

S  
UFRJ/IEI  
TD286

D40022-X

n<sup>o</sup> 286

***Desproteção Social, Mercado e  
Pobreza: A Americanização  
Perversa do Sistema de Saúde no  
Brasil***

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Instituto de  
Economi  
a Social  
Industrial  
R J





Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Instituto de Economia Industrial

Textos para Discussão

*Desproteção Social, Mercado e Pobreza: A  
Americanização Perversa do Sistema de Saúde  
no Brasil*

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna

Agosto de 1992



43 - 016757

Versão revista de texto apresentado ao seminário Estado Social da Nação:  
Balço dos Anos Recentes realizado pelo Grupo de Conjuntura do  
IUPERJ

**Instituto de  
Economia  
Industrial  
UFRJ**

**Diretor**  
Aloísio Teixeira  
**Vice-Diretor**  
Ricardo Tollpan  
**Coordenador de Ensino**  
José Antonio Ortega  
**Coordenador de Pesquisa**  
Cláudio Salm  
**Gerente Administrativa**  
Sebastiana de Sousa Barros  
**Projeto Gráfico**  
José Antonio de Oliveira  
**Editoração Eletrônica**  
Jorge Amaro  
**Impressão**  
Célio de Almeida Mentor e Ronel José Gomes

FEA - UFRJ BIBLIOTECA Data: 19/07/93 N.º Re: 040022-X
--

3  
UFRJ/IEI  
TD 286

MS 94383

**Ficha Catalográfica**

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck

Desproteção social, mercado e pobreza: a americanização perversa do sistema de saúde no Brasil. / Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna. -- Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1992.

16 p. : 21 cm. -- (Texto para Discussão. / João Sabota. IEI/UFRJ; n.º 286)

Versão revisada do texto apresentado no seminário: Estado Social da Nação: Balanço dos Anos Recentes.

1. Brasil - Política de Saúde. 2. Saúde - Brasil. 3. Bem-Estar Social - Brasil  
I. Título. II. Série.

**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Instituto de Economia Industrial**

Palácio Universidade do Brasil  
Av. Pasteur, 250 - Praia Vermelha  
CEP 22290 - Rio de Janeiro - RJ  
295 1447 e 541 8148 (fax)

**Desproteção Social, Mercado e Pobreza: A Americanização  
Perversa do Sistema de Saúde no Brasil**

"Na minha opinião, a melhor saída seria uma emenda constitucional que criasse a categoria de trabalhador livre. Status que poderia ser adquirido por vontade e iniciativas próprias, registrado em cartório ou outra forma jurídica adequada e regulamentada.

Os trabalhadores livres abririam mão de todos os direitos trabalhistas, não seriam contribuintes obrigatórios do INSS, não teriam direito à aposentadoria do mesmo, nem assistência médica ou outras. Em compensação não teriam isonomia como os demais trabalhadores. Poderiam ser pagos livremente, não teriam ligações sindicais nem reivindicações de qualquer natureza. Naturalmente constituiriam uma classe que optaria pelo risco à qual não se daria nada, mas se permitiria que conseguisse tudo.

Ao trabalhador livre, melhor remunerado, responsável e respeitado, caberia administrar suas próprias necessidades, como por exemplo, escolher e pagar seu próprio seguro de saúde e/ou contratar seu seguro de aposentadoria de forma livre, pessoal e independente com quem lhe merecesse confiança".

Embora passível de ser confundido com algum documento citado por Polanyi para ilustrar o processo de construção do "moinho satânico" <sup>1</sup>, o trecho acima, grifos incluídos, faz parte de uma entrevista concedida por bem sucedido empresário nacional do setor de navegação (entre outros) ao Jornal do Brasil em 17/08/91. Seu autor, curiosa se bem que coerentemente, se auto-intitula o postulador de uma nova Lei Áurea, cujo objetivo consistiria na abolição da tutela estatal sobre o trabalhador <sup>2</sup>. A conjuntura, porém, não é a do Brasil ao final dos oitocentos, e muito menos a da Inglaterra de

Speenhamland, quando lá se iam os setecentos (ainda que guarde semelhanças com ambas).

