

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mariana Antunes Henriques

**ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO:  
o uso estratégico dos serviços de saúde**

Belo Horizonte

2017

Mariana Antunes Henriques

**ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO:  
o uso estratégico dos serviços de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. João Leite Ferreira Neto

Área de concentração: Processos de subjetivação.

Belo Horizonte

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

H518e           Henriques, Mariana Antunes  
                  Entre o público e o privado: o uso estratégico dos serviços de saúde /  
                  Mariana Antunes Henriques. Belo Horizonte, 2017.  
                  153 f.

                  Orientador: João Leite Ferreira Neto  
                  Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
                  Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

                  1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Planos de pré-pagamento em saúde.  
                  4. Estratégia. 5. Direito à saúde. I. Ferreira Neto, João Leite. II. Pontifícia  
                  Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em  
                  Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 368.42

Mariana Antunes Henriques

**ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO:  
o uso estratégico dos serviços de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos de subjetivação.

---

João Leite Ferreira Neto (Orientador) – PUC Minas

---

Cornelis Johannes van Stralen - UFMG

---

Kênia Lara Silva – UFMG

Belo Horizonte, 16 março de 2017.

## AGRADECIMENTOS

À vida, em seu devir, por sua potência de transformação, pelo que nela há de belo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro recebido, sem o qual esse trabalho não teria sido possível.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas, pelas possibilidades de encontros, reencontros, alegrias e aprendizados que vem me proporcionando.

Ao João Leite, por auxiliar na ampliação de meus conhecimentos e pela tolerância e delicadeza com que soube me orientar.

Aos trabalhadores e usuários do Sistema Nacional de Saúde brasileiro, pelas entrevistas concedidas, pela possibilidade de problematização do tema a partir de suas experiências, pela confiança.

Ao Arthur Arruda Leal Ferreira (UFRJ) e à Kênia Lara Silva (UFMG), Banca de Qualificação, e ao Cornelis Johannes van Stralen (UFMG) e Kênia Lara Silva (UFMG), Banca Examinadora, pela gentileza e disponibilidade em participar e em contribuir com o meu trabalho.

À minha família e aos meus amigos, pelo apoio, pela presença certa, por tornarem meus dias mais divertidos. Em especial à Camila, companheira de percurso que dividiu comigo todo o processo de elaboração e concretização da pesquisa, à Mayra, amiga fiel com a qual sempre posso contar, e à Hellen, pelo carinho e pela leitura atenta e cuidadosa.

*“Eu espero ainda que um médico filosófico, no sentido excepcional do termo – alguém que persiga o problema da saúde geral de um povo, de uma época, de uma raça, da humanidade –, tenha futuramente a coragem de levar ao cúmulo a minha suspeita e de arriscar a seguinte afirmação: em todo o filosofar, até o momento, a questão não foi absolutamente a “verdade”, mas algo diferente, como saúde, futuro, poder, crescimento, vida...” (Nietzsche, 2004, p.10-12).*

## RESUMO

Esta pesquisa aborda o hibridismo público-privado presente no Sistema Nacional de Saúde brasileiro. Nela se investigou as formas estratégicas de utilização dos serviços empreendidas no cotidiano da assistência por usuários e trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para tanto, a pesquisa teve por objetivos complementares e específicos, sucessivamente: descrever como aspectos históricos, relativos à coexistência de setores públicos e privados na assistência, se fazem presentes nas práticas atuais; identificar os campos de entrelaçamento e de tensionamento, entre esferas públicas e privadas, consubstanciados nas formas de uso e de gerenciamento dos serviços de saúde; bem como, analisar os elementos componentes dos processos de subjetivação de usuários e trabalhadores. Esta investigação se fundamenta teórica e conceitualmente nos trabalhos de dois franceses cujos prenomes, coincidem: Michel Foucault e Michel de Certeau e é composta por dados bibliográficos e empíricos. Estes foram reunidos e produzidos respectivamente por meio de informações disponíveis no Portal de Periódicos da Capes e de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. A análise dos dados considerou elementos da análise de conteúdo temática, bem como a noção de “multiplicação causal” de Michel Foucault, com a qual se considera possível ampliar as potencialidades da análise de conteúdo, multiplicando-se as relações entre os dados analisados e entre estes e os elementos contextuais do campo. Os resultados da pesquisa apontam para múltiplas combinações estratégicas entre serviços públicos e privados. Os discursos e as práticas dos profissionais e dos usuários no cotidiano da assistência sustentam o uso estratégico e combinado dos serviços públicos e privados. Já os vínculos estabelecidos entre serviços, profissionais e usuários demonstram como a desregulamentação entre setores público e privado acarreta um emaranhado de relações, uma rede de conexões, entrelaçamentos e modulações que se estabelecem, não raras vezes, a partir dos pontos de estrangulamento e tensionamentos quanto à acessibilidade dos serviços. Em suma, o uso combinado dos serviços visa, simultaneamente, driblar as desvantagens e articular as vantagens em ambos os setores, público e privado, enquanto as relações entre profissionais e usuários funcionam como pontes, como portas alternativas e informais de entrada, aos diferentes níveis e serviços assistenciais.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde; Setor público; Setor privado; Estratégias.

## ABSTRACT

This study approaches the public-private hybridism existing in the Brazilian National Health System. It investigates the strategic ways of using the services undertaken in the daily health care by users and workers of a Basic Health Unit (Unidade Básica de Saúde – UBS) in Belo Horizonte, Minas Gerais. For such, the research's complementary and specific objectives, successively: to describe how historical aspects, relative to coexistence of public and private sectors in health care, are present in current practices; to identify the fields of intertwining and tensioning between the public and private domains, substantiated on use and managing of health services, as well as to analyze the component elements of subjectivation of users and workers. This investigation is conceptually and theoretically based on the work of two French thinkers whose names coincide: Michel Foucault and Michel de Certeau and is composed by bibliographic and empirical data. The later were gathered and produced respectively through information available in the Capes Periodic Portal and through semi structured interviews with workers and users of health services. The data analysis took in consideration elements of the theme content analysis, as well as Michel Foucault's "causal multiplication", with which it is considered possible to amplify potentialities of content analysis by multiplying relations between the analyzed data and between them and the contextual field elements. The results of the research point to multiple strategic combinations between public and private services. The discourses and practices of professionals and users in daily health care sustain the strategic and combined use of public and private services. As for the bond established between services, professionals and users demonstrate how dysregulation between public and private sectors leads to tangled relations, a web of connections, interlacing and modulations that take place, not rarely, from points of strangulation and tensioning referring to accessibility of services. In brief, the combined use of services targets, simultaneously, to dodge the disadvantages and to articulate the advantages of both services, private and public, while the relations between professionals and users work as bridges, as alternative and informal entrance doors to the various health care services.

**Key words:** Health services; Public sector; Private sector; Strategies.

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - Etapas da pesquisa bibliográfica

QUADRO 2 - Sujeitos entrevistados

QUADRO 3 - Categorização: entrevistas com trabalhadores

QUADRO 4 - Categorização: entrevistas com usuários

QUADRO 5 - Caracterização dos trabalhadores

QUADRO 6 - Caracterização dos usuários

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- EqSF - Equipe de Saúde da Família
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
- IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
- LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 O HIBRIDISMO PÚBLICO-PRIVADO .....</b>	<b>27</b>
2.1 Perspectivas e recuperações histórico-institucionais .....	29
2.2 Entraves de cobertura assistencial relacionados ao hibridismo.....	45
<b>3 FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>50</b>
3.1 Acesso <i>versus</i> utilização .....	50
3.2 Das formas de utilização dos serviços de saúde .....	52
<b>4 DAS PRÁTICAS COTIDIANAS, OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO .....</b>	<b>66</b>
4.1 Governamentalidade e subjetivação, Michel Foucault.....	66
4.2 Estratégias e táticas: a arte do fraco, Michel de Certeau .....	70
<b>5 PROCESSOS METODOLÓGICOS E DE ANÁLISE .....</b>	<b>74</b>
5.1 Dados bibliográficos.....	74
5.2 Dados empíricos .....	76
5.3 Perspectiva de análise.....	78
<b>6 ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO.....</b>	<b>82</b>
6.1 Sujeitos entrevistados .....	83
6.2 Eixos temáticos transversais (estratégias) .....	86
6.3 Episódios (táticas) .....	129
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>140</b>
<b>Referências.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada com os profissionais.....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada com os usuários .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO A - Normatização da transcrição para análise de conteúdo .....</b>	<b>153</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir. (Foucault, 1984/2014, p.13).

A tarefa de localizar o momento inicial de um trajeto investigativo pode se mostrar desafiante até mesmo para quem o percorre. Por vezes o olhar retrospectivo denuncia os caminhos sinuosos que configuraram o processo de elaboração da pesquisa e as contingencialidades que curiosamente acabam por lhe conferir coerência. O processo de formulação desta pesquisa aconteceu assim: permeado por mudanças antes impensadas no que se refere às problematizações propostas, traçou-se *pari passu* ao descaminho da pesquisadora, fundando-se a partir dos desvios de rota que se mostraram necessários ao concurso da obra.

Tal processo de elaboração será apresentado a partir do fio condutor que conecta os diferentes nichos de problematizações anteriores à questão de pesquisa aqui formulada. Isso, de modo pertinente, além de desnudar o processo prévio que culminou na delimitação desta investigação, evidencia elementos relacionados à implicação da autora, importantes para a prática e para a confiabilidade da pesquisa, que se situa no âmbito das ciências humanas.

Nos primeiros períodos da graduação em Psicologia tive contato com o campo da Saúde Coletiva a partir de um estágio curricular de pesquisa. A investigação envolvia a noção de autonomia disseminada pelos discursos e pelas práticas da Política Nacional de Promoção da Saúde. Esta investigação, de caráter ainda preliminar, abordou aspectos da Política Nacional de Promoção da Saúde que se relacionavam intimamente à estruturação dos serviços assistenciais de saúde, públicos e privados. Ao mesmo tempo, trouxe o entendimento de que assuntos fundamentais para a organização da vida em sociedade, como o é a saúde dos indivíduos e populações, pertencem ao âmbito político. Nesse sentido, em seu conjunto, envolvem contradições e conflitos importantes e de difícil condução.

Munida desta constatação, respostas imediatas às questões colocadas sobre a Saúde Coletiva me pareceram precipitadas e insatisfatórias. Além disso, os temas relacionados à noção de autonomia e às políticas públicas brasileiras de saúde despertaram significativamente meu interesse e marcaram tanto as pesquisas desenvolvidas posteriormente, quanto todo o subsequente processo de formação profissional, me levando também a diferentes atuações no campo da saúde pública.

Já no último ano de graduação desenvolvi, enquanto trabalho monográfico de conclusão de curso, pesquisa sobre os processos de subjetivação relacionados às práticas corporais saudáveis, estimuladas pela Política Nacional de Promoção da Saúde. Além disso, no mesmo período participei enquanto Bolsista de Iniciação Científica de pesquisa que abordou o tema da autonomia e dos processos de subjetivação que atravessam o exercício participativo em conselhos distritais de saúde. Estas pesquisas me permitiram não só uma maior compreensão sobre o campo da Saúde Coletiva, como viabilizaram o aprofundamento no estudo das obras de Michel Foucault. Autor que, desde então, tem se tornado referência importante como perspectiva de análise das relações de saber-poder e dos processos de subjetivação experimentados na atualidade.

Naquele momento as reflexões que surgiram das práticas investigativas me pareceram circunscrever de maneira mais clara os pontos de disputas de interesses, de embates, no campo da Saúde Coletiva. Apesar dos temas e objetivos propostos em cada oportunidade de pesquisa, os aspectos que emergiram dos dados e me pareceram de maior relevância se relacionavam à coexistência de serviços assistenciais públicos e privados no campo da saúde. Em síntese, as disputas políticas no campo se mostraram importantes para o reiterado objeto das pesquisas citadas, os processos de subjetivação, dentre outros fatores, em decorrência da estruturação dual, pública e privada, dos serviços assistenciais de saúde no Brasil.

Após a graduação realizei ainda, no contexto da atenção terciária em saúde, pesquisa que investigou os processos de subjetivação experimentados por sujeitos que sofreram infarto agudo do miocárdio e se submeteram a tratamentos de reabilitação. Também fundamentada na perspectiva do filósofo francês Michel Foucault, foi empreendida enquanto trabalho de conclusão da especialização em serviço do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Naquela pesquisa, foi possível observar que na busca pelos tratamentos necessários para o restabelecimento da saúde o percurso desenvolvido pelos sujeitos entrevistados era trilhado por meio de estratégias que combinavam os recursos disponíveis em cada caso e as possibilidades de acesso nos diferentes serviços e níveis de assistência. As combinações entre segmentos públicos e privados se multiplicavam em todas as direções e eram justificadas das mais variadas formas. Além disso, destacava-se o fato de que essas combinações nem sempre se davam pelas vias formais, desenhavam-se por caminhos inusitados, astuciosos, ocasionais e singulares.

Grosso modo, de uma maneira ou de outra todas essas investigações mencionadas se viram atravessadas pelo tema da coexistência do público e do privado no campo da assistência

à saúde. Logo, por diferentes razões esse tema não poderia ser negligenciado nos processos de análise desenvolvidos. Sua importância para os sujeitos e contextos abordados nas pesquisas, ao contrário, foi paulatinamente reiterada. Em detalhe, entre o público e o privado na saúde, tanto as marcantes diferenças – de lógica, de funcionamento e de financiamento –, quanto as possibilidades de combinações, se evidenciaram relevantes para a utilização efetiva dos serviços e, conseqüentemente, para os processos de subjetivação experimentados no que se refere à saúde e à doença dos sujeitos abordados. Portanto, eis a delimitação do tema que circunscreve este trabalho investigativo: o hibridismo, a relação, entre o público e o privado presente na assistência à saúde brasileira.

Comumente diante de cenários como este, em que há dualidades bem localizadas, precipitadamente nos colocamos em um dos “lados”. Nesse caso, ou defendendo a perspectiva publicista ou a privatista. No entanto, devido à complexidade e multideterminação dos temas com os quais me detive anteriormente, se fez necessário não consentir com posicionamentos dicotomizados, simplistas, nos quais se afirma que um “lado” é “certo” e o outro “errado”. Ao contrário, ao longo do percurso de formação e das intermitentes pesquisas pareceu-me importante buscar sobre essa suposta linha que separa os elementos em opostos um caminho possível, um caminho “entre”. Assim, já na ocasião desta investigação segui no encalço do foco que diante dos impasses entre o público e o privado na assistência abrisse vias de análises para as oposições e conflitos, mas também para os entrelaçamentos e combinações.

Nessa perspectiva, os entrelaçamentos informais entre os setores público e privado ganharam destaque e despertaram particular interesse, uma vez que no contexto cotidiano e discursivo do campo da saúde vigora o embate entre a defesa do sistema público e a promoção da vertente privada e, não tanto, a noção de que os serviços são acessados, utilizados, de maneira combinada e estratégica. Esta característica, aliás, se mostrou predominante muito mais pelas ações, práticas e condutas, que pelas falas, percepções e concepções, dos participantes das pesquisas. Mais ainda, esse foi um aspecto relacionado à estruturação híbrida dos serviços de saúde que, apesar da relevância de seus desdobramentos para o campo da Saúde Coletiva como um todo e para a organização dos serviços assistenciais em particular, mostrou-se pouco abordado pela literatura consultada até aquele momento.

Em virtude dessas constatações, considerando os aspectos históricos, institucionais e políticos presentes no campo e as atuais possibilidades consolidadas de assistência à saúde no Brasil, pública e privada, este trabalho tratou de investigar por quais manobras, estratégias, enfim, astúcias, a efetivação do acesso à saúde é viabilizada ou possibilitada aos usuários e trabalhadores, sujeitos presentes e atuantes no cotidiano do campo da saúde, mas que não se

encontram nas instâncias mais determinantes, decisórias, para estruturação do sistema nacional de saúde brasileiro. Questiona-se, precisamente: como os usuários fazem uso dos serviços de saúde e como os trabalhadores gerenciam os processos de produção da saúde em que estão envolvidos?

No esforço de responder a tal questionamento delimita-se como objetivo primeiro e geral deste trabalho, no que se refere à experiência concernente ao hibridismo público-privado presente no Sistema Nacional de Saúde brasileiro: investigar as formas estratégicas de utilização dos serviços empreendidas no cotidiano da assistência por usuários e trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para tanto, elenca-se como objetivos complementares e específicos, sucessivamente: (I) descrever como aspectos históricos, relativos à coexistência de setores públicos e privados na assistência, se fazem presentes nas práticas atuais; (II) identificar os campos de entrelaçamento e de tensionamento, entre esferas públicas e privadas, consubstanciados nas formas de uso e de gerenciamento dos serviços de saúde; e (III) analisar os elementos componentes dos processos de subjetivação de usuários e trabalhadores, relativos ao uso estratégico dos serviços, públicos e privados, de saúde.

Desde as primeiras buscas bibliográficas se confirmou a escassez de dados e de discussões mais aprofundadas sobre as formas estratégicas de utilização dos serviços de saúde. Na literatura, diagnósticos diversificados sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) – sua estruturação, suas funções e características quanto à oferta e à demanda de serviços – frequentemente enfatizam os avanços e os obstáculos na implementação do direito universal à saúde (Bacha & Schwartzman, 2011; Santos & Amarante, 2010). Parte significativa dessas análises, principalmente quando abordam o hibridismo público-privado, tem como ponto de partida constatações históricas ou geradas no campo das ciências políticas e econômicas. No entanto, entre avaliações otimistas e pessimistas acerca da atual situação do sistema nacional de saúde brasileiro, as estratégias empreendidas por usuários e trabalhadores na busca por soluções para os problemas de saúde – objeto dessa investigação – são frequentemente deixadas em segundo plano, não se configurando necessariamente como um tema prioritário, um foco, para os pesquisadores, os gestores, ou mesmo, para os formuladores de políticas. Senão isso, talvez se possa dizer que, dado sua importância, são pouco conhecidas e abordadas no cenário de discussões sobre as políticas brasileiras de saúde.

Mesmo assim, a utilização, de fato, dos serviços de saúde permanece decorrente de uma complexa conjugação nem sempre evidente de fatores e, pela ausência de uma regulação mais efetiva, frequentemente configura a duplicidade de cobertura, que compromete de

maneira importante a efetividade dos princípios e a sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde (Bacha & Schwartzman, 2011; Menicucci, 2007, Santos & Amarante, 2010). Logo, se é levado a acreditar que a análise sobre as formas de utilização dos serviços, apresentadas pelos usuários e trabalhadores da saúde, não deve ser subestimada.

Nesse sentido, esta proposta investigativa apresenta contribuições relevantes, primeiramente, por abordar a questão do hibridismo público-privado sob um enfoque que se constata pouco explorado até o momento: visa investigá-la qualitativamente a partir da cena empírica na qual os modos de utilização dos serviços se realizam na experiência cotidiana de usuários e trabalhadores da assistência. Bem como, se faz pertinente e se justifica por considerar os inegáveis efeitos das estratégias de uso combinado do sistema público e do setor privado no cenário nacional dos serviços assistenciais de saúde.

Camargo (2004), que discute em seu artigo como pode ser estruturada a política social de um país, observa que a qualidade das ações e dos programas sociais que surgem em resposta aos problemas colocados às políticas públicas, além de uma política estatal longitudinal, depende de um projeto (I) que esteja de acordo com as demandas colocadas por esta clientela, (II) que garanta os recursos necessários à sua realização e (III) que seja capaz de gerar os incentivos corretos aos comportamentos dos atores envolvidos. Colocados desta maneira estes se tornam elementos interdependentes e indispensáveis à sustentabilidade das políticas públicas e se configuram como um verdadeiro tripé de sustentação. Além disso, cabe destacar que nesse dito tripé, dois de seus eixos referem-se aos atores envolvidos, suas demandas, concepções e comportamentos.

Tomando a estruturação das políticas públicas por este ângulo, no Brasil, uma política de saúde estruturalmente paradoxal como a do SUS, híbrida, apresenta como resultado um cenário obscuro e incerto pela convivência entre atores sociais e projetos políticos divergentes. Isso se dá, pois, a configuração dual e ao mesmo tempo desregulamentada dos serviços dificulta sobremaneira, não só a ordenação desses elementos estruturais da política, como também, a devida percepção e compreensão dos mesmos. O efeito, em última instância, é o delineamento de entraves cada vez mais complexos aos ideais colocados pela proposta mais ampla de seguridade social, além de uma cidadania marcadamente fragilizada.

Diante dessas constatações – e das colocações de autores comentados na sequência, tais como Bahia (2009, 2010), Campos (2007), Menicucci (2003, 2006, 2007, 2010), Bacha e Schwartzman, (2011) e Assis e Jesus (2010, 2012) – argumenta-se que é exatamente pelo deciframento da composição híbrida e do complexo processo de interdependência estabelecido entre setores público e privado no cotidiano da assistência, que se torna possível

a construção de análises menos obscuras e mais realistas no campo das políticas brasileiras de saúde. Nessa perspectiva, a investigação proposta por este trabalho que trata das relações entre usuários, setores públicos e privados e oferta e demanda de serviços, ou ainda, que aborda como a coexistência de setores público e privado influencia e é influenciada pelas estratégias de uso dos serviços, pode colaborar para uma compreensão mais clara dos arranjos estruturais estabelecidos entre os elementos apontados por Camargo (2004). Possibilita, aliás, a reformulação dos marcos explicativos que oferecem sentido e incentivo à ação social e que, tantas vezes, configuram uma resistência implícita à concretização dos ideais de assistência. Mais que isso, em última instância, viabiliza a elaboração de proposições que possam reverter a situação e tornar o hibridismo público-privado uma configuração, além de legitimada por seus usuários, financeiramente sustentável para o sistema nacional de saúde brasileiro.

Além dessas motivações e justificativas, este trabalho apresenta ainda contribuições de relevância acadêmica e social, na medida em que busca fazer uma articulação entre ações cotidianas e processos históricos, políticos, econômicos, sociais e de subjetivação. De modo que funciona como um exercício de problematização de questões importantes, não só para as atuais políticas públicas de saúde, mas também para a dinâmica das relações de saber e poder presentes na sociedade contemporânea como um todo.

