurou-se identificar o perfil da formação acadêmica e as respostas profissionais às demandas da população usuária, as quais conformaram os papéis sócio-ocupacionais, a partir do recorte realizado pela instituição a estas necessidades sociais. Estes objetos se materializaram através dos planos e programas nas áreas de saúde e assistência social. O lócus da ação profissional possibilitará desvendar o sentido e a direção das funções sócio-institucionais, na particularidade da GEAP como operadora da saúde supletiva.

Neste sentido, SARMENTO (2000) argumenta que a crítica sistemática realizada as tradicionais formas explicativas da profissão e as novas demandas sociais colocadas ao Serviço Social, nas últimas décadas, possibilitaram a construção de outra concepção a cerca dos papéis e funções que, tradicionalmente, eram vistos como naturais à profissão. Esta construção contemporânea vislumbra que a prática profissional, vinculada aos papéis sócioocupacionais estão determinados por uma gama de contradições histórico-sociais e por uma problemática teórica – cultural.

Para o autor, a prática social localiza-se numa sociedade concreta, com suas determinações histórico-sociais, as quais ultrapassam ao âmbito restrito das tarefas desenvolvidas pela profissão:

A prática profissional, portanto, assume como função sócioinstitucional predominante a reprodução da força de trabalho, atuando em espaços sócioocupacionais destinados aos setores expropriados de seus direitos, excluídos das condições de reproduzirem-se e impedidos de garantirem suas necessidades básicas.²⁵¹

Gráfico nº. 1: Estados de lotação das Assistentes Sociais pesquisadas.



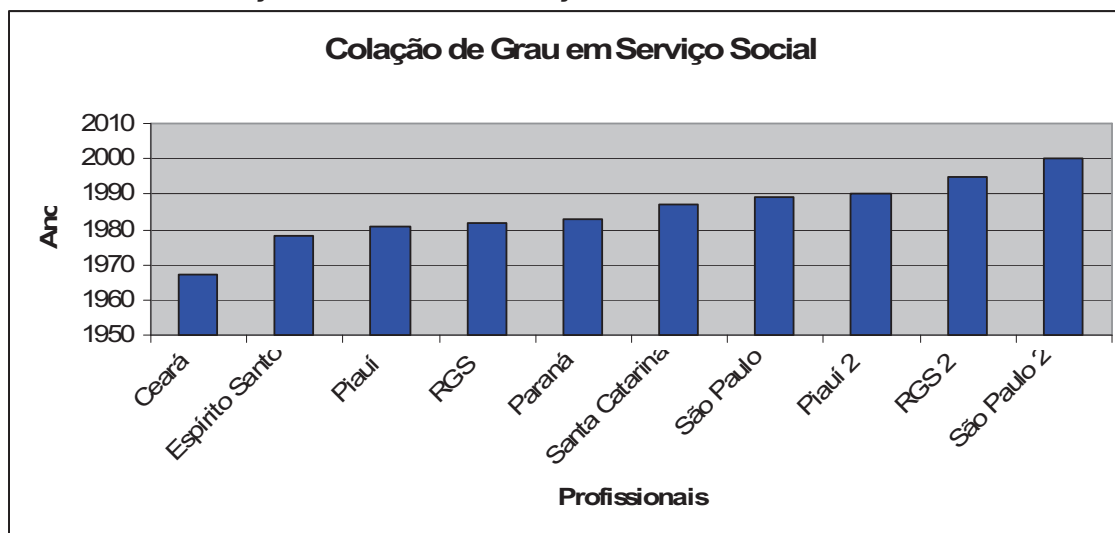
Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

Dentre os 23 questionários enviados as Regionais que possuem em seus quadros de lotação de pessoal o profissional Assistente Social, oito participaram da pesquisa, correspondendo a 34,8% do total. A representação foi a seguinte: duas profissionais do nordeste, duas da região sudeste e quatro da região sul do país. Dos três questionários enviados para as Assistentes Sociais que atuaram na GEAP e aposentaram-se nos últimos seis anos, retornaram dois. Assim, o total de entrevistas via questionário somou o de dez profissionais.

²⁵¹ Idem, p. 98.

Cada entrevistada recebeu uma codificação numérica para sua identificação nas respostas obtidas e analisadas, e esta ordem foi estabelecida a partir das datas de recebimento dos instrumentos de pesquisa, apresentados a seguir.

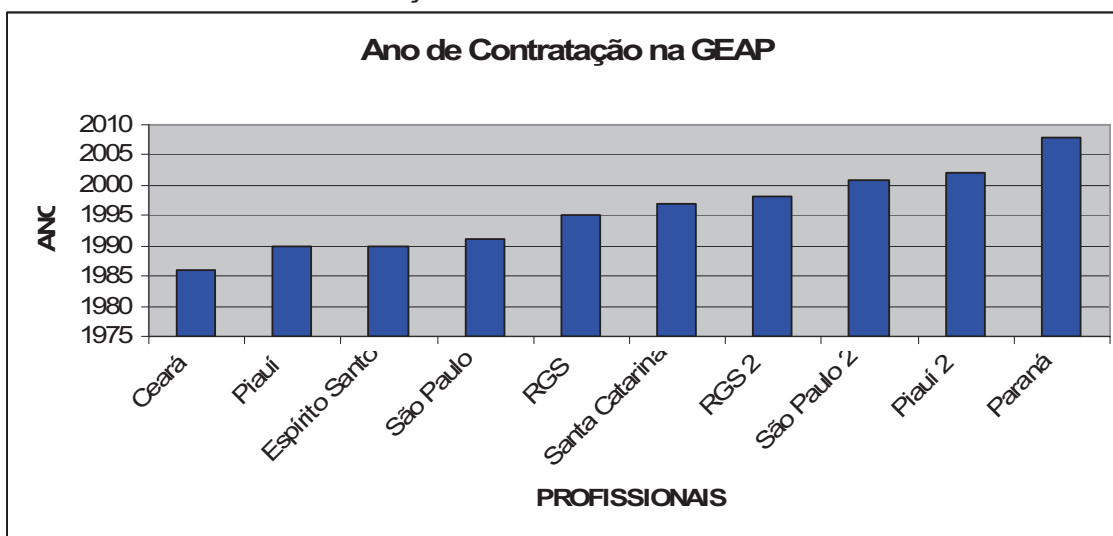
Gráfico nº. 2: Colação de Grau em Serviço Social.



Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

Quando perguntadas sobre o mês e ano de suas colações de grau, obteve-se um limite de 42 anos, entre a mais antiga, já aposentada, formada em dezembro de 1967 e a profissional diplomada em janeiro de 2000. Neste aspecto pode-se considerar que quatro entrevistadas tiveram suas formações baseadas no método tripartite de orientação funcional norte-americana, pré-reforma curricular no Brasil. Três estudaram no período pós-reforma de 1982, porém, antes da promulgação da Carta Constitucional; quatro formaram-se antes do estabelecimento da nova Lei de Regulamentação da Profissão e Código de Ética profissional. Apenas duas profissionais do grupo, uma formada em 1995 e outra em 2000, tiveram suas formações baseadas nas diretrizes curriculares propostas pela ABEPSS que dimensionou uma concepção histórico-crítica das relações sociais produzidas na sociedade capitalista.

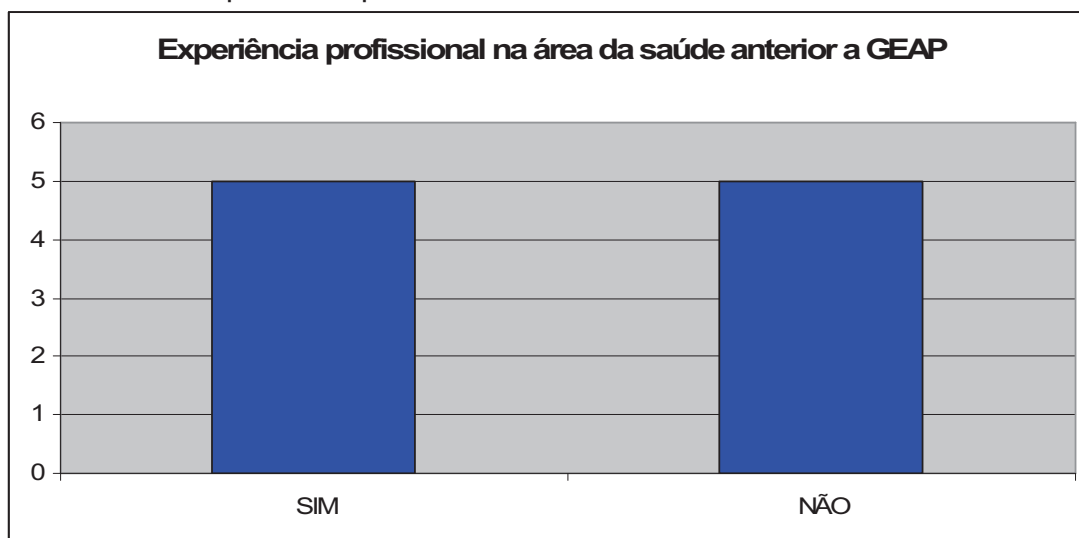
Gráfico nº. 3: Ano de contratação das Assistentes Sociais na GEAP.



Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

O quesito contratação apresentou dados compatíveis com o período de privatização, no qual a Assistência Patronal deixou de ser um órgão público, gerenciado por uma comissão no interior do INAMPS, para tornar-se uma Fundação de direito privado. Apenas uma das entrevistadas, a do Ceará foi servidora cedida desde 1986 e permaneceu após a nova estrutura jurídica. As demais foram contratadas diretamente pela GEAP. Duas no mesmo ano de privatização (1990), quatro entre 1991 e 1998 e três após os anos 2000. Do grupo entrevistado, a profissional do Ceará aposentou-se em 2008 e a mais nova contratada é a do Paraná. Isto vem demonstrar que vem ocorrendo uma renovação no quadro de profissionais, ainda que a pesquisa apresente que seis possuam mais de dez anos de casa. Do grupo pesquisado 20% foram contratadas no ano da privatização. Há que se mencionar que duas entrevistadas, do grupo pioneiro contratado pela Fundação, aposentaram-se recentemente uma em 2008 e outra em 2009.

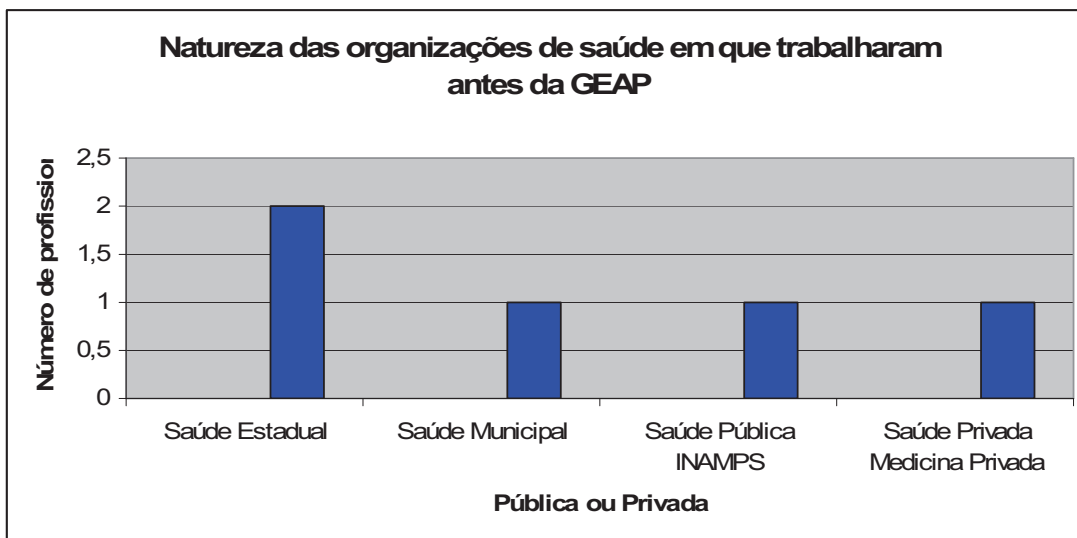
Gráfico nº. 4: Experiência profissional na área da saúde anterior a GEAP.



Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

A pesquisa de campo procurou conhecer a experiência em saúde destes profissionais antes de suas contratações na GEAP e o resultado foi uma divisão de 50%, o que significa que em algumas regionais a experiência anterior foi valorizada e em outras, não era um requisito primordial. Isto demonstra que não há uma diretriz única proposta pela Direção Executiva, deixando a cargo das gerências estaduais os critérios de recrutamento, compartilhamento com a matriz no processo seletivo e treinamento dos profissionais realizado localmente.

Gráfico nº. 5: Natureza das organizações de saúde onde as Assistentes Sociais trabalharam.



Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

Das 50% que relataram ter experiência anterior na área de saúde, duas haviam trabalhado nas secretarias de saúde estaduais, uma na secretaria municipal de seu estado, uma era oriunda do extinto INAMPS e apenas uma havia trabalhado na saúde privada, numa medicina de grupo. O período descrito pelas profissionais que trabalharam nas secretarias de saúde é anterior à implantação do SUS, o que significa que não haviam ocorrido os processos de unificação, hierarquização e municipalização da política de saúde.

Gráfico nº. 6: Programas do Plano de Assistência Social em que atuam.



Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

A pesquisa evidenciou que no grupo de entrevistadas, seis profissionais atuam diretamente nos Programas do Plano de Assistência Social da GEAP, como também as duas recentemente aposentadas. Foi solicitado para as entrevistadas que descrevessem os objetivos do Serviço Social em cada programa, público alvo e a metodologia utilizada na intervenção. As entrevistadas nº. 9 e nº. 10 não foram solicitadas a proceder estas descrições, tanto nos programas do Plano de Assistência Social como nos programas de Assistência à saúde. As profissionais nº. 3 e nº. 4 produziram uma única resposta por trabalharem no mesmo Estado.