No atual fim de século, o capitalismo brasileiro se encontra consolidado: força de trabalho assalariada<sup>3</sup>, sociedade urbanizada<sup>4</sup>, complexos industriais implantados, instituições democratizadas, etc. Funciona como uma economia de mercado e seguindo a tendência internacional persegue estratégias de contração do Estado. Com alguns ajustes macroeconômicos estaria na mão da história, não fosse um recalcitrante problema: a exclusão de ponderável contingente da população das benesses que hoje todos atribuem à dita economia de mercado.

É este problema que confere um tom patético às palavras do empresário, tornando-se irresistível o uso de uma "abordagem poligonal" para sublinhar o sentido transfigurador da realidade que insinuam. Pois, de um lado, os segmentos sociais que poderiam se candidatar à mencionada liberdade representam um número extremamente pequeno em relação àqueles que efetivamente não o podem; de outro, a tutela, ou seja, a proteção que o Estado oferece não satisfaz condições mínimas de eficácia; de um terceiro lado, ademais, a dinâmica "privatizante" da obtenção de benefícios sociais vem ocorrendo, só que à margem de qualquer normatividade.

O polígono da exclusão tem vários lados, mas os três referidos já bastam para informar o argumento que pretendo discutir. Em síntese, o seguinte: dada a estreiteza do mercado no Brasil, a privação se acentua na medida em que a desproteção (e não a tutela) caracteriza os esquemas públicos de *welfare* para os muitos que deles precisam e o desregramento (e não a confiabilidade) distorce a proteção para os poucos que têm acesso aos serviços sociais privados. Trata-se de uma "americanização perversa" do sistema de seguridade social, talvez uma versão contemporânea da Lei Áurea ou um similar nacional do moinho satânico; de qualquer modo, uma face a mais do estado de precariedade da nação brasileira.

A área da saúde, considerada indicador fundamental das condições de vida da população, protagoniza nitidamente tal movimento. O relatório do Banco Mundial de 1990, por exemplo, mostra que os países do terceiro mundo que na década de 80 - a década perdida ali analisada - conseguiram reduzir níveis de

pobreza foram aqueles que se empenharam na consecução de duas metas: a promoção do uso produtivo do trabalho (políticas de incentivo ao mercado, infra-estrutura, tecnologia, etc) e o provimento de serviços sociais básicos (educação e saúde, principalmente).

*"Os dois elementos são mutuamente reforçantes; um sem o outro não é suficiente. Em alguns países, como o Brasil e o Paquistão, o crescimento aumentou as rendas dos pobres, mas os serviços sociais receberam muito pouca atenção. Como resultado, a mortalidade entre crianças permanece extremamente alta, os níveis de instrução primária extremamente baixos, e os pobres não se encontram bem equipados como deveriam para aproveitar as oportunidades econômicas..."*

Paradoxalmente, a década perdida no Brasil - e perdida, com efeito, do ponto de vista sócio-econômico - foi uma década de ganhos no que concerne aos direitos de cidadania. Em matéria de proteção social, a Constituição de 1988 instituiu um sistema de seguridade bastante avançado e consolidou uma reforma no campo da saúde à inglesa, garantindo a todos o atendimento universal, gratuito e descentralizado. A realidade, contudo, mais dócil aos desígnios empresariais que afim com os preceitos constitucionais, vem insidiosamente produzindo um padrão "americano" de assistência. O serviço público fica para os pobres; quem tem (alguma) renda que compre serviços no mercado. Uma americanização perversa, cabe repetir, pelo menos por três motivos: a pobreza brasileira é muito maior que a americana, o serviço público americano é muito melhor que o brasileiro, e a natureza do processo, realizado por não-decisões e omissões, deixa-o, aqui muito mais que lá, absolutamente desregulado, à mercê do puro interesse lucrativo<sup>5</sup>. Subproduto não assumido da universalização, a americanização não apenas subverte o espírito da reforma sanitária como se dá de forma invertida, uma vez que a seletividade decorre da "saída" das camadas menos desfavorecidas e não de uma prioridade aos mais pobres<sup>6</sup>.