As problematizações e informações referentes ao uso estratégico dos serviços públicos e privados de saúde no Brasil são desenvolvidas no presente texto de maneira processual, tal como formuladas pelo projeto investigativo, e envolvem a apresentação e a análise dos dados reunidos pela pesquisa, bibliográficos e empíricos. A seguir, o segundo capítulo circunscreve o tema da pesquisa e reúne recuperações históricas sobre a construção do hibridismo entre setores público e privado no âmbito da política de assistência à saúde brasileira, bem como aponta entraves de cobertura decorrentes dele. O terceiro capítulo apresenta o objeto da investigação, as diferentes formas de utilização e de gerenciamento dos serviços de saúde, retratado pela literatura consultada. Abrange estratégias mais gerais de utilização dos serviços de acordo com cada região do país, os níveis de assistência e as formas de financiamento, bem como situações de adoecimentos e utilizações específicas, algumas dessas discutidas em termos de acesso. O quarto capítulo delimita o referencial teórico conceitual que serviu de base tanto para a formulação da investigação, quanto para a realização das análises. Portanto, fala panoramicamente da perspectiva sob a qual se fundamenta o trabalho como um todo. O quinto capítulo explicita e comenta brevemente as etapas e os métodos de coleta e de análise dos dados, enquanto o sexto apresenta discussões empreendidas a partir dos dados empíricos. O texto finda com algumas considerações sobre o processo investigativo como um todo.

## 2 O HIBRIDISMO PÚBLICO-PRIVADO

Há certo reconhecimento de que, tanto empírica quanto teoricamente, não é tarefa simples delimitar de maneira precisa o público e o privado no campo da saúde. Com o intuito de operacionalizar estas noções e partindo do modo comum e espontâneo das pessoas assimilarem conhecimentos e informações no cotidiano, pode-se definir por público, aquilo que é acessível a todos, que pertence ao coletivo, à comunidade, que diz respeito ao bem comum. Algumas vezes é também concebido como sinônimo de estatal. Já a concepção de privado, associa-se comumente à ideia de mercado, espaço em que operam produtores e consumidores, individuais ou coletivos, a partir de seus interesses mais diretos.

Além desses sentidos mais amplos uma grande variedade de concepções sobre o que é público ou privado, circula livremente, conduzindo a inúmeras possibilidades de combinação dessas concepções com exemplos empíricos. Nesse sentido, também se pode afirmar que a delimitação entre o público e o privado se estrutura em pares de opostos – preventivo x curativo, rede básica x hospital, ações coletivas x ação individual –, ou ainda, em clichês que afirmam o predomínio de valores positivos e negativos para um ou outro sistema e que aparecem comumente com o paralelismo entre: regulação, burocracia e descaso *versus* liberdade de escolha, agilidade e eficiência (Aciole, 2006). A consequência dessas clivagens entre os setores público e privado é a composição de um cenário de aparentes incompatibilidades, que se embaralham à sobrecarga ideológica, segmentando, em última instância, usuários do sistema público *versus* consumidores do sistema privado.

Pela amplitude dessas tipificações a delimitação do público e do privado no campo da saúde se evidencia um empreendimento vago e vasto, que exige acuidade e aprofundamento (Menicucci, 2010). Embora não seja este o objetivo primeiro deste trabalho, se faz necessário encontrar balizas que instrumentalizem tais conceitos a análises condizentes com a realidade. Aqui, uma sistematização do que comumente trata-se por público e privado é suficiente para o delineamento de uma moldura adequada à discussão proposta. Nesse sentido, Bahia (2010) localiza de maneira esclarecedora que na atualidade a díade público/privado atende mais precisamente à classificação das respostas institucionalizadas aos problemas de saúde do que à adaptação de noções relativas a instâncias individuais ou coletivas. Logo, são as instituições organizadas para responder às necessidades e às demandas de saúde que recebem a caracterização pública ou privada.

Tal delimitação se faz satisfatória para apreender o uso corrente das noções de público e privado, seja no cotidiano, na área da saúde, das ciências políticas e econômicas, ou mesmo,

do direito. Além disso, possibilita de maneira pertinente ampliar as fronteiras de aplicação desse par conceitual, reconhecendo a existência do público no privado e do privado no público. Contudo, ainda se mostra incipiente para sustentar no Brasil um consenso no que se refere à constituição e à dinâmica das políticas de saúde atuais. Segundo Bahia (2010), apesar da imprecisão conceitual não comprometer a clareza dos termos no cotidiano da assistência, no campo das instituições políticas há pouca nitidez, devido à complexidade própria das relações estabelecidas entre ambos.

Desde o esforço para sua constituição, o campo da saúde abrange uma multiplicidade de perspectivas sobre os problemas de saúde, que envolvem âmbitos institucionais, econômicos e acadêmicos diferentes, e não raro dissidentes. Estas perspectivas compõem em profusão os debates do campo e configuram as possíveis formas de enfrentamento dos mesmos, através de jogos de forças em que há disputas de interesses. Tais forças são, algumas vezes, multideterminadas e contrárias entre si, outras, consensuais e indutoras de projetos políticos singulares. Assim, o campo da saúde se evidencia enquanto uma arena, dotada de forças conflitantes e de embates, que almejam a obtenção de determinados resultados: um campo político (Thoenig, 2010, p.176).

Não raramente esta característica de arena política é uma das primeiras constatações na investigação da relação entre o público e o privado presente na assistência à saúde brasileira. Assim, no estudo dessas forças políticas, alguns pesquisadores (Aciole, 2006; Bahia, 2009, 2010; Campos, 2007; Onoko-Campos, 2010; Menicucci, 2003, 2006, 2007, 2010) empreendem análises que compõem polaridades. Estas conformam quadros conceituais, que indicam valores, interesses e posicionamentos distintos e que configuram propostas de modelos assistenciais específicos. Nesse sentido, podem ser entendidas inicialmente de modo binário, enquanto uma antinomia entre modelos assistenciais antagônicos: uma relação de contradição, contraposição ou de objeção, em uma lógica de funcionamento dicotômica e excludente. Não obstante, a estruturação do cenário da assistência à saúde brasileira a partir de segmentos marcados unicamente pela oposição pode mais obscurecer que esclarecer a complexidade presente no campo.

Em consonância com a proposta deste trabalho, no delineamento da relação entre o público e o privado estes quadros conceituais, muitas vezes tomados de maneira estanque, são antes manobras metodológicas de análise dos referidos pesquisadores e funcionam, principalmente, a partir de seus entrelaçamentos, de suas combinações, aproximações e vinculações. Assim, nessas análises apesar da aparente oposição entre um segmento estatal, público, e um segmento empresarial, privado, interessa considerar o conjunto de

estabelecimentos e equipamentos que viabilizam a oferta de serviços para a população como um todo. O que se mostra verdadeiramente necessário é a distinção dos arranjos que estabelecem entre esses segmentos, público e privado, relações de interdependência (Cordeiro, Conill, Santos, & Bressan, 2010).

Diante dessas ponderações iniciais cabe frisar que as concepções de público e de privado não serão aqui discutidas enquanto categorias conceituais universais. A distinção entre o público e o privado será tomada a partir das delimitações empíricas do campo-tema da pesquisa, conforme demarca Bahia (2010). Isto, pois essa distinção enquanto estratégia metodológica de polarização, no âmbito institucional, se mostra uma ferramenta importante (a) para a identificação dos elementos que compõem a multiplicidade de interesses e forças políticas atuantes no campo da saúde, (b) para a compreensão das relações nem sempre evidentes estabelecidas entre eles e, em última instância, (c) para a delimitação dos aspectos que possibilitam, estruturam, motivam, justificam ou dificultam e impedem as estratégias de utilização dos diferentes serviços de saúde. Além disso, são concepções – as de público e de privado – que quando analisadas institucionalmente e a partir de um olhar que considera os desdobramentos históricos e políticos de formulação das ações assistenciais em saúde, viabilizam um melhor entendimento sobre os aspectos particulares e contingenciais que no Brasil culminaram na estruturação híbrida e desregulamentada dos serviços assistenciais de saúde. Em suma, este capítulo circunscreve tal perspectiva histórico-institucional adotada sobre o tema e aponta os entraves de cobertura decorrentes desse processo de estruturação da assistência.

## **2.1 Perspectivas e recuperações histórico-institucionais**

Na análise por polaridades, para além de maniqueísmos ou simplificações, a compreensão das políticas de saúde e das relações sistêmicas entre agentes econômicos, públicos ou privados no Brasil, grosso modo passa pelo aprofundamento das raízes históricas e de financiamento que foram conformando simultaneamente dois sistemas de assistência, um público, estatal, e outro privado, voltado para interesses de mercado. Esta trajetória vem se configurando no país desde meados do século XX e se intensificou, principalmente, a partir da segunda metade da década de 1990. Neste período a relação estabelecida entre Estado e mercado, a partir do texto Constitucional de 1988 e do subsequente processo de implantação da reforma sanitária, trouxe novos contornos para o público e para o privado na saúde.

Campos (2007), buscando compreender os efeitos das duas fortes tradições na organização da assistência, fala de reforma sanitária incompleta. Na perspectiva deste autor a vitória da concepção pública sobre o modelo de mercado, formalizada pela Constituição de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu em um contexto historicamente desfavorável no qual o neoliberalismo, vertente contrária à proposta da assistência pública universalista, se mostrou econômica, cultural e politicamente dominante. Em consequência disso, nas últimas décadas de luta em favor do SUS, observa-se uma permanente tensão entre o projeto de reforma sanitária e o projeto liberal-privatista, formalmente derrotado. Nas palavras de Campos (2007), “a derrota de atores sociais e de seus projetos é situacional e costuma não os eliminar do cenário político e institucional. Assim, os interesses e valores derrotados sempre retornam, sempre, ainda que travestidos com a moda conveniente em cada conjuntura.” (p.1869).

Uma vez aprovada a legislação do SUS, a vertente liberal, conservadora, armou outros cenários de confronto, deslocando a resistência ao SUS da discussão sobre princípios e diretrizes para elementos pragmáticos da implementação do acesso universal, por meio de estratégias que assegurassem seus interesses corporativos e de mercado (Campos, 2007). A resultante desta história de embates políticos é a existência de um sistema de saúde fragmentado, ainda que nomeado enquanto único, pela concessão à iniciativa privada que manteve a política de compra de serviços de saúde mediante convênios.

Ao questionar o quanto a implantação do SUS conservou modos tradicionais de funcionamento, condizentes com interesses privados e corporativos, e o quanto foi capaz de modificar tais tradições, Campos (2007) observa e adverte que:

O SUS é quase um híbrido entre estas duas tradições. Resta-nos descobrir se tal ‘híbrido’ favorece a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo. Resta-nos averiguar se tal hibridez, ainda quando necessária à sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência, não lhe retirou a possibilidade de reproduzir-se enquanto espécie singular. (p.1870)

Gramaticalmente “hibridismo” designa a estruturação de palavras compostas por elementos de línguas diferentes, como é o caso da palavra burocracia: ‘*buro*’ é de origem francesa e ‘*cracia*’ de origem grega. De tal modo, também em outros campos, aquilo que assume um caráter híbrido se compõe por elementos de natureza distinta.

Este termo, adotado aqui para designar a relação entre o público e o privado na saúde, foi extraído, inicialmente, do trabalho de Menicucci (2007), que tece argumentação semelhante à de Campos (2007). Se este analisa os efeitos históricos de duas fortes tradições

na organização da assistência à saúde, com destaque para atuação do movimento sanitário, Menicucci (2007) o faz a partir de um resgate histórico e institucional da política de assistência à saúde desde meados do século XX até o início do século XXI. A análise da trajetória da política de saúde, como fizeram estes autores, indica que a constituição dual, híbrida, entre setores público e privado no Brasil não significa uma definição de regras precisas quanto aos espaços de atuação e as formas de relação entre eles, mas uma dupla institucionalidade na qual se postula formalmente uma rede para prestação de serviços públicos e um sistema de saúde suplementar autônomo.

A perspectiva histórica dos processos desenvolvidos no Brasil no âmbito da assistência à saúde, da década de 1920 até o início do século XXI, leva Menicucci (2007) a se referir à reforma sanitária, não como incompleta, como fez Campos (2007), mas como limitada. Essa diferença de adjetivação, tomada aqui de forma não ocasional, se justifica por uma série de argumentos utilizados pela autora no que se refere, não só aos processos mais recentes de reforma da política, mas, sobretudo, aos processos institucionais e políticos prévios, que culminaram em forte resistência à nova conformação proposta para a saúde a partir da Constituição de 1988.

Se a reforma sanitária comportou o que a autora, em concordância com Campos (2007), chama de aspectos de continuidade das políticas anteriores, empreendeu também – e aqui está a diferença de ênfases na adjetivação adotada pelos autores – rupturas importantes com o padrão de assistência à saúde até então predominante no Brasil. Assim, se Campos (2007) chama atenção para o fraco potencial de modificação efetiva da reforma, um aspecto negativo, infere-se que Menicucci (2007), ao observar o significativo poder de influência das forças conservadoras, atenta para o caráter transformador, positivo, ainda que restrito, da reforma sanitária. O que, no entanto, é preciso admitir, não apresenta um ponto de vista nem contrário ao de Campos (2007), nem necessariamente otimista frente ao cenário marcado, desde muito, pela ausência de consenso e por confrontos algumas vezes velados.

A partir de uma detalhada avaliação das políticas de saúde brasileiras, Menicucci (2007) busca produzir uma interpretação para o processo de configuração institucional da assistência, mas, sobretudo para esse processo político implícito à definição formal da política de saúde. A autora argumenta que o arranjo institucional consolidado, mesmo sendo resultado de escolhas entre diferentes alternativas possíveis, não significou uma ruptura absoluta ou o estabelecimento de uma rota inteiramente nova para a assistência à saúde. Realizadas em um momento que Menicucci (2007) identifica como sendo de “inflexão”, essas escolhas foram em seguida constrangidas pelos efeitos institucionais das escolhas estabelecidas

anteriormente. De tal modo, ao mesmo tempo em que se modificou de forma importante o segmento público, no segmento privado, a mudança foi limitada pela estrutura progressa. Não sendo capaz de desarticulá-la, de acordo com Menicucci (2007) esse processo de reforma institucionalizou, de fato, a dupla trajetória já existente no âmbito da assistência à saúde.

Sem desqualificar a relevância e a qualidade de ambos os trabalhos mencionados é possível notar que, apesar de apresentar argumentação, em alguns aspectos, similar à de Campos (2007), a autora se diferencia deste, principalmente, em decorrência dos instrumentos de análise de que faz uso. Menicucci (2007), em sua tese de doutorado e não em um artigo de periódico como Campos (2007), se apoia na vertente histórica do novo institucionalismo que, além de levá-la aos primórdios da trajetória da política de saúde no Brasil, lhe confere uma abordagem mais ampliada sobre o tema. Desenvolvida no campo da política comparada, tal perspectiva considera, além da contingência histórica, a dependência de trajetórias anteriores e as variáveis institucionais para explicar a diferença de resultados políticos entre os países.

Nessa abordagem as políticas públicas são compreendidas a partir de sua capacidade de estabelecer as regras do jogo, que influenciam a alocação de incentivos, recursos econômicos e políticos, para alguns atores em particular. Isso, além de encorajar determinadas ações, bloqueia outras, definindo um determinado padrão de comportamento ou caminho a ser seguido e favorece a formação ou expansão de grupos de interesses específicos. Portanto, os desenhos assumidos pelas políticas públicas modelam os processos de elaboração de políticas através de algo anterior, mais elementar e que fornece os subsídios necessários à sua sustentabilidade: os padrões de comportamento e as identidades de grupo. Estes são os “efeitos *lock-in*” explicitados por Menicucci (2007).

A partir de fortes coalizões estruturadas pelos incentivos diretos ou indiretos das políticas públicas, a formação e organização desses grupos de interesse pode explicita ou implicitamente, em maior ou menor medida, inibir a expansão de outros grupos, bem como oferecer obstáculos a futuras alterações políticas e institucionais. Nesta feita, a conformação de atores potencialmente influentes nesse processo, capazes de proteger arranjos institucionais já estabelecidos, pode condicionar as decisões políticas futuras e configurar os chamados “efeitos de *feedback*” (Menicucci, 2007).

Incorporado a diferentes perspectivas teóricas, o novo institucionalismo parte da ideia de que os fenômenos sociais são *path dependent*: “o que acontece em um ponto no tempo afetará os resultados de uma seqüência de eventos posteriores” (Menicucci, 2007, p.17). Tanto as políticas influenciam a institucionalização dos comportamentos e da organização dos grupos de interesses, os efeitos *lock-in*, quanto estes condicionam e estruturam os processos

de formulação e implementação das políticas seguintes, os efeitos de *feedback*. Logo, essa abordagem entende que os legados das políticas de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, o seu desenvolvimento futuro.

A retomada dos fundamentos teóricos de Menicucci (2007), relativos à noção de dependência de trajetórias anteriores, além da detalhada recuperação histórica que viabiliza, se faz pertinente por três motivos analíticos. Em primeiro lugar esta vertente analítica, ao questionar como arranjos estabelecidos rotineiramente estruturam o comportamento político e estabelecem os contornos dentro dos quais as decisões posteriores são tomadas, conduz ao entendimento de que estes processos políticos e institucionais se baseiam em parâmetros difíceis de serem alterados. As opções políticas anteriores podem bloquear o abandono de certa trajetória, tornando assim inacessíveis e improváveis alternativas que alterem substancialmente o padrão de comportamento vigente. Logo, a mudança efetiva da política de saúde não se dá como uma tarefa a ser realizada inteiramente de uma só vez, comporta, por vezes, momentos de descontinuidade.

Em segundo lugar, ao ressaltar a importância das instituições na definição dos subsequentes comportamentos e resultados políticos, essa abordagem possibilita, com maior clareza e nitidez, a distinção dos papéis desempenhados pelos diferentes atores atuantes no campo da saúde. Compreendidas a partir de seus respectivos potenciais de influenciar e estruturar os embates entre grupos de interesses distintos, instituições não estatais diversas ganham contornos mais precisos. Enquanto as ações do Estado, as políticas públicas, por também apresentarem a característica de influenciar os resultados do conflito político, passam a ser consideradas não como um agente neutro entre interesses em competição, mas como um dos atores desse jogo de forças. Uma instituição dotada de interesses próprios, portanto.

Em terceiro e último lugar, a consideração desses fundamentos teóricos se faz relevante, uma vez que os desdobramentos analíticos dessa noção de dependência de trajetória fornecem elementos históricos indispensáveis para uma análise bem fundamentada sobre a configuração do hibridismo presente atualmente na assistência à saúde brasileira. Em síntese, a perspectiva do novo institucionalismo possibilita que se desvelem as articulações estabelecidas entre os processos decisórios e o contexto institucional, vigente e antecedente, e que se desarticulem falsas explicações sobre os fenômenos estudados.

De acordo com Menicucci (2007), a escassa literatura sobre a expansão do setor privado nas últimas décadas do século XX, em uma explicação equivocada, costuma defini-la como um efeito inesperado do processo de expansão da cobertura pública. Tal explicação se fundamenta em uma relação causal direta com a suposta incapacidade de gerenciamento e de

financiamento da rede pública, ou ainda, de expansão dos serviços públicos na mesma velocidade em que, pela ampliação da cobertura, novos usuários foram sendo incorporados ao SUS. Nesse sentido a reestratificação da assistência médica, com a criação do setor suplementar, e a conseqüente expansão da assistência privada, que deveria ser combatida pelas mudanças formuladas com a reforma sanitária, estariam deflagrando o fracasso do SUS em garantir o acesso universal, gratuito e de qualidade (Menicucci, 2007).

Desarticulando os fatos de seus efeitos reais, sejam eles imediatos ou de longo prazo, essa explicação para a expansão dos serviços privados nos últimos anos alimenta determinados modelos interpretativos da realidade. Estes modelos se estabelecem de tal forma que passam a ser considerados como dados e tendem a ser readotados cotidianamente, de modo a naturalizar as escolhas do passado. De mais a mais, ainda que por vezes não sejam reforçados pela experiência direta das pessoas, compõem as representações sociais que atribuem uma imagem negativa ao público, não raro, estimulada e disseminada por representantes e apoiadores dos interesses privados. Em síntese estes modelos explicativos, somados às dificuldades reais enfrentadas para a expansão da assistência pública de qualidade reiteram no contexto brasileiro a preferência da grande maioria da população pelos padrões liberais, que caracterizam a assistência prestada atualmente pelo sistema suplementar (Menicucci, 2007).

Apesar de adotada por muitos e de envolver aspectos de fato experimentados nas últimas décadas do século XX, essa precipitada relação causal entre a piora dos serviços públicos e o crescimento do segmento privado pode ser contestada de forma consistente. A partir dos dados apresentados por Menicucci (2007), é possível verificar como o provimento de serviços de saúde diferenciados da Previdência Social foi incentivado antes, durante e após a instituição do sistema de proteção social mais abrangente, por diferentes mecanismos políticos e institucionais de concessão e financiamento. Muito antes da implantação do SUS, desde o surgimento das primeiras iniciativas governamentais relacionadas à assistência, grande contingente de pessoas já se via vinculado a regimes especiais de proteção social. Nesse sentido, o caráter insatisfatório da assistência pública e a concomitante expansão do setor privado de planos de saúde expressa, antes, a antiga e já mencionada tensão entre o projeto de universalização e o de caráter privatista, e não uma ineficiência contingencial e recente do sistema público em prover tais serviços.

Isso reitera, finalmente, que outros elementos – políticos, institucionais e econômicos, contingenciais e históricos – devem ser considerados para o entendimento satisfatório da trajetória que estruturou e consolidou a assistência à saúde no Brasil em um sistema híbrido,

público e privado. Menicucci (2007), particularmente, parte dos processos de formulação das políticas de saúde para identificar as ligações entre as políticas públicas e as atividades de grupos específicos, ou ainda, as articulações entre os processos decisórios e os contextos institucionais anteriores. A autora destaca três momentos da história brasileira como sendo cruciais para análise dessa trajetória: (I) o de constituição de um modelo segmentado de relação entre o público e o privado na década de 1960, que nos leva a breve incursão nas origens da Previdência Social brasileira nos anos 20 e 30; (II) o de formulação e definição da política de saúde na década de 1980; e (III) o de implantação da reforma, em paralelo à conformação da política regulatória da assistência privada, na década de 1990.

Seguindo a progressão cronológica dos fatos, conforme recupera Menicucci (2007), o desenvolvimento do sistema de proteção social tem seu início nas décadas de 1920 e 1930. As ações do período, segundo a autora, são vistas pelas interpretações mais consagradas sobre as origens da Previdência Social como um projeto de elite interessado em garantir condições mínimas de estabilidade à relação capital/trabalho. Motivado por pressões das massas, o objetivo desse projeto seria esvaziar a agitação operária sob um enfoque reformista da questão social. Nesses moldes, paradoxalmente a concessão de direitos cria condições de preservação e expansão da lógica capitalista, que estratifica a sociedade, ainda que, pelo atendimento de demandas dos trabalhadores, assuma o caráter de conquista de direitos sociais.