Dentre o grupo que atua nos Programas da Assistência Social, uma das entrevistadas escreveu uma síntese introdutória de objetivos e metodologia de atuação, num aspecto mais genérico:

“Plano de Assistência Social:

Objetivos:

- *Buscar uma unidade entre o plano de assistência social com o plano de assistência à saúde, numa perspectiva de seguridade social;*
- *Proporcionar ao assistido, através da assistência social, recurso emergencial e pontual para que possa enfrentar com menor grau de dificuldade e/ou sofrimento, os problemas decorrentes de doença ou acidente.*

Intervenção profissional:

- *Buscar integração e unidade entre os programas do **Plano de Assistência Social** com os programas do **Plano de Assistência à Saúde**.*
- *Levantamento de recursos tanto da própria instituição como da comunidade (públicos e privados) para melhor responder às demandas dos assistidos.*
- *Divulgação entre os assistidos dos recursos (programas e serviços) a que têm direito e a forma de reivindicá-lo.*
- *Otimização dos recursos institucionais tendo em vista proporcionar melhor qualidade de vida aos assistidos.” (Entrevistada nº. 1).*

1) Auxílio Financeiro para Educação Especial de Portador de Necessidades Especiais.

Com exceção das profissionais nº. 6 e nº. 8, as demais atuam neste programa, porém as nº. 2 e nº. 5 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados. As profissionais relataram que intervêm no programa a partir das normas institucionais, que definem o público alvo. Contudo, a entrevistada nº. 1 destacou em seu preâmbulo que visa à unidade entre os planos de assistência social e saúde, numa perspectiva de seguridade social, ainda que os auxílios na área de assistência social atuem como recursos emergenciais e pontuais, no enfrentamento das dificuldades ou sofrimentos dos usuários, decorrentes da doença ou acidente. Destacou que a prática envolve o levantamento dos recursos existentes, públicos ou privados, sua divulgação e otimização, a fim de que os assistidos possam acessá-los, assegurando seus direitos sociais.

No programa em análise, esta entrevistada objetiva apoiar as famílias no enfrentamento dos problemas advindos dessas necessidades. Apontou que na intervenção profissional utiliza-se da visita domiciliar, orientação ao familiar quanto à utilização de recursos e esclarecimentos sobre o funcionamento do programa. As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 retrataram os objetivos e intervenção profissional exatamente como descrito na norma técnica, cujo acompanhamento do programa se dá a partir de relatórios semestrais e orientações aos familiares sobre os recursos. A entrevistada nº. 7 relatou que interpreta a norma para os usuários e orienta-os sobre o programa e recursos especializados. A partir destas respostas pode-se constatar

que apenas uma utiliza recursos técnicos-instrumentais que estão além do previsto na norma.

“Público Alvo: dependente assistido da GEAP portador de necessidades especiais até 18 anos;

Objetivos: Prestar apoio às famílias de crianças e/ou adolescentes que portem necessidades especiais para que consigam enfrentar e superar os problemas advindos dessas necessidades; Proporcionar ao usuário condições para sentir-se parte da sociedade e não excluído dela.

Intervenção profissional: Visita domiciliar (quando necessário) para orientação e esclarecimentos do funcionamento do programa; Orientação familiar quanto à utilização de recursos públicos (políticas de assistência a portadores de necessidades especiais, por exemplo, o trabalho das APAEs e instituições com o mesmo fim, benefícios do governo, escolas públicas com processo de inclusão social) existentes para acompanhar o trabalho de educação especial.” (Entrevistada nº. 1).

“Público Alvo: Beneficiários menores de 18 anos do Plano GEAPSaúde II, portadores de deficiência mental, física, auditiva, visual, bem como os portadores de Síndromes e/ou quadros clínicos de origem neurológica, psicológica ou psiquiátrica.

Objetivos: Facilitar o acesso à educação especial e especializada necessária aos portadores de necessidades de deficiências permanentes e incapacitantes.

Metodologia de ação: Acompanhamento semestral dos tratamentos através dos relatórios dos profissionais que acompanham os menores; orientação aos familiares quanto aos recursos existentes para o tratamento dos menores, dentro e fora da GEAP.”(Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP (GEAPSaúde e GEAPFamília), portadores de Necessidades Especiais, menores de 18 anos. O Serviço Social interpreta o Programa, se necessário, orienta os recursos especializados e mantém contato com os responsáveis no desenvolvimento do Auxílio.” (Entrevistada nº. 7).

2) Auxílio para Aquisição de Medicamentos Especiais:

Com exceção das profissionais nº. 6 e nº. 8, as demais atuam neste programa, porém as de nº. 2 e nº. 5 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

No que concerne a este auxílio da área de Assistência Social, a entrevistada nº. 1 demonstrou desconhecer que esta área é oferecida apenas para os planos antigos e com maior cobertura pela GEAP. O que foi apontado pelas entrevistadas nº. 3, nº. 4 e nº. 7. Os objetivos seguem os preceitos normativos. No item intervenção, a entrevistada nº. 1 destacou a divulgação junto aos assistidos e

orientação para manutenção do auxílio. As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 procedem à triagem de beneficiários a partir dos critérios da norma técnica, orientação sobre os requisitos de obtenção.

As entrevistadas incluem a identificação de outros meios de obtenção para aqueles que não estão cobertos pela norma, encaminhando-os ao SUS. Para a entrevistada nº. 7, o Serviço Social atua na interpretação do programa junto aos usuários, não se utilizando outros instrumentais técnico-operativos.

“Público alvo: assistidos e dependentes integrantes das diferentes modalidades de planos da GEAP (não há limitação de idade, nem de tipo de plano) e que necessitem de medicamento de uso contínuo ou emergencial de alto custo (dentro de uma tabela de medicamentos pré-determinada pela GEAP).

Objetivos: Proporcionar aos usuários melhores condições para efetivamente realizar seu tratamento, minimizando os constrangimentos do custo de alguns medicamentos.

Intervenção profissional: Divulgação, entre os assistidos, da forma de acessar e ingressar no programa e orientação quanto aos procedimentos para sua manutenção – por exemplo: o reembolso do custo do medicamento deve ser solicitado de acordo com as normas estabelecidas pela GEAP.” (Entrevistada nº1).

“Público alvo: Todos os beneficiários dos Planos GEAPSaúde II e GEAPFamília que fazem uso domiciliar de um rol de medicamentos previamente definidos e relacionados à determinadas patologias.

Objetivos: Contribuir para assegurar o tratamento e controle de determinadas patologias, facilitando a aquisição de determinados fármacos de uso domiciliar, de alto custo e comprovada eficácia, com o reembolso de 50% do valor de aquisição.

Metodologia de ação: Triagem dos beneficiários segundo o regulamento do Programa, orientando sobre os requisitos de obtenção do Auxílio para os elegíveis e auxiliando na identificação de outros meios de obtenção dos fármacos para os não elegíveis, como o Programa de Medicamentos Especiais do SUS.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP (GEAPSaúde e GEAPFamília). O Serviço Social interpreta o Programa.” (Entrevistada nº. 7).

3) Programa de Facilitação do Acesso a Bens e Serviços.

Com exceção das profissionais nº. 6 e nº. 8, as demais atuam neste programa, porém as de nº. 2 e nº. 5 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

As entrevistadas nº. 1, nº. 3 e nº. 4 definiram o público alvo deste programa conforme consta na norma técnica, o que não aconteceu com a entrevistada nº. 7 que atribuiu apenas aos planos de maior cobertura, equivocando-se. Quanto aos

objetivos, a entrevistada nº. 1 descreveu que era maximizar e/ou otimizar os recursos necessários para atender demandas e integrar os programas às possibilidades e recursos existentes, tanto públicos como privados, ampliando a visão contida na norma técnica que é a facilitação do acesso a bens e serviços, ratificada pelas entrevistadas nº. 3 e nº. 4.

Quanto a intervenção profissional, a entrevistadas nº. 1 falou sobre a atualização de cadastro de recursos públicos e privados, divulgação e encaminhamento dos assistidos a estes e a busca por novas parcerias que venham a responder demandas. As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 comentam sobre a necessidade de identificar as necessidades dos beneficiários e dos serviços a fim de firmar parcerias, divulgá-las e acompanhar os convênios. A entrevistada nº. 7 afirmou que cabe ao Serviço Social interpretar o programa junto aos beneficiários, ainda que objetive buscar recursos e parcerias, que não necessariamente sejam emanados das demandas dos usuários, mas definidos pela GEAP.

“Público alvo: Usuários da GEAP sem limite de idade e restrição quanto ao tipo de plano.

Objetivos: Maximizar e/ou otimizar os recursos necessários para atender às demandas dos assistidos. Integrar programas da GEAP às possibilidades e recursos existentes na sociedade (públicos e privados).

Intervenção profissional: Manter atualizados cadastros de dados de recursos (públicos e privados) que a comunidade oferece a seus cidadãos. Divulgar e encaminhar os assistidos da GEAP para usufruir dos recursos existentes em sua comunidade. Buscar sempre novas parcerias para, em conjunto com as existentes, proporcionar um quadro de alternativas para responder às demandas dos assistidos.” (Entrevistada nº. 1).

“Público alvo: Todos os beneficiários de todos os Planos de Saúde administrados pela GEAP.

Objetivos: Facilitar o acesso a bens e serviços por meio de descontos e facilidades na aquisição ou consumo de artigos e/ou serviços, geralmente complementares à cobertura dos Planos da GEAP e relacionados com a área de saúde.

Metodologia de ação: Identificação das necessidades dos beneficiários e dos serviços / estabelecimentos passíveis de se firmar as parcerias; divulgação das parcerias; acompanhamento dos convênios.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP (GEAPSaúde e GEAPFamília). O Serviço Social interpreta o Programa e busca recursos objetivando Parcerias.” (Entrevistada nº. 7).

4) Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Órteses e Próteses não Cirúrgicas:

Com exceção das profissionais nº. 6 e nº. 8, as demais atuam neste programa, porém as de nº. 2 e nº. 5 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

Com relação ao público alvo, a entrevistada nº. 1 abrangeu a todos os assistidos da GEAP. Contudo, o programa é extensivo apenas aos beneficiários do GEAPSaúde e GEAPFamília, como apontaram as entrevistadas nº. 3, nº. 4 e nº. 7. Quanto aos objetivos a entrevistada nº. 1 afirmou que é proporcionar a condição de obter o recurso e utilizá-lo de forma adequada. Isto vem de encontro ao objetivo descrito na norma técnica e reproduzido também pelas entrevistadas nº. 3 e nº. 4.

Ainda a entrevistada nº. 1 ressaltou que um dos objetivos é proporcionar condições para uma melhor adaptação, física e psicológica dos usuários. Porém, não revelou como o Assistente Social intervém para atingi-la. Como a entrevistada nº. 7 não descreveu o objetivo, é possível que siga ao postulado na norma técnica.

A metodologia interventiva para a entrevistada nº. 1 contém a atualização de cadastros de fabricantes, orientação do assistido quanto ao modo de utilizar o recurso que o programa oferece, divulgação junto aos assistidos sobre as instituições especializadas no atendimento de pessoas com necessidades. As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 procedem a uma triagem dos beneficiários conforme as normas e os orientam sobre os benefícios e requisitos para a obtenção. Para a entrevistada nº. 7, o Serviço Social interpreta o programa e encaminha aos recursos.

“Público alvo: Assistidos da GEAP que necessitem da utilização de prótese ou órtese não cirúrgica.

Objetivos: Proporcionar aos assistidos que necessitam desse tipo de recurso, a condição de obtê-lo e utilizá-lo de forma adequada. Proporcionar condições para uma melhor adaptação (física e psicológica) aos usuários que necessitam de prótese ou órtese.

Intervenção Profissional: Manter atualizado cadastro de instituições que se voltem para o fabrico de diferentes tipo de prótese e órtese; Orientar os assistidos quanto ao modo de utilizar o recurso que o programa oferece; Divulgar entre os assistidos, as instituições especializadas no atendimento de pessoas que necessitam destes recursos, para que possam se adaptar de forma menos traumática e com melhor qualidade de vida, aos limites que terão que aprender a conviver.” (Entrevistada nº. 1).

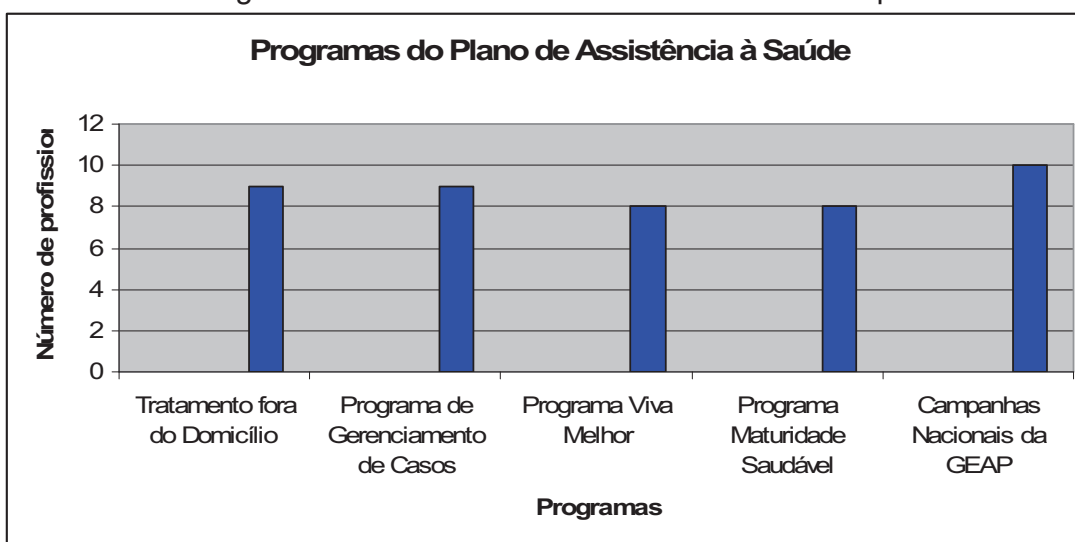
“Público alvo: Todos os beneficiários dos Planos GEAPSaúde e Família.

Objetivos: Facilitar a aquisição de implementos auxiliares no tratamento ou reabilitação dos beneficiários abrangidos pelo Programa, (cadeira de rodas, muletas, cama hospitalar, aparelho auditivo etc.) por meio de auxílio financeiro.

Metodologia de ação: Triagem dos beneficiários segundo regulamento do Programa; Orientação sobre os benefícios e requisitos para obtenção dos auxílios.” (Entrevistadas n.º. 3 e n.º. 4).