Hoje no Brasil existe um mercado de serviços médicos significativo como evidencia a tabela abaixo (tabela 1). Sem

contar a medicina liberal (a procura individual do médico particular), sabidamente em declínio, cerca de 30 milhões de pessoas, entre beneficiários diretos e seus dependentes, têm acesso a programas e planos de saúde. Pode-se considerar, portanto, que 20% da população brasileira está em vias de se tornar "livre". Aos outros 80%, raros dos quais habilitados para o consumo individual de serviços privados, resta o serviço público.

TABELA 1  
O MERCADO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL - 1989

sistema	o que é	população coberta nº absolutos	%
medicina de grupo	empresas que intermediam serviços médicos	15.000.000	48.2
cooperativa médica	sistema Unimed	7.300.000	23.4
	serviços próprios das empresas	7.500.000	24.1
seguro saúde	serviços cobertos até o valor da apólice	940.000	3.0
plano convênios através de administração	empresas	400.000	1.3
total		31.140.000	100.0

Fonte: ABRAMGE, Confederação Nacional das Unimeds e ABRASP

O acesso aos serviços médicos no mercado pressupõe, naturalmente, que as pessoas disponham de renda para comprá-los ou que estejam inseridas numa estrutura de relações de trabalho que facilite esta compra. Sem dúvida, a intermediação das empresas na demanda e na oferta do atendimento cresceu desde os anos 70 - nos anos 80, os programas de saúde autogeridos por empresas tiveram um aumento no número de inscritos de 56%. Tal crescimento, entretanto, esbarra em limites derivados da dimensão do mercado de trabalho brasileiro, do perfil de distribuição de renda, e da própria capacidade das empresas de ampliarem os benefícios para seus empregados.

Informações sobre o encurtamento deste espaço não faltam. As condições de emprego nas áreas urbanas - único cenário possível para o desenvolvimento de um mercado de serviços médicos - se deterioraram no último decênio. A expansão do assalariamento foi um fenômeno afeto às relações de trabalho no setor agrícola; a posse da carteira de trabalho assinada também aumentou somente entre os empregados na agricultura (no setor agrícola, 4.5% da PEO tinha carteira assinada em 1979, proporção que sobe para 8.2% em 1989; no setor não agrícola, os 53% da PEO com carteira assinada em 1979 baixaram para 48.4% em 1989)<sup>7</sup>. "O percentual de trabalhadores por conta própria encontrado em dezembro de 90 nas seis principais regiões metropolitanas do país, 19,9%, foi o maior de toda a série retrospectiva iniciada em 82" (SABÓIA 1991). Ainda segundo este autor, os dados sugerem "uma mudança de comportamento das empresas durante a crise, que teriam passado a subcontratar parte do serviço desenvolvido anteriormente no seu interior... (agora) os subcontratados seriam empresas que não registrariam seus empregados ou então trabalhadores autônomos diretamente subcontratados pelas empresas".

Se as possibilidades do consumo de benefícios intermediado pelas empresas se reduzem, o que esperar do consumo direto das famílias que comprem planos de saúde no mercado? O quadro, então, certamente se agrava, pois, a nível das empresas a inscrição nos programas representa um salário indireto e resulta geralmente de negociações e acordos coletivos nos quais certas regras são estipuladas, ao passo que a compra direta no mercado não está sujeita a nenhuma regulamentação. Um breve levantamento do noticiário jornalístico nos dois ou três anos passados revela as inúmeras denúncias que chegam aos órgãos de defesa do consumidor ("contratos leoninos", "reajustes abusivos", etc), tanto quanto a progressiva inadimplência dos filiados aos planos de saúde<sup>8</sup>. Obviamente a demanda por tais alternativas de seguridade tende a diminuir - ou a se seletivizar -, até porque "a distribuição pessoal da renda atingiu, no final da década de 80, a pior situação desde que o país possui estatísticas nacionais sobre o tema" (SABÓIA 1991)<sup>9</sup>.

Mais ascendente ainda na escala de precariedades se manifesta, porém, a posição dos que dependem do serviço público. Algo em torno de 100 milhões de pessoas, recém incorporadas ao mundo da cidadania formal, ganharam e não levaram o direito à saúde. Também aqui os dados são desanimadores.