Com o advento da legislação trabalhista e a participação de recursos públicos, em 1923 são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Vinculadas às empresas, estas previam a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes. No entanto, sem especificação legal sobre os recursos disponíveis para essa finalidade, as CAPs eram também financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administrada por seus representantes. Assim, inicialmente a assistência à saúde, além de se caracterizar por um alto padrão de despesas, se efetivou com a ativa participação do setor empresarial, a partir da gestão e da contratação de serviços privados, restritos aos trabalhadores vinculados às empresas com mais de cinquenta empregados, para as quais havia a obrigatoriedade de criação das caixas (Menicucci, 2007).

Já na década de 1930, com o objetivo de conter e reorganizar os gastos com saúde, o sistema previdenciário passou por transformações importantes: foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que apresentavam administração dependente do governo federal e deixavam de se vincular às empresas. Estes passaram a incorporar, cada um, uma categoria profissional específica e, paulatinamente, foram absorvendo as CAPs. Mesmo tendo possibilitado a ampliação dos serviços de saúde, os IAPs não viabilizaram uma política

deliberada de assistência à saúde, mas consolidaram um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampliação da prestação de serviços. Além disso, seguindo os moldes de segmentação das CAPs, institucionalizaram a diferenciação da assistência conforme a categoria profissional e não como uma prestação pública a que tem direito a população em sua totalidade. (Menicucci, 2007).

A diferenciação dos serviços de saúde prestados aos trabalhadores, paulatinamente incorporados à Previdência Social segundo suas categorias e vínculos profissionais, levou a assistência médica governamental a se desenvolver com as características de seguro, um benefício de caráter contributivo, vinculado ao contrato formal de trabalho. Isso estabeleceu no Brasil a assistência à saúde, não como projeto de inclusão universalista e igualitária, mas restrita ao trabalhador, urbano e assalariado. Assim, ao se dar incorporada aos benefícios previdenciários, a expansão do modelo brasileiro de assistência médica como política pública apresentou desde suas origens, as marcas da segmentação da clientela (Menicucci, 2007).

É notável que a tendência à universalização não tenha seu advento como resultado de uma reivindicação dos trabalhadores. Paradoxalmente, os processos políticos e institucionais de universalização da assistência não tiveram os principais beneficiados pela Previdência Social inicialmente, os empregados urbanos e assalariados, sequer como apoiadores. Estes, ao contrário, desenvolveram uma visão corporativa em decorrência da diferenciação dos serviços por categoria profissional e resistiram, posteriormente, à unificação da Previdência, que se mostrava prejudicial para algumas categorias em particular; aquelas com maior poder de influenciar o campo. Essa competição entre os segmentos profissionais, induzida pelo formato inicial da Previdência, portanto, não favoreceu uma atuação reivindicatória em prol da equalização e da universalização de direitos. Consequentemente, sem suporte político para uma assistência universal e igualitária, tão logo novas formas de segmentação da assistência surgiram no âmbito das políticas públicas e dos serviços de saúde. (Menicucci, 2007).

De acordo com Menicucci (2007), a coexistência de movimentos contraditórios no desenvolvimento da assistência delineada desde os anos 20, envolvendo esforços de equalização e de segmentação, se configura mais precisamente a partir da década de 1960. Pois nesta, as tendências do período se traduziram em decisões efetivas no sentido de expandir a assistência, tanto no que se refere à cobertura, quanto ao financiamento previdenciário dos serviços de saúde. No entanto, isso não demarcou intenções necessariamente publicistas nem mesmo por parte do Estado e, enquanto as lógicas distintas de funcionamento do público e do privado foram se configurando, novas combinações se institucionalizaram nos campos político, econômico e assistencial.

Com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) de 1960, se manifesta formalmente a disposição de tornar a assistência à saúde parte da Previdência Social, uma política governamental. Agravando as dificuldades financeiras crescentes da Previdência, esta lei, insígnia da derrota do modelo anterior de contenção de gastos, amplia o plano de benefícios e uniformiza os direitos dos segurados de diferentes institutos. Além disso, numa perspectiva assistencialista, amplia ainda mais a cobertura da Previdência, estendendo os benefícios para os trabalhadores domésticos e rurais. Nesse momento, excetuando os trabalhadores do mercado informal, todos os demais passam a ser cobertos pela Previdência Social. Todavia, com o baixo desenvolvimento da capacidade estatal, principalmente para produção de serviços hospitalares, o atendimento da crescente demanda de serviços de saúde não pôde contar com uma rede suficiente de serviços públicos. Isso tornou o poder público processualmente cada vez mais dependente dos serviços privados para a expansão da assistência à saúde. (Menicucci, 2007).

Em 1964 a rede de serviços dos IAPs ainda se mostrava significativa para o atendimento de sua clientela, de modo que a compra de serviços médicos era minoritária. Contudo, até os anos 70 ocorre o progressivo crescimento dos hospitais privados em detrimento dos públicos. Isso, segundo Menicucci (2007), sugere que foi com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, que a política previdenciária de saúde passou efetivamente a dar prioridade à compra de serviços terceirizados. Dessa maneira, em razão da proposta de ampliação da cobertura, o setor público passou gradativamente a ter relevância na organização da assistência à saúde como principal comprador de serviços.

Com a política baseada no aumento progressivo da compra de serviços pelas políticas públicas disseminam-se as articulações entre Estado e instituições privadas e estas, que até então se desenvolviam autonomamente em um mercado restrito, tiveram a possibilidade de expandir seu mercado via política pública. Assim, combinando o financiamento parcial da Previdência Social com a crescente participação do setor privado no âmbito da saúde, a ampliação da cobertura no sentido da universalização se viu contrabalançada pelo favorecimento de formas alternativas de assistência. Isso, ainda na década de 1960, levou à configuração do chamado complexo previdenciário, composto por subsistemas com lógicas diferentes de prestação de serviços. (Menicucci, 2007).

Favorecidas por recursos governamentais, as instituições privadas se viram incentivadas a assumir a responsabilidade pelas atividades de prestação e de gestão dos serviços médicos. Isso acabou por consolidar a prática já existente no âmbito empresarial de

atendimento aos empregados e seus dependentes, a partir de serviços próprios ou contratados. De mais a mais, a medicina de grupo e as cooperativas médicas se viram indiretamente favorecidas pela Previdência Social com a possibilidade de estabelecer convênios com empresas, sem a participação do INPS. Ao se voltarem para o atendimento da demanda efetivamente privada e para a lógica do setor privado em expansão, encontraram um mercado crescente que as levou, em última instância, a um desenvolvimento autônomo em relação às políticas do Estado e viabilizou a estruturação do que viria a se tornar mais tarde a atenção médica supletiva. (Menicucci, 2007).

Como consequência, as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica se tornam dominantes e permanecem hegemônicas até a década de 1970. Portadoras de um discurso medicalizante como solução para os problemas de saúde, tais forças materializaram no cenário brasileiro a perspectiva assistencial curativa e, em detrimento das medidas de interesse coletivo e de caráter preventivo, acentuaram as tendências privatizantes do período. Em síntese, no desenrolar das decisões da década de 1960 o arcabouço legal e institucional que definiu os parâmetros de constituição e desenvolvimento da assistência pública no Brasil se caracterizou por também lhe conferir a orientação privatizante para expansão dos cuidados médicos. (Menicucci, 2007).

Nesse estado de coisas, as segmentações relacionadas ao provimento dos serviços assistenciais de saúde terminam por configurar, já em meados do século XX, uma “cidadania regulada”, conforme expressão adotada por Menicucci (2007, p.64). Àqueles inseridos em grandes empresas e nas grandes cidades da região Sudeste, havia a possibilidade de cobertura pela assistência empresarial, com ou sem a participação da Previdência Social, diretamente administrada pela empresa empregadora ou por cooperativas médicas. Diferentemente, redundante à queda da qualidade dos serviços públicos prestados e à insatisfação de seus beneficiados, para os trabalhadores inseridos nos ramos menos dinâmicos e influentes da economia, nas regiões mais pobres ou no interior do país, destinava-se a assistência pública previdenciária.

Por todos os fatos mencionados, a política dos anos 60, além de ter favorecido e estruturado determinados interesses privados, é compreendida como sendo relevante para a conformação das características assumidas pelo próprio Estado brasileiro (Menicucci, 2007). Enquanto a iniciativa privada se beneficiava das dificuldades das políticas públicas em arcar com a expansão da demanda e, mais tarde, deixava de se subordinar exclusivamente ao setor público, o Estado se desenvolvia e ia delineando suas particularidades. Assim, ao se valer de

articulações diversas com o setor privado, demonstrou sua porosidade a outros interesses no processo de consolidação da atuação pública no campo da assistência à saúde.

Na trajetória subsequente àquele período, as políticas públicas de saúde enfrentaram crises estruturais importantes de ordem financeira, ideológica e político-institucional, que culminaram no processo mais amplo de democratização do país. Com isso, o segundo momento destacado por Menicucci (2007), a década de 1980, é caracterizado pela reforma do sistema nacional de saúde e marcado pelas propostas de ampliação dos direitos sociais e de cidadania, dentre esses o direito à saúde.

A permanência de um regime financeiro fundamentado na relação contratual, em que a cobertura assistencial é largamente financiada pela Previdência Social, é progressivamente tensionada pela incorporação de faixas cada vez mais extensas da população. Além disso, as forças liberais e privatistas que ganharam influência no campo, além de modular a assistência pela forte ênfase na atenção individual e curativa, aumentaram exponencialmente os gastos com saúde, ao priorizarem o desenvolvimento de medicamentos e equipamentos médicos. Isso fez o sistema extremamente oneroso. Logo, as crises de financiamento da assistência passam a ser um estado recorrente no sistema previdenciário e se intensificam de maneira importante a partir dos anos 70, tornando inviável a manutenção do modelo assistencial vigente. Isso prossegue até o ponto em que, já nos anos 80, a saturação financeira do sistema ganha força e, na conjuntura da democratização do país, abre espaço para propostas alternativas para o desenho da política de saúde (Menicucci, 2007).

A situação de crise financeira alimenta o fortalecimento de novas concepções sobre Saúde Coletiva e, à crise financeira, se junta, a crise ideológica. Influenciadas por importantes movimentos do contexto internacional dos anos 70, as novas concepções sobre Saúde Coletiva reconhecem a determinação social nas condições de saúde e levam em consideração a Atenção Básica e a participação comunitária como estratégias importantes para a conquista da universalização. Confrontando o modelo assistencial consolidado nos anos anteriores, essas proposições endossavam o questionamento sobre as formas vigentes de financiamento e buscavam a sustentabilidade financeira dos serviços de saúde. No Brasil, desarticularam a manutenção da ênfase na assistência individual e curativa e, a favor da necessidade nacional de expandir a cobertura previdenciária para contingentes populacionais menos favorecidos, reiteraram iniciativas de cunho coletivo e preventivo. (Menicucci, 2007).

À crise financeira e ideológica se combina, por fim, a crise institucional e política. Como já mencionado, a assumida crise da assistência, traduzida em insatisfação generalizada, fez parte do processo mais amplo de abertura política, que culminou na redemocratização do

país. Em marcante oposição ao regime militar autoritário, a proposta reformista para a política de saúde trazia preocupações inerentes à perspectiva democrática. Dentre essas preocupações relativas aos direitos sociais, a saúde como direito. Assim, em nítida diferenciação dos interesses hegemônicos até o período, além da reestruturação financeira e da consideração dos determinantes sociais da saúde, defendia-se a necessidade da universalização dos serviços de saúde em um novo modelo de caráter redistributivo (Menicucci, 2007).

As principais propostas alternativas para a política de saúde brasileira eram atribuídas ao movimento sanitário. Com o seu advento, houve uma modificação importante na composição da arena política da saúde pela incorporação de novos atores, que configuraram verdadeira liderança política e intelectual e foram decisivos para a construção e consolidação da reforma. Oriundos do âmbito acadêmico constituíram a comunidade epistêmica que defendeu as mudanças nos princípios e no desenho da política brasileira e influenciou as alterações que levariam à ruptura formal com o modelo pregresso de assistência à saúde. Nessa conjuntura, fornecendo um projeto consistente, o movimento sanitário soube apresentar uma alternativa possível à crise estrutural enfrentada no país e se mostrou capaz de fazer a mediação entre a situação de crise e as escolhas almejadas, colocando a nova proposta na agenda e obtendo o apoio político necessário a sua efetivação (Menicucci, 2007).

Nesse processo de reforma sanitária, a articulação entre o universo acadêmico e o âmbito parlamentar foi uma estratégia importante para a ampliação do debate democrático, em um contexto até então marcado pelo fechamento institucional. Após a queda do regime militar, as articulações em torno da redefinição da política de saúde cresceram e, dentre as políticas sociais, era a que contava com uma proposta mais estruturada (Menicucci, 2007). Depois, o processo decisório da reforma foi precedido de vários fóruns coletivos nos quais foi se concretizando, formal e politicamente, a proposta de transformação da política de saúde. Dentre eles se destaca a VIII Conferência Nacional de Saúde, que em 1986, contando com uma ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços, significou um marco na formulação das mudanças. Todo esse processo, além de abrir espaço para a participação popular, serviu de base para as negociações da Constituinte, que aconteceu em 1988, e finalmente institucionalizou a saúde como direito, pautado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade (Menicucci, 2007).

Em síntese pode-se afirmar que a década de 1980 é caracterizada pela articulação de um movimento político e ideológico de reforma que, como parte do processo de democratização, envolveu: (I) uma contingência de crise financeira favorável à mudança, (II) a construção de um modelo teórico que compreende a saúde a partir de seus determinantes

sociais, e (III) um conjunto de ações estratégicas que visaram à divulgação de ideias, à articulação de pessoas e à ocupação de espaços institucionais para a implantação de um projeto inovador (Menicucci, 2007). Enfim, tratou-se de uma proposta alternativa à política de saúde vigente.

Com a convergência dos problemas da assistência sendo atribuída ao modelo privatista, que defendia os interesses empresariais, nesse momento a democratização da saúde se confundia com a sua publicização e, na arena política, as forças se polarizaram de maneira ainda mais marcante (Menicucci, 2007). De um lado, havia os esforços de privatização da assistência e, de outro, a priorização do setor público, pelo movimento sanitário. Tal embate, segundo Menicucci (2007), é claro no período e vai dos anos 70 até a Constituição de 1988, ocasião em que o fortalecimento da vertente publicista foi consolidado institucionalmente.

Conforme Menicucci (2007) argumenta, este foi um momento de “inflexão” nos processos políticos brasileiros, ou ainda, uma “janela política”, pois nele os problemas das políticas em vigor convergiram de modo a permitir que forças políticas não hegemônicas influenciassem decisivamente a estruturação da nova política de saúde. No entanto, em decorrência dos efeitos de *feedback* descritos pela autora, a trajetória da assistência nos anos seguintes se viu marcada pelos interesses das políticas favorecidas anteriormente e a reforma sanitária se fez limitada. Na perspectiva adotada por Menicucci (2007), portanto, apesar deste período representar, em termos legais, uma mudança radical do sistema público, na prática, permitiu a manutenção das antigas relações estabelecidas entre setores público e privado, bem como a continuidade da processual e histórica expansão da iniciativa privada.

Ao processo de democratização e de formulação das novas propostas para a estruturação da assistência seguiram-se os de reformas estruturais. Na década de 1990, terceiro e último momento detalhado por Menicucci (2006, 2007), se dá o processo de implantação da reforma do sistema público prevista na Constituição de 1988.

Em seu conjunto, as decisões políticas dos anos 90 refletem os persistentes movimentos contraditórios entre a universalização e a segmentação, que marcam toda a trajetória da assistência à saúde brasileira. Se algumas decisões, pela força do movimento sanitário no período de transição democrática, se traduziram em propostas de políticas voltadas para o fortalecimento do setor público, no sentido da universalização, outras, no entanto, permaneceram favorecendo a assistência privada. Como afirma Menicucci (2007):

o conflito entre as propostas inovadoras e os interesses privados consolidados em razão das políticas anteriores se verificou em todas as ocasiões em que foram ensaiadas políticas que privilegiassem o setor

público em detrimento do privado e que se diferenciavam do modelo de assistência prevalecente. (p.230)

Logo, apesar da ruptura formalizada na Constituição, as resistências à reforma são novamente explicitadas e o embate de forças entre o público e o privado tem continuidade.

As frentes conservadoras, a partir de divergências dentro do próprio governo, foram capazes de estabelecer mecanismos que contrariavam os dispositivos constitucionais e de proliferar outras propostas para as políticas sociais, acabando por configurar uma nova agenda de reforma. Rediscutido o papel do Estado, as forças conservadoras questionaram a universalização de direitos e direcionaram os gastos públicos para os setores mais pobres da população. Isso funcionou, segundo Menicucci (2006, 2007), como uma contenção à proposta de atuação redistributiva do Estado e à devida implantação do SUS, ambas, medidas necessárias à universalização efetiva. Nos dizeres da autora, a conjuntura política da década de 1990 “corroeu o ideário da reforma, antes mesmo que ele tivesse sido capaz de alterar a forma de atuação governamental construída historicamente.” (Menicucci, 2007, p.222).

Em função da heterogeneidade na composição do movimento à favor da reforma as identidades partidárias se reavivaram no período e se reorganizaram acirrando as divergências de interesses, agora internas ao próprio movimento sanitário (Menicucci, 2006, 2007). Por um lado, o corporativismo médico se intensificou ao ponto de distanciar a categoria do projeto básico da reforma. Por outro, o movimento sindical, cujas categorias profissionais, em sua maioria, eram cobertas por planos de saúde em decorrência das políticas anteriores, não se viu diretamente beneficiado com a implantação do SUS e não se mobilizou para apoiar de forma efetiva o sistema público. Já o movimento popular, representação do público alvo da política, não se mostrou capaz de garantir o apoio dos usuários dos serviços de saúde, uma vez que os benefícios da reforma só se fariam sentir em longo prazo. Dessa forma, embora a postura oficial dos atores do movimento sanitário seja de apoio à reforma, no momento da implantação não se constituíram como apoiadores de fato (Menicucci, 2006, 2007).

Esta situação foi viabilizada pela própria configuração institucional da Previdência Social, edificada desde o início a partir da segmentação da clientela. Neste aspecto, dentre os atores do movimento sanitário o movimento sindical se destaca, uma vez que a história do alargamento dos benefícios previdenciários brasileiros, dentre eles a assistência médica, desde suas origens é também uma história de pressões dos trabalhadores mais organizados no sentido de obter ganhos diferenciados para cada categoria. Ao se vincular às condições de trabalho e aos benefícios previdenciários, a discussão sobre a saúde do trabalhador levava à

defesa de uma assistência médica diferenciada e de melhor qualidade, ou seja, à defesa de direitos adquiridos previamente (Menicucci, 2006, 2007).

Conquistas ou concessões de benefícios sociais diferenciados faziam parte do jogo político e eram usadas historicamente como moeda de troca. Nesse sentido, um projeto de cidadania inclusiva e universalista não foi construído e a herança de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação, composta por fortes elementos ideológicos, se fez presente na conjuntura dos anos 90. Com uma proposta redistributiva e universalista, o projeto que visava alterar o padrão de intervenções estatais na área da saúde se choca com o desenho histórico da cidadania regulada e faz emergir contradições entre a orientação política e ideológica de defesa do SUS e os interesses mais imediatos dos diferentes grupos. (Menicucci, 2006, 2007).

Em última instância de acordo com Menicucci (2006, 2007) isso expressa o embate entre valores solidários, disseminados pelo contexto mais recente de democratização do país, e valores individualistas, voltados para interesses partidários e fortemente sedimentados pelas políticas prévias. A resultante dessa situação segundo a autora é, primeiramente, a criação de grandes obstáculos para a concretização da reforma e, em seguida, a reafirmação do modelo de assistência segmentado anteriormente, no qual os atores sociais buscam assegurar formas privilegiadas e exclusivas de acesso aos benefícios sociais.

Nessa dualidade já característica do sistema de saúde abriram-se então novas frentes de luta e a partir de meados da década de 1990 as divergências entre os setores público e privado no país passaram a ser moduladas pela política regulatória do Estado (Menicucci, 2006, 2007). Esta, após a promulgação da lei 9.665 de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e de sucessivas medidas provisórias, vem se consolidando nos últimos anos pelas ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na evolução dessa regulamentação se revelam mudanças de concepções que também se traduziram na alteração do modelo inicial de regulação proposto com a reforma: da ideia de uma regulação global dos serviços se passou para uma regulação específica. Em termos de atuação governamental isso levou a política regulatória a se restringir à assistência privada e a se limitar às atividades de fiscalização, de controle dos preços, dos problemas contratuais e das falhas de mercado. Nesse sentido, a implantação da proposta de universalização da assistência pública, paradoxalmente, não confrontou as ações da iniciativa privada. Em um sentido inverso à ampliação do papel governamental e dos direitos sociais consagrados na Constituição, a reforma acabou por incentivar o desenvolvimento do mercado de seguros de saúde, a chamada saúde suplementar. (Menicucci, 2006, 2007).

Em síntese, a Constituinte de 1988 consagra o direito à saúde e define princípios e diretrizes para orientar a política de acesso universal, integral, igualitário e gratuito. No entanto, como bem recupera Menicucci (2007), as políticas de saúde favorecidas anteriormente contribuíram para a reestruturação dos interesses privados, condicionaram o conflito político e o processo de tomada de decisão dos diferentes atores. Com isso, nos anos 90 o esforço de equalização dos benefícios e serviços de saúde não foi suficiente para favorecer a formação de uma identificação coletiva com os ideais de unificação da assistência e, por isso, não venceu a particularização das demandas. Isso, nas palavras da autora, acabou por configurar “um veto implícito” à reforma, pela falta de um consenso mínimo e a ausência de apoio efetivo, e por consolidar um sistema nacional de saúde dual, híbrido, público e privado. Assim, apesar dos princípios do SUS terem sido definidos como política de governo em função de uma conjuntura privilegiada pela redemocratização do país, sua implantação se deu em um quadro marcado por forças políticas conservadoras, pela perda de apoio político e pela valorização do mercado em detrimento da ampliação da atuação do poder público. (Menicucci, 2006, 2007).