“Assistidos da GEAP (GEAPSaúde e GEAPFamília). O Serviço Social interpreta o Programa e encaminha aos recursos, se necessário.” (Entrevistada n.º. 7).

Gráfico n.º. 7: Programas do Plano de Assistência à Saúde em que atuam.



Fonte: Questionário - o Serviço Social na GEAP – Fundação de Seguridade Social. Setembro de 2009.

A pesquisa evidenciou que as Assistentes Sociais participam ativamente dos programas contidos no Plano de Assistência à Saúde, os quais possibilitam o acesso aos níveis primário de atenção, na promoção da saúde e prevenção de doenças, como também na prevenção secundária dos estados mórbidos instalados, e na atenção terciária quando o assistido necessita de procedimentos hospitalares e não possui os serviços especializados, credenciados, em seu local de residência. Todas as entrevistadas atuam nas Campanhas Nacionais de prevenção de doenças; nove atuam no tratamento fora de domicílio e Programa de Gerenciamento de Casos, sendo que apenas duas não atuam nos Programas de prevenção Viva Melhor e

Maturidade Saudável. Foi solicitado para as entrevistadas que descrevessem os objetivos do Serviço Social em cada programa, público alvo e a metodologia utilizada na intervenção.

5) Tratamento Fora do Domicílio:

Com exceção da profissional nº. 6, as demais atuam neste programa, porém as de nº. 2 e nº. 5 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

Com relação ao público alvo, as entrevistadas nº. 1, nº. 7 e nº. 8 apontaram que tem direito ao programa os assistidos da GEAP em geral, e em particular os clientes de localidades fora da cidade de São Paulo e/ou outros Estados. Porém, as entrevistadas nº. 3 e nº. 4 enunciaram que só os beneficiários dos planos de maior cobertura dão acesso ao programa, informação que não está de acordo com a norma técnica.

Quanto aos objetivos, às entrevistadas nº. 1, nº. 3 e nº. 4 sinalizaram a garantia ao acesso a redes de serviço, inexistentes nos locais de domicílio dos beneficiários. As entrevistadas nº. 7 e nº. 8 não descreveram objetivos; presume-se que sigam aqueles previstos na norma técnica, sem acrescentar outros ao Serviço Social.

No quesito metodologia de intervenção, todas apontaram que a orientação para a obtenção do auxílio é tarefa dos Assistentes Sociais, contudo, a nº. 1 enfocou o apoio social ao assistido que está fora do seu domicílio. As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 descreveram todos os procedimentos burocráticos exigidos pela instância gerencial autorizadora, demonstrando conhecimento sobre a concessão. As entrevistadas nº. 7 e nº. 8 focaram suas intervenções no recebimento dos usuários provenientes de outros Estados, buscando recursos existentes tanto na GEAP como da comunidade, agendando atendimentos na rede credenciada.

Em especial, a nº. 8 destacou que busca outros recursos quando não é possível atender a solicitação do cliente e verifica se “o caso” pode ser tratado como exceção, a partir de relatório técnico dirigido ao Gerente Regional de seu Estado, sugerindo a liberação do procedimento. Contudo, o acesso ao auxílio é aprovado

apenas pela Gerência de Saúde e Diretoria de Serviços em Brasília, o que não confere ao Gerente Regional autonomia para estas liberações.

“Público alvo: Assistidos da GEAP que, por residir em local que não dispõe de recurso para atender sua demanda, necessita buscar em outro local o serviço que precisa; não há limite de idade.

Objetivos: Viabilizar tratamento de saúde a usuário que reside em local sem os recursos de que necessita.

Intervenção profissional: Divulgar e orientar quanto à forma de obter esse benefício. Apoio social ao assistido que, fora de seu domicílio, passa por dificuldades de saúde e necessita de tratamento especializado.” (Entrevistada nº. 1).

“Público alvo: Beneficiários dos Planos GEAPSaúde II e Família com necessidades de assistência fora de seu domicílio.

Objetivos: Garantir o acesso a redes de serviços assistenciais de saúde, de complexidade variada, nos casos em que o atendimento não possa ser realizado no local do domicílio do beneficiário.

Metodologia de ação: Orientações quanto ao processo de autorização de AFD aos interessados; recebimento das solicitações, formalizando-as e reunindo informações necessárias para análise das instâncias de decisão, junto ao médico assistente, familiares, auditores da GEAP etc. Identificação dos serviços capacitados para a realização dos procedimentos médicos, após esgotar as possibilidades de atendimento no domicílio do beneficiário; Coordenação do processo de cotação do transporte aéreo, quando for o caso; Agendamento e/ou confirmação de vaga para o atendimento no domicílio de destino.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP. O Serviço Social recebe assistidos procedentes de outros Estados, orienta sobre os recursos existentes no Estado de São Paulo (hotéis, pensões, hospitais e outros) e encaminha aos recursos, se necessário.” (Entrevistada nº. 7).

“Clientes de localidades fora da cidade de São Paulo e/ou outros Estados. Orientar sobre a rede de prestadores e os planos e programas da Fundação; Verificar a necessidade do cliente, utilizando os recursos disponíveis pela GEAP, telefone, fax, agendamento de atendimento na rede credenciada. Na impossibilidade de atender a solicitação do cliente, procurar recursos da comunidade ou analisar as Normas e verificar se o caso pode ser tratado como exceção. Providenciar relatório com parecer e sugerir ao Gerente Regional a liberação do procedimento.” (Entrevistada nº. 8).

6) Programa de Gerenciamento de Casos – PGC:

A profissional nº. 8 não atua diretamente no programa, porém como exerce a função de ouvidora em seu Estado, presta orientações aos usuários através do seu setor. As profissionais de nº. 2, nº. 5 e nº. 6 atuam no programa, mas não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

Quanto ao público alvo, todas as entrevistadas apontaram os beneficiários dos planos GEAPSaúde e GEAPFamília como possuidores de cobertura para este programa; também, especificaram os paciente elegíveis no grupo dos portadores de doenças crônicas, degenerativas e terminais, com necessidades de atendimento em domicílio, visto a impossibilidade de locomoção.

No âmbito dos objetivos, a entrevistada nº. 1 elegeu a manutenção da qualidade do tratamento, privilegiando o domiciliar ao invés do hospitalar. Já as entrevistadas nº. 3 e nº. 4 apontaram que é objetivo do programa promover, manter e restaurar a saúde e minimizar os efeitos de doenças e incapacidades por meio do monitoramento em domicílio de equipe multidisciplinar, proporcionando melhor adaptação do beneficiário às condições biopsicossociais e contribuir para sua reinserção familiar e social. A partir destas considerações, as profissionais demonstram que reiteram a visão funcional de reajustamento e readaptação dos beneficiários às condições de sua reabilitação clínica, psíquica e social.

No campo interventivo a entrevistada nº. 1 apontou a visita domiciliar ou o atendimento na sede da GEAP a fim de elaborar parecer quanto a necessidade deste atendimento, acompanhamento da evolução do paciente e orientações à família.

De modo mais descritivo, as entrevistadas nº. 3 e nº. 4 elencaram todo um rol de procedimentos técnicos e burocráticos seqüenciais para a inclusão do beneficiário, seleção da equipe multiprofissional, utilização dos formulários não apenas para os Assistentes Sociais na coleta de dados, como os de uso médico e acompanhamento dos planos de cuidados. Para estas entrevistadas, o Serviço Social atua não apenas em funções específicas, mas operacionais, na distribuição das requisições e guias de prestação de serviços aos demais profissionais. Isto denota que as Assistentes Sociais incluem, em suas ações, atividades que poderiam ser executadas por técnicos administrativos. As reuniões com a equipe multiprofissional para treinamento, avaliação e estudos de casos, revelam ações de gestão. Isto se deve ao fato de que a entrevistada nº. 3 ocupa o cargo de Gerente de Serviços no seu Estado. Outra atividade desenvolvida por elas foi o projeto Terapia da Ajuda, com grupo de cuidadores, objetivando o apoio, troca de experiências, bem

como a capacitação oferecida através de curso de formação de cuidadores com a abordagem multidisciplinar. A família também foi chamada cumprir algumas demandas do cuidado com o paciente, não supridas pelo plano de saúde.

A entrevistada nº. 7 registrou que o Assistente Social interpreta o programa e auxilia os familiares quanto as suas necessidades médicas domiciliares. Contudo, é o profissional que providencia os processos burocráticos, relativos às documentações, e organiza as reuniões com a equipe multiprofissional, manejando administrativamente às requisições dos demais profissionais.

“Público alvo: Usuário com doença crônica e debilitante, geralmente egresso de hospitalização, que não tenha possibilidade de locomoção para continuar o tratamento (por exemplo: fisioterapia); esse serviço é restrito ao assistido que optou pelo plano completo, ou seja, GEAPSaúde / Família.

Objetivos: Manter a qualidade do tratamento quando o usuário egressa do hospital. Privilegiar o tratamento domiciliar ao tratamento hospitalar.

Intervenção profissional: Visita domiciliar ou atendimento do assistido/seu representante na sede da GEAP para parecer quanto à necessidade do tratamento domiciliar. Acompanhamento da evolução do paciente e orientação à família quanto aos cuidados e procedimentos necessários ao tratamento domiciliar.” (Entrevistada nº. 1).

“Público alvo: Beneficiários dos Planos GEAPSaúde II e Família portadores de doenças crônicas, degenerativas ou terminais com necessidades de atendimento em domicílio.

Objetivos: Promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos de doenças e incapacidades por meio do monitoramento, em domicílio, dos beneficiários portadores de doenças específicas, por meio de equipe multidisciplinar, agindo sobre os aspectos físicos e psicológicos da dor, com a finalidade de proporcionar melhor adaptação às condições biopsicossociais geradas pela doença e de contribuir para a reinserção do beneficiário no meio familiar e social.

Metodologia de ação:

Identificação dos beneficiários; Verificação dos critérios de elegibilidade para admissão e permanência no Programa; Seleção da equipe multidisciplinar com análise curricular, entrevista; Agendamento de visitas iniciais para aplicação do protocolo clínico; Abordagem telefônica e/ou entrevista presencial para preenchimento dos Formulários Solicitação de Admissão do PGC e Abordagem Inicial; Acompanhamento dos planos de cuidado; Contato com a Equipe Multiprofissional para distribuição das Requisições e Guia de Prestação de Serviços, devidamente autorizadas para início da assistência; Reuniões com a equipe multidisciplinar para treinamento, avaliação do Programa e estudo de casos; Monitoramento da assistência através de contato com as famílias; Apoio aos cuidadores através do Projeto Terapia da Ajuda, com reuniões mensais para troca de experiência e apoio mútuo, bem como capacitação para o exercício da função de cuidador mediante o oferecimento de Cursos de Cuidadores com abordagem multidisciplinar.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP (GEAPSaúde e GEAPFamília) com necessidades médicas domiciliares. O Serviço Social interpreta o programa, providencia processos burocráticos (documentações),

organiza reuniões com equipe multidisciplinar e auxilia os familiares, quando necessário, quanto às necessidades médicas domiciliares.” (Entrevistada nº. 7).

7) Programa VIVA MELHOR

Com exceção das profissionais nº. 5 e nº. 8, as demais atuam neste programa, porém as de nº. 2 e nº. 6 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

As entrevistadas foram unânimes em relatar que este Programa é extensivo aos beneficiários de todos os planos administrados pela GEAP, a partir dos 18 anos de idade. Quanto aos objetivos, a nº. 1 valoriza o aspecto administrativo em que os assistidos devem manter o mesmo padrão de atendimento no seu bairro ou região e que cabe estimular a relação de confiança médico – assistido. Já as profissionais nº. 3 e nº. 4 destacaram os objetivos contidos na norma técnica em priorizar ações de vigilância em saúde, preventivas ao acometimento de doenças ou complicações de quadros mórbidos.

A entrevistada nº. 7 não descreveu os objetivos. A partir destas considerações pode-se verificar que há uma adesão das entrevistadas à normatização técnica, sem o acréscimo de objetivos específicos ao Serviço Social.

Na metodologia interventiva as ações profissionais seguem ao estabelecido no programa: participação na elaboração de plano diretor regional, divulgação do programa junto às patrocinadoras e aos beneficiários, inscrição dos assistidos, encaminhamentos, acompanhamento e monitoria dos beneficiários inscritos, sua aderência ao programa, frequência junto aos eventos realizados pelos médicos, produção de relatórios e busca de parcerias para o implemento das estratégias de saúde previstas no programa. As ações profissionais são auxiliares a realização dos dispositivos contidos na norma técnica, não sendo identificada pelas profissionais outras ações do Serviço Social que venham de encontro a proposta de prevenção e promoção na saúde como disposto no Programa.

“Público alvo: Assistidos da GEAP com mais de 18 anos.

Objetivos: Manter o padrão de atendimento sem que o assistido necessite deslocar-se de seu bairro ou região. Estimular a relação médico – assistido como uma relação de confiança sem perder de vista o profissionalismo (resgate do médico de família).

Intervenção Profissional: Divulgar o programa entre os assistidos da GEAP. Encaminhar, sempre que possível, o assistido para o médico de seu bairro ou região, estimulando a criação de laços semelhantes aos laços de médico de família, pois será o profissional que terá conhecimento da história de saúde da família.” (Entrevistada nº. 1).

“Público alvo: Beneficiários de todos os Planos de Saúde administrados pela GEAP.

Objetivo: Priorizar ações de vigilância em saúde, que previnam o acometimento de doenças e amortizem a instalação de outros quadros mórbidos, complicações e manifestações mais avançadas.

Metodologia ação:

Elaboração do Plano Diretor de Regionalização; Busca ativa e inscrição dos beneficiários no Programa; Divulgação do Programa junto às Patrocinadoras; Acompanhamento das atividades junto aos Médicos Vinculadores Assistenciais; Acompanhamento e controle da aderência dos beneficiários ao Programa com a verificação da frequência e participação nos eventos realizados pelos MVA; Relatórios de acompanhamento dos indicadores de estrutura e de processos; Implementação das estratégias previstas no Programa: Movimente-se com Saúde; Cabeça Fresca, dentre outras.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP. O Serviço Social interpreta o Programa, gerencia a inscrição, busca parcerias e monitora os casos.” (Entrevistada nº. 7).