Vale lembrar que a reforma do sistema de saúde brasileiro começou a ser implantada em 1986 com a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Os primeiros passos no sentido da unificação das redes públicas federal, estaduais e municipais foram dados através de convênios firmados entre o INAMPS e as secretarias estaduais de saúde pelos quais se estabeleciam critérios de repasse de verbas para os níveis locais e formas de gestão. A constituição de 88 reiterou os princípios básicos da reforma em curso, a universalização do atendimento e a descentralização administrativa. Com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 19/9/90) o SUDS transformase em SUS, Sistema Único de Saúde: os municípios passam a ser os principais captadores de recursos (e gestores da rede pública unificada) e as transferências se tornam automáticas, via Fundos de Saúde - nacional, estaduais e municipais <sup>10</sup>.

De boas intenções, o documentário reformador está cheio. Não obstante, aos revezes sofridos pelo SUDS, vieram se somar os percalços enfrentados por seu sucedâneo SUS. Numa perspectiva global as estatísticas exprimem, com o rigor que lhes é peculiar, o chamado sucateamento da rede pública. O gasto social federal que em 1981 correspondia a 10.04% do PIB, em 1986 passa a 8.90% e em 1990, a 10.43%, apresentando, ao término da série, uma ligeira recuperação que apenas o coloca nos níveis do início da década, quando os benefícios sociais assegurados pela Constituição não existiam. Em particular, o direito à saúde, que, uma vez universalizado, deveria exigir alocação mais pesada de recursos. Nas tabelas abaixo (tabelas 2 e 3) observa-se a recorrente involução do gasto federal com saúde nos anos 80 e o fraco desempenho do gasto público consolidado (federal, estadual e municipal) no período em que se inicia a descentralização, quando justamente se aguardaria um incremento substantivo das presenças estadual e municí-

pal. Não só isso deixou de acontecer como o volume de recursos federais aplicados tem encolhido. O percentual de 30% requerido pelo artigo 55 das Disposições Provisórias da Constituição nunca foi obedecido: em 89, a saúde recebeu 28.6%, em 90, cerca de 23% e em 91, 20% dos recursos da Seguridade (NEPP 1991).

A promessa de elevar os gastos com saúde para 10% do PIB, anunciada pelo presidente Collor na campanha eleitoral de 1989 (na qual, como se sabe, o então candidato, abusando das altas expectativas de um eleitorado que pela primeira vez em muitos anos comparecia às urnas para escolher seu supremo mandatário, acenou com mundos e fundos àqueles que chamava "os descamisados") ou mesmo a mais modesta intenção de chegar a uns 8%, enunciada por Alceni Guerra (o primeiro ministro da saúde de Collor e talvez o mais eloquente, já que após seu afastamento declarações com tal teor de demagogia ficaram restritas ao próprio presidente) em seus pronunciamentos, se distanciam a olhos vistos. Ainda que se admitisse provir tal elevação do setor privado, seria difícil, levando em conta os indícios apontados atrás, imaginar qual o pulo do gato (a tabela 4 visualiza a diminuta participação do setor privado nos gastos totais com saúde).

TABELA 2  
EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL EM SAÚDE COMO PROPORÇÃO  
DO PIB  
BRASIL 1980- 1989

anos	gasto federal (% do PIB)
1980	1.74
1981	1.77
1982	1.81
1983	1.54
1984	1.58
1985	1.61
1986	1.57
1987	2.22
1988	2.11
1989	1.97

fonte: MEDICI (1990) e NEPP (1991)

TABELA 3  
GASTO PÚBLICO CONSOLIDADO  
(FEDERAL + ESTADUAL + MUNICIPAL)  
1984-1989

anos	% do PIB
1984	2.10
1985	2.15
1986	2.18
1987	2.77
1988	2.61
1989	2.48

fonte: MEDICI (1990) e NEPP (1991)

TABELA 4  
GASTOS TOTAIS COM SAÚDE (ESTIMATIVA)  
BRASIL - 1989

natureza do gasto	valor (em US\$ milhões)	% do PIB
público	8.104,0	2.48
privado	4.574,0	1.40

fonte: MEDICI (1990) e NEPP (1991)