Com seu trabalho, vale destacar, Menicucci (2003, 2006, 2007) reitera e complementa os argumentos de Campos (2007), a partir dos quais o processo de implantação da política é interpretado considerando as decisões empreendidas na década de 1990, que redirecionaram em alguma medida o que era definido formalmente. Como afirma a autora:

mais do que uma mera tradução prática de decisões, a implementação da reforma configurou-se, de fato, como um processo de formulação da política de saúde cujo resultado seria a consolidação de um sistema híbrido – público e privado –, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito. (Menicucci, 2006, p.74)

Menicucci (2007) explicita ainda que acredita ser pouco provável que essa configuração institucional da assistência venha sofrer alterações relevantes, uma vez que as possibilidades de reformulação institucional dependem de alterações no contexto político e econômico mais amplo ou de situações críticas que possam ser utilizadas como oportunidades para proposições alternativas. Nesse sentido, a autora aponta ser possível pensar em “desdobramentos duplos” ou em diferentes alternativas na evolução da assistência, dependendo de que segmento encontrar condições mais favoráveis de desenvolvimento, uma vez que, em suas palavras: “escolhas diferentes sempre são possíveis” (p.302). Não obstante, decorrentes da dualidade própria à dinâmica da política de saúde ainda em vigor no Brasil, as contradições, estrangulamentos e ineficiências permanecem sendo reproduzidas.

## 2.2 Entraves de cobertura assistencial relacionados ao hibridismo

A estruturação híbrida após a criação do SUS, de uma forma ou de outra, viabiliza a permanência de um sistema de saúde fragmentado, no qual a participação do setor privado vem paulatinamente se expandindo. Se, de um lado, sugere-se que a expansão dos seguros privados seria inversamente proporcional à do sistema público, pela percepção de qualidade e facilidade de uso; de outro, defende-se a concepção de que a parcela da população assegurada pelo setor privado desoneraria o sistema público pela diminuição da demanda aos serviços e gastos públicos. No entanto, o fato é que se o setor privado traz maiores recursos, capacidade gerencial e flexibilidade, que muitas vezes o poder estatal não dispõe, traz também efeitos importantes que comprometem os princípios básicos preconizados pelo SUS, com notório destaque para a equidade, além de sua sustentabilidade financeira (Bacha & Schwartzman, 2011; Cordeiro et al., 2010; Heimann, Ibanhes, Boaretto, & Kayano, 2010; Marques & Mendes, 2005; Menicucci, 2007, 2010; Pó, 2010; Santos, 2011; Santos & Amarante, 2010).

Internacionalmente os arranjos institucionais para garantir a cobertura de serviços de saúde a toda a população são bastante diversos e variam, dentre outros aspectos, pela forma de inserção do setor privado no sistema predominante do país. No arranjo substitutivo o indivíduo opta pelo sistema privado ou pelo sistema público. Nos casos de cobertura complementar e suplementar, o setor privado oferece, respectivamente, serviços não cobertos pelo sistema público ou elementos de sofisticação relativos à hotelaria, requintes de luxo, tratamentos estéticos e possibilidades de escolha. Já na cobertura duplicada ocorre a oferta de serviços semelhantes tanto pelo sistema público quanto pelo privado. (Santos, 2011).

Santos (2011), no esforço de identificar os efeitos negativos, de iniquidade, dos seguros privados na universalidade proposta pelos sistemas nacionais de saúde, apresenta resultados de estudos internacionais sobre cobertura suplementar e duplicada. Na maioria dos países, o setor privado tem papel, de fato, complementar ou suplementar. No entanto, quando a cobertura dos sistemas nacionais é ampla e não há uma delimitação ou regulamentação efetiva dos espaços de oferta dos setores público e privado, os serviços geralmente oferecidos pelos seguros privados, regidos pela lógica de mercado, se expandem nos pontos de estrangulamento do sistema público e acarretam o conseqüente estabelecimento da duplicidade de cobertura (Santos, 2011).

De acordo com Santos (2011), essa duplicidade (I) não concorre para a efetividade da seguridade social e, como é o caso do SUS, dos princípios do sistema de saúde; (II) não desonera o sistema público no que se refere ao financiamento e à demanda assistencial, pelo

contrário, o sobrecarrega; e, ainda, (III) incentiva o desenvolvimento dos seguros privados nos setores em que a população encontra maiores dificuldades de acesso ao sistema público. Isso intensifica as contradições, as dificuldades de financiamento e a iniquidade presentes no sistema de saúde. Nesse sentido, a análise de Santos (2011) sobre estes estudos empíricos demonstra que o problema a ser enfrentado não está no que é acrescido aos sistemas nacionais de saúde (complementar ou suplementar), mas no que disputa espaço de maneira nociva aos direitos civis e aos interesses coletivos (duplicidade de cobertura).

No caso brasileiro, o setor de planos de saúde, atualmente um segmento já consolidado, duplica os serviços ofertados pelo sistema público. As operadoras de planos de saúde disponibilizam maiores comodidades relativas à escolha do prestador, ao agendamento de atendimentos e à hotelaria. Além disso, ofertam serviços de difícil acesso no SUS, tais como consultas especializadas, internações eletivas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Com isso, disputam com o sistema público apenas os clientes de menor custo e deixam a cargo do SUS – em função da complexidade e/ou do preço –, os serviços de saúde mais onerosos, seja indiretamente, pelo não provimento adequando dos mesmos, seja diretamente, pela condicionalidade financeira ou exercendo fortes mecanismos de controle da utilização. Assim, como observa Santos (2011), no cenário nacional “As diferentes características do seguro privado e do SUS contribuem para uma convivência entre super e suboferta de serviços e tecnologias em ambos.” (p. 2746).

Os serviços assistenciais cobertos por planos de saúde, uma vez concedidos ao setor privado e à lógica de mercado, condicionam as chances de escolha e utilização dos mesmos, antes de quaisquer outros fatores, à renda dos indivíduos. De tal modo, os indivíduos mais favorecidos socialmente têm duplo acesso e podem fazer um uso combinado e estratégico dos serviços públicos e privados, de acordo com seus interesses particulares, demandas, informações e condições de consumo. Já os indivíduos menos favorecidos, além da condicionalidade financeira ficam a mercê dos mecanismos de racionamento não monetários do serviço público, tais como filas de espera, assimetrias de informação e outros entraves. Isso, como vem sendo facilmente observado, reproduz as desigualdades sociais brasileiras e, na prática, consolida no sistema nacional de saúde um padrão de acesso seletivo e excludente (Bacha & Schwartzman, 2011).

De acordo com dados apresentados por Bacha e Schwartzman (2011), a persistente iniquidade do sistema de saúde estaria refletindo fundamentalmente um problema estrutural da sociedade brasileira, que caracteriza o Brasil como um dos países mais desiguais do mundo: a desigualdade de renda. Como consequência desta, as diferenças de acesso aos

serviços de saúde entre grupos sociais ainda hoje permanecem elevadas. As famílias brasileiras pobres, em termos relativos, têm menos acesso aos serviços médicos, estão mais sujeitas a situações médicas catastróficas e gastam proporcionalmente mais com saúde do que as famílias ricas. Assim se vê delimitado o problema da iniquidade brasileira na área da saúde que, segundo os autores, “talvez seja a que melhor dramatize a contradição entre os ideais igualitários consagrados na Constituição e a profunda desigualdade do país.” (Bacha & Schwartzman, 2011, p.4).

Em uma visão otimista e equivocada essas desigualdades de condições de vida e de acesso aos benefícios sociais não deveriam ser corrigidas com o redirecionamento dos gastos públicos, mas pela extensão formal dos benefícios conquistados por poucos como direitos adquiridos para todos. Isso, no entanto, nos argumentos destes autores, além de evitar conflitos distributivos, preserva vantagens conquistadas apenas por alguns, já que nesse cenário as classes médias e altas adotam rapidamente os padrões de consumo e de proteção social dos países mais desenvolvidos, enquanto a maioria dos brasileiros, na realidade, se vê excluída deles. Bacha e Schwartzman (2011) lembram, aliás, que as políticas que agora se fazem necessárias requerem que se contrariem interesses estabelecidos, implicando um custo político que os governantes, em geral, preferem evitar.

Quanto a isso, vale lembrar que há situações de iniquidade que em termos de acesso ultrapassam a condição de financiamento das famílias, dizem da forma com que os seguros de saúde são disponibilizados, se são acessíveis ou não. As operadoras impõem mecanismos de controle da utilização dos serviços, barreiras e restrições, visando proteger os interesses empresariais e aumentar a lucratividade. Essas restrições direcionam-se arbitrariamente às pessoas com maior risco de adoecimento ou com elevados índices de utilização dos serviços. Comumente, pessoas idosas e/ou portadoras de doenças crônicas ou graves, que se mostram mais dispendiosas aos serviços, mas também, as que mais precisam deles.

Via de regra essas barreiras aparecem disfarçadas no âmbito da assistência na forma de avaliação prévia dos indivíduos, na necessidade de cumprir carências, na obrigatoriedade de declaração de condições patológicas prévias, no copagamento, no reajuste progressivo de preços segundo a faixa etária, na oferta de contratos específicos, limitados para os indivíduos com maior risco, e em alguns casos, na negação explícita de cobertura a partir de minutas contratuais. Em síntese, esses mecanismos de controle da utilização evidenciam como a lógica de funcionamento do mercado de planos e seguros de saúde, por si só, não garante de forma adequada nem a amplitude de cobertura dos serviços de saúde, nem sua qualidade (Menicucci, 2007; Pó, 2010). Ambas necessárias para o devido funcionamento do SUS.

Mesmo assim, em conformidade com o regime democrático, no debate sobre a duplicidade de cobertura a oferta de serviços de saúde pelo setor privado parece consensualmente aceita e tida como necessária pela literatura consultada (Bacha & Schwartzman, 2011; Bahia, 2009, 2010; Cordeiro et al., 2010; Campos, 2007; Heimann et al., 2010; Marques & Mendes, 2005; Menicucci, 2007, 2010; Pó, 2010; Santos, 2011; Santos & Amarante, 2010). Posto isso, longe de representar uma saída plausível para os impasses do campo, a política governamental de regulação do segmento suplementar se apresenta como uma medida estratégica imprescindível, seja para os que argumentam em prol da perspectiva publicista, seja para aqueles que priorizam os interesses privados, corporativos e de mercado.

A regulação, além de se orientar para a garantia dos direitos constitucionais e para a ampliação dos serviços assistenciais, se mostra indispensável para o que Menicucci (2007) identifica como sendo o “calcanhar de Aquiles” do sistema nacional de saúde brasileiro: a sua sustentabilidade financeira. Isto, tanto no que se refere ao sistema público, quanto ao segmento privado (Marques & Mendes, 2005). No entanto, para que essa sustentabilidade se efetive, a regulação deve considerar as peculiaridades advindas da relação entre ambos. Nesse sentido, há quem defenda uma política regulatória integrada, que abarque de fato a amplitude e variedade dos serviços de saúde ofertados no Brasil: privados e públicos (Cordeiro et al., 2010).

Não obstante, apesar da consolidada política regulatória, no Brasil, as particularidades da relação historicamente estabelecida entre o público e o privado não foram efetivamente pauta de discussão nem mesmo no momento mais propício para isso, durante a implantação da reforma sanitária (Menicucci, 2007, 2010). Em síntese, pela ausência de demarcação efetiva das atribuições de cada setor a estruturação dual dos serviços continua ainda hoje infringindo os princípios básicos do SUS (Bacha & Schwartzman, 2011), enquanto a questão da transferência de recursos públicos para o setor privado, que culminou na crise estrutural anterior à reforma, persiste repercutindo sobre o financiamento global da assistência (Marques & Mendes, 2005; Menicucci, 2007, 2010; Santos & Amarante, 2010). Assim, após mais de 20 anos de formulação do SUS as divergências entre os interesses públicos e privados seguem marcando o campo com embates cada vez mais acirrados frente os desafios de cobertura encontrados (Bacha & Schwartzman, 2011; Bahia, 2009, 2010; Cordeiro et al., 2010; Campos, 2007; Heimann et al., 2010; Marques & Mendes, 2005; Pó, 2010; Santos, 2011).

Na interpretação de Menicucci (2007), vale acrescentar, da reforma sanitária até os dias atuais, os conflitos políticos relativos ao hibridismo no contexto brasileiro – que a partir de então se centraram na política de regulação da saúde suplementar – mais do que um jogo

de forças em que há a possibilidade de vitória de uma das partes, parecem evidenciar uma situação em que os envolvidos perdem. Nesse sentido, em conformidade com as proposições do novo institucionalismo e rebatendo argumentação que comumente defende as frentes de luta das perspectivas liberais e privatistas, Menicucci (2007) reintera:

Ao contrário dos pressupostos normativos que sustentam a superioridade de decisões tecnicamente informadas capazes de garantir a eficiência do mercado, a desconsideração dos elementos políticos do processo de tomada de decisão não tem levado a um jogo de soma positiva. (p.288)

Em síntese, de acordo com a autora, em um contexto em que todos visam maximizar seus interesses particulares, não se faz possível alcançar um arranjo final que acomode, de fato, os diversos interesses em jogo.

Sendo isso considerado, ainda que conhecimentos técnicos de diferentes áreas sejam necessários para a estruturação do sistema nacional de saúde, não se deve esquecer ou prescindir do entendimento de que o campo da saúde é um campo político. Mesmo que tecnicamente fundamentadas, as decisões do campo comportam por vezes dimensões partidárias e, não raro, ideológicas, que defendem interesses específicos e barganham novas conquistas. Não são neutras, portanto (Thoenig, 2010, p.177). Nesse sentido, a solução dos conflitos de interesses parece não se encontrar no triunfo do privado sobre o público, nem do público sobre o privado, mediante evidências, justificativas ou explicações plausíveis, mas sim, na explicitação dos interesses em jogo e na anuência comum sobre as formas de articulação de ambos os setores. Isso, partindo da assertiva de Bacha e Schwartzman (2011), apesar de implicar que se contrariem certos interesses já estabelecidos, pode ser feito por meio de consensos relativos ou pontos de acordo entre as partes. Ao que tudo indica o modelo de relações conflitivas entre os segmentos públicos e privados não se faz necessário na assistência, ainda que as divergências de interesses prossigam com vigor na esfera política.

De todo modo, para além da insatisfação causada nos segmentos do campo da saúde ou mesmo da remota possibilidade de acomodação dos conflitos, os principais desafios a serem enfrentados pelas políticas mencionadas por Bacha e Schwartzman (2011) como “necessárias” atualmente, ainda dizem respeito aos entraves de cobertura engendrados pela conformação híbrida e desregulamentada do sistema nacional de saúde brasileiro. Em suma, portanto, à medida que complexifica significativamente a estruturação e a sustentabilidade do SUS – paradoxalmente fragmentado e com pretensões de universalidade, integralidade e equidade –, a importância dos entraves de cobertura relacionados à coexistência de setores públicos e privados na assistência à saúde brasileira não pode ser minimizada.

### 3 FORMAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tendo em vista as particularidades históricas do hibridismo público-privado e os entraves de cobertura observados no cenário em que se configura a assistência à saúde brasileira, é inegável a relação entre os pares público-privado e oferta-demanda. O que, particularmente, interessa e é focalizado neste trabalho é o que evidencia tal relação sob o ponto de vista dos atores envolvidos no cotidiano da assistência. Muitas vezes os serviços de saúde são utilizados – e, com isso, modulados – a partir de estratégias combinadas de acesso, estabelecidas na relação entre usuários e prestadores de serviços, públicos e privados.

Nessa perspectiva, à medida que as formas de utilização dos serviços – retratadas por estudos comentados na sequência – demonstram que as clientelas dos setores público e privado se segmentam e se misturam por múltiplos interesses, diferentes mecanismos de acesso e variadas estratégias de uso, conjectura-se que os indivíduos se fazem valer, servem-se, de astúcias de toda ordem para desviarem-se ou vencerem os entraves colocados à efetivação do acesso e à utilização dos serviços. Eis a hipótese deste trabalho.

Ademais, se há uma escolha estratégica entre os serviços públicos e privados, acredita-se que esta decorre das possibilidades e recursos disponíveis em cada caso e, o que se mostra bastante interessante, das contingencialidades e das potencialidades próprias aos momentos de necessidade de assistência. De todo modo, é preciso considerar, que essas possibilidades não raras vezes se veem condicionadas ou relacionadas aos já mencionados entraves de cobertura. Em síntese, este capítulo retrata situações em que, na literatura, as formas de utilização dos serviços públicos e privados de saúde, empreendidas por usuários e trabalhadores, explicitam interdependência entre os serviços: entrelaçamentos e tensionamentos entre as diferentes perspectivas e estruturas assistenciais.

#### 3.1 Acesso *versus* utilização

O termo acesso significa entrada, ato de ingressar, possibilidade de chegar ou de alcançar algo difícil, aproximação. No campo da saúde, especificamente, relaciona-se à aproximação entre comunidade e possibilidade, viabilidade, de uso dos serviços de saúde (Jesus & Assis, 2010; Assis & Jesus, 2012). Nesse sentido, envolve os caminhos percorridos, por usuários e trabalhadores, na busca pela resolução das manifestas necessidades de saúde e pela superação das dificuldades de ingresso na rede de serviços assistenciais.

Assis e Jesus (2010, 2012), a partir de revisão e análise de diferentes abordagens, discutem o tema. Segundo estes autores, nos últimos anos a questão do acesso vem sendo objeto de análise na literatura internacional com maior ênfase em decorrência do contexto de crise econômica que se instalou em escala mundial. Esse contexto, conforme afirmam, possibilita de forma mais evidente a constatação da existência de uma ampla gama de obstáculos aos usuários dos serviços de saúde, bem como das diferentes estratégias empreendidas para a superação dos mesmos, seja por parte das instituições ou dos usuários.

No que tange a especificidade do contexto brasileiro, em concordância com aspectos discutidos por autores citados anteriormente – como Campos (2007), Menicucci (2003, 2006, 2007, 2010), Bacha e Schwartzman (2011) e Cordeiro et al. (2010) –, Assis e Jesus (2012) reiteram que a legalidade do SUS não assegurou sua devida implementação. Conforme afirmam, na prática, o país ainda mantém um acesso seletivo e excludente, uma vez que “a garantia [do acesso] na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS” (Assis & Jesus, 2012, p.2866). Nesse sentido, os autores argumentam que “para se concretizar o direito à saúde é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na ‘solidariedade humana e na igualdade social’” (p.2866).

Apesar de conduzir à discussão sobre os aspectos de iniquidade presentes no sistema de saúde brasileiro, assunto já comentado e inegavelmente pertinente para este trabalho, o conceito de acesso ganha destaque aqui, antes e principalmente, por sua relação, delimitação, ou mesmo distinção, com a noção de uso, utilização, dos serviços de saúde. De acordo com a revisão realizada por Assis e Jesus (2010, 2012) o conceito de acesso, em decorrência de sua complexidade e pela pluralidade de elementos que o compõe no campo da saúde, vem sendo empregado de forma imprecisa em sua relação com a concepção de uso dos serviços. Diante desta constatação os autores buscam delinear de maneira mais consistente a diferença entre tais noções, principalmente, a partir das dimensões e dos fatores que as compõem no campo da Saúde Coletiva.

Segundo Assis e Jesus (2010, 2012) o conceito de acesso se refere ao grau de ajuste viabilizado entre os serviços e a comunidade, ou ainda, à coerência entre o que os serviços oferecem e as necessidades da população. Nesse sentido, envolve fatores gerenciais específicos, relacionados à estruturação dos serviços: as estratégias de alocação de recursos materiais e humanos, a localização das unidades de atendimento, a flexibilidade de horários e dias de atendimento, bem como a possibilidade de atendimentos de baixa, média e alta complexidade, agendados ou não. Diz respeito, portanto, à dimensão de disponibilidade dos serviços de saúde.

Apesar de também incluir ativa e positivamente usuários e trabalhadores na luta pela garantia dessa disponibilidade dos serviços por meio da participação popular e do controle social, segundo Assis e Jesus (2010, 2012) o tema do acesso é predominantemente discutido no campo da saúde a partir de feições negativas: diz das barreiras e obstáculos à utilização dos serviços de saúde. Já esta concepção, a de utilização dos serviços, que importa mais de perto a este trabalho, se define em contraposição ao aspecto negativo do termo acesso: pelas estratégias efetivas de acesso, aquelas bem sucedidas, que configuram formas de expressão positiva do acesso, quando ele é realizado de fato (Jesus & Assis, 2010; Assis & Jesus, 2012).

Na demarcação do que denota a especificidade da noção de uso ou de formas de utilização dos serviços de saúde, conforme explicam Assis e Jesus (2012), o conceito de acesso é mediado pelo que os autores classificam como “fatores individuais”. Estes seriam (I) “predisponentes”, que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a disposição ou inclinação das pessoas para usar os serviços, como é o caso das variáveis sociodemográficas; (II) “capacitantes”, que são condicionados pelo meio e estão disponíveis às pessoas para utilização dos serviços, tais como renda, presença ou ausência de coberturas de planos de saúde, públicos ou privados, e oferta de serviços; e, por fim, (III) fatores que se fazem “determinantes” na definição das necessidades de saúde, tais como a autopercepção da condição de saúde e o diagnóstico profissional.

A maneira com que estes fatores se apresentam e se combinam condiciona a trajetória a ser percorrida pelos usuários para a efetivação do acesso e, com isso, para a concretização das atuais formas de utilização dos serviços de saúde. No entanto, mesmo que se apresentem segundo a trajetória e as condições de acesso de cada indivíduo – aliás, apesar de serem nomeados por Assis e Jesus (2012) como “individuais” – é notável que a partir dessas delimitações esses fatores assumam uma dimensão ampliada, envolvendo aspectos contextuais, coletivos e multideterminados. Extrapolam a dimensão puramente individual e abrangem também uma ampla gama de questões de ordem cultural, social, econômica, geográfica, institucional e política. Sendo assim, a utilização estratégica dos serviços de saúde no Brasil será abordada levando-se em consideração tanto a especificidade do conceito “utilização”, quanto a multideterminação desses fatores que a viabilizam.

### **3.2 Das formas de utilização dos serviços de saúde**

Existem atualmente no Brasil três classificações para a utilização dos serviços de saúde segundo as formas de financiamento: (I) o Sistema Único de Saúde, de caráter público,

financiado pelas três esferas de governo; (II) a assistência médica supletiva, os seguros privados, financiados pelo pagamento de beneficiários individuais e, no caso dos beneficiários de planos coletivos, pelo pagamento efetuado por eles e/ou pelas empresas que os empregam; e, por fim, (III) o desembolso direto, que se refere àquela situação em que indivíduos e famílias pagam diretamente, no ato do consumo, os serviços de saúde utilizados. Os dois últimos fazem parte da assistência médica privada, ao passo que o último se vincula à lógica da medicina tipicamente liberal.