8) Programa Maturidade Saudável

A profissional nº. 8 não atua diretamente no programa, porém como exerce a função de ouvidora em seu Estado, presta orientações aos usuários através do seu setor. A entrevistada nº. 5 não atua no programa. A profissional de nº. 6 atua no programa, mas não fez nenhuma descrição dos itens solicitados.

As entrevistadas afirmaram que são os assistidos da GEAP, em particular os aposentados e idosos, os clientes alvo deste programa. Quanto aos objetivos, as profissionais nº. 1, nº. 2, nº. 3 e nº. 4 destacaram que é propiciar maior “qualidade de vida”, conquistada a partir da aquisição de novos estilos e hábitos saudáveis. Este programa é coordenado regionalmente pelos Assistentes Sociais, excetuando-se a entrevistada nº. 5, os quais organizam e promovem atividades grupais nas áreas de saúde, cultura, esporte e lazer, além de divulgar, orientar, inscrever e encaminhar os beneficiários a programação pré-definida, a qual faz interface com o Programa Viva

Melhor. Também cabe aos Assistentes Sociais acompanhar todo o processo e avaliar mensalmente, produzindo relatórios para a Gerência de Programas de Saúde, situada em Brasília – DF. Este programa foi incluído na atenção primária da GEAP, o qual prevê ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

“É um programa voltado para os aposentados, profissionais na ativa e para a maturidade.

Objetivos: Proporcionar ao aposentado, profissionais da ativa e maturidade em geral, melhor qualidade de vida através de atividades que estimulem globalmente o corpo e a mente dos que dela participam.

Intervenção profissional:

Proposição de diferentes atividades como: Cine debate, ginástica, encontros educativos e sociais, cursos de atualidades, de artesanato, de artes (teatro, pintura, música etc.), aulas de informática, alimentação saudável etc. Voltadas para o atendimento e inclusão de homens e mulheres que se sentem à margem dos acontecimentos.” (Entrevistada nº. 1).

“Público alvo: idosos.

Objetivo: Melhorar sua qualidade de vida.” (Entrevistada nº. 2).

“Público alvo: Beneficiários a partir de sessenta anos de todos os Planos de Saúde administrados pela GEAP.

Objetivo: Contribuir para o envelhecimento saudável por meio da profilaxia de agravos à saúde, incentivando e promovendo estilos e hábitos saudáveis disseminadores de longevidade e qualidade de vida.

Metodologia de ação:

Vinculação dos beneficiários aos Médicos Vinculadores Assistenciais responsáveis por monitorar e estabelecer condutas de nível básico, para a promoção de estilo e hábito de vida saudáveis. Elaboração, acompanhamento e avaliação de programação participativa voltada para o desenvolvimento de atividades relacionadas à questões de saúde, ocupação e lazer, na perspectiva de desenvolver atitudes que garantam uma velhice saudável por meio da mudança de hábitos e adição de novos padrões de comportamento.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP. O Serviço Social interpreta o Programa, Coordena as Ações, gerencia a inscrição, busca parcerias e monitora os casos.” (Entrevistada nº. 7).

9) Campanhas Nacionais da GEAP

Todas as profissionais entrevistadas atuam nas Campanhas Nacionais da GEAP. Contudo, as de nº. 2, nº. 5 e nº. 6 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados.

As entrevistadas relataram que nestas campanhas participam os beneficiários de todos os planos da GEAP como também colaboradores e a comunidade em geral,

inclusive a nº. 8 comentou que o público alvo é determinado pela Direção Geral, em virtude dos temas escolhidos para as campanhas.

Quanto aos objetivos a nº. 1 afirmou que estes dependem do tema definido nacionalmente, uma vez que as campanhas são planejadas na sede e determinadas para as regionais. As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 apontaram que cabe aos profissionais sensibilizar e mobilizar beneficiários e comunidade oportunizando o exercício de solidariedade e aquisição de hábitos saudáveis.

No campo interventivo, as profissionais são chamadas para coordenar, traçar estratégias, buscar parcerias, divulgar, informar sobre as temáticas trabalhadas, e estimular a participação do público nas atividades oferecidas, sejam palestras, debates, atividades físicas, arrecadação de doativos, entre outras. A nº. 8 acredita que a informação prestada pode contribuir na qualidade de vida e bem estar social. As campanhas mostram-se como atividades descontínuas e pontuais frente a um tema em saúde, faltando-lhes a permanência necessária para atingir sua efetividade junto à população.

“Público alvo: As campanhas, geralmente, atingem um público bem maior que os assistidos da GEAP, pois, na maioria, são voltadas para a comunidade e para os colaboradores (funcionários) da GEAP.

Objetivos: depende de cada tipo ou tema da campanha, pois elas são nacionais e vêm diretamente pronta da sede em Brasília.

Intervenção profissional:

Colaborar para que cada campanha atinja seu objetivo, pois além de divulgar a instituição, colabora para melhorar algum aspecto da vida em sociedade (por exemplo, a campanha de doação de sangue).” (Entrevistada nº. 1).

“Público alvo: Beneficiários de todos os Planos de Saúde administrados pela GEAP e comunidade.

Objetivo: Sensibilizar e mobilizar beneficiários e comunidade, fornecendo informações e proporcionando práticas preventivas, oportunidades do exercício da solidariedade e atividades grupais, a fim de estimular hábitos saudáveis.

Metodologia de ação:

Realização de Campanhas de forma integrada com outros segmentos da sociedade, voltados para as temáticas trabalhadas, viabilizando a realização de atividades como debates, palestras, workshop, oficinas, caminhadas e outras práticas de exercícios físicos, arrecadação de doativos etc.” (Entrevistadas nº. 3 e nº. 4).

“Assistidos da GEAP. O Serviço Social coordena as ações, busca parcerias e incentiva a participação de assistidos e colaboradores.” (Entrevistada nº. 7).

“O público alvo sempre é determinado pela Direção Geral, entretanto junto com a equipe, são traçadas estratégias para que as ações sejam extensivas a comunidade em geral. A ação tem como objetivo contribuir para que um maior número de pessoas tenha acesso às informações relativas à saúde, qualidade de vida e bem estar social. Entendemos que todos somos formadores de opinião, a possibilidade de receber uma informação e ter condições de repassá-la contribui para mudança de hábitos. A informação sem ser de conhecimento público, deixa de ser informação e perde o seu valor.” (Entrevistada nº. 8).

10) Outras Atividades:

As profissionais nº. 2 e nº. 5 não fizeram nenhuma descrição dos itens solicitados. As profissionais nº. 3, nº. 4 e nº. 6 não marcaram esta resposta, portanto, não atuam em outras atividades que não sejam os programas assistenciais previstos nos planos da GEAP e as rotinas estabelecidas em cada Gerência Regional.

Neste quesito, para a entrevistada nº. 1 o público alvo depende da atividade que venha a ser proposta pela sede, incluindo os assistidos, os colaboradores ou a comunidade. Para a nº. 7 são os beneficiários da GEAP; a entrevistada nº. 8 especificou que é o público que comparece ao setor de seu trabalho, a ouvidoria. Para a nº. 9 foram os grupos de terceira idade, de cuidadores de idosos e os participantes do grupo de contadores de história, tendo em vista a descrição que esta entrevistada fez das atividades.

No que se refere aos objetivos, a nº. 1 disse estarem de acordo com as atividades que venham a ser implementadas; para a nº. 7 é apoiar e orientar na busca de soluções dos problemas que interferem no tratamento, bem como socializar as instruções contidas nas normas e procedimentos da GEAP; para a nº. 8 é orientar e esclarecer as normas da Fundação, além de intermediar a relação de conflitos entre os beneficiários e a GEAP; a nº. 9 enfocou que o objetivo é a promoção da saúde.

No campo interventivo, apenas a nº. 1 não fez uma descrição das atividades, apenas considerando que a profissional deve colaborar para o atingimento de objetivos e divulgação da instituição. As entrevistadas nº. 7, nº. 8 e nº. 10 retrataram os procedimentos considerados rotineiros e as providências usuais para a área de Serviço Social, tais como visitas hospitalares, domiciliares, orientações aos

beneficiários, aos profissionais da rede credenciada, transferência hospitalar de pacientes, remoção para realização de exames fora do hospital, estudos sociais, encaminhamentos, pareceres sociais, relatórios para as gerências.

A entrevistada nº. 10 definiu-as como plantão social, ou seja, o atendimento prestado pelo Assistente Social cotidianamente para busca espontânea dos beneficiários aos serviços da GEAP, principalmente quando se apresentam demandas que não estão necessariamente descritas nas normatizações técnicas e burocráticas da Fundação.

Apenas a entrevistada nº. 9 referiu-se a criação de grupos com temáticas específicas e oficinas de atividades físicas e de artesanato, como outras ações empreendidas pelo Serviço Social. De modo geral, as ações profissionais regulam as necessidades e destensionam os conflitos que possam existir nas relações dos usuários com a instituição.

“Público alvo:

Depende da atividade proposta pela sede da GEAP; pode ser a comunidade, os assistidos e os colaboradores da instituição.

Objetivos:

Também serão propostos de acordo com a(s) atividade(s) que será(ão) implementada(s).

Intervenção profissional:

Colaborar para que cada atividade atinja seu objetivo, pois além de divulgar a instituição, colabora para melhorar algum aspecto da vida em sociedade (ex.: circuito saúde GEAP/INSS).” (Entrevistada nº. 1).

“Atender os participantes e beneficiários do GEAP, apoiando-os e orientando-os na busca de soluções de problemas, que interferem no tratamento médico e ou utilização de forma adequada dos recursos GEAP e recursos da comunidade;

Socialização das instruções contidas nas normas e procedimentos GEAP – Saúde e GEAP – Família;

Realizar visitas hospitalares / domiciliares aos pacientes para identificação das condições sociais e a partir de suas demandas buscar soluções conjuntas;

Proceder visitas hospitalares / domiciliares, se necessárias, a pacientes que não possuam familiares ou cujos familiares são omissos, objetivando o apoio, orientação e/ou encaminhamentos a recursos sociais no sentido de resolver a situação – problema constatada;

Participar no processo de transferência de pacientes internados para outros hospitais da rede credenciada, quando houver indicação médica;

Orientar o Serviço Social e/ou Setor de convênios dos Hospitais da Rede Credenciada no sentido de remover pacientes internados, que necessitem realizar exames fora do hospital;

Proceder estudo, encaminhamento e acompanhamento de pacientes para hospital de Retaguarda, quando houver indicação médica, e as providências necessárias relacionadas as altas médicas;

Orientar pacientes e/ou familiares, quanto a realização de tratamento fisioterápico domiciliar, quando houver indicação médica, bem como controlar a sua realização;
Articulação com órgãos da comunidade para troca de conhecimentos e estabelecimentos de rotinas de encaminhamento dos participantes GEAP;
Estudar e emitir parecer social de pacientes e elaborar relatórios quando solicitado pelas gerências;
Realizar tarefas administrativas relativas ao Serviço Social.” (Entrevistada nº. 7).

“Setor: Ouvidoria

O público que comparece ao setor de ouvidoria, são pessoas que apresentam suas necessidades, questionamentos, reclamações e elogios. O setor tem como objetivo ouvir o cliente, orientando e esclarecendo as Normas da Fundação, além de intermediar a relação de conflitos, evitando-se o desligamento do cliente e/ou um processo judicial.

A metodologia utilizada é proporcionar ao cliente a liberdade de expressar sua insatisfação e/ou satisfação da maneira mais clara possível, por meio do diálogo ou por escrito quando se fizer necessário. O profissional deve estar pronto para ouvir e preparado para responder de forma amigável, tendo conhecimento das Normas da instituição, mas que atenda o interesse do cliente e da Fundação.

Os atendimentos são registrados de forma que mantenha a privacidade do cliente, mencionando somente as necessidades, orientações e providências que foram tomadas para o caso. Em situações mais delicadas, o caso é discutido com outros profissionais, mantendo-se em sigilo do que foi confidenciado e que poderá ser mal interpretado ou tornar-se chacotas por outros profissionais.

Mesmo que não atenda as expectativas, o cliente sempre recebe a resposta do seu contato.”

(Entrevistada nº. 8).

“Criação de grupos de terceira idade para a promoção da saúde, tais como UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade, Grupos de Cuidadores Informais de idosos inscritos no Programa PGC, Grupos de Contadores de História, Programa Vitória da Qualidade de Vida da GEAP - que constava de ações de promoção de saúde, com o propósito de trabalhar no sentido a conscientização para o auto-cuidado. Neste sentido foram criados vários projetos com oficinas (Oficinas de Yoga, Contação de História e Teatro, Artesanato, Ikebana, Maturidade solidária e reflexões sobre o auto-cuidado).” (Entrevistada nº. 9).

“Plantão, visitas domiciliares, visitas hospitalares, visitas a profissionais, além de ser membro de várias comissões.” (Entrevistada nº. 10).

O questionário solicitou às profissionais que refletissem sobre o perfil sócio-ocupacional requerido aos Assistentes Sociais, atualmente, pela GEAP. A pergunta não foi direcionada para as entrevistadas nº. 9 e nº. 10 por estarem aposentadas.

As respostas demonstraram diferentes concepções e percepções sobre o perfil sócio – ocupacional exigido pela GEAP as profissionais de Serviço Social: a entrevistada nº. 1 enfocou sua análise sobre as competências profissionais contemporâneas a partir do projeto ético-político da profissão, ou seja, a

competência teórica como fundamentadora de uma compreensão totalizadora de sociedade, situando nesta a GEAP; política, entendendo a questão da saúde como direito constitucional de cidadania e técnico – operativa no manejo dos instrumentos e técnicas do fazer profissional.

As entrevistadas nº. 2 e nº. 5 apresentaram uma visão burocrática - administrativa sobre as requisições profissionais, no sentido de que estas características seriam suficientes para a adequação das funções institucionais. Esta compreensão minimiza a competência profissional como atributo indispensável, visto que para ambas o aprendizado se faz a partir do saber racional burocrático da instituição.