Mais que as frias provas dos números, o cotidiano impresso nos jornais fornece uma visão concreta do desmantelamento dos serviços públicos de saúde. O caso do estado do Rio de Janeiro, a despeito de que não se deva generalizar situações dada a diversidade das mesmas (ver nota 10), é emblemático. Em abril de 90, uma reportagem elogiava o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB), introduzido em alguns municípios da Baixada Fluminense a partir de 1988 e responsável, em 89, por 300 mil consultas <sup>11</sup>. Um ano depois, o mesmo periódico estampava a falência do programa: os mini hospitais haviam sido praticamente fechados, a maioria dos médicos concursados especificamente para aquele trabalho tinha se evadido, etc <sup>12</sup>. Reclamações de secretários de saúde quanto à lentidão, o atraso ou a redução dos recursos repassados se tornam

constantes e as conseqüências, sobretudo, passam a ser descritas com frequência e dramaticidade <sup>13</sup>.

No município do Rio de Janeiro, onde se localiza a maior rede pública do país (50 hospitais e 150 postos de saúde), 2.500 auxiliares de enfermagem foram dispensados pelo MTPS com a reforma administrativa em 1990. Desde 1974 não se investe em ampliação dos leitos hospitalares públicos na cidade - 35% dos quais estão permanentemente ocupados por pacientes de classe média - embora os casos de necessidade de re-internação por interrupção de tratamento se multipliquem entre hipertensos, diabéticos, etc, que não têm como adquirir os remédios prescritos <sup>14</sup>. 13% dos óbitos no estado do Rio de Janeiro podem ser atribuídos à pobreza, pois na desnutrição reside sua causa primária <sup>15</sup>. E por aí vai.

Evidentemente, as perdas da década - baixíssima taxa média de crescimento do PIB, queda da receita tributária líquida, além das já anotadas - afetaram de maneira aguda o (potencial) poder protetor do Estado brasileiro. Entretanto, a dívida que este Estado tem com a sociedade, imensa, não dispensa que a sua ação se efetue, quando mais não seja, para garantir o cumprimento da Lei, afinal, o grande ganho que a população brasileira teve no século.

A questão da proteção social no Brasil, especialmente na área de saúde, não se resume a opor o mercado ao Estado - ou a substituir um pelo outro. Os movimentos interligados de ingresso e exclusão que se verificam em ambas as instâncias não são, em absoluto, alheios à lógica do capitalismo: o Estado incorpora (os pobres) via universalização do atendimento, mas expulsa (os segmentos médios) pelo racionamento (leia-se, a queda de qualidade) dos serviços; o mercado amplia as margens de ingresso através da expansão da intermediação (planos de empresa, basicamente), mas expulsa compradores pela deterioração das condições de emprego e dos salários.

Se não surpreende que assim suceda, desalenta que não se obste a interveniência de algumas variáveis que desviam a "normalidade" dos processos em pauta. Pois o privilegiamento do ingresso (a entrada "por cima") nos serviços públicos também constitui fator de congestionamento dos mesmos e a impunidade

(a ausência de regulamentação) dos contratos privados destitui de credibilidade a opção mercantil. Estes dois traços - e outros, diante dos quais reformas de vários matizes emudecem -, típicos do "homem cordial" de Sérgio Buarque de Holanda, reforçam o caráter espúrio da modernidade neoliberal brasileira. Entre um Estado que pouco tem de público e um mercado reduzido e nada confiável, o cidadão comum encontra na desproteção um fator a mais de empobrecimento.