A literatura consultada e que será comentada neste capítulo, de maneira geral, indica principalmente três características no que se refere às atuais formas de utilização e financiamento dos serviços de saúde no Brasil (Belon, Silveira, Barros, Baldo & Silva, 2012; Bousquat, Gomes & Alves, 2012; Conill, Pires, Sisson, Oliveira, Boing & Fertoani, 2008; Porto, Uga & Moreira, 2011; Santos & Amarante, 2010; Santos, Uga & Porto, 2008; Silvia, Ribeiro, Barata & Almeida, 2011). Primeiramente, nota-se que a distribuição e a concentração de serviços públicos e privados apresentam diferenças por regiões do país. Em segundo lugar, é possível verificar que o SUS responde maciçamente pelo financiamento da atenção à saúde nos níveis extremos de complexidade: o da Atenção Básica e o da alta complexidade. Além disso, em terceiro lugar, confirma-se a concepção de que as desigualdades na utilização dos serviços de saúde estão intimamente relacionadas à posse ou não de planos de saúde. Constata-se, aliás, um relativo aumento do uso seletivo de procedimentos específicos ofertados pelo SUS por parte da população com seguro privado. Isso, como já afirmado, além de dificuldades de ordem financeira das famílias, decorre muitas vezes de mecanismos de controle da utilização dos serviços, exercidos pelas operadoras de planos de saúde.

As publicações de Silvia et al. (2011) e de Porto, Uga e Moreira (2011), ambas trabalhando com dados relativamente recentes do IBGE e analisando a utilização dos serviços de saúde brasileiros, respectivamente, a partir do perfil sociodemográfico e dos sistemas de financiamento, demonstram que o SUS é preponderante na prestação de serviços em todas as regiões do país, sendo proporcionalmente maior no Norte e Nordeste, Estados que apresentam situações sanitárias e socioeconômicas mais precárias. Enquanto o gasto direto apresenta maior participação no financiamento de atendimentos ambulatoriais e odontológicos.

Em se tratando dos níveis extremos de complexidade, atendimentos de urgência e na Atenção Básica, duas publicações específicas foram encontradas. Estas retratam mais de perto como a disponibilidade de cobertura de seguros privados de saúde influencia as formas de utilização dos serviços públicos em duas localidades brasileiras.

Belon et al. (2012), ao analisarem as diferenças nos atendimentos de emergência por causas externas entre unidades públicas e privadas do município de Campinas, no Estado de São Paulo, verificaram a associação entre a natureza do serviço de saúde e as características das vítimas. Em síntese o estudo mostra que o setor público responde por quase 70% dos atendimentos às vítimas de violência e acidentes, registra proporcionalmente mais acidentes de transporte, agressões e maus tratos, ocorridos em vias públicas ou em locais de trabalho, envolvendo mais vítimas de cor preta/parda e lesões de maior gravidade. Já os procedimentos realizados pelo setor privado envolvem predominantemente idosos com maior escolaridade, se caracterizam por um maior número de acidentes contra objeto/pessoa, sem lesão física ou de menor gravidade, mostrando-se mais frequentes nos finais de semana e em locais de práticas esportivas. Com isso é possível notar que, embora o encaminhamento para internação hospitalar não tenha diferido entre os dois segmentos, existem significativas diferenças entre o perfil das vítimas e os eventos atendidos na rede pública e na rede privada. Há, antes de tudo, maior gravidade na condição das vítimas conduzidas a hospitais públicos. O que, segundo os autores, pode ser decorrente dos tipos de lesões que afetam com maior frequência os segmentos sociais dependentes do SUS, do maior encaminhamento dos casos graves para o sistema público, independentemente do nível socioeconômico, ou ainda, de diferenças na oferta de recursos especializados de alta complexidade para o cuidado dos casos mais graves.

Na Atenção Básica, por sua vez, Bousquat, Gomes e Alves (2012) observam o uso seletivo das atividades disponibilizadas pela Equipe de Saúde da Família em área com alta cobertura e afiliação ao setor privado no município de Santo André, também no estado de São Paulo. No esforço de detalhar as formas de acesso da população cadastrada, esta publicação evidencia que há uma priorização por consultas médicas, distribuição de medicamentos e vacinação, enquanto a adesão às atividades de promoção e prevenção mostra-se dificultada. No que se refere à população cadastrada que não frequenta a Unidade Básica de Saúde, os resultados sugerem maior inserção no espaço e nas atividades urbanas, o que dificulta a utilização do serviço público pela lógica territorial e pelos horários de funcionamento. Além disso, quando questionados sobre a não utilização dos serviços ofertados pela UBS os moradores alegaram, principalmente, afiliação ao setor privado de planos de saúde. Frente a estes dados, e em consonância com a proposta do presente trabalho, os autores reinteram que o modo com que a população compõe sua “cesta de serviços”, a partir de suas condições financeiras e de vida, e do conjunto do que lhes é ofertado, é um tema que merece ser aprofundado na medida em que contribui para uma melhor organização do sistema nacional de saúde brasileiro.

Além destes, na discussão sobre o processo de escolha dos serviços públicos e privados no uso combinado dos mesmos destaca-se o trabalho de Conill, Pires, Sisson, Oliveira, Boing e Fertoani (2008). Estes autores realizam um mapeamento exploratório das experiências referidas por usuários dos serviços de saúde suplementar no município de Florianópolis, Santa Catarina, e abordam casos de pacientes com diferentes demandas assistenciais, dentre elas: infarto, câncer de mama, alcoolismo e gestantes na situação do parto. Os dados evidenciam que os percursos trilhados pelos usuários foram influenciados tanto pela disponibilidade, ou não, de cobertura dos planos de saúde, como pelo interesse particular dos atores envolvidos, usuários e profissionais dos serviços.

De acordo com Conill et al. (2008) o tipo de cobertura contratada nos planos de saúde foi determinante para a trajetória a ser seguida pelos pacientes que sofreram infarto ou que tratavam de câncer de mama. Nos casos em que o plano de saúde não cobriu os procedimentos necessários, estes foram realizados via sistema público de saúde ou mediante pagamento direto. Dentre eles foram mencionados tratamentos mais complexos e dispendiosos, medicamentos, ou mesmo, atendimentos com profissionais não médicos, tais como psicólogos e fisioterapeutas. Em algumas situações mesmo sujeitos vinculados a planos de saúde preferiram o atendimento público por não terem informações sobre a existência de urgência privada, no caso dos pacientes que sofreram infarto, ou por considerarem o serviço público de melhor qualidade para o tratamento demandado. Curiosamente, os usuários de planos de saúde explicitaram ainda que nestas situações não raramente foram orientados a procurarem os serviços vinculados ao plano privado de saúde.

Em suma, ao se depararem com dificuldades ou restrições de cobertura nos planos de saúde os usuários recorreram ao SUS e, em menor proporção, ao pagamento direto. De todo modo, o trabalho demonstrou singularidades na relação entre as especificidades demandadas por cada caso, as restrições de cobertura e a consequente estratégia empreendida para solucionar o problema. Nesse sentido, é possível constatar que quando os usuários procuram superar os obstáculos para a utilização dos serviços e para a integralidade no cotidiano assistencial, através de seus recursos, escolhas e estratégias, arranjos diversos foram estabelecidos; seja entre setores público e privado, seja entre procedimentos diversos.

Tais arranjos, não se orientam apenas no sentido de sanar as questões assistenciais. Nos casos de alcoolismo e de mulheres que deram à luz, especificamente, alguns aspectos retratados por este mesmo estudo sugerem outros interesses em jogo. Nos primeiros os indivíduos referem-se à utilização de atendimentos, tanto no setor público como no privado, para obtenção de atestados, perpetuando um ciclo de justificativas de faltas ao trabalho e de

tempo livre, usufruídos muitas vezes para uso do álcool. Enquanto, no que se refere às mulheres que deram à luz, constatou-se certa convivência, omissão e/ou estímulo por parte dos médicos obstetras vinculados aos planos de saúde para a realização do parto cesáreo. Esta influência do profissional médico, que pode ser tanto para a realização de parto cesáreo quanto para o parto normal, segundo Conill et al. (2008), relaciona-se às diferenças de condições de realização e de remuneração dos procedimentos nos planos de saúde.

Sobre a realização de partos cesáreos cabem maiores considerações. A literatura consultada parece indicar que diferenças entre os setores público e privado acarretam consequências importantes nos índices de cesarianas no Brasil (Conill et al., 2008; Fabri, Silva, Lima, Vaz & Murta 2002; Cesar, Mano, Carlotto & Mendonza-Sassi, 2011).

Nas últimas décadas é notório o crescimento de partos cesáreos em todo o mundo. De acordo com Fabri et al. (2002) neste cenário o Brasil se destaca com uma das maiores taxas de ocorrências de cesarianas do mundo. Algo indesejado e alarmante, uma vez que o alto índice de cesarianas tem sido considerado um problema de saúde pública que tem levado a uma maior morbimortalidade materna. Nesse estudo comparativo envolvendo a análise de prontuários, Fabri et al. (2002) discutem as indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado, ambos localizados em Uberaba, Minas Gerais. Com uma taxa de 53,2% de cesarianas do total de partos registrados, este município apresenta uma taxa elevada até mesmo quando comparada aos levantamentos nacionais.

Os dados recrutados pela publicação de Fabri et al. (2002) mostraram que o hospital público-universitário, manteve índices próximos dos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto a conduta acadêmica adotada nele mostrou-se responsável pela menor proporção de cesarianas, cerca de 24% do total de partos. O hospital privado, por sua vez, apresentou um índice de 89,3% de cesáreas (Fabri et al. 2002).

Segundo Fabri et al. (2002) entre os serviços públicos e privados as motivações para o procedimento equilibram-se entre a cesárea interativa, principal causa, a distorcia, segunda principal causa – segundo os autores possivelmente por uma espera inadequada da evolução do parto – e o sofrimento fetal. Sendo este último cerca de nove vezes mais frequente no hospital público-universitário, que por ser referência recebe em maior proporção casos mais graves de patologias obstétricas. De modo geral as indicações por cesárea interativa e distorcia foram superiores no hospital privado, enquanto o sofrimento fetal envolveu apenas 2% dos partos realizados no mesmo. Tais dados apontam que apesar do alto percentual de cesáreas, no hospital privado as indicações mais frequentes para a realização do procedimento são de menor gravidade e questionadas pelos autores, segundo eles poderiam ser evitadas.

No Brasil, além dessas justificações que sugerem inadequada assistência médica, Fabri et al. (2002) falam de precária educação das gestantes e, dentre outras, causas de naturezas socioeconômicas. No que se refere ao perfil das parturientes a distribuição entre os hospitais não se mostrou homogênea. O hospital público atendeu a uma população mais jovem, onde 27% eram adolescentes, predominantemente solteiras. No hospital privado, a população atendida era em sua maioria de mulheres casadas e que apresentavam maiores índices de escolaridade. Nesse sentido, Fabri, et al. (2002) argumentam que esse aumento progressivo e exagerado das cesarianas nos últimos anos se dá majoritariamente nas camadas socioeconômicas privilegiadas, assistidas por planos de saúde ou clínicas privadas, uma vez que as classes menos favorecidas da população são atendidas em hospitais públicos ou universitários e estes apresentam índices menores de cesáreas. Fabri, et al. (2002) afirmam, ainda, que o fato parece estar ligado à noções de conforto tanto para o médico quanto para a paciente. Em suma os dados apresentados por este estudo evidenciam que as causas para as diferenças nos índices de cesáreas entre setores público e privado envolvem questões mais culturais que médicas, o que corrobora a análise empreendida por Conill et al. (2008).

Cesar, Mano, Carlotto e Mendonza-Sassi (2011), em concordância com estas últimas publicações comentadas, entendem que a ocorrência de cesáreas no Brasil é “abusiva” (p.262). Estes autores retratam um estudo que envolveu 98,8% do total de nascimentos do município de Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul. Nele, em um período de um ano a taxa de cesarianas ultrapassou metade de todos os partos (52%), sendo ainda maior no setor privado (63%). Nesse sentido, os autores reiteram as observações de Conill et al. (2008) e Frabri et al. (2002), para as quais este fato parece decorrer muito mais das preferências de médicos e parturientes do que propriamente de condições clínicas adversas. Cesar et al. (2011) reafirmam, aliás, que a ocorrência de cesarianas se mostra substancialmente maior entre mães atendidas pelo setor privado e com menor risco gestacional: “A tendência é que, entre aquelas do setor privado, em o parto ocorrendo em ambiente hospitalar e havendo tempo hábil para intervenção médica, atinja-se a universalização deste procedimento.” (p.262).

Não só a cesariana, outros procedimentos mostram-se frequentes e injustificados do ponto de vista clínico e também indicam que há preferência por eles tanto no setor privado quanto no público. Ainda no que se refere às mulheres em situação de parto Cesar et al. (2011) mencionam a episiotomia, uma incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto:

A sua utilização de forma rotineira, mesmo sendo entre as mulheres de menor idade, primíparas, dentre outras condições, não se justifica do ponto de vista científico. Pelo menos sete e oito gestantes em cada

dez foram submetidas a este procedimento nos setores público e privado, respectivamente. Este percentual é muito semelhante ao observado para o Brasil como um todo (72%), variando de 55% na Região Norte a 80% na Região Sudeste. Não há um índice ótimo determinado para realização deste procedimento, mas extenso estudo de revisão mostrou que não há razão para que a taxa de ocorrência de episiotomia exceda 30% dos partos. (p.262)

Portanto, os dados sugerem que a frequência com que esses procedimentos são realizados, além de decorrer de questões culturais e das preferências dos atores envolvidos, sejam médicos ou usuários, relaciona-se à forma com que os serviços públicos e privados funcionam. Nesse sentido é possível conjecturar sobre quais os interesses que levam aos altos índices de cesáreas, especialmente no setor privado. Assim como existem mecanismo de controle da utilização que visam diminuir os custos assistenciais, parece haver outros que induzem ou modulam as formas de utilização, especialmente aquelas que fomentam o lucro para as empresas e os profissionais do setor privado. Nessas situações, resta saber quais os procedimentos são de fato necessários, resta saber se no escopo das ações incentivadas pelo setor privado não há aquelas que ao invés de promover e reabilitar a saúde, a comprometam.

Ao analisarem a assistência prestada às gestantes desde o pré-natal até o pós-parto tanto no setor público como no privado, Cesar et al. (2011) ainda explicitam outros aspectos relevantes no que se refere às formas de utilização dos serviços. Mesmo tendo sido mais comumente submetidas à cesariana e à episiotomia as gestantes atendidas pelo setor privado tiveram mais aferições de pressão, partos comumente realizados por médicos, apresentaram menos ocorrência de natimorto e seus filhos melhor índice de Apgar e atendimento por pediatra já na sala de parto. No setor público houve melhor desempenho no que se refere à pesagem, verificação de altura uterina, exames de urina, de sífilis e suplementação com sulfato ferroso.

Cesar et al. (2011) chamam a atenção para os baixos índices de exames de urina e de sífilis, sobretudo no setor privado. Em suas palavras “Era de se esperar o oposto, visto que gestantes do setor privado apresentam melhor nível de escolaridade e renda.” (2011, p.261). A partir desta afirmativa é possível inferir certa predisposição dos autores em classificar os serviços e os respectivos extratos populacionais assistidos por eles, segundo suas concepções prévias sobre o segmento público e o privado. Além disso, parece ser atribuída à gestante, mediante escolaridade e renda, a capacidade de avaliar quais seriam os procedimentos necessários para o devido desenvolvimento gestacional. Tarefa estrita que cabe aos médicos e/ou demais profissionais de saúde. Feitas essas ressalvas, se mostra prudente analisar as interpretações apresentadas por Cesar et al. (2011) considerando o conjunto dos dados sobre partos cesáreos recuperados na literatura.

De modo geral, Cesar et al. (2011) entendem que a assistência no setor privado se mostrou melhor no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas e aos demais exames clínicos de rotina. Além disso, estes autores defendem que a diferença entre o público e o privado decorre do melhor nível socioeconômico da população atendida pelo setor privado. Na interpretação de Cesar et al. (2011) essa característica viabiliza a busca por maiores cuidados médicos e pela compra de serviços complementares. Tal consideração parece relevante na medida em que o perfil socioeconômico, e o conseqüente ingresso nos serviços públicos ou privados de saúde, parecem ser determinantes para o que talvez seja um perfil de assistência às gestantes. Mesmo assim, a partir dos dados retratados por Conill et al. (2008) e Fabri et al. (2002) é possível questionar se o poder de compra dos usuários, e de conseqüente acesso aos serviços privados, asseguraria uma abordagem assistencial melhor e mais assertiva dos casos. Nesse sentido, o que parece essencial considerar são os parâmetros de definição desses ditos perfis de atendimento, uma vez que não parecem estar necessariamente centrados nas necessidades e demandas clínicas das parturientes, mas sim, no conjunto de recursos, regulações e, por que não dizer, costumes, pressuposições, interesses e preferências que vigoram dependendo do setor assistencial ou do perfil socioeconômico.

No que se refere aos serviços públicos e privados, além dessas publicações já comentadas há outras fundamentadas em estudos comparativos que, em termos de acesso, também tratam de aspectos concernentes às formas de utilização dos serviços (Kara-Junior, Dellapi Jr. & Espindola, 2011; Panarotto, Träsel, Oliveira, Gravina & Teles, 2009; Silva & Costa, 2011). Em suma, estas publicações desvelam elementos da organização da assistência, que por diferirem entre os setores público e privado, influenciam em um melhor ou pior desfecho para os respectivos adoecimentos abordados. De todo modo, foram incluídas na gama de possibilidades do que aqui se trata como sendo as formas de utilização dos serviços, ainda que nesses casos se trate mais precisamente de formas de gerenciamento, seja pelos profissionais no cotidiano da assistência, seja pelos gestores das políticas assistenciais.

Panarotto et al. (2009), retratam um estudo que comparou o tratamento de pacientes diabéticos tipo 2 derivados de uma clínica privada e do sistema público de saúde, ambos localizados na cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Os resultados desse estudo indicam que há grandes semelhanças entre o perfil dos grupos atendidos pelos setores público e privado no que se refere à idade, histórico de tratamento e comorbidades. Além disso, houve melhora de quase todos os parâmetros metabólicos em ambos, mediante mudanças no tratamento (medicamentos). As diferenças entre os grupos recaíram, porém, na porcentagem de indivíduos com obesidade grau III e no número de consultas, que além de um indicador de

acesso aos serviços de saúde se mostrou um fator de proteção importante. Quanto maior a frequência de consultas, melhor foi o controle glicêmico dos pacientes no final do tratamento.

Quanto a isso Panarotto et al. (2009) chamam atenção para a diferença no tempo de espera para a consulta: na clínica privada é em média de trinta dias, enquanto no SUS é de seis a oito meses. Possivelmente por isso no período estudado é marcante a diferença: 277 pacientes foram atendidos pela clínica privada, enquanto apenas 80 pelo SUS. Na perspectiva dos autores isso explica os indicadores de pior controle glicêmico no início do acompanhamento de usuários do SUS. Mesmo assim, segundo afirmam, os pacientes do sistema público, uma vez que têm acesso ao atendimento especializado, obtêm melhora tão boa ou melhor do que pacientes atendidos em clínica privada. Panarotto et al. (2009) mencionam, sobre isso, estudos em que pacientes atendidos no sistema privado apresentam um controle glicêmico mais pobre, uma vez que na rede pública os pacientes têm acesso a aconselhamento nutricional e orientações mais detalhadas. Nestes casos o acompanhamento multiprofissional potencializa o tratamento a partir de facilidades que, nas palavras de Panarotto et al. (2009), “por maior que seja o esforço do médico, são menos frequentes na clínica privada, onde o atendimento multidisciplinar é mais difícil de ser obtido” (p.739).

Em síntese o trabalho sugere que o tratamento oferecido pelo SUS ao paciente com diabetes tipo 2 pode ser tão eficaz quanto o oferecido pelo sistema de saúde suplementar, sendo o controle glicêmico prejudicado, nos primeiros, provavelmente, pela dificuldade de acesso às consultas. De acordo com Panarotto et al. (2009) medidas que visam uma educação continuada em saúde no nível primário e uma otimização do acesso ao serviço especializado possivelmente teriam uma repercussão no controle dos parâmetros metabólicos dos pacientes.

No escopo desses estudos comparativos Kara-Junior, Dellapi Jr. e Espindola (2011) abordam as dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos sistemas público e privado. Dentre as variáveis analisadas pela publicação foram abordados o acesso à consulta oftalmológica prévia e os motivos para a não realização da cirurgia no serviço de origem. De um total de 627 pessoas, 52% dos casos eram provenientes do SUS. Para estes a fila de espera foi apontada como a principal causa da não realização da cirurgia. Para os que foram inicialmente avaliados pelos serviços privados, a não realização se deu pelo custo da cirurgia, enquanto para aqueles que foram avaliados pelo sistema suplementar, pelos planos de saúde, o custo da lente intraocular foi o maior obstáculo alegado.

Diante dos dados, Kara-Junior et al. (2011) entendem que há facilidade de acesso às consultas oftalmológicas, mas dificuldades para a realização do procedimento cirúrgico. De modo geral constata-se baixa resolutividade nos serviços de saúde. Nesse sentido os autores

ressaltam que as campanhas para a realização da cirurgia no setor público possuem um papel importante no combate à cegueira, uma vez que num mesmo dia é feita a avaliação e o agendamento dos procedimentos necessários, minimizando os retornos e o tempo gasto no tratamento. No entanto, segundo os autores, em termos de acesso o setor público se mostra despreparado para atender as demandas de cirurgias, enquanto fica evidente que o privado veta, por razão de custo, a uma parcela da população que tem acesso à consulta clínica, a cirurgia de catarata.

Silva e Costa (2011), por sua vez, ressaltam importantes aspectos quanto à relação entre os setores público e privado no que se refere a assistência à saúde mental. Os autores discutem as falhas de mercado associadas aos seguros de saúde e o descompasso do setor privado quanto ao processo de desinstitucionalização proposto no SUS. Entre restrições e ampliações empreendidas a partir do final da década de 1990, quando a cobertura para os transtornos mentais passou a ser obrigatória a todos os contratos com planos de saúde, tanto o segmento hospitalar quanto o ambulatorial do setor privado permanecem estipulando limitações assistenciais. Estas se pautam desde o diagnóstico até um número máximo de sessões de atendimento ou de tempo de internação, além de envolver esquemas de copagamento. Nesse ínterim, os usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas mostram-se um segmento altamente vulnerável, apesar da grande relevância que vem ganhando no campo da saúde mental atualmente. Segundo Silva e Costa (2011) é o público com maiores restrições assistenciais. Em síntese, o conjunto dos dados evidenciam falhas na oferta de serviços no setor privado independente do porte da empresa, maior exposição da população vinculada aos planos de saúde aos desdobramentos indesejados do tratamento centrado na internação hospitalar e importante indução de padrões de consumo de serviços que reinteram o isolamento terapêutico e a hospitalização. Aspectos esses amplamente combatidos pela Reforma Psiquiátrica. Portanto, há um descompasso: é marcante a diferença entre as estratégias assistenciais disseminadas pelo setor público e pelo setor privado.