As entrevistadas nº. 3 e nº. 4 enfocaram o perfil estratégico do profissional multifuncional a partir de uma racionalidade empresarial num mercado competitivo. Elas descreveram um perfil pró-ativo, com capacidades de articulação interna e externa a organização, em busca de melhores alternativas custo – benefício, tendo como prisma uma visão sistêmica dos negócios da GEAP, em particular nos programas de promoção e prevenção à saúde. Ainda que a nº. 8 tenha apresentado um discurso baseado em senso – comum para analisar a sociedade contemporânea, ressaltou a necessidade de um perfil profissional pluralista que se especialize em vários campos de conhecimento.

A entrevistada nº. 6 considerou que o Serviço Social da GEAP não desempenha funções específicas da área, apropriando-se de conhecimentos e objetos que não lhe são próprios, o que a seu ver caracteriza a “crise de identidade profissional”. A entrevistada não percebe que o profissional se insere e participa de um processo de trabalho mais amplo na política de saúde, o qual se caracteriza pela complexidade do processo saúde-doença, derivado de determinantes estruturais que são políticos, econômicos e sociais.

A entrevistada nº. 7 retratou o perfil profissional de formação conservadora, cujos aportes teóricos e metodológicos provêm do tecnicismo funcional, cujo objetivo é estabelecer uma relação harmônica entre indivíduos e sociedade, neste caso entre beneficiários e a GEAP. Ressaltou a necessidade de aprimoramento profissional,

entretanto, sem observar que a formação profissional atual fundamenta-se na apreensão crítica – dialética das relações sociais da sociedade capitalista.

*“Penso que o perfil do profissional deve contemplar um tríplice nível de competência (não em ordem de importância), iniciando com a competência **teórica** – o assistente social deve controlar teoricamente os conteúdos que necessita para entender a realidade social, cultural e econômica mais ampla, situar a instituição GEAP no marco dessa totalidade para poder compreender seu papel como profissional e como cidadão.*

*Em seguida vem a competência **política** – a dimensão política da profissão deve ser tratada com seriedade, pois ela proporcionará um entendimento das demandas institucionais e demandas dos assistidos enquanto clientes de um plano de saúde privado e enquanto cidadãos de um país que tem em sua Constituição que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.*

*Em terceiro lugar, a competência **técnico-operativa**, isto é, controlar instrumentos e técnicas do fazer profissional e utilizá-los conforme a necessidade da intervenção profissional (já mencionado no item 4).” (Entrevistada nº. 1).*

“Que tenham dois anos de experiência e que tenham perfil para trabalhar...em situações de risco....e pressão.” (Entrevistada nº. 2).

*“Capacidade de articulação interna e externa visando o estabelecimento de parcerias;
Capacidade de negociação, postura de pro-atividade buscando a melhor alternativa custo-benefício;*

Visão crítica e criativa de paradigmas, buscando inovações sustentáveis;

Capacidade de implementar e gerenciar projetos;

Domínio de conhecimentos essenciais na área de prevenção e promoção à saúde;

Visão sistêmica do negócio da GEAP, orientando uma atuação capaz de identificar riscos e oportunidades, agregando valores à Fundação.” (Entrevistada nº. 3).

“Hoje o profissional de Serviço Social tem um papel estratégico no tocante aos programas de profilaxia de agravos à saúde e, principalmente, no tocante à viabilização de ações de promoção e prevenção à saúde propostas pela GEAP.” (Entrevistada nº. 4).

“Profissional jovem, com pouca prática profissional.” (Entrevistada nº. 5).

“Silvana, às vezes acho que desempenhamos funções que não são específicas do SS. Isso se deve também à nossa crise de identidade profissional, uma vez que nos apropriamos das teorias de outras ciências para construir a nossa.” (Entrevistada nº. 6).

“O Assistente Social tem como objetivo na GEAP atender aos assistidos e seus beneficiários visando estabelecer uma relação harmônica entre a GEAP e seus assistidos.

A atuação do profissional consiste na utilização de princípios e metodologia específicas da profissão. Para tanto, é necessário que o profissional esteja tecnicamente preparado e em constante aprimoramento, por meio de recursos acadêmicos, cursos, leituras e outros.” (Entrevistada nº. 7).

“Temos vivido em uma sociedade cada dia menos humanizada e mais individualizada (eu posso, eu faço, eu quero etc.)

É um processo desde que o mundo é mundo, estamos ficando mais velhos, mais gordos, conhecendo novas doenças, entretanto diagnosticamos doenças com maior rapidez, o acesso a informação é mais ampla.

Entendo que hoje os Assistentes Sociais, devem procurar estar atentos em tudo que ocorre na sociedade, desde uma cidade que sofre com uma grande enchente, quanto a entender a estarmos no século XXI e ainda existem mães abandonando o seu filho em uma lata de lixo. O profissional para se manter no mercado de trabalho de forma a ser respeitado profissionalmente pelos usuários dos serviços e também pela Instituição em qual está inserido, deve apresentar um perfil pluralizado e pluriarticulado, além de se especializar em áreas diversas.” (Entrevistada n.º. 8).

Como decorrência da reflexão anterior, o questionário inquiriu às entrevistadas que apontassem se houve mudanças no perfil sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais, durante os últimos anos, na própria GEAP.

Quando perguntadas sobre a ocorrência de mudanças no perfil sócio-ocupacional na GEAP, a única entrevistada que não observou qualquer mudança nos últimos anos foi a n.º. 2.

A entrevistada n.º. 5 considerou que aumentou o trabalho burocrático dos Assistentes Sociais, sendo-lhes exigido o domínio de planilhas eletrônicas, o que propiciou o afastamento do profissional no atendimento dos clientes. Assim, considera-se que a entrevistada apontou que houve mudanças, contudo negativas.

As entrevistadas n.º. 3, n.º. 4 e n.º. 6 destacaram que as mudanças ocorreram, nas quais as profissionais foram requeridas a atuar em programas de promoção à saúde, de características coletivas, o que exigiu novas competências e aptidões no perfil, como as de negociação, orientação e educação.

As profissionais n.º. 7 e n.º. 8 consideraram que houve mudanças, mas que estas deixaram de valorizar as técnicas específicas da profissão, inclusive a n.º. 8 revelou que se identificava com a postura profissional daqueles que deram início ao setor (já aposentados) haja vista os seus comprometimentos com a instituição, usuários e com o trabalho em equipe. O que denota as suas tendências mais conservadoras.

“Não.” (Entrevistada nº. 2).

“Sim, especialmente com o direcionamento para a assistência preventiva, com a implantação de programas de promoção à saúde.” (Entrevistada nº. 3).

“O Serviço Social foi se transformando e sendo desenvolvido através de programas, projetos e atividades específicas. E neste processo de mudança e desenvolvimentos, o profissional necessita exercitar aptidões específicas e satisfatórias, entre muitas delas, a de negociador, comunicador, orientador e educador.” (Entrevistada nº. 4).

“Trabalho burocrático, domínio em planilhas eletrônicas, afastamento do cliente.” (Entrevistada nº. 5).

“SIM, houve mudanças significativas, pelo menos nessa GERES, saímos um pouco de atendimento individual e estamos trabalhando em ações mais coletivas, como os programas.” (Entrevistada nº. 6).

“Consideramos haver mudanças no perfil sócio-ocupacional. Os Assistentes Sociais anteriores demonstravam utilizar de técnicas específicas e exigidas à profissão.” (Entrevistada nº. 7).

“Nesses últimos tempos notamos que ocorreram mudanças e que alguns profissionais se identificam com a profissão e outros com o salário, que também não é muito. Como iniciei na GEAP em 1995, pude acompanhar a mudança de quadro e também a mudança de postura profissional. Ao me formar na área e assumir o cargo de Assistente Social, pude não somente notar as diferenças, mas realizar uma crítica da atuação profissional. Eu me identifico com os profissionais que deram início ao setor de Serviço Social, onde havia sempre um grande comprometimento com a instituição e o usuário dos serviços da Fundação e também desenvolvimento do trabalho em equipe.” (Entrevistada nº. 8).

Por fim, o instrumento apresentou um espaço livre para que as entrevistadas pudessem acrescentar outras considerações sobre o trabalho do Serviço Social na GEAP que julgassem necessárias. Algumas profissionais utilizaram-se dele para incluir aspectos singulares em seus depoimentos.

A entrevistada nº. 2 reiterou a sua visão racional – administrativa quando evocou a necessidade dos profissionais buscarem auxílio de Senadores e Deputados, a quem estes teriam algum acesso, para conseguirem a aprovação do projeto de redução da carga horária em sua jornada laborativa. Faz-se necessário salientar que os profissionais médicos e odontólogos, empregados da GEAP,

cumprem carga horária de 20 horas semanais, enquanto que os Assistentes Sociais e Enfermeiros trabalham 40 horas semanais para a mesma remuneração. Isto denota que há diferenciações significativas para as categorias citadas, o que revela o status social diferenciado que cada profissão possui interna e externamente a GEAP.

As entrevistadas nº. 3 e nº. 5 apresentaram posições diferenciadas a partir da análise das mudanças ocorridas com a profissão na GEAP. A nº. 3 relatou que os auxílios financeiros (contidos nos programas do Plano de Assistência Social) são meros repassadores de recursos, cuja tendência será a extinção, quando se resolver o processo que questiona a natureza jurídica da GEAP, o que fortalecerá a atuação do Serviço Social nos programas de promoção à saúde.

Já a entrevistada nº. 5 apontou que o Serviço Social vem perdendo espaço na Fundação, a partir da inclusão dos novos planos de saúde, com coberturas menores, os quais não prevêm a cobertura de alguns programas da Assistência Social. Inclusive, destacou que a central de atendimento (Call Center) contribuiu com o distanciamento dos clientes para o atendimento que historicamente vinha sendo feito pelos Assistentes Sociais na prestação de informações. Isto denota que esta profissional não percebeu a requisição de novas competências e habilidades exigida pelo movimento sócio-histórico à profissão, com a complexificação do mundo do trabalho no estágio atual das relações capitalistas.

A entrevistada nº. 8 relatou sua inserção no setor de ouvidoria, que existe apenas em seu Estado. Mostrou-se ambígua ao enaltecer que este é um novo campo para o profissional, mas que hoje não se inclui no grupo de profissionais. Ainda assim, considerou que o setor tem um papel importante por oferecer suporte aos demais setores da GEAP e que abrange as competências exigidas pela profissão, sendo valorizado pelos gerentes regionais.

“Acho que os Assistentes Sociais deveriam mobilizar os seus Senadores e Deputados para aprovarem o projeto que existe pleiteando a redução da carga horária para seis horas.” (Entrevistada nº. 2).

“Os Programas de Auxílios Financeiros são meros repassadores de recursos, com resultados questionáveis. Suas finalidades precípua são justificar a atuação da GEAP como entidade de previdência. Com o desenrolar da polêmica definição da natureza jurídica da GEAP, estes

Programas, na minha opinião, tendem a desaparecer. Afinal, o GEAPREV já exerce o papel justificador mencionado.

Assim, entendo que o papel do Serviço Social da GEAP tende a fortalecer-se nos programas de promoção da saúde.” (Entrevistada n.º 3).

“O Serviço Social vem perdendo espaço na GEAP, desde 2006, não temos representantes da área em nenhum setor, parece estar extinto. E com a implantação de novos modelos assistenciais, onde se faz a opção de querer ou não a parte social, perdemos ainda mais, a Central de Atendimento também contribuiu para o distanciamento da área.” (Entrevistada n.º 5).

“Atualmente trabalho no setor de Ouvidoria e tem sido uma experiência produtiva e construtiva em termos de profissão. Inicialmente apesar de resistir de trabalhar no setor e mesmo hoje ter algumas dificuldades, por me identificar mais com atendimento domiciliar, o setor de Ouvidoria abrange praticamente todas as competências da profissão.

Experiência, acredito ser importante reforçar esse trabalho que vem sendo desenvolvido junto à instituição. Além de ser mais um campo de trabalho, mostrando a importância do profissional Assistente Social no atendimento à clientela, como agente interventor e ao mesmo intermediador.

O mais interessante dessa experiência, é o fato da 1ª gerente inserir o profissional no setor e outros 2 terem a mesma opinião mantendo inalterado o quadro, por acreditarem no trabalho da Assistente Social. Entretanto nós profissionais, hoje já não me incluo nesse grupo, não consigo vislumbrar a atuação do profissional no local.

Atualmente o setor é referenciado pelos próprios colaboradores, e vem contribuindo oferecendo suporte aos colaboradores dos setores. Toda essa mudança proporcionou no ano de 2009 a liberação na contratação de uma estagiária em serviço social, para atuar junto ao setor.” (Entrevistada n.º 8).

Para as profissionais aposentadas, o instrumento solicitou que procedessem a uma análise sobre o papel do Assistente Social na GEAP, tendo como referência o período em que as entrevistadas atuaram na Fundação.

Ambas as entrevistadas apontaram a importância da atuação profissional na GEAP, contudo sob prismas diferenciados. A n.º 9 destacou que a profissão contribui na concretização das políticas de saúde, na perspectiva do direito do cidadão em obter cobertura em programas e projetos que visam à melhoria da qualidade de vida e ampliação da consciência cidadã. Isto extrapola as ações normativas, que visam apenas ajustes no orçamento da Fundação, que a seu ver configurariam ações de cunho economicista.

A entrevistada n.º 10 considerou o conhecimento do Assistente Social como democrático, pois todos usufruem deste. Refletiu que este conhecimento advém de

sua área de trabalho e fora dela, visto a necessidade de reciclagem profissional, a partir das mudanças nas normas da Fundação, como também, da comunidade. Tendo em vista que cada regional tem normalmente um único profissional, o mesmo está sujeito a fadigas e estresses, pelo volume de clientes encaminhados ao Serviço Social pelo balcão de atendimento. Para a entrevistada, o profissional é um aliado da direção institucional, tendo condições de administrar os serviços.

Outro aspecto evidenciado foi o atendimento a demandas dos usuários que não estão, necessariamente, previstas na burocracia e por isto, necessitam que o Assistente Social “quebre barreiras”. O que pode ser interpretado como atenção às necessidades dos clientes, recorrendo aos recursos internos e externos a GEAP, os quais não estariam imediatamente ao alcance dos beneficiários. A partir desta análise pode-se considerar que a nº. 9 atribuiu competência ético-política as ações profissionais e a nº. 10 apresentou uma visão funcional ao papel desempenhado pelos Assistentes Sociais, no interior da racionalidade burocrática.