*Bibliografia Citada*

- FAVERET, P. e OLIVEIRA, P. J.(1989) - "A Universalização Excludente", Dados, Rio de Janeiro, vol. 33 nº 2
- IEI/UFRJ (1991) - Boletim de Conjuntura, vol. 11 nº 2 e nº 3
- MEDICI, A, C.(1990) - O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento, Relatórios Técnicos da ENCE/IBGE nº 2
- NEPP/UNICAMP (1991) - O Sistema de Proteção Social no Brasil, Relatório de Pesquisa, mimeo
- SABÓIA, J.(1991) - Emprego nos anos oitenta: uma década perdida, Texto para Discussão nº258, IEI/UFRJ
- VIANNA, M. L. W.(coord.), BURGOS, M., MAGALHÃES, M. A. e STEIN, M.(1991) - Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: a contextualização do debate em torno dos programas suplementares no setor público, Relatório de Pesquisa, CEPESC, mimeo
- VIANNA, M. L. W.(1989) - Política Social e Transição Democrática: o caso do INAMPS, texto para discussão nº226, IEI/UFRJ
- WORLD DEVELOPMENT REPORT (1990) - Poverty, The World Bank, Oxford University Press, Washington



## Notas

1 Polanyi, em A Grande Transformação (Campus, 1980) se refere à formação do livre mercado de trabalho durante a revolução industrial inglesa.

2 Entrevista do empresário José Fragoso Pires ao Jornal do Brasil em 17/8/91.

3 Os assalariados que eram 62.3% da população ocupada em 1979, passaram a 66.0% em 89. Dados da PNAD 89 trabalhados por SABÓIA (1991).

4 O Brasil tem praticamente 75% de sua população residindo em área urbana e 53% do emprego no setor terciário, segundo a PNAD 89.

5 Não custa registrar que o Medicaid nos USA, o programa de assistência médica para os pobres, implantado em 1965 e financiado por recursos fiscais, atende a uma clientela calculada aproximadamente em 20% da população americana, que a ele tem acesso mediante teste de meios. Os demais 80% participam de planos individuais, programas de empresa e outras formas de seguro saúde (inclusive estatais). Além desta diferença quantitativa em relação ao caso brasileiro, uma outra, qualitativa, se depreende dos graus de controle e fiscalização exercidos sobre o mercado de serviços privados de saúde, e voltados para a garantia de qualidade, obrigação de promover atenção preventiva, etc. Alguns dados sobre as relações público/privado nos EUA e em outros países que vêm implementando políticas de seletividade, seja para conter o gasto público, seja para assegurar prioridade de atendimento aos segmentos de baixa renda, estão em VIANNA, BURGOS, MAGALHÃES e STEIN (1991).

6 O processo de "americanização" do sistema de saúde brasileiro, acelerado com a universalização promovida pela reforma sanitária foi analisado com muita precisão por FAVERET e OLIVEIRA (1990). Tentel, em outro texto (VIANNA, 1989), elucidar as raízes deste processo já em meados da década de 70, quando políticas de estímulo à iniciativa privada na área médica, incentivos ao setor hospitalar lucrativo e outras medidas do governo autoritário alavancaram a expansão da oferta de serviços no mercado, permitindo que parte da demanda saísse da rede pública, descongestionando-a, sobretudo a previdenciária, que então começava a universalizar ser atendimento de emergência.

7 Na indústria de transformação, 87.3% dos empregados possuíam carteira de trabalho assinada em 1979 e 83.2% em 1989; no caso da prestação de serviços o percentual baixa de 39.9% para 37.2%. Cf. SABÓIA (1991).

8 "...Segundo o diretor do Departamento de Proteção ao Consumidor da Secretaria de Defesa dos Direitos do Consumidor, o PROCON (...) o melhor termo para qualificar esses contratos é abusivo (...) Como não há legislação sobre o assunto, mesmo que as cláusulas abusivas sejam gritantes, uma vez assinado o contrato, o consumidor é obrigado a aceitá-las" (Isto É/Senhor, 12/9/90). Reportagens que salientam as questões dos constantes reajustes, das dificuldades de pagamento por parte dos usuários, da queda de qualidade do atendimento dos planos de saúde são frequentes na imprensa. Cf. Jornal do Brasil, 4/3/90, Folha de São Paulo, 2/7/89, e outros (este levantamento do noticiário sobre planos de saúde foi realizado no curso de recente pesquisa que coordenei). Ver VIANNA ET ALII (1991).