Por fim, um tema que não poderia deixar de ser comentado, ainda no que se refere às formas de utilização dos serviços de saúde no Brasil, é o acionamento do judiciário frente às restrições de financiamento, seja no âmbito público ou no privado. Diniz, Machado e Penalva (2014) discutem o tema a partir de um estudo descritivo de demandas judiciais cíveis por acesso aos serviços assistenciais de saúde no Distrito Federal. Neste estudo o principal bem judicializado é o acesso a serviços de alta complexidade, tais como internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), seguido por requerimento de medicamentos e assistência médica. A grande maioria dos processos estudados foi apresentada por defensor público, com receitas

e indicações médicas oriundas dos serviços públicos de saúde. Os autores destacam que os dados não demonstraram a prevalência de utilização da ação judicial como meio de adquirir medicamentos de alto custo não inclusos nas políticas públicas de saúde.

De acordo com os próprios autores esses resultados não corroboram algumas das perspectivas mais difundidas sobre a judicialização no campo da saúde na literatura brasileira, que afirmam, via de regra, a elitização do processo judicial e a prevalência de requisições de medicamentos de alto custo. Esta tese contrariada pela publicação de Diniz et al. (2014) é defendida por Andrade e Noronha (2011), que afirmam:

No cenário atual, não é pequeno o volume de recursos que tem sido despendido por um grupo pequeno de indivíduos que se arriscam a enfrentar os trâmites judiciais para garantir o financiamento e acesso a uma terapêutica ou medicamento não predefinido na oferta planejada do SUS. **Cabe salientar que esse pequeno grupo de indivíduos, em geral, pertence a grupos socioeconômicos mais favorecidos, reforçando os problemas de iniquidade de acesso.** Com a judicialização, o poder público acaba por perder a capacidade de determinação das políticas públicas, que são então definidas no âmbito do Judiciário sem nenhum critério de eficácia ou evidência clínica comprovada. Além disso, a definição da oferta pública é determinada na esfera individual, podendo se afastar da função de bem-estar social. (p.97, destaque nosso).

Além de Andrade e Noronha (2011), outros autores já mencionados aqui também concordam com a perspectiva desafiada pelos dados de Diniz et al. (2014) e em seus trabalhos reiteram as afirmativas literalmente citadas acima. Dentre eles: Bahia (2010), Ciarlini (2010), Cordeiro et al. (2010), Heimann et al. (2010), Menicucci (2007), Pó (2010) e Santos (2010).

Como conclusão Diniz et al. (2014) ponderam que há a necessidade de maiores estudos sobre o tema para que seja aceitável generalizações sobre o processo de judicialização como um movimento da elite brasileira. De todo modo, como os limites são tênues e há muita confusão entre os interesses em jogo, conforme Diniz et al. (2014) reiteram, é preciso considerar que “a judicialização tanto pode ser um recurso para a garantia do justo em saúde quanto uma interferência indevida do Poder Judiciário no funcionamento da política de saúde.” (p.592).

Pereira, Santos, Nascimento Junior e Schenkel (2010) trabalham com dados que retratam esse risco de interferência indevida. Nesta publicação os autores analisam o tema das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Os dados evidenciam que a judicialização relacionada ao fornecimento de medicamentos é um fenômeno que vêm acontecendo desde 2000 no Estado em questão, com acentuadas taxas de crescimento, tanto no número de novos processos, quanto nos gastos totais. De acordo com os autores trabalhos similares sobre o assunto sugerem que o mesmo

vem ocorrendo em outros Estados brasileiros, embora não haja até o momento levantamentos sobre o total desses processos, nem dos gastos gerados com os mesmos. Mesmo assim, juntamente com os dados trabalhados por Diniz et al. (2014), relativos às ações judiciais empreendidas no Distrito Federal, os dados indicam que os índices podem ser regionalizados, segundo a cultura de cada localidade. Das ações judiciais analisadas pelo estudo de Pereira et al. (2010) 45% eram provenientes de Florianópolis, origem dos primeiros processos no Estado de Santa Catarina. Nesse sentido, nas palavras de Pereira et al. (2010) “pode-se associar o número elevado a uma certa ‘tradição’ já difundida entre pacientes e prescritores.” (p.3557).

Nesta publicação um dado que se mostra inverso à situação retratada por Diniz et al. (2014) diz respeito à procedência das ações judiciais. Segundo Pereira et al. (2010), 59% dos processos analisados foram conduzidos por escritórios de advocacia particulares, 37% pela defensoria pública e 6% por escritórios de universidades. Das prescrições médicas anexadas nos processos, 55,8% eram provenientes de serviços privados e 33% do sistema público. Há, portanto, um predomínio de demandas originadas no setor privado. Além disso, a publicação de Pereira et al. (2010) evidencia que a maior parte dos medicamentos fornecidos judicialmente (62%) não tinha financiamento previsto pelos programas vigentes, não eram padronizados ou os solicitantes não atendiam aos critérios de inclusão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Para alguns desses casos não havia tratamento disponibilizado durante o período analisado. No entanto, em algumas das indicações encontradas nos processos havia algum outro tratamento disponível. Mesmo assim, os autores frisam que nos processos correspondentes não constavam justificativas a respeito dos motivos pelos quais os medicamentos disponibilizados não estavam sendo utilizados. Para Pereira et al. (2010), mesmo que haja inadequação dos programas em vigor, esses dados decorrem da não adesão dos médicos do serviço privado às normas dos programas, seja por desconhecimento ou por desrespeito às mesmas.

Não bastasse isso, para Pereira et al. (2010) o fato de que a maior parte das ações determina o fornecimento de um único medicamento parece demonstrar que essa via tem sido empregada para assegurar o acesso não à assistência farmacêutica de um modo geral, mas às novidades terapêuticas, cujo custo costuma ser tão elevado que torna o Estado seu único possível comprador. Isso contribui para o significativo aumento de custos observados na assistência à saúde, que não pode ser feito sem que antes haja uma investigação para que se comprovem os benefícios e a pertinência do fornecimento de tais medicamentos. Tais dados retratam de modo claro a que riscos Diniz et al. (2014), Andrade e Noronha (2011) e os demais autores mencionados se referem quando o assunto é a judicialização da saúde.

Sobre a possibilidade de uma interferência indevida do Judiciário, Pereira et al (2010) asseveram ainda que essas decisões judiciais com base em necessidades individuais podem acobertar os interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização dessas inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos solicitantes das ações. Pereira et al (2010) citam exemplo disso que ocorreu em 2006 na Inglaterra:

os laboratórios produtores do campeão de vendas Aricept, Eisai Co. Ltd. e Pfizer Inc., não conformados com restrição imposta pelo NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] quanto ao acesso àquele medicamento na rede pública de serviços, em decorrência de suas conclusões sobre custo-efetividade, estavam, via judicial, tentando impor a sua inclusão sob o financiamento do Estado. (p.3553).

No Brasil, as decisões judiciais, a partir do que Pereira et al. (2010) nomeiam como sendo “a positivação da saúde” (p.3552) – em referência ao artigo 196 da Constituição Federal, que inscreve a saúde como “direito de todos e dever do Estado” –, obrigam o Estado a fornecer o medicamento de imediato, de forma desarticulada do processo de organização da assistência à saúde. No entanto, é preciso lembrar, como bem fazem os autores, que como direito social definido constitucionalmente, a assistência à saúde conta, a partir da própria Constituição brasileira, com dispositivos específicos que veiculam recursos e incentivos para que a população possa participar e cobrar dos governos uma atuação efetiva das políticas de saúde. Ademais, além das restrições ou critérios de inclusão estarem fundamentados e justificados pela literatura, os autores lembram que a responsabilidade quanto aos efeitos colaterais do tratamento com medicamentos não aprovados pela Anvisa, também requeridos judicialmente, recai sobre o médico que o prescreveu e não sobre o laboratório produtor.

De todo modo, Pereira et al. (2010) evidenciam, no que se refere aos medicamentos dos programas de assistência farmacêutica básica e de saúde mental, que há falta de informação ou descréditos nas vias regulares para obtenção dos mesmos. Já no tocante aos medicamentos excepcionais, os autores observaram casos em que os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde são restritivos e a via judicial parece ser uma alternativa de acesso. Tais casos incluem situações em que parece ser necessária e justificável a ampliação do acesso aos medicamentos através de critérios de inclusão menos restritivos, bem como situações em que a restrição é clara, necessária e justificada com base na literatura. Por tudo isso, Pereira et al. (2010) percebem a necessidade de conscientização tanto dos médicos que prescrevem esses medicamentos, quanto do Judiciário, a respeito dos custos dos tratamentos, da pertinência clínica dos mesmos e da necessidade de otimização dos recursos disponíveis nacionalmente para a assistência à saúde da população brasileira como um todo.

Cabe salientar que o fenômeno da judicialização permanece sendo uma forma de utilização ou estratégia de acesso aos serviços de saúde, mesmo que o sistema nacional de saúde brasileiro não apresente condições estruturais e financeiras de permanecer funcionando nesses moldes. Como afirmam Diniz et al. (2014), Andrade e Noronha (2011), Pereira et al. (2010) e tantos outros (Santos & Amarante, 2010), o Judiciário, baseando-se na concepção de direitos individuais do consumidor e tomando a questão em termos particularistas, na esfera individual, desconsidera as especificidades próprias ao campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, a inversão das proposições entre o público e o privado se torna cada vez mais perigosa, uma vez que o SUS poderá, em muitos casos, funcionar como complementar às atividades privadas que visam o lucro, em nome de um direito à saúde que não deve sustentar esse tipo de reivindicação (Santos, 2010).

Na tentativa de organizar o conjunto das informações até aqui reunidas, tanto históricas quanto atuais, talvez se possa afirmar que as estratégias da população, quando há recursos disponíveis e suficientes para que haja deliberação, antes de tudo visam o atendimento de suas necessidades e preferências. Estas, no entanto, podem ser atravessadas, moduladas, por interesses outros, que não necessariamente a resolução do problema de saúde. Nos serviços oferecidos pelo setor suplementar, a escolha não raras vezes se pauta na busca pelo que se considera mais confortável. No entanto, em se tratando de adoecimentos mais graves, dispendiosos ou que se apresentam de maneira inesperada ou urgente, parece ser no setor público que a população, mormente, encontra assistência. Nesse aspecto, porém, deve-se considerar os limites de atendimento do Sistema Nacional de Saúde, que frente a uma demanda grande e crescente, apresenta recursos limitados. Não bastasse isso, parece incipiente a preocupação com ações que apresentam o potencial de diminuir os gastos com saúde, tais como as preventivas e promocionais. Os esforços nessa direção se concentram no segmento público e parecem não contar com a adesão de parte significativa da população. Além disso, entre lógicas estruturais e de funcionamento distintas, entre o público e o privado, interesses particularistas e privatistas parecem imperar frente interesses coletivistas e publicistas. Como é possível perceber isso se dá tanto num nível macro, em termos de políticas públicas e institucionais, quanto num nível micro, em termos de demandas e condutas individuais. É o que retratam os estudos recuperados nesses dois primeiros capítulos. Ademais, as formas de utilização dos serviços públicos e privados de saúde, empreendidas por usuários e trabalhadores da assistência, se mostrou um aspecto com possibilidades para maiores explorações, apesar da literatura pulverizada em múltiplos temas.

## **4 DAS PRÁTICAS COTIDIANAS, OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO**

Na seleção dos textos e aspectos relativos ao campo da assistência à saúde brasileira, seja de modo sistemático ou intencional, buscou-se assegurar certa coesão com a perspectiva teórico-conceitual adotada pelo trabalho como um todo. Esta investigação, além do diálogo com as publicações já discutidas, se apoia nos trabalhos de dois franceses cujos prenomes, coincidem: Michel Foucault e Michel de Certeau.

### **4.1 Governamentalidade e subjetivação, Michel Foucault**

As problematizações empreendidas por Michel Foucault estão desde as raízes até a linha de chegada desta investigação. Configuram o olhar com o qual as informações são percebidas e trabalhadas e o objetivo específico de problematizar os processos históricos e de subjetivação que atravessam a experiência cotidiana de usuários e trabalhadores da saúde. Nesse sentido, poderiam ser literalmente incluídos na discussão uma série de elementos trabalhados pelo autor. Isso, no entanto, além de tornar a discussão exaustiva, envolveria o risco de desvio do escopo da pesquisa. A título de delimitação, portanto, aqui serão sucintamente recuperados elementos que localizam a perspectiva foucaultiana, bem como os aspectos mais relevantes de suas problematizações, que se aproximam e servem de combustível para o trajeto investigativo retratado neste trabalho. Dentre esses aspectos estão aqueles ligados às noções de governamentalidade e, sobretudo, de subjetivação.

Foucault tem uma relação bastante particular com o campo das experiências e dos domínios da História. Apesar de filósofo, sempre trabalhou como um historiador de seu próprio tempo. Dedicou-se a pesquisa histórica do século XVII ao XIX, por um período, e posteriormente da antiguidade greco-romana. No entanto, mesmo com o olhar sobre o passado suas problematizações sempre tiveram por ocupação o tempo presente e suas possibilidades de invenção. Desse modo, o esforço de Foucault não foi outro senão traçar uma história dos diferentes modos pelos quais os seres humanos se tornam sujeitos, seu interesse envolvia os processos de objetivação e de subjetivação do ser humano para pensar o presente.

Segundo o próprio Foucault (1984/2014, p.13) o que fez “são estudos de ‘história’ pelos campos que tratam e pelas referências que assumem; mas não são trabalhos de ‘historiador’”. Foucault (1984/2014, p.14) caracteriza seu trabalho como um exercício filosófico, no qual “sua articulação foi a de saber em que medida o trabalho de pensar sua própria história pode libertar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-

lhe pensar diferentemente”. Não lhe interessava, portanto, desvendar a verdade camuflada dos fatos, mas como colocou Paul Veyne (1982), trazer à tona “a parte oculta do iceberg” e desarticular, por meio do estudo das práticas discursivas e dos dispositivos, o processo de reificação pelo qual passa a história. Para isso, buscou descrever o desenvolvimento de práticas datadas historicamente, sem pressupostos acerca de sentidos que as cause. Julgou as práticas, o que fazem as pessoas, e não as ideologias, que a pretexto de descrevê-las postulam significações transcendentais e eternas para os fatos. Dessa maneira, Foucault trabalha no sentido de evidenciar como se apresentam e como funcionam jogos estratégicos de controle, justificação e normalização dos processos subjetivos e não os sentidos que lhes foram atribuídos ao longo dos séculos.

Ferreira Neto (2004) circunscreve que devido às particularidades culturais e sociais a partir das quais os processos subjetivos são compreendidos por Foucault, suas análises históricas são fragmentadas e delimitam contextos bem precisos da história, tais como a emergência do fenômeno da loucura na idade clássica ou as técnicas de si praticadas pelos gregos da antiguidade. Carvalho (2007) tece argumentação semelhante à de Ferreira Neto (2004). De acordo com estes autores, os processos subjetivos discutidos por Foucault só podem ser apreendidos e demonstrados pela compreensão da descontinuidade com que aborda os acontecimentos históricos. Ademais, Carvalho (2007) e Ferreira Neto (2004) reiteram que o insistente esforço de Foucault pela modificação do tratamento que se tem com a história tem por objetivo evidenciar os diferentes campos de problematização de constituição do sujeito.

Diversos estudos sobre a obra desse pensador têm como ponto comum o delineamento de seu caminho teórico-metodológico a partir de três grandes deslocamentos, que vão do saber para o poder e a ética. O que corresponde respectivamente aos períodos referentes aos estudos arqueológicos, aos estudos genealógicos e aos estudos sobre a subjetividade. Tais deslocamentos devem ser compreendidos como ampliações de seu campo de problematizações. A genealogia não abandona o estudo das formas de saber, nem a ética o estudo dos dispositivos de poder. Por isso, todo o trabalho de Foucault pode ser compreendido como uma análise filosófica e histórica dos processos de subjetivação. Pois, nem o saber, nem o poder configuram-se como seu tema geral de investigação, mas o sujeito, a partir de pesquisas sobre as formas de objetivação e as práticas de subjetivação. (Castro, 2009; Foucault, 1983/2010a, 1984/2014, Revel, 2005).

Aqui interessa particularmente as problematizações desenvolvidas a partir da fase genealógica dos estudos foucaultianos, com a introdução do conceito de governo como operador analítico. Este conceito possibilitou que Foucault ampliasse seu campo de estudos

do nível das práticas microfísicas de poder para a dimensão macro das práticas do poder Estatal (Foucault, 1978/2008a, 1979/2008b).

Por meio do que chamou uma “experiência de método”, empreendida nos cursos *Segurança, Território e População e Nascimento da Biopolítica* ministrados no Collège de France entre os anos de 1978 e 1979, Foucault (1979/2008b) procurou demonstrar que não há incompatibilidade ou paradoxo entre as formas microfísicas de poder e as formas mais gerais aplicadas pelo Estado:

O próprio termo ‘poder’ não faz mais que designar um [campo] de relações que tem de ser analisado por inteiro, e o que propus chamar de governamentalidade, isto é, a maneira como se conduz a conduta dos homens, não é mais que uma proposta de grade de análise para essas relações de poder.

Trata-se, portanto de testar essa noção de governamentalidade e tratava-se, em segundo lugar, de ver como essa grade da governamentalidade – podemos supor que ela é válida quando se trata de analisar a maneira como se conduz a conduta dos loucos, dos doentes, dos delinquentes, das crianças –, como essa grade da governamentalidade também pode valer quando se trata de abordar fenômenos de outra escala, como por exemplo uma política econômica, como a gestão de todo um corpo social, etc. O que eu queria fazer – e era esse o objeto da análise – era ver em que medida se podia admitir que a análise dos micropoderes ou dos procedimentos da governamentalidade não está, por definição, limitada a uma área precisa, que seria definida por um setor da escala, mas deve ser considerada simplesmente um ponto de vista, um método de decifração que pode ser válido para a escala inteira, qualquer que seja a sua grandeza. Em outras palavras, a análise dos micropoderes não é uma questão de escala, não é uma questão de setor, é uma questão de ponto de vista. (Foucault, 1979/2008b, p.258)

Nessa perspectiva, ao pensar o Estado a partir do estudo histórico das práticas racionais de governo, além do exame das racionalidades e dos dispositivos de poder criados e desenvolvidos desde a Antiguidade até a Modernidade, Foucault realizou a genealogia dos tipos de governamentalidade que possibilitaram a formação do Estado e suas diferentes práticas governamentais (Foucault, 1978/2008a). Dentre estas se destacam as mais atuais que envolvem a noção de economia política como ciência governamental e a aplicação da noção de liberdade como regra geral de regulação das relações entre indivíduos e Estado (Foucault, 1979/2008b).

Com esta abordagem teórico-metodológica acerca da governamentalidade Foucault tornou possível a análise das estratégias com as quais se formam os movimentos de resistência que contribuíram para a construção dessas práticas de governo. Nesse sentido, a noção de governamentalidade desenvolvida por Foucault – observando as diversas estratégias que retratam tanto o modo de governar os indivíduos quanto o modo como se aceita ou se recusa ser governado – oferece um novo campo de compreensão que permite reconsiderar noções do âmbito político e repensar as relações entre liberdade e governo (Foucault, 1978/2008a, 1979/2008b, 1983/2010a; Rone Santos, 2010).

Apesar de esta perspectiva analítica não responder a todos os problemas ligados ao Estado e às relações entre governo e liberdade, viabiliza uma análise sobre como os diversos movimentos de resistência puderam surgir no interior das diferentes estratégias governamentais. Foucault mostra de modo pertinente que as práticas de governamentalidade e de resistência, apresentam uma continuidade, um fio condutor, que relaciona instâncias micropolíticas e organizações macropolíticas. Ademais, esta é uma das razões pela qual qualquer reflexão sobre a formação do homem moderno deve, no pensamento foucaultiano, passar pela análise das maneiras com que, desde a Antiguidade até nossos dias, nos relacionamos conosco mesmo e com os outros. As problematizações devem considerar os processos de subjetivação.

Grosso modo, por subjetivação entende-se um processo com o qual se dá a constituição de um sujeito, de uma subjetividade. Na perspectiva foucaultiana, esse processo se funda em noções que descentram a análise da subjetividade do eixo habitual, no qual tradicionalmente concepções psicológicas apontam para um núcleo que pressupõe certa regularidade e permanência, ou mesmo, uma interioridade. Ao serem muito bem localizados no tempo e no espaço os processos de subjetivação tem menos a ver com a natureza humana do que com o cambiante jogo de forças dos discursos e dispositivos disseminados e experimentados no campo social. Tais processos são compreendidos pelas peculiaridades culturais e sociais de contextos específicos delineados ao longo da história. Portanto, é enquanto um processo histórico e dinâmico que se concebe a experiência de subjetividade como sendo algo pertinente às problematizações desta pesquisa: não há um sujeito universal e transcendental, ao contrário, o que há é efeito de processos históricos que existiram concretamente ali onde não há nada de palpável (Castro, 2009; Mansano, 2009; Revel, 2005).

Não obstante, os processos de subjetivação se dão tanto como um produto de determinações históricas, quanto como um trabalho do sujeito sobre si mesmo. Nesse sentido, a noção de técnicas de si trabalhada por Foucault a partir das pesquisas sobre a história da sexualidade circunscreve a dimensão de constituição do sujeito no campo das práticas, um campo de estratégias e táticas através das quais o sujeito se compõe em um permanente processo de construção e modificação de si mesmo (Foucault, 1984/2014, 2006). De acordo com Foucault (1997) tais técnicas se caracterizam por procedimentos que existem em toda civilização e que atuam como formas de “relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si” (p.109), relacionam-se ao campo da ética. Em suma, com Foucault é possível compreender como, mediante as técnicas de si, o sujeito necessariamente forjado por determinações históricas se constitui através de práticas de saber e de poder em um exercício ético de liberdade.

## 4.2 Estratégias e táticas: a arte do fraco, Michel de Certeau

Mesmo envolvendo aspectos relacionados à estruturação institucional e política da assistência à saúde, este trabalho focaliza a dimensão das práticas cotidianas. É a partir do trabalho de Michel de Certeau que aqui se busca compreender e problematizar esta dimensão, visto que sua perspectiva torna a discussão sobre as práticas relacionadas à assistência à saúde, as maneiras de fazer de seus usuários e trabalhadores, mais próxima da experiência direta das pessoas, bem como admite análises que envolvam a contingencialidade característica das formas de utilização dos serviços de saúde. Também por esses motivos, as noções de estratégias e táticas são tomadas do trabalho de Certeau, e não de Foucault. Compreende-se que os autores trabalham com noções que não são exatamente iguais para esses conceitos, mas também não são conflitantes. Mesmo assim, Michel de Certeau os discute sob um enfoque mais pertinente para os objetivos propostos para este trabalho.