“Considero de grande abrangência o papel do Assistente Social dentro da GEAP, e de suma importância para a concretização das políticas de saúde da própria fundação. O assistente social extrapola a função economicista de cumprir as normas para ajustes orçamentários da Fundação, adentrando na própria questão do direito do cidadão beneficiário do plano de saúde. Neste sentido os programas e projetos desenvolvidos visam a melhoria da qualidade de vida dos usuários, a ampliação da sua consciência cidadã.” (Entrevistada nº. 9).

“O papel do Assistente Social na GEAP é de grande valia mesmo porque sendo, quase sempre, um único profissional da unidade de trabalho tem que desempenhá-lo com muita sabedoria, conhecimento de sua área e fora dela. O seu conhecimento transforma-se em conhecimento democrático, todos usufruem do mesmo. Para tanto ter o cuidado de reciclar-se com frequência, haja vista que as normas estão em constante mutação, assim como a comunidade também sofre mudanças necessárias, tornando-se então, impraticável não ter os conhecimentos necessários. A sua estabilidade emocional deverá ser monitorada, vez que o plantão diário pode trazer-lhe fadiga devido ao grande estresse provocado pelo atendimento a clientes provenientes do balcão de atendimento... O Assistente Social é um braço direito da Diretoria, podendo oferecer, com sua intervenção, ótimas condições de administrar. Ela quebra barreiras, ajuda o cliente que sai do ambiente geapeano feliz, satisfeito com o excelente atendimento praticado por ela.” (Entrevistada nº. 10).

Diante dos resultados demonstrados na pesquisa de campo, faz-se necessário repensar o perfil sócio – ocupacional, seu significado e direção social junto à política de saúde e da saúde supletiva. Novas requisições e competências foram exigidas

das profissionais a partir da mudança do modelo assistencial promovido pela GEAP, na entrada do novo milênio, como reflexo do atual estágio do desenvolvimento macro-estrutural capitalista e do modo como às políticas sociais respondem às demandas coletivas.

Os determinantes sócio-históricos da política de saúde no Brasil impulsionaram decisivamente para estas mudanças, os quais se materializaram no sistema dual existente: o público e o privado. Contudo, foi a partir da criação de um órgão estatal regulador para os planos de saúde e o acirramento da concorrência de mercado, que impuseram a GEAP a necessidade de implantar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Desse modo, os Assistentes Sociais tiveram que requalificar o seu espaço interventivo, inserindo novas tecnologias instrumentais e resignificar os saberes profissionais na perspectiva do direito social. A maioria dos profissionais entrevistados percebeu claramente estas mudanças em seu espaço sócio-ocupacional. A individualização nos atendimentos deu lugar aos processos coletivos e a ação eminentemente curativista em saúde deu lugar a promoção e a prevenção.

Para COSTA (2006:315-316) as atividades dos Assistentes Sociais se concentram nos campos de atividade ou eixos de inserção do trabalho profissional: ações de caráter emergencial assistencial; educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social. No intuito de caracterizá-los, a autora apresentou os núcleos de objetivação do trabalho do Assistente Social a partir do conjunto dessas atividades:

- Levantamento de dados – caracterização e identificação das condições sócio-econômicas, familiares e sanitárias dos usuários;
- Interpretação de normas e rotinas – procedimentos de natureza educativa, como orientações, aconselhamentos e encaminhamentos individuais e coletivos;
- Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial – assistencial – constituem emergências sociais que interferem no processo saúde-doença, bem como relacionam-se à demanda reprimida / déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas e sobretudo relacionam-se às desigualdades econômicas, políticas e sociais e culturais a que estão submetidos a maioria da população usuária do SUS. Nestes termos, são atividades voltadas para agilização de internamento / leitos, exames e consultas (extras), tudo que envolve o tratamento e acompanhamento dos usuários e sua família ou cuidadores, tais como o acesso a transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo

- adequado, traslado, atestados / declarações etc. Demandam a mobilização e articulação de recursos assistenciais inerentes à política de saúde e as demais políticas sociais, portanto, dentro e fora do sistema de saúde;
- Procedimentos de natureza sócio-educativa, informação e comunicação em saúde: ação transversal aos demais núcleos de objetivação que consiste em: 1) assegurar aos usuários as informações em relação às normas institucionais, aos serviços oferecidos, direitos, aos trâmites burocráticos, acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas etc. 2) ampliar a democracia institucional e a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e dos grupos e através da construção e dinamização de espaços coletivos em que se analisa e delibera sobre questões relativas à gestão e à prestação dos serviços. Exemplos: instalação e funcionamento de ouvidorias, conselhos gestores de unidades, rodas de conversa etc.;
 - Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político – consistem em articulação e/ou realização de atividades junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema, a grupos organizados, lideranças comunitárias e a comunidades em geral, que envolvem desde a realização de reuniões, oficinas de trabalho, cursos, seminários voltados para discussão de temas afetos ao processo de construção e consolidação permanente do SUS, interesse da área de saúde pública, à assessoria para elaboração de relatório, documentos reivindicatórios como abaixo-assinado, apoio à organização de processos eleitorais etc.²⁵²

Ainda que a autora tenha procedido a uma análise sobre o trabalho dos Assistentes Sociais nas unidades de atendimento vinculadas ao SUS, os núcleos de objetivação descritos guardam estreita semelhança às atividades e procedimentos realizados cotidianamente pelas entrevistadas da GEAP. Tais como:

O levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições sócio-econômicas, sanitárias e de composição familiar é realizado através de abordagens junto aos pacientes e familiares quando da inclusão no Programa de Gerenciamento de Casos e no Programa Viva Melhor. Muitas vezes, as profissionais agendam visitas domiciliares ou hospitalares para obtenção destes dados, quando da impossibilidade dos beneficiários comparecerem na GEAP.

Os procedimentos de natureza sócio-educativa, tais como orientações, aconselhamentos, informações, encaminhamentos individuais e coletivos aos recursos médicos e sociais da própria Fundação, como os da comunidade, são atividades diárias que perpassam todos os programas, tanto do Plano de Assistência Social com os do Plano de Assistência à Saúde.

²⁵² COSTA (2006: 317-318).

Neste campo de atuação, a interpretação de normas e rotinas estabelecidas pela GEAP ganha relevância na prática dos Assistentes Sociais, por se tratar de ação transversal a todas as providências interventivas. Estas vêm de encontro à garantia de que os usuários obtenham informações sobre as normas institucionais, sobre os serviços a que tem direito, aos trâmites burocráticos, acesso aos prontuários, planos de cuidados, prescrições terapêuticas, documentações, entre outras.

Os profissionais da GEAP vêm paulatinamente incorporando em suas práticas a ampliação dos espaços democráticos junto à instituição, dinamizando a escuta e o debate de sujeitos e grupos no que se refere à qualidade e quantidade de serviços ofertados pelos planos de saúde administrados pela Fundação, haja vista a experiência pioneira de um setor de ouvidoria, relatado por uma das Assistentes Sociais entrevistadas.

Concordamos com a autora quando afirma:

(...) que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer, o Assistente Social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.²⁵³

As chamadas emergências sociais, as quais a autora classifica como agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial – assistencial, ocorrem sistematicamente no espaço da autogestoras de saúde, tendo em vista a recessão dos recursos de financiamento do sistema. Isto significa que o déficit na oferta de serviços contratados, em particular no interior dos Estados, gera uma demanda reprimida, somada a perda do poder aquisitivo a que os servidores públicos federais do executivo vem sofrendo nos últimos anos. Estas questões de ordem econômica afetam sobremaneira o processo saúde – doença da população.

Assim, os profissionais são acionados para intervir na procura de leitos hospitalares, exames de alto custo, transporte em ambulâncias e demais

²⁵³ COSTA (2006: 340).

procedimentos que se referem ao tratamento dos beneficiários e ao acompanhamento de suas famílias, mobilizando e articulando recursos assistenciais da política de saúde e demais políticas sociais, dentro e fora do sistema. Os programas do Plano de Assistência Social que auxiliam na aquisição de órteses, próteses, medicamentos entre outros, atuam como recursos necessários ao atendimento destas demandas, como também, o Auxílio para Tratamento Fora do Domicílio.

A mudança mais significativa ocorrida no último decênio foi o desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político, desenvolvidas pelos Assistentes Sociais nos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, para os quais articulam e realizam atividades coletivas como reuniões, oficinas de trabalho, cursos, capacitações, entre outras, voltadas para a discussão e aprendizagens de temas relevantes para as áreas de saúde, educação e cultura em geral. Assim, mobilizam a participação dos usuários, colaboradores e comunidade, firmando parcerias e constituindo espaços para a realização destas atividades, as quais ainda se mostram como processos em construção.

Estes núcleos de objetivação no trabalho do Assistente Social articulam um conjunto de saberes e atividades voltados para a integração entre os diversos níveis de cooperação que envolve o processo de trabalho em saúde. Esta necessidade em ser “o elo perdido” (idem, p. 341) advém da burocratização a que está submetido todo o sistema de saúde, seja do SUS como no subsistema supletivo, o que repercute na própria Fundação.

Este processo aponta a emergência de um conjunto de práticas que requerem novas ocupações e atividades que são resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos tradicionais ofícios da área de saúde, para os quais, segundo a autora, parecem estar superadas as ações profissionais isoladas e autônomas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O marco inicial que configurou o nascente sistema de proteção social brasileiro foi a Lei Eloy Chaves em 1923, a qual criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões, privilegiando os trabalhadores dos setores mais influentes e essenciais à economia agro-exportadora, chave para a carteira comercial de exportação. Assim, portuários, marítimos e ferroviários passaram a ter a direito a aposentadoria e pensão por morte.

Contudo, é necessário destacar alguns elementos que aparentemente passam ao largo: as Caixas foram criadas por empresas, o que significou que a previdência brasileira nasceu no setor privado e não foi um direito extensivo a todos os trabalhadores. Naquele momento, os serviços de assistência médica não eram considerados essenciais, nem pelos empresários e nem pelos trabalhadores; assim, nem todas as caixas o possuíam. A medicina não contava com um aparato tecnológico que justificasse o ingresso de suas práticas e seus insumos diretamente no mercado, como produtos.

Decisivamente, foi o governo de Getúlio Vargas que estabeleceu a mediação e controle do Estado nas conturbadas relações entre capital x trabalho, num período em que se implantava a industrialização. Inaugurou uma política social de massas, utilizando-se do populismo para atender algumas reivindicações históricas da classe trabalhadora e ao mesmo tempo, constituiu alianças entre o Estado e a burguesia do setor industrial. Ainda na década de 30 transformou as Caixas em Institutos, estatizando a previdência, com vistas a crescente capitalização propiciada pelo modelo de seguro social.

A idéia de um instituto voltado para os industriários ganhou corpo num anteprojeto apresentado a Câmara dos Deputados em 1935, resultado de negociações entre o Sindicato dos Metalúrgicos do Distrito Federal e o MTIC, sendo o único dos institutos criado por Lei, a qual estabeleceu uma comissão organizadora para proceder aos estudos técnicos atuariais preliminares, a partir do recenseamento

dos industriários, elaboração do regulamento e contratação dos quadros de funcionários, o que se efetivou através de concurso público.

A história deste instituto foi marcadamente destituída da demanda e reivindicação operária, aparecendo em seu lugar a crença de que a racionalidade burocrática da administração científica, com o emprego das mais modernas técnicas de organização e seguro social responderia ao problema social dos trabalhadores da indústria, através da proteção previdenciária.

A consolidação do IAPI também se deveu ao espírito “Inapiário” dos seus burocratas, cuja competência técnica e racionalizadora os credenciou como especialistas em previdência e interlocutores privilegiados em diferentes governos, o que os elevou a posição de interventores nesta política. “Não seriam apenas cardeais do IAPI, mas de toda a Previdência Social” (HOCHMAN, 1990), num modelo que seria hegemônico durante trinta anos.

A partir de 1945, os funcionários do IAPI, o maior dos Institutos, conquistaram a assistência médica própria, chamada de Assistência Patronal, que se distinguia por ter uma cobertura ampla para tratar das doenças que requeriam tratamento clínico ou cirúrgico nas dependências do próprio Instituto ou previam auxílio financeiro para a assistência especializada em consultórios credenciados e internações hospitalares. A Assistência Patronal estendeu a sua ação na identificação de possíveis quadros mórbidos através do exame periódico, o qual passou a regular o estado de saúde dos servidores. O IAPI demonstrou claramente a contradição entre a oferta restritiva de benefícios e serviços ao operariado e generosa para os seus próprios servidores.

No mesmo ano ocorreu a fundamentação legal do Serviço Social previdenciário, pela Portaria do DNPS nº. 545. Contudo, a primeira experiência oficial de implantação do Serviço Social deu-se em 1942 quando o IAPC organizou a Seção de Estudos e Assistência Social. A introdução dos quadros de Assistentes Sociais se fez de modo heterogêneo e distinto em cada Instituto. O papel preponderante do Assistente Social estava na Educação Social do segurado e de seus dependentes, instruindo-os em seus direitos e deveres diante do seguro social.

Paulatinamente, o espaço de intervenção sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais foi se ampliando, tendo em vista a diversificação de benefícios e serviços dos Institutos. Neste particular, os assistentes sociais previdenciários foram requeridos para atuar junto à saúde dos segurados, nos hospitais e ambulatórios dos próprios Institutos, como também, nos conjuntos habitacionais construídos por estes.

A ampliação do espaço sócio-institucional desta categoria deveu-se a introdução da teoria social funcional, com o método tripartite, advindo da influência do Serviço Social norte-americano. Este método permitiu aos Assistentes Sociais brasileiros adquirir uma instrumentalidade tecnicista, voltada para a correção das disfuncionalidades, compreendidas como desajuste do indivíduo em seu meio social, o que veio ao encontro às requisições que extrapolavam os recursos estabelecidos pela administração racional – burocrática dos Institutos.

O golpe militar em março de 1964, reflexo da guerra fria de âmbito mundial, demarcou o início de grandes mudanças no rumo das políticas públicas. No campo previdenciário, o poder militar nomeou Juntas Interventoras que atuaram diretamente nos Institutos e no Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), extinguindo-se a gestão “colegiada”, conquistada por um breve período pelo movimento político-sindical.