9 Dados sobre o comportamento dos salários, decrescentes na década de 80 e acentuadamente decrescentes a partir de 89, se encontram nos Boletins de Conjuntura IEI/UFRJ (IEI 1991). É interessante notar, ademais, que entre 1980 e 1989, dos sistemas de assistência médica privados existentes no Brasil, o que menos cresceu foi a medicina de grupo (15%), exatamente a modalidade que oferece planos individuais para os assalariados e profissionais de rendas médias (Golden Cross, Amil, etc). As cooperativas médicas tiveram 46% de aumento no número de inscritos, os programas autogeridos por empresas 56%, os seguros-saúde 27% e os Planos de Administração 33%.

10 É verdade que os vetos impostos pelo presidente Collor à lei aprovada no Congresso fizeram com que os governos estaduais e sobretudo o governo federal preservassem um forte poder de decisão sobre o montante de recursos a ser recebido por cada município. Mais ainda, resguardaram margens de negociação política para as transferências, do que vêm resultando certos privilegiamentos indevidos (Cf. NEPP, 1991). Não seria correto, porém, atribuir à politização dos repasses o papel de vilã da história; os próprios critérios técnicos são discutíveis e reforçam uma desigualdade bastante grande no funcionamento dos SUSs locais, alguns, inclusive, de ótima qualidade. Entre os critérios de orçamentação, por exemplo, figura o índice demográfico do município, o que atua como uma premiação às avessas da boa gestão, pois localidades pouco populosas cujo atendimento é eficiente acabam se transformando em polos de atração (para consultas médicas, exames, etc) de toda a região vizinha.

Como tal acréscimo de demanda não é computado para efeitos de incremento orçamentário, o bom serviço acaba se desqualificando por conta do congestionamento resultante.

11 "...os três milhões de habitantes da Baixada sentem o que representa verdadeiro sistema integrado, capaz de resolver, perto de casa, mais de 90% de seus problemas de saúde. Em 9 postos médico-sanitários espalhados por Nova Iguaçu, São João de Meriti e Caxias, adultos e crianças são cuidadosamente examinados nos ambulatórios, sempre pelos mesmos médicos, saem com o remédio receitado e fazem seus exames no próprio posto. Há também um setor de urgência e, além disso, visitantes sanitários vão às casas dos pacientes, sempre que necessário. Jornal do Brasil, 27/4/90. O levantamento do noticiário de imprensa sobre a situação do SUS no Rio de Janeiro foi realizado para a pesquisa "Descentralização e Política de Saúde: o caso do Rio de Janeiro", por mim coordenada no IEI/UFRJ e ainda não concluída.

12 Jornal do Brasil, 20/1/91.

13 "A redução de 50% no orçamento repassado ao estado do Rio de Janeiro para a saúde, promovida pelo Ministério da Saúde, ameaça todos os pacientes de doenças crônicas, principalmente os portadores de insuficiência renal, que dependem de hemodiálise (...) para sobreviver". 90% do tratamento é realizado em clínicas particulares convertidas com o INAMPS, cujo pagamento, agora, está a cargo da secretaria estadual de saúde. Jornal do Brasil, 23/2/91.

14 Declarações feitas pelo ex-secretário municipal de saúde, José Assad, Jornal do Brasil, 15/9/90. Convém notar que, apesar da imprecisão das cifras alardeadas em declarações como esta, um ponto importante aparece aqui: o acesso privilegiado de setores sociais mais favorecidos aos serviços públicos especializados. Segmentos de rendas médias e altas recorrem, a nível de atendimento primário, aos planos de saúde ou à medicina liberal; mas, para internações e exames sofisticados, freqüentemente se utilizam da rede pública, através de mecanismos particularistas. Denúncias nesse sentido são comuns não só na imprensa como em entrevistas que efetuei para a já citada pesquisa. Ver também VIANNA (1989).

15 Declarações do ex-secretário de saúde do estado do Rio de Janeiro, José Noronha, Jornal do Brasil, 15/9/90.

ATENÇÃO  
ESTE DADO DEVE SER CONSULTADO NA REALIZAÇÃO

S  
UFRJ/IEI  
TD286

040022-X  
FEA

VIANNA, MARIA LUCIA TEIXEIRA  
WERNECK.

DESPROTEÇÃO SOCIAL, MERCADO E  
POBREZA : A AMERICANIZAÇÃO PERVE  
RTE DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASI  
L.