Irreverente, construído sob uma linguagem que brinca com os significados das palavras e das convenções, o trabalho de Certeau, *A invenção do cotidiano*, publicado em dois volumes, apresenta os resultados de sua pesquisa realizada em meados da década de 1970. Esta abordou as combinações de práticas que compõem a cultura cotidiana e os modelos de ações característicos dos usuários, tantas vezes tratados pelo nome de consumidores, “os dominados”. Nas palavras de Certeau (1980/2014), sujeitos “supostamente entregues à passividade e à disciplina” (p.37), portanto, nem passivos nem dóceis. Conforme concebe este autor: “O cotidiano se inventa com mil maneiras de caça não autorizada” (p.38).

De acordo com Certeau (1980/2014), muitos trabalhos dedicam-se a estudar as representações e os comportamentos de uma sociedade através do “‘sucesso’ dos colonizadores” (p.39). No entanto para ele parece não só possível como também necessário delimitar o uso que os grupos ou os indivíduos fazem dessa cultura dominante, ou seja, se faz importante circunscrever a prática de consumo. Segundo afirma Certeau (1989/2014) esta prática “é astuciosa, é dispersa, mas ao mesmo tempo ela se insinua ubiquamente, silenciosa e quase invisível, pois não se faz notar com produtos próprios, mas nas *maneiras de empregar* os produtos impostos por uma ordem econômica dominante” (p.39).

Ao lançar o questionamento acerca da invenção, “como se criar?”, Certeau (1980/2014) deslocou a atenção do consumo supostamente passivo para a criação anônima: prática que desvia o uso das coisas para fins estranhos, diferentes daqueles para os quais foram originadas. À maneira dos povos indígenas Certeau (1980/2014, p.40) supõe que os usuários – aqueles que fazem uso, que consomem – fazem uma “bricolagem” com a cultura

dominante, “usando inúmeras e infinitesimais metamorfoses da lei, segundo seus interesses próprios e suas próprias regras”. Nesse sentido, o autor reintera seu objetivo: “Desta atividade de formigas é mister descobrir os procedimentos, as bases, os efeitos, as possibilidades.” (Certeau, 1980/2014, p.40).

De acordo com Luce Giard, que escreve a apresentação do trabalho,

O simples título escolhido já manifesta a recusa da uniformidade que um poder administrativo gostaria de impor em nome de um saber superior e do interesse comum. Através dos textos reunidos, pode-se acompanhar, nas entrelinhas, o programa de pesquisa que vai ter o seu desdobramento em *A invenção do cotidiano*. Já se acha claramente esboçada a sua ‘empreitada teórica’: é preciso interessar-se não pelos produtos culturais oferecidos no mercado de bens, mas pelas operações dos seus usuários; é mister ocupar-se com ‘as maneiras diferentes de marcar socialmente o desvio operado num dado por uma prática’<sup>12</sup>. O que importa já não é, nem pode ser mais a ‘cultura erudita’, tesouro abandonado à vaidade dos seus proprietários. Nem tampouco a chamada ‘cultura popular’, nome outorgado de fora por funcionários que inventariam e embalsamam aquilo que um poder já eliminou (...) é necessário voltar-se para a ‘proliferação disseminada’ de criações anônimas e ‘perecíveis’ que irrompem com vivacidade e não se capitalizam<sup>14</sup>. (...) Esse domínio dirá respeito às ‘operações culturais (que) são movimentos’ e cujas ‘trajetórias não são indeterminadas, mas insuspeitáveis’, constituindo aquilo cuja formalidade e modalidade se deve estudar para dar-lhes o estatuto de inteligibilidade<sup>15</sup>. *A cultura do plural*, (...) os caminhos sinuosos que se percebem nas astúcias táticas das práticas ordinárias. (Certeau, 1980/2014, p.13).

Portanto, primeiramente, as análises de Certeau (1980/2014) não implicam em um retorno ao indivíduo, no sentido de átomo social. Por isso “cultura do plural”. Por um lado, suas análises mostram que a relação social é determinante, atua em cada individualidade enquanto pluralidade que comporta contradições. Por outro lado, se referem a modos de operação ou esquemas de ação e não diretamente ao sujeito que é o seu autor ou seu veículo.

Além disso, Certeau (1980/2014) explicita que não teve por intuito elaborar um modelo geral para o conjunto das práticas, mas sim, especificar “esquemas operacionais”. Ele se limitou a propor “algumas maneiras de pensar as práticas cotidianas dos consumidores, supondo no ponto de partida que elas são do tipo tático” (p.20). Grosso modo, à imagem da realidade sempre mutável e cambiante, o autor trabalhou com movimentos que vão do teórico ao concreto e do circunstancial ao geral.

Em suma, para Certeau (1980/2014) tratou-se de esboçar mais precisamente uma teoria das práticas cotidianas para extrair delas as maneiras de fazer que, na vida social, não aparecem muitas vezes senão com o título de resistências em relação ao desenvolvimento sociocultural. Assim, o tema de Certeau (1980/2014) é, por excelência, os modos de proceder e as astúcias de consumidores que compõem, no limite, uma rede de “antidisciplinas”. Quais condutas populares, cotidianas e “minúsculas” jogam com os mecanismos da disciplina e não se conformam a ela a não ser para alterá-los? Eis seu campo de problematizações.

Este termo, “antidisciplina”, aparece em decorrência do trabalho de Foucault publicado em 1975, *Vigiar e Punir*. Certeau (1980/2014) teria construído suas análises em resposta à análise de Foucault daquele período e fundado em seu trabalho um movimento que faz emergir as “microresistências” e as “microliberdades”. Assim, apesar das problematizações comportarem particularidades em cada autor, os grandes temas de Certeau (1980/2014) se mostram intimamente articulados aos de Foucault, tanto que o vocabulário adotado é o mesmo, ambos falam de “estratégias” e “táticas”. Para Certeau (1980/2014), especificamente, tais conceitos se referem a duas lógicas da ação, falam de operações, atos.

Certeau (1980/2014) chama de “estratégia” aquelas ações que são capazes de estabelecer um lugar como sendo um “próprio”, que servem de base para as relações estabelecidas com o exterior de um território, estabelecem fronteiras. De acordo com o autor o “próprio” é uma vitória do lugar sobre o tempo, é uma prática panóptica, de onde se observa, se mede, se controla e se antecipa, e é o poder de saber como determinar e sustentar para si um lugar próprio. Conforme afirma Certeau (1980/2014, p.93), “toda racionalidade ‘estratégica’ procura em primeiro lugar distinguir de um ‘ambiente’ um ‘próprio’”: o lugar guardado pela família, pela instituição, pela empresa, ou mesmo, pela cidade.

Ao contrário, Certeau (1980/2014) denomina “tática” uma ação que não pode contar com um próprio, nem com uma fronteira que distingue um dentro e um fora, é desterritorializada. “A tática só tem por lugar o do outro” (Certeau, 1980/2014, p.45). Nesse sentido, não dispõe de base com a qual gerenciar seus recursos e assegurar certa independência frente às circunstâncias. Por se caracterizar como um “não lugar”, a tática depende do tempo: “Tem constantemente que jogar com os acontecimentos para os transformar em ‘ocasião’” (Certeau, 1980/2014, p.46), deve aproveitá-los.

No esforço de circunscrever esses conceitos Certeau (1980/2014) fala em termos de “relações de forças”, refere-se a combates ou jogos entre o forte e o fraco e sobre as ações que o fraco pode empreender. O fraco precisa tirar partido de forças que lhe são estranhas. Nesse sentido, Certeau (1980/2014, p.44) afirma que “As táticas de consumo, engenhosidades do fraco para tirar partido do forte, vão desembocar então em uma politização das práticas cotidianas”. Ademais, sendo a tática uma ação que se determina pela ausência de um próprio, ele afirma,

Ela não tem, portanto, a possibilidade de dar a si mesma um projeto global nem de totalizar o adversário num espaço distinto, visível e objetável. Ela opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita as ‘ocasiões’ e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar propriedades e prever saídas. O que ela ganha não se conserva. Este não lugar lhe permite sem dúvida mobilidade, mas numa docilidade aos azares do tempo, para captar no voo as possibilidades oferecidas por um instante. Tem que **utilizar**,

vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. Aí vai caçar. Cria ali surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É astúcia. Em suma, a tática é a arte do fraco. (Certeau, 1980/2014, p.94-5, destaque nosso).

Enquanto as estratégias apontam para a possibilidade de resistência que um lugar próprio oferece, as táticas são formuladas nos prazeres e nos combates cotidianos, apontam para a habilidade de utilizar o tempo, a ocasião. Quanto mais agravada for a necessidade, mas urgente se torna a ação direta, que deve operar com os recursos acessíveis em cada situação, e quanto maior um poder, menos poderá mobilizar seus meios para produzir efeitos de astúcia. Nesse sentido, “a astúcia é possível ao fraco, e muitas vezes apenas ela, como ‘último recurso’: ‘Quanto mais fracas as forças submetidas à direção estratégica, tanto mais esta estará sujeita à astúcia’. Traduzindo: tanto mais se torna tática.” (Certeau, 1980/2014, p.95).

Além disso, segundo Certeau (1980/2014), mesmo nas ações de tipo estratégicas não há “intenção estratégica”, nem correções de rumo devido a informações melhores, “não há o menor cálculo”. Para Certeau, (1980/2014), “como os indivíduos não sabem, propriamente falando, o que fazem, o que fazem tem mais sentido do que sabem. ‘Douta ignorância’, portanto, habilidade que se desconhece.” (p.117). Fundadas na sabedoria da cultura popular:

As ‘estratégias’, ‘combinações’ sutis (‘o agir é uma astúcia’), ‘navegam’ entre as regras, ‘jogam com todas as possibilidades oferecidas pelas tradições, usam esta de preferência àquela, compensam uma pela outra. (...) As ‘estratégias’ não ‘aplicam’ princípios ou regras, mas escolhem entre elas o repertório de suas operações. (Certeau, 2014, p.115).

Em síntese, essas práticas, estratégicas e táticas, correspondem ao que Certeau (1980/2014, p.74) identifica como sendo “uma arte muito antiga de ‘fazer com’”, tem o nome de “uso”, “utilização”, ou ainda, de “consumo”. Tem como característica suas “astúcias”, suas “clandestinidades”, suas “piratarías”, em fim, sua “arte de utilizar”. Enquanto arte dos fracos, as formas de utilização assumem contornos variados, adaptam-se às circunstâncias.

Aqui, apoiando-se nas perspectivas teórico-metodológicas de ambos os autores mencionados, Foucault e Certeau, busca-se estudar e problematizar, em última instância, concepções de liberdade. Sendo esta entendida a partir de práticas que evidenciam coeficientes de liberdades autorizadas pelo próprio sujeito à si mesmo, a despeito do que lhe é permitido ou indicado sócio-institucionalmente. Práticas que se relacionam às estratégias de governo estabelecidas, mas que não se submetem nem se configuram enquanto uma ação anárquica ou libertária, se manifestam, aí sim, como uma resistência através de um uso tático empreendido a partir de um certo número de ações possíveis. Enfim, “modos de operação” ou “esquemas de ação”, estratégias de uso e de manejo, ações táticas, astúcias: usos estratégicos.

## 5 PROCESSOS METODOLÓGICOS E DE ANÁLISE

Esta pesquisa se caracteriza como uma investigação qualitativa que lida com a interface entre as ciências humanas e o campo da saúde. Mesmo assim, as orientações metodológicas e de análise para sua elaboração são tomadas de textos de referência para a pesquisa em ciências humanas, uma vez que estas orientações consideram, dentre outros aspectos, o caráter processual e interativo da produção de conhecimento, em que ambos, o pesquisador e o pesquisado, assumem papel ativo no estudo dos fenômenos humanos. (Flick, 2009a, 2009b, 2009c; González Rey, 2011; Minayo, 2002, 2012).

A investigação é composta por dados bibliográficos e empíricos. Estes foram reunidos e produzidos respectivamente por meio de informações disponíveis no Portal de Periódicos da Capes e de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. As etapas de coleta e análise dos dados, bem como a forma com que estes foram sistematizados e comentados ao longo de todo o trabalho, estão especificadas nas sessões seguintes deste capítulo.

### 5.1 Dados bibliográficos

Seguindo a perspectiva proposta por Lima e Miotto (2007) a etapa investigativa de pesquisa bibliográfica foi realizada predominantemente de modo sistemático e buscou agregar aspectos presentes nas discussões do campo da saúde que dialogam com o tema investigado e já foram abordados por outros trabalhos (Alves, 1992). De maneira complementar à busca sistemática ainda foram agregadas ao trabalho publicações encontradas intencionalmente ou de modo ocasional, mas que também serviam aos objetivos propostos pela investigação.

Compreendida enquanto um movimento incansável de apreensão dos dados bibliográficos, a seleção sistemática das publicações se deu por meio de leituras sucessivas e processuais interlocuções críticas com o material bibliográfico encontrado. Em síntese, feita a partir da proposta de Lima e Miotto (2007), essa revisão da literatura permitiu um amplo alcance de informações, possibilitou a localização, a sistematização e a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações e auxiliou na delimitação de diferentes aspectos, discursivos e práticos, que envolvem a temática estudada no contexto brasileiro.

Como estratégia de busca no Portal de Periódicos da Capes optou-se pela combinação de descritores mais amplos: “saúde”, “público” e “privado”, com o operador booleano “AND”. Na busca não foram utilizados filtros regionais ou linguísticos, mas foram

priorizados os trabalhos publicados entre os anos de 2000 e 2016. Desse modo, foram encontrados 1.106 títulos, que envolviam entrevistas, revistas especializadas, resenhas, artigos, dissertações e teses. Destas publicações, a partir de uma primeira leitura de reconhecimento foram selecionados 59 títulos, que apresentaram aproximação com o tema investigado. Destes títulos, pela leitura exploratória de seus resumos e informações gerais foram escolhidos 50. Por fim, a leitura na íntegra deste material permitiu a seleção final de 24 publicações que direta ou indiretamente se relacionam aos objetivos da investigação. Para melhor visualização, essas etapas de seleção do material estão retratadas no quadro a seguir.

**QUADRO 1 - Etapas da pesquisa bibliográfica**

	Entrevista	Revista	Resenha	Artigo	Dissertação	Tese	
<b>Leitura de reconhecimento</b> (seleção por título)	1	2	6	39	7	4	<b>59</b>
<b>Leitura exploratória</b> (seleção por resumo)	1	1	6	35	4	3	<b>50</b>
<b>Leitura seletiva</b> (seleção pela leitura na íntegra)	-	1	5	21	2	1	<b>30</b>
<b>Leitura reflexiva ou crítica</b>	-	1	2	20	-	1	<b>24</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Uma vez que o tema se encontra disfarçado em inúmeras publicações sobre assuntos afins considera-se que há certa invisibilidade para o que aqui se nomeia como formas de utilização dos serviços. Também por isso a opção por uma busca de caráter mais amplo: a revisão da literatura compreendeu um esforço de demarcação do tema, de delimitação do campo discursivo que se relaciona às estratégias de utilização dos serviços públicos e privados de saúde no Brasil. Além disso, a busca também teve por foco dois dos objetivos específicos propostos pelo trabalho: localizar na literatura aspectos históricos relativos à coexistência de setores públicos e privados no campo das instituições brasileiras de saúde, bem como mapear as discussões mais recentes sobre os entrelaçamentos e os tensionamentos entre o público e o privado, presentes nas atuais formas de utilização da assistência à saúde.

Por meio de minuciosa leitura interpretativa foi possível delimitar os aspectos mais relevantes presentes nessa literatura selecionada, que foram então analisados, sistematizados e apresentados majoritariamente nos capítulos dois e três desta dissertação, juntamente com as publicações localizadas por buscas complementares e concomitantes, feitas de modo intencional. De todo modo, devido à pulverização do tema investigado observa-se que ainda há possibilidades de maiores explorações do material encontrado pela busca sistemática, um processo que se mostra permanentemente inacabado.

## 5.2 Dados empíricos

Visando contemplar os objetivos da investigação, além da pesquisa bibliográfica e das problematizações teórico-conceituais discutidas nos capítulos dois, três e quatro dessa dissertação, ainda foram produzidos dados empíricos por meio do estudo da realidade vivenciada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A UBS foi indicada pelo Distrito Sanitário Barreiro – um dos dois Distritos ligados à PUC-MG pela classificação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde que apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família (EqSF) em todas as unidades e uma predominância de médio risco no que se refere ao índice de vulnerabilidade da área coberta.

A escolha da atenção básica como campo da pesquisa se justifica por ser esta, formalmente, a porta de entrada para os serviços de saúde brasileiros. Já a UBS com predominância de médio risco se justifica, pois se presume que nesta classificação, devido às condições socioeconômicas da população, esta seja mais frequentemente levada a adotar um uso combinado dos serviços públicos e privados, se comparada à população do elevado risco.

As entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais e usuários da UBS em questão foram norteadas pelo trabalho de Machado (2002), no qual a autora discute a interação entre pesquisador e pesquisado chamando atenção para a complexidade presente nas situações de entrevista. A escolha dos sujeitos se deu a partir do contato com a UBS e da indicação processualmente solicitada aos participantes. Inicialmente foi convidada para a entrevista a gerente da UBS, primeiro contato com o campo. Esta foi então solicitada a indicar 3 profissionais de diferentes EqSF, que preferencialmente tivessem experiência de atuação profissional também no setor privado. As indicações foram de uma médica, de um enfermeiro e de uma agente comunitária de saúde (ACS) e priorizaram, por iniciativa da gerente, profissionais relacionados às microáreas vinculadas à UBS classificadas com menor risco. Cada profissional entrevistado foi, por sua vez, solicitado a indicar 1 usuário que sabidamente apresentasse o uso combinado dos serviços público e privado de saúde. O que totalizou, no conjunto, 8 entrevistas. Enquanto um elemento surpresa do campo, das entrevistas com os usuários 3 foram realizadas com os sujeitos indicados pelos trabalhadores e a participação voluntária de um familiar. Assim, de um total de 8 entrevistas tem-se 11 entrevistados.

As entrevistas com os trabalhadores foram realizadas em salas da própria UBS. Já as entrevistas com os usuários, agendadas por telefone ou intermediadas pelos ACSs correspondentes, foram realizadas nas residências dos usuários, por preferência dos mesmos. No quadro a seguir, a relação dos sujeitos entrevistados de acordo com a ordem de realização

das entrevistas, o tempo de duração, a atribuição de nomes fictícios para os usuários, as respectivas idades de todos os participantes e, por fim, o parentesco dos familiares que participaram voluntariamente das entrevistas com os usuários.

**QUADRO 2 - Sujeitos entrevistados**

		Duração	Identificação do entrevistado	Idade	Parentesco
<b>Trabalhadores</b>	E1	01h:00min	Gerente	45	
	E2	01h:10min	Agente Comunitária de Saúde	53	
	E3	00h:40min	Médica	32	
	E4	01h:15min	Enfermeiro	32	
<b>Usuários</b>	E5	00h:55min	Ana	73	Esposo de Ana
			Paulo	78	
	E6	01h:20min	Lúcia	53	Pai de Lúcia
			Manoel	81	
E7	02h:06min	Isabel	56	Irmã de Isabel	
		Cláudia	53		
E8	01h:00min	Silvia	47		

**Fonte: Dados da pesquisa**

Considerando a situação interativa das entrevistas, estas foram norteadas por roteiros semiestruturados com questões que abordavam a trajetória pessoal e familiar de cada entrevistado, seu cotidiano ou contato com os serviços de saúde, os processos de gerenciamento das atividades pelos trabalhadores, os padrões de utilização dos serviços pelos usuários, bem como, dificuldades de acesso e preferências de utilização, tanto de usuários quanto de trabalhadores. Estes roteiros, que tiveram por função ampliar o escopo dos temas abordados nas entrevistas, e não restringi-los, estão ao final deste texto (Apêndices A e B).

Para a análise dos dados gerados com as entrevistas, realizou-se a transcrição dos áudios gravados a partir de adaptações das normas indicadas por Kock (1997). A autora apresenta uma sistematização para o processo de transcrição que, além de empreender certa padronização ao registro dos dados, indica aspectos e elementos de fala que auxiliam e são importantes para o processo de análise. Nessa sistematização destaca-se a silabação, a repetição ou corte de palavras sem pausa e a entoação enfática, além disso, não se utiliza iniciais maiúsculas em inícios de períodos ou nomes, nem a maioria dos sinais de pontuação conforme as regras da língua portuguesa. Estes são utilizados para representar as ocorrências e características próprias da linguagem oral. Uma vez que os sinais de transcrição foram mantidos nas citações dos trechos de fala dos entrevistados, conforme a pertinência para a discussão proposta, estas normas estão anexadas ao final do texto (Anexo A).

### 5.3 Perspectiva de análise

Como norteadores da análise foram utilizados elementos da análise de conteúdo temática descrita por Bardin (2004), bem como a noção de “multiplicação causal” de Foucault (1983/2010a), com a qual se considera possível ampliar as potencialidades da análise de conteúdo, multiplicando-se as relações entre os dados analisados e entre estes e os elementos contextuais do campo. Assim, trabalhando com flexibilidade em relação ao tratamento dos dados, a estratégia de análise dos dados empíricos considerou o aspecto interativo da metodologia de coleta.

Sucintamente a análise de conteúdo temática pode ser compreendida como um conjunto de técnicas e processos de sistematização e descrição dos dados, uma forma de analisá-los tendo por fim construir interpretações. Sua especificidade comporta a realização dos processos de codificação e categorização do material transcrito das entrevistas em núcleos de sentido ou unidades temáticas (Bardin, 2004). Aqui, seguindo as formulações de Bardin (2004), o processo de categorização foi realizado em 5 etapas, que consistiram (1) na pré-análise: transcrição, preparação e organização do material das entrevistas; (2) na leitura flutuante: familiarização dos dados, formulações de impressões gerais, inferências iniciais e hipóteses analíticas; (3) na exploração do material: identificação de unidades de sentido ou temáticas que indiquem singularidades e convergências, delimitação das categorias segundo sua relevância ou frequência, anotações de inferências e análises iniciais; (4) na articulação dos dados com a perspectiva teórica: articulação de categorias e subcategorias e buscas bibliográficas complementares; e, por fim, (5) na discussão: aproximações mais afinadas entre problematizações propostas pela pesquisa, dados empíricos e bibliográficos.