O consagrado grupo de burocratas do IAPI retornou aos cargos de comando, sob o aval dos militares, tanto na estrutura dos Institutos e suas regionais como também, na pasta do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) e do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), tendo como meta planejar a unificação, preparando os Institutos para a fusão que se deu em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No ano seguinte toda a cúpula da Previdência Social era originária do IAPI.

Sem dúvida, a unificação impactou na reorganização do trabalho dos Assistentes Sociais previdenciários, como o primeiro momento de inflexão. As seções de Serviço Social dos demais Institutos tiveram que se adaptar e se subordinar ao modelo adotado pelo extinto IAPI, o qual não tinha a extensão e a complexidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais dos demais Institutos, em

especial do IAPC. A pesquisa de campo reiterou a pesquisa bibliográfica, revelando que houve a supremacia do sistema do IAPI sobre os demais Institutos.

Na estrutura do INPS, a assistência médica previdenciária caracterizou-se, a partir dos anos 70, por estar baseada na assistência curativa e individualizada, através da transferência de recursos ao setor hospitalar, à medicina de grupo, às cooperativas e aos médicos autônomos credenciados, contribuindo com o desenvolvimento do complexo médico-empresarial. O modelo de saúde pública adotado no período militar capitalizou o segmento privado, tanto na área de prestação de serviços como na produção dos insumos de saúde, influiu decisivamente para o aumento da demanda hospitalar, em seus custos, em detrimento a uma saúde preventiva e voltada para as necessidades da saúde coletiva.

No final desta década, a crise que assolava a previdência foi contornada com a criação do SINPAS (1977), o qual desmembrou o INPS em várias entidades, dentre estas criou o INAMPS que unificou as entidades médico-assistenciais. O ponto de inflexão deu-se na separação das assistências médica e social do seguro social. Este fato repercutiu numa nova reestruturação das entidades e em particular no Serviço Social, que teve sua coordenação própria extinta e a redistribuição dos profissionais nas várias entidades, o que significou para os Assistentes Sociais a necessidade de readequar-se para atender a outras demandas, ainda que sua base técnico-científica continuasse a ser orientada pelo modelo estrutural – funcional, fruto do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, numa perspectiva de modernização conservadora (NETTO, 1994).

A abertura democrática, em 1979, proporcionou mudanças no aparelho estatal e o afastamento da tecnoburocracia previdenciária, proveniente do extinto IAPI, que se identificava com o modelo privatista para o seguro social e para a saúde, possibilitando a ocupação institucional de técnicos oriundos do movimento de reforma sanitária e com isto, a introdução do debate sobre a desmercantilização da saúde pública.

Com a promulgação da Carta Constitucional de 1988, a saúde foi alçada a condição de direito universal, de relevância pública com a criação do SUS,

fundamentado nas diretrizes de descentralização político-administrativa entre as esferas de governo, integralidade das ações e participação da comunidade, no espaço mais amplo da Seguridade Social. A Constituição Federal reconheceu o setor privado como complementar ao estatal, tendo em vista o embate entre os dois projetos sanitários, contudo, não incluiu dispositivos regulatórios sobre este setor, seja no âmbito dos produtores de insumos, seja nos serviços de saúde supletiva.

Na direção dos projetos privatizantes da década de 90, a Assistência Patronal que atendia os servidores das entidades vinculadas ao SINPAS, mas organicamente gerenciado pelo INAMPS, teve sua natureza jurídica transformada numa Entidade Privada de Previdência Complementar: A GEAP – Fundação de Seguridade Social, a qual passou a ampliar o leque de entidades públicas federais que poderiam assinar contratos de adesão para a prestação de serviços de saúde supletiva. Todavia, a nova Fundação não obteve o repasse dos recursos devidos pelos órgãos previdenciários, agonizando numa crise financeira sem precedentes nos anos que se seguiram a privatização. Alguns dos serviços prestados na área de Assistência Social da antiga Patronal, que proviam os servidores nas áreas de educação e acesso a produtos alimentícios foram extintos como sinais do racionamento de recursos.

Neste ponto de inflexão da história institucional, o Serviço Social passou a ter um novo espaço sócio-ocupacional, com a retirada dos profissionais que eram vinculados ao INAMPS e a contratação de quadros próprios. Os recém-contratados Assistentes Sociais passaram a atender as demandas emergenciais dos beneficiários, na busca por serviços médico-hospitalares e planejar localmente as suas ações, sem que houvesse uma diretriz nacional para esta área.

Para a GEAP, o governo de FHC implantou um valor fixo, reajustado anualmente, para o percapita no financiamento da contribuição das entidades conveniadas, inferior ao que os estudos atuariais apontavam como necessários aos gastos com a saúde dos servidores; mais uma vez, eram os beneficiários os principais financiadores da GEAP como autogestão em saúde.

Em 1999, o Serviço Social da GEAP viveu mais um momento de inflexão com a possibilidade de discutir suas ações profissionais, através de um projeto que previu

a realização de seminários regionais e a formatação de um plano nacional. Por força de mudanças político-administrativas internas, o projeto não conquistou seu maior objetivo, contudo, o saldo positivo foi a proposição de programas coletivos de promoção da saúde e prevenção de doenças, o que viria a influenciar a Diretoria de Serviços aos Clientes para a implantação desta modalidade de atenção à saúde, três anos mais tarde.

O marco jurídico-legal que possibilitou a normatização da saúde supletiva no Brasil foi a Lei nº. 9.656 de 1998. O conjunto normativo foi acrescido, em janeiro de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob regime especial que é vinculada ao Ministério da Saúde e regula as relações entre as operadoras com prestadores e consumidores.

Num primeiro momento, o impacto da regulação nas autogestoras como é o caso da GEAP foi oneroso, pois este segmento, pela sua natureza, não visa lucro e atende a populações fechadas, não abertas ao mercado, o que o difere das empresas de caráter lucrativo.

De modo geral, o estabelecimento de um rol de serviços mínimo nos planos de referência, tais como tratamentos seriados e transplantes, exigidos pela ANS às operadoras, não repercutiu diretamente nas autogestoras que tradicionalmente já ofereciam coberturas para estes procedimentos. Outra medida estabelecida pela ANS, no sentido de convergir às operadoras para as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde e pactuadas pelo SUS, foi a de instituição de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

A razão imediata para a adesão das operadoras para as modalidades preventivas está na onerosidade do modelo de saúde curativo, individualizante e hospitalocêntrico praticado tradicionalmente por estas e pela mudança do perfil epidemiológico da população nos últimos 30 anos, cuja maior incidência recai nas doenças crônico – degenerativas não transmissíveis.

Neste particular, a GEAP implantou programas preventivos a partir do ano de 2002, em todo o território nacional, sendo que as Assistentes Sociais foram requeridas para prestar atendimento aos beneficiários, incluindo-os nestas

modalidades, não sendo incomum algumas atuarem na gestão dos programas em suas regionais.

A pesquisa de campo demonstrou que as Assistentes Sociais da GEAP, em sua maioria, desenvolvem todos os programas das áreas de Assistência Social e de Saúde nas regionais, balizando suas ações profissionais a partir das normas técnicas de cada um dos programas, não apresentando significativas diferenças entre os objetivos profissionais e metodologia interventiva daquelas previstas na regulamentação da Fundação.

No que se refere à percepção quanto ao perfil sócio-ocupacional requerido pela GEAP e possíveis mudanças neste perfil nos últimos anos, as entrevistadas manifestaram as tendências presentes na sociedade, algumas enfocando as competências profissionais baseadas no projeto ético-político da categoria, e outras as explicando a partir de um perfil estratégico e multifuncional informado a partir de novas racionalidades exigidas pelo mercado. Contudo, a maioria concordou que houve mudanças no perfil sócio-ocupacional com a implantação e desenvolvimento dos programas de promoção a saúde e prevenção de doenças.

Estes programas incorporaram mudanças significativas nas dimensões ético-política e técnico-operativa das práticas profissionais, com a inserção de atividades de apoio pedagógico e técnico – político, nas quais as profissionais articulam e realizam ações coletivas voltadas para a discussão e aprendizagens de temas relevantes nas áreas da saúde e educação em geral, mobilizando a participação dos sujeitos, internos e externos à Fundação, firmando parcerias em redes de atendimento, públicas e privadas e constituindo e democratizando espaços para a realização destas atividades. O acesso aos serviços por parte dos beneficiários é interpretado como direito social.

O conjunto de saberes e práticas destes agentes integram os diversos níveis de cooperação que envolve o processo de trabalho em saúde, que por fim é produto da complexificação, redivisão dos tradicionais ofícios da área da saúde, como também da burocratização normativa a que estão submetidas às políticas públicas de saúde, seja do setor estatal como do setor privado, constituintes do sistema dual brasileiro, caracterizado pelo hibridismo destes setores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. M.; LOPES, J. B. O Plano Básico de Ação do Serviço Social no INPS – 1972: racionalidade técnica modernizadora no serviço assistencial da política previdenciária. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. do S. R. (orgs.). O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. São Paulo: Cortez, 2007. pp. 37-62.

ACIOLE, G. G. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: HUCITEC; Campinas, SP: Sindicato dos médicos de Campinas e região, 2006.

AGUIAR, A. G. de. Serviço Social e Filosofia: das origens a Araxá. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 1984.

ALBUQUERQUE, C.; PIOVESAN, M. F.; SANTOS, I. S.; MARTINS, A. C. M.; FONSECA, A. L.; SASSON, D.; SIMÕES, K. de A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 13(3). Rio de Janeiro, 2008. pp. 1421-1430.

ALVES, G. Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventa. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. TEIXEIRA e OLIVEIRA (orgs.) 2ª ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: UECE, 1998.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 10 ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora Universidade Estadual de Campinas, 2005.

AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, 2005.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; ANS, 2002.

BERBEL, J. D. S. Administração de programas de autogestão de saúde nas empresas. São Paulo: STS, 2000.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 30, nº. 3. São Paulo, dezembro de 1996. pp. 380 – 398.

BRAGA, J. C. de S.; GÓES DE PAULA, S. Saúde e Previdência: Estudos de política social. Saúde em Debate. São Paulo: CEBES – HUCITEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

CARTAXO, A. M. B. Estratégias de sobrevivência: a previdência e o Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1995.

CORDEIRO, H. de A. As Empresas Médicas: As transformações capitalistas na prática médica. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 1984.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. [et. al.], (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2006. pp. 304-351.

ESCORSIM, S. M. O sistema de proteção social dos servidores públicos federais: Da Assistência Patronal à GEAP – Fundação de Seguridade Social (1945 – 1990). Dissertação de mestrado. PUC – SP, São Paulo, 2002.

FALEIROS, V. de P. Tecocracia e assistencialismo no capitalismo autoritário. O Serviço Social na previdência social dos anos 70. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. do S. R. (orgs.). O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. São Paulo: Cortez, 2007. pp. 63-93.

FRANÇA, Pe. L. S. J. Noções de história da filosofia. 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1978.

GEAP Em Dia. Brasília: GEAP-FSS. Ano VI. nº. 2, Setembro de 1999.

GEAP Em Dia. Brasília: GEAP-FSS. Ano IV. nº. 8, Julho de 2000.

GEAP Em Dia. Brasília: GEAP-FSS. Ano V. nº. 9, Abril de 2001.

GEAP – Fundação de Seguridade Social. HISTÓRIA: 1945 – 1998. Brasília. Julho de 1998.

GEAP INFORMA. Brasília: GEAP-FSS, Ano 2. nº. 8, Maio/ Junho/ Julho de 2004.

GEAP INFORMA. Brasília: GEAP-FSS, Ano 2. nº. 9. Setembro/ Outubro/ Novembro de 2004.

GEAP INFORMA. Brasília: GEAP-FSS, Ano 2. nº. 23. Outubro/ Novembro/ Dezembro de 2008.

GEAP INFORMA. Brasília: GEAP-FSS, Ano 3. nº. 26. Outubro/ Novembro/ Dezembro de 2009.

HOCHMAN, G. De Inapiários a Cardeais da Previdência Social – a lógica da ação de uma elite burocrática. Dissertação de mestrado. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1990.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 16ª ed. São Paulo: Cortez; Lima [Peru]: CELATS, 2004.

----- O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

LANG, A. B. da S. G.; CAMPOS, M. C. S. de S.; DEMARTINI, Z. de B. F. História Oral e Pesquisa Sociológica: a experiência do CERU. Centro de Estudos Rurais e Urbanos. São Paulo: Humanitas, 1998.

LIMA, A. A. Serviço Social no Brasil: a ideologia de uma década. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1987.

MALLOY, J. M. A política da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O Governo Lula e a contra-reforma previdenciária. São Paulo em Perspectiva. Vol. 18. nº. 3. São Paulo: Fundação Seade, Julho - Setembro/2004.

----- SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. Saúde e Sociedade. Vol. 14. Nº2. São Paulo. Maio/Agosto de 2005.

----- O social no Governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal. Revista de Economia Política. Vol. 26. nº. 1 (101). São Paulo. Janeiro – Março/2006, pp. 58-74.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação de reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Capítulo 1. In: MENDES, E. V. (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.

MENEZES, C. J.; EVELIN, H. B. (orgs.). Propostas metodológicas do Serviço Social. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal do Pará. Belém, 1982. Material datilografado.

MENICUCCI, T. M. G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MERHY, E. E. A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de políticas. São Paulo 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formulação de políticas governamentais. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MESQUITA, M. A. F. de. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. Rio de Janeiro: In Regulação e Saúde – estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS / Ministério da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Nº 76, 2002.

NEVES, M. E. R.; SILVA, M. de J. da. Previdência Social: construção da prática do Serviço Social. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. do S. R. (orgs.). O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. São Paulo: Cortez, 2007. pp. 94-114.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. Administração de saúde no Brasil. (3). São Paulo: Pioneira, 1982. pp. 163-197.

NOSSO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS. Ano I. nº. 2, Maio, Junho e Julho de 2002.

NOSSO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS. Ano I. nº. 3, Outubro, Novembro e Dezembro de 2002.

NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano I. nº. 1. Agosto de 1994.

NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano I. nº. 3, Outubro de 1994.

NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano II. nº. 6. Fevereiro / Março de 1995.

NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano II. nº. 7. Abril / Maio de 1995.

NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano II. nº. 9, Agosto / Setembro de 1995.

NOVO JORNAL. Brasília: GEAP-FSS, Ano VI. nº. 27, Janeiro / Fevereiro de 1999.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Revista Ciência e Saúde Coletiva; 5 (2). Rio de Janeiro, 2000. pp. 251-264.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: VOZES; ABRASCO, 1986.

PARANAGUÁ, R. de C. R. Eu amo a previdência. Eu amo o Serviço Social. Serviço Social & Sociedade. Ano IV. nº. 12. São Paulo: Cortez, agosto de 1983.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Vol. 18. nº. 4. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ. 2009.

PORTO, M. C. DA S. Cidadania e “(des) proteção social”: uma inversão do Estado brasileiro? Serviço Social & Sociedade, nº. 68. São Paulo: Cortez, 2001.

SANDRONI, P. Dicionário de economia. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1992.

SARMENTO, H. B. de M. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, CEAD, 2000.

SILVA, A. A. O Serviço Social na Previdência Social: entre a necessidade social e o benefício. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. do S. R. (orgs.). O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, B. Taylor e Fayol. Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1960.

SPOSATI, A. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. Serviço Social & Sociedade, nº. 87. São Paulo: Cortez, 2006. pp. 96-122.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.

YAZBEK, M. C. O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. Reprodução social, trabalho e Serviço Social. Módulo 2. Curso de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CFESS, ABEPSS, UNB, 1999.

OUTROS DOCUMENTOS:

ATO NORMATIVO/GEAP/DIREX/Nº. 032/2001 de 27 de dezembro de 2001.

ATO NORMATIVO/GEAP/DIREX/Nº80 de 22 de dezembro de 2008.

Conheça os planos de saúde da GEAP: Escolha o melhor plano para você e sua família! Encarte. Brasília: GEAP-FSS, 2009.

DECRETO Nº. 27.644 de 28 de Dezembro de 1949.

GEAP/MPP/NTE-001/07 de 11 de maio de 2007.

Instrução de Serviço Nº. 00-60/74 de 22 de Dezembro de 1965.

MPAS / SPC / COA / Nº. 065/88

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Manual de procedimentos do Serviço Social de Pessoal. Ordem de Serviço INAMPS Nº. 110 de 04 de junho de 1986.

NORMA DE SERVIÇO DNPS – PAPS Nº. 746 em Dezembro de 1966.

ORDEM DE SERVIÇO INAMPS Nº. 110 de 04 de junho de 1986.

PORTARIA NORMATIVA/MP/SRH/Nº1/07.

PORTARIA Nº. 1.089 de 08 de Junho de 1978.

PORTARIA Nº. 3.167 de 10 de junho.

PORTARIA Nº. 3.325 de 01 de julho de 1984.

PORTARIA Nº. 155 de 04 de julho de 1989.

PORTARIA / MPAS / Nº. 4.431 de 15 de março de 1989.

PORTARIA / MPAS Nº. 4.624/90.

PORTARIA / MPAS / SPC Nº. 706/93.

RESOLUÇÃO Nº 511 de 27 de Fevereiro de 1951.

RESOLUÇÃO Nº. 3.799 de 23 de Outubro de 1961.

RESOLUÇÃO DA JUNTA INTERVENTORA Nº. 302/65.

Endereços Eletrônicos Consultados:

GEAP: http://www.geap.com.br/entrevista_1.asp?NroEntrevista=11.

Memorial on Line: www.memorialonline.com.br

Conjuntos Habitacionais do IAPI:

Belo Horizonte (MG): http://br.olhares.com/conjunto_iapi_belo_horizonte_foto1292916.html

Santo André (SP):

<http://setecidades.dgabc.com.br/default.asp?pt=secao&pg=detalhe&c=1&id=5735219&titulo=Ex-moradora+do+IAPI+recebera+escritura>

Salvador (BA): <http://projedata.grupoprojetar.ufrn.br/dspace/handle/123456789/227>;

Porto Alegre (RS): <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10269?show=full>.

Ministério da Previdência e Assistência Social:

MPAS: http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04.asp.

Ministério da Saúde:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/02.htm>

http://www.bvsalud.org/php/decsws.php?tree_id=N03.219.521.576.343.925&lang=pt

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização:

<http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7BA51B3D30-1346-4CD1-ADBF-BE3D00C1B605%7D>

Infopédia:

Talcott Parsons. In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2010. [http://www.infopedia.pt/\\$talcott-parsons](http://www.infopedia.pt/$talcott-parsons)>.

ANEXO A

PATROCINADORAS: INSTITUIDORAS E CONVENIADAS

Constituem patrocinadoras, além da própria GEAP – Fundação de Seguridade Social as entidades que assinam contrato coletivo de prestação de serviços de saúde, são elas²⁵⁴:

- AN: Arquivo Nacional;
- ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;
- CEASA MINAS: Centrais de Abastecimento de Minas Gerais S/A;
- CEFET/AL: Centro Federal de Educação Tecnológica de Alagoas;
- CEFET/CE: Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará;
- CEFET/Cuiabá: Centro Federal de Educação Tecnológica de Cuiabá;
- CEFET/Goiás: Centro Federal de Educação Tecnológica de Goiás;
- CEFET/MT: Centro Federal de Educação Tecnológica de Mato Grosso;
- CEFET/PB: Centro Federal de Educação Tecnológica da Paraíba;
- CEFET/PE: Centro Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco;
- CEFETQRJ: Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis;
- CEFET/RN: Centro Federal de Educação Tecnológica do Rio Grande do Norte;
- CEFET/RR: Centro Federal de Educação Tecnológica de Roraima;
- CEFET/SE: Centro Federal de Educação Tecnológica de Sergipe;
- DATAPREV: Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social;
- DNPM: Departamento Nacional de Produção Mineral;
- EAF/Barreiros – Escola Agrotécnica Federal de Barreiros;
- EAF/Belo Jardim – Escola Agrotécnica Federal de Belo Jardim;
- EAF/Crato – Escola Agrotécnica Federal de Crato;
- EAF/ Iguatu – Escola Agrotécnica Federal de Iguatu;

²⁵⁴ GEAP – FSS. Diretoria Executiva. Assessoria de Desenvolvimento de Produtos e Clientes da GEAP. Dados atualizados em 21 de janeiro de 2010.

- EAF/Souza – Escola Agrotécnica Federal de Souza;
- EAFSC/SE – Escola Agrotécnica Federal de São Cristóvão;
- EAF/Vitória de Santo Antão – Escola Agrotécnica Federal de Vitória de Santo Antão;
- EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo;
- FCP – Fundação Cultural Palmares;
- FCRB – Fundação Casa de Rui Barbosa;
- FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação;
- FUA (UFAM) – Fundação Universidade do Amazonas;
- FUB – Fundação Universidade de Brasília;
- FUFMT – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso;
- FUNAG – Fundação Alexandre de Gusmão;
- FUNARTE – Fundação Nacional de Arte;
- GEAP – Fundação de Seguridade Social;
- IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis;
- ICMBio – Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade;
- IFMA/Codó – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão;
- IFPR – Instituto Federal do Paraná;
- IN – Imprensa Nacional;
- INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira;
- INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial;
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social;
- MCidades – Ministérios das Cidades;
- MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia:
 - ON – Observatório Nacional;
 - INPA – Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia;
 - INT – Instituto Nacional de Tecnologia;
 - IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia;
 - LNCC – Laboratório Nacional de Computação Científica;
 - CenPRA – Centro de Pesquisas Renato Archer;

- CETEM – Centro de Tecnologia Mineral;
- INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais;
- LNA – Laboratório Nacional de Astrofísica;
- MAST – Museu de Astronomia e Ciências Afins;
- CBPF – Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas;
- MPEG – Museu Paraense Emílio Goeldi;
- MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;
- ME – Ministério do Esporte;
- MEC – Ministério da Educação;
- MF – Ministério da Fazenda;
- MJ – Ministério da Justiça:
 - CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica;
 - DPF – Departamento de Polícia Federal;
 - DPRF – Departamento de Polícia Rodoviária Federal;
 - FUNAI – Fundação Nacional do Índio;
 - SEDH – Secretaria Especial dos Direitos Humanos;
 - SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.
- MME – Ministério de Minas e Energia;
- MP – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- MPS – Ministério da Previdência Social;
- MRE – Ministério das Relações Exteriores;
- MS – Ministério da Saúde;
- MT – Ministério dos Transportes;
- MTE – Ministério do Trabalho e Emprego;
- MTur – Ministério do Turismo;
- PR – Presidência da República Federativa do Brasil;
- SUFRAMA – Superintendência da Zona Franca de Manaus;
- TRT/SC – Tribunal Regional do Trabalho de Santa Catarina;
- UERR – Universidade Estadual de Roraima;
- UFAC – Universidade Federal do Acre;
- UFAL – Universidade Federal de Alagoas;

- UFBA – Universidade Federal da Bahia;
- UFCG – Universidade Federal de Campina Grande;
- UFCSPA – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre;
- UFES – Universidade Federal do Espírito Santo;
- UFF - Universidade Federal Fluminense;
- UFGO – Universidade Federal de Goiás;
- UFLA – Universidade Federal de Lavras;
- UFMA – Universidade Federal do Maranhão;
- UFPA – Universidade Federal do Pará;
- UFPB – Universidade Federal da Paraíba;
- UFPE – Universidade Federal de Pernambuco;
- UFPEL – Universidade Federal de Pelotas;
- UFPI - Universidade Federal do Piauí;
- UFPR - Universidade Federal do Paraná;
- UFRA – Universidade Federal Rural da Amazônia;
- UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
- UFRR – Universidade Federal de Roraima;
- UFRPE - Universidade Federal Rural de Pernambuco;
- UFS – Universidade Federal de Sergipe;
- UFSJ - Universidade Federal de São João Del Rei;
- UFSM – Universidade Federal de Santa Maria;
- UFT – Fundação Universidade do Tocantins;
- UNIFAP – Universidade Federal do Amapá;
- UNIVASF – Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco.

ANEXO B

QUESTIONÁRIO

O SERVIÇO SOCIAL NA GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL Assistentes Social empregados da GEAP.

* Não é necessária a identificação pessoal

1- Mês e ano de sua colação de grau:.....

2- Em que mês e ano você foi contratado (a) como profissional na GEAP?
.....

3- Você já havia exercido a profissão na área da saúde antes de sua contratação na GEAP?

() SIM () NÃO.

3.1 Se sua resposta anterior foi afirmativa, qual a natureza da organização em que trabalhou antes da GEAP? (é possível marcar mais de uma resposta):

() na Saúde Pública () Federal () Estadual () Municipal.

() na Saúde Privada. () Outro. Qual?.....

3.2 Se, na Saúde Privada, em que tipo de organização?

() Hospitalar () Serviço de Saúde Especializado (ex: Banco de Sangue, Clínica de Nefrologia, etc.) () Cooperativa Médica () Seguro Saúde

() Medicina Privada () Autogestora de Saúde () Outro Qual?.....

4- Marque um X em cada um dos Programas e Atividades nos quais você atua na GEAP, especificando: público alvo, **objetivos do Serviço Social em cada um e a metodologia utilizada na sua intervenção**. Use outra folha para complementar as informações.

Plano de Assistência Social:

4.1 () Auxílio Financeiro para Educação Especial de Menor Portador de Necessidade Especiais. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);

4.2 () Auxílio para aquisição de Medicamentos Especiais. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);

4.3 () Programa de Facilitação do Acesso a Bens e Serviços. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);

4.4 () Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Órteses e Próteses não cirúrgicas. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);

Plano de Assistência à Saúde:

- 4.5 () Tratamento Fora do Domicílio. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);
- 4.6 () Programa de Gerenciamento de Casos. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);
- 4.7 () Programa Viva Melhor. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);
- 4.8 () Programa Maturidade Saudável. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação); público alvo idosos, objetivos melhorar sua qualidade de vida
- 4.9 () Campanhas Nacionais da GEAP. (descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação);
- 4.10 () Outras Atividades. (Quais são? descreva: público alvo, objetivos e metodologia de ação).

5- Em sua opinião, qual é o perfil sócio-ocupacional requerido aos Assistentes Sociais pela GEAP, hoje?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6- Em sua opinião, houve mudanças no perfil sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais, na GEAP, durante os últimos anos?

.....
.....
.....
.....

7- Espaço disponível para outras considerações que você julgar necessárias:

.....
.....
.....
.....

Muito Obrigada!

ANEXO C

QUESTIONÁRIO

O SERVIÇO SOCIAL NA GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL
Assistentes Sociais que atuaram na GEAP.

1- Mês e ano de sua colação de grau:.....

2- Em que período você trabalhou na GEAP? (mês e ano da contratação e mês e ano de sua demissão):

.....

3- Qual foi o seu emprego anterior a GEAP? Peça a sua descrição:

.....
.....
.....
.....
.....

4- Marque um X em cada um dos Programas e Atividades nos quais você atuou na GEAP:

Plano de Assistência Social:

- 4.1 () Auxílio Financeiro para Educação Especial de Menor Portador de Necessidade Especiais.
- 4.2 () Auxílio para aquisição de Medicamentos Especiais.
- 4.3 () Programa de Facilitação do Acesso a Bens e Serviços.
- 4.4 () Programa de Auxílio Financeiro para Aquisição de Órteses e Próteses não cirúrgicas.

Plano de Assistência à Saúde:

- 4.5 () Tratamento Fora do Domicílio.
- 4.6 () Programa de Gerenciamento de Casos.
- 4.7 () Programa Viva Melhor.
- 4.8 () Programa Maturidade Saudável.
- 4.9 () Campanhas Nacionais da GEAP.
- 4.10 () Outras Atividades. (Quais foram?).....

5- Gostaria que você procedesse a uma análise sobre o papel do Assistente Social na GEAP – tendo como referência o período de sua atuação profissional.

.....
.....
.....
.....
.....

6- Qual a sua análise sobre a trajetória histórico - política dos Assistentes Sociais na GEAP?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7- Espaço disponível para outras considerações que você julgar necessárias:

.....
.....
.....
.....
.....

Muito Obrigada!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)