A segunda etapa foi realizada com material impresso, enquanto as seguintes foram realizadas com o auxílio do software de análise de dados qualitativos Atlas.ti, versão 6.0, e envolveram, conforme descrito, a delimitação de unidades temáticas, a articulação dos dados bibliográficos e empíricos e a discussão de seus principais aspectos. As categorias e subcategorias para organização e análise dos dados foram criadas a partir dos recursos disponibilizados pelo Atlas.ti e dos sentidos que emergiram dos dados. Além disso, foram delimitadas respeitando a ordem de realização das entrevistas e em separado: um primeiro conjunto de categorias correspondente aos trabalhadores entrevistados e um segundo conjunto de categorias correspondente aos usuários. Estes conjuntos de categorias ou unidades temáticas foram então reunidos em grandes eixos, que sistematizam e conferem maior visibilidade aos dados, os instrumentalizam, e estão explicitados nos quadros 3 e 4 a seguir.

**QUADRO 3 - Categorização: entrevistas com trabalhadores**

<b>Grandes eixos</b> Associações	<b>Famílias de códigos</b> Super categorias	<b>Conceitos gerados</b> Categorias	<b>Unidades temáticas</b> Sub categorias
<b>Profissionais</b>	Entrevistados	Trajatória	Gerente/ ACS/ Médica/ Enfermeiro
		Cotidiano	Gerente/ ACS/ Médica/ Enfermeiro
		Dupla entrada	Gerente/ ACS/ Médica/ Enfermeiro
	Da saúde	Dupla entrada	público & privado/ motivações, preferências e escolhas/ retorno financeiro
		Perfil para saúde pública	investimento na proposta do SUS/ política de humanização e vinculação/ aval. profis.
		Valorização	público X privado/ generalista X especialista/ médico X prof. saúde
<b>Percepções sobre o campo</b>	Apreciações	Transform. históricas	implantação do SUS/ inversão/ melhorias
		Serviços públicos	proposta/ ideal/ problemas/ cultura
		Serviços privados	mercado/ jornada de trabalho/ demandas
	Comparações	Organização da assistência	área de adscrição/ protocolos/ humanização e vinculação/ critérios de prioridades/ integralidade X especialidades/ estrutura e recursos materiais
		Cobertura	universalidade/ planos populares/ saúde coletiva/ procedimentos de baixa complexidade/ acomp. de doenças crônicas
		Agilidade	procedimentos de maior complexidade
		Comodidade	agendamento/ hotelaria/ possibilidade de escolha/ horário/ localização
<b>Processos de trabalho</b>	Gerenciamento	Administrativo	supervisão do trabalho de equipe/ agenda/ perfil dos profissionais
		Cuidado	clínica/ critérios de prioridade/ demandas
		Cotidiano	trabalho prescrito X trabalho real/ organização do serviço e das demandas
	Estratégias	Vinculação	cadastro/ recusas/ confiança na qualidade do serviço prestado
		Fila	educação continuada/ busca ativa/ multi e interdisciplinaridade
		Falta	medicamentos, estrutura
<b>Padrões de utilização dos serviços</b>	Perfil	Território	Área adscrita/ baixo risco
		Usuários	características, avaliação
		Demandas	serviços mais procurados/
		Situações de espera	público/ privado
	Vínculo	Usuário SUS	SUS dependente/ SUS parcial/ conhece o fluxo/ compreensivo/ 'piolhinho do posto'
		Usuário de convênio	demandas diferenciadas/ uso pontual e combinado/ ganha confiança/ preferências
		Resistências e recusas	preconceito/ desconfiança/ preferências/ não precisa do SUS
	Estratégias	Usuários SUS/ Serviço privado	exames e procedimentos de maior complexidade/ gastos compartilhados/ planos populares/ final de semana
		Usuários de convênio/ Serviço público	serviços que o plano não cobre/ carência/ procedimentos de alto custo/ migração crise econômica
	Trabalhadores	Setor público	acesso facilitado/ resolutividade/ contatos pessoais/ justificativas
Setor privado		convênio/ incoerência	

**Fonte: Dados da pesquisa**

**QUADRO 4 - Categorização: entrevistas com usuários**

<b>Grandes eixos</b> Associações	<b>Famílias de códigos</b> Super categorias	<b>Conceitos gerados</b> Categorias	<b>Unidades temáticas</b> Sub categorias
<b>Usuários</b>	Entrevistados	Características e histórico familiar	Ana e Paulo/ Lúcia e Manoel/ Isabel e Cláudia/ Silvia
	Na saúde	Crise	aposentadoria/ perda do poder aquisitivo/ perda do convênio corporativo/ luto/ utilização do SUS
		Situações de adoecimentos	urgências/ doenças crônicas/ sequelas/ uso combinado/ internações/ judicialização/ situações de espera
<b>Percepções sobre o campo</b>	Apreciações	Saúde no Brasil hoje	precária/ defasada/ necessidade de mudança
		Modificações dos serviços	antes e depois de usar o SUS/ melhorou/ piorou/ crise
		Serviço público	profissionais/ atendimento
		Serviço privado	profissionais/ atendimento
	Comparações	Atendimento	conforto/ SUS com padrão do convênio
		Cobertura	faltas/ restrições/ possibilidade de escolha
		Necessidade/Agilidade	demora/ especialidades e procedimentos de maior complexidade
	Pagamento/Gratuidade	direito do consumidor/ direito de cidadania	
<b>Utilização dos serviços</b>	Estratégias e táticas	Antes do SUS	filas do INPS/ chás e tratamentos caseiros/ amizades com profissionais da saúde/ convênio corporativo
		Escolher	necessidade/ preferência/ conforto
		Usar	convênio/ particular/ SUS/ fralda
		Reclamar	não posso/ não adianta/ direitos
		Pagar	condições financeiras/ maneiras de
		Agir	contatar alguém/ vigiar/ limpar/ conciliar/ aprender/ esperar
	Contingencial	Situações de espera	no setor privado/ urgência/ UPA/ validade dos exames
		Final de semana	urgência/ especialidades
		Medo	cancelar o convênio/ conforto/ UPA
		Religiosidade	crise/ impotência/ conforto
		Sorte	conseguir atendimento/ ser bem atendido

**Fonte: Dados da pesquisa**

No processo de extração dessas categorias e subcategorias do software Atlas.ti para a composição do texto final de análise, foram criados outros eixos temáticos, transversais, de maneira que os dados de ambos os grupos, de trabalhadores e usuários, pudessem se complementar e/ou confrontar. Portanto, os dados empíricos gerados pela pesquisa não serão apresentados seguindo estritamente a formação e organização das categorias explicitadas nos quadros 3 e 4, mas sim, segundo a articulação dos temas de maior relevância para os objetivos e as problematizações desta investigação. Com esta estratégia analítica, um processo que constrói recortes e fragmentações, assim como conexões e aglutinações, busca-se atingir uma melhor apreensão dos dados: que permita a percepção de seus detalhes e de seus aspectos

mais relevantes, ainda que menos frequentes; que possibilite uma visão de conjunto das informações geradas; bem como, que viabilize um processo de análise sempre aberto a novas problematizações à medida que é traçado.

Dessa forma, em consonância com as formulações metodológicas de Foucault, compreende-se o procedimento analítico dos dados a partir da multiplicidade dos processos que os constituem. Foucault (1983/2010a) o nomeia enquanto um processo de “multiplicação causal” que consiste em construir análises por “saturação progressiva e forçosamente inacabadas” que compõem um “poliedro de inteligibilidade, cujo número de faces não é previamente definido e nunca pode ser considerado como legitimamente concluído” (p.339). Nas palavras de Foucault (1983/2010a), tal estratégia analítica

consiste em reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias etc... que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade. Ao tomar as coisas dessa maneira, procedemos, na verdade, a uma espécie de multiplicação causal. (p.339)

Nesse sentido, à medida que se decompõe os elementos envolvidos nos dados e se constrói as formulações analíticas, mais estes são compreendidos a partir de relações a elementos externos. Ademais, esta proposta que admite um polimorfismo crescente à medida que avança evidencia um processo analítico artesanal e aberto, que admite uma infinidade de maneiras de análise que venham a auxiliar na construção dessas múltiplas relações de causalidade.

Por fim, ainda no tocante à metodologia de coleta, registro e análise dos dados empíricos vale explicitar que este estudo foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (COEP PUC MG), quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (COEP SMSA BH), ambos sob o regimento da Resolução 466/12 IV.5 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, segue os preceitos éticos necessários. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi assinado pelos participantes e os registros dos dados por meio de gravações de áudio e transcrições, previamente autorizados. Mesmo assim, com o objetivo de assegurar a privacidade dos sujeitos entrevistados e o sigilo sobre sua participação, os registros e a apresentação dos resultados do estudo são realizados sem identificações pessoais, os nomes são fictícios. Além disso, fica estabelecido que todo material de registro produzido durante a pesquisa ficará sob guarda da pesquisadora responsável durante 5 anos e após este período será destruído.

## 6 ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

O presente capítulo, de análise, consiste na apreciação dos dados gerados nas entrevistas com os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde. Assim, tem por foco as estratégias e táticas de gerenciamento e utilização dos serviços empreendidas por eles, sujeitos presentes e atuantes no cotidiano do campo da saúde. Além disso, enquanto um processo analítico, busca a articulação desses dados empíricos com os elementos bibliográficos, teóricos e conceituais, comentados nos capítulos anteriores. Nesse sentido, os fragmentos de falas dos entrevistados são explicitados ao longo do texto com o objetivo de fomentar e fundamentar as problematizações propostas pelo trabalho, bem como explicitar e fornecer consistência para o objeto aqui investigado: o uso estratégico e combinado dos serviços públicos e privados de saúde.

Ao longo do processo de análise buscou-se esquadrihar o modo com que a utilização dos serviços de saúde se efetiva no cotidiano da assistência. Nesse sentido, o que norteou o processo analítico dos dados empíricos foram as concepções e as práticas dos profissionais e dos usuários que buscavam vencer os obstáculos, as dificuldades de acesso, driblando-as segundo suas necessidades, seus conhecimentos e suas possibilidades mais imediatas de utilização dos serviços. Em síntese, a análise constituiu-se na investigação das astúcias de profissionais e usuários frente os entraves de cobertura. No mais, articulando os objetivos propostos pelo trabalho, esse processo analítico visou responder aos seguintes questionamentos. Como aspectos históricos, relativos à coexistência de setores públicos e privados na assistência, se fazem presentes nas práticas atuais? Quais são os campos de entrelaçamento e de tensionamento, entre esferas públicas e privadas, consubstanciados nas formas de uso e de gerenciamento dos serviços de saúde? Mais ainda, como elementos componentes dos processos de subjetivação de usuários e trabalhadores se relacionam ao uso estratégico e tático dos serviços, públicos e privados, de saúde?

A análise está disposta em três sessões. A primeira delas apresenta os sujeitos entrevistados a partir de suas trajetórias nos serviços de saúde. A segunda trata das estratégias de utilização e gerenciamento dos serviços e se estrutura a partir dos mencionados eixos temáticos transversais, que predominaram ou se destacaram na análise do conjunto dos dados. Por fim, a terceira e última sessão, refere-se à análise dos episódios, das ocasiões, dos aspectos estritamente táticos e astuciosos, que retratam mais precisamente o que Certeau (1980/2014) chamou de “a arte do fraco”, utilizados pelos usuários nas situações de maior necessidade para desviar ou vencer os entraves colocados à utilização dos serviços de saúde.

## 6.1 Sujeitos entrevistados

Inicialmente os sujeitos entrevistados serão apresentados a partir da trajetória que desenvolveram ao longo dos anos no que se refere à utilização dos serviços assistenciais públicos e privados. Essa trajetória, no caso dos profissionais, relaciona-se ao percurso de formação e inserção profissional, bem como ao cotidiano atual de trabalho. Já no que diz respeito aos usuários, segue a experiência do aumento progressivo da demanda assistencial segundo o envelhecimento e/ou adoecimento dos membros das famílias participantes, concomitantemente à estruturação dos serviços assistenciais do SUS nas últimas décadas.

O conjunto dos trabalhadores que participaram desta pesquisa é composto por três mulheres e um homem, com idades entre trinta e dois e cinquenta e três anos. As características mais relevantes e comuns entre eles envolvem o investimento pessoal na proposta assistencial do SUS, enquanto trabalhadores, e a dupla entrada em serviços públicos e privados, tanto como trabalhadores quanto como usuários dos serviços. Além de trabalharem em ambos os setores, todos os profissionais entrevistados afirmam se vincular enquanto usuários aos serviços de saúde do setor suplementar. Sobre o cotidiano de trabalho na UBS, é possível inferir, a partir das descrições que os profissionais fizeram, que nela as condições de trabalho são favoráveis.

**QUADRO 5 – Caracterização dos trabalhadores**

Identificação		Características e trajetórias
E1	Gerente	Formou-se em medicina em uma universidade pública e fez residência médica em um hospital privado. Atuou na rede privada, em consultório. Pouco tempo depois de formada aderiu ao Programa de Saúde da Família (PSF), passando a atuar como médica de saúde da família. Há cerca de dois anos assumiu o cargo de gerente, que ocupa até o momento da entrevista. A entrevistada descreve o cotidiano na UBS a partir da relação que o serviço estabelece com o território e dos critérios de planejamento da assistência a ser desenvolvida pela equipe.
E2	ACS	Trabalha em ambos os setores da saúde: como técnica de enfermagem faz plantão noturno em serviço de pronto atendimento de convênio e, na rede pública, exerce a função de ACS. Atua também como voluntária no campo da assistência à saúde em sua cidade de origem. Descreve seu cotidiano de trabalho a partir do vínculo estabelecido com os usuários
E3	Médica	Trabalha como médica de saúde da família no PSF há seis anos. Desde sua formação já trabalhou em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e em hospitais na rede pública. Atualmente, além de atuar como médica de saúde da família e em UPA, trabalha em hospital privado. Descreve sua rotina na atenção primária como sendo “tranquila” e centrada em consultas, em sua maioria, de pacientes idosos, hipertensos e diabéticos.
E4	Enfermeiro	No PSF há três anos, já atuou na área da saúde como ACS, como técnico de enfermagem e como cuidador. Além disso, já trabalhou na rede privada, em hospitais. Atualmente, como enfermeiro de EqSF, além da assistência aos usuários, descreve como sendo uma de suas principais tarefas no cotidiano da assistência a supervisão dos demais membros da equipe, bem como a interlocução entre equipe e usuários.

Fonte: Dados da pesquisa

**QUADRO 6 – Caracterização dos usuários**

Identificação		Características e trajetórias
E5	Ana e Paulo	Com o rendimento da empresa da família o casal podia, dentre outras coisas, acessar os serviços de saúde privados pelo pagamento direto. Com a aposentadoria e o fechamento da empresa a renda da família caiu significativamente e eles se viram obrigados a reduzir seu padrão de consumo. Mantiveram-se como dependentes de um dos membros da família vinculado ao plano corporativo em que este trabalhava. Com a aposentadoria desse familiar e o fim do vínculo ao plano de saúde corporativo o casal se deparou com os altos preços de planos de saúde para pessoas com faixas etárias mais elevadas. A combinação entre a redução da renda familiar e os altos preços tornou o acesso aos serviços privados de saúde, seja pelo pagamento direto ou pela vinculação a um plano de saúde, algo financeiramente inviável. Assim, ambos passaram a utilizar os serviços assistenciais do SUS. Isso acontece atualmente para o casal de maneira combinada aos serviços privados, mediante pagamento direto, tanto para procedimentos de rotina e mais acessíveis do ponto de vista financeiro, quanto em situações de adoecimentos graves e significativamente mais dispendiosos. Ambas situações, conforme afirmam, decorrentes de entraves enfrentados no acesso aos serviços públicos.
E6	Lúcia e Manoel	A família contava com o plano de saúde vinculado à empresa onde Manoel trabalhava até a ocasião de sua aposentadoria. Desde então Manoel e sua esposa passaram a utilizar os serviços do SUS. Lúcia, que havia se casado pouco antes, vinculou-se ao plano de saúde corporativo do marido. Os filhos de Lúcia permaneceram também vinculados ao plano corporativo de seu marido até completarem dezoito anos. No momento da entrevista o mais velho já havia sido desvinculado do plano, enquanto o mais novo estava às vésperas de também o ser. Depois que os problemas de saúde começaram a surgir e se transformaram em complicações crônicas, devido a sequelas de procedimentos cirúrgicos e efeitos colaterais dos medicamentos, os pais passaram a demandar dela maiores cuidados. Atualmente a maior parte dos tratamentos deles é feita pelo SUS, mas estes acessam também consultas e exames especializados de baixo custo em clínica particular. Ela, o marido e os filhos, quando não cobertos pelo plano de saúde, acessam os serviços privados pelo pagamento direto.
E7	Isabel e Cláudia	As entrevistadas fazem parte de uma família de muitos irmãos e administram os cuidados ao pai já acamado e bastante debilitado. Este esteve vinculado a um plano de saúde corporativo ao longo de sua vida, em decorrência do vínculo empregatício, e, depois de sua aposentadoria, até a falência da empresa familiar, momento em que passa a manter o plano de saúde sob novo regime de pagamento. Após um episódio crítico em que houve a piora de seu estado geral de saúde, ele passou a demandar cuidados domiciliares específicos. No entanto, a assistência médica recomendada foi inicialmente negada pelo plano de saúde. Diante disso a família entrou na justiça contra o plano de saúde, requerendo a assistência domiciliar do <i>home care</i> . Nesse período Isabel e Cláudia passaram por dificuldades quanto ao tratamento do pai e recorreram também ao SUS, segundo afirmam, sem sucesso. Tendo ganhado na justiça o direito ao tratamento financiado pelo plano, atualmente quase a totalidade da assistência demandada pelo pai é atendida por esse serviço. Mesmo assim, recebem periodicamente a visita da ACS e ocasionalmente pagam diretamente para a coleta domiciliar de exames complementares.
E8	Silvia	No período em que trabalhava a entrevistada se manteve vinculada ao plano de saúde corporativo da empresa. No entanto, seu marido sofreu um grave acidente de trânsito, permaneceu internado em hospital público por um período, para o qual foi encaminhado ao ser socorrido após o acidente, e precisou de uma série de tratamentos de reabilitação. Com isso Silvia precisou deixar seu emprego e, conseqüentemente, mudar seu plano de saúde, antes integral e corporativo, para um regime parcial e coparticipativo, no qual ela paga um valor mensal que sofre acréscimos mediante a utilização de serviços e procedimentos diversos. Nesta situação Silvia e o marido passaram a utilizar de maneira combinada os serviços ofertados pelo SUS. Atualmente, recorrem aos serviços privados, pelo plano de saúde ou mediante pagamento direto, somente quando encontram dificuldades de acesso aos serviços públicos.

**Fonte: Dados da pesquisa**

Como é possível observar, dentre os usuários entrevistados tem-se certa variedade no perfil e na composição das famílias. Esta composição e a história dessas famílias apresentam suas particularidades, que serão abordadas ao longo deste capítulo, mas apresentam também pontos em comum. Dentre esses o que mais se destaca é a mudança das condições de vida pela aposentadoria, pela perda do emprego, do poder aquisitivo, e/ou do plano privado de saúde. Além disso, em todos os casos esta mudança é acompanhada ou causada por adoecimentos importantes que levaram à utilização de serviços assistenciais de saúde mais especializados ou de alta complexidade, tanto no sistema público como no segmento privado.

Em suma, como é possível constatar nos quadros 5 e 6 a característica que se manifesta em todos os entrevistados, sejam eles profissionais ou usuários, é a dupla entrada nos serviços públicos e privados de saúde. Em se tratando dos profissionais, a dupla entrada retrata as preferências e as oportunidades de trabalho no SUS e de vinculação aos planos privados de saúde, principalmente enquanto usuários. Se a defesa das proposições próprias ao sistema público, implementadas com o SUS, são defendidas na fala dos profissionais e reiteradas pela conduta dos mesmo enquanto trabalhadores, não o são enquanto usuários, que acessam majoritariamente os serviços privados de planos de saúde. Já no caso dos usuários entrevistados, a dupla entrada se relaciona às situações de crise financeira ou de urgência de atendimento que, combinadas aos recursos disponíveis, quase sempre limitados, definiram a trajetória assistencial percorrida. Como é possível constatar nessas trajetórias os usuários entrevistados tiveram majoritariamente acesso aos serviços privados e de planos de saúde a partir dos respectivos vínculos empregatícios e, em contraponto, foram levados a utilizarem os serviços públicos de saúde por necessidade ou ausência de outros recursos.

Tais aspectos relacionados às trajetórias dos entrevistados parecem decorrer da histórica luta, mencionada por Menicucci (2007), entre os atores sociais, em especial os trabalhadores de carteira assinada, por formas privilegiadas e exclusivas de acesso aos benefícios sociais em detrimento da proposta universalista de assistência. Isto, somado aos modelos interpretativos que enaltecem a qualidade dos serviços privados, corrobora e naturaliza a preferência por estes serviços, mesmo que na prática a assistência suplementar ofereça uma porta de entrada estreita, financeiramente falando, e regulada por uma série de mecanismos que controlam a devida utilização dos serviços. De todo modo, apesar de limitado segundo os recursos financeiros dos entrevistados, o acesso à assistência privada parece suprir parcialmente a necessidade de atendimento dos usuários em situações em que estes não conseguem acessar os serviços públicos.

## 6.2 Eixos temáticos transversais (estratégias)

No conjunto dos dados, o que se relaciona às estratégias de utilização dos serviços de saúde será apresentado respeitando três grandes eixos de análise. O primeiro deles visa descrever os discursos explicitados pelos entrevistados sobre os serviços de saúde. O segundo apresenta dados que demonstram como as características dos serviços e as condutas dos profissionais e dos usuários se influenciam. Portanto, trata das modulações das práticas entre profissionais e usuários dos diferentes serviços de saúde e envolve aspectos discursivos e práticos relacionados, principalmente, ao tema da vinculação. Funciona, portanto, como uma categoria analítica intermediária, entre as concepções e as práticas a serem analisadas. Já o terceiro eixo de análise desta sessão delimita as estratégias de utilização empreendidas pelos sujeitos entrevistados de acordo com as práticas que norteiam o acesso, tanto dos profissionais quanto dos usuários, em especial, que caracterizam a dupla entrada ou o uso combinado dos serviços públicos e privados de saúde.

- Percepções, avaliações e comparações, sobre os serviços de saúde.

As percepções dos entrevistados, profissionais e usuários, sobre os serviços públicos e privados, envolvem noções relacionadas às transformações históricas que o campo da saúde vem sofrendo nos últimos anos, bem como avaliações acerca dos profissionais e do atendimento e comparações entre vantagens e desvantagens encontradas em ambos os setores da saúde.

Sobre as transformações históricas e estruturais dos serviços todos os entrevistados afirmaram constatar melhorias com a implantação do SUS, principalmente no sistema público. De todo modo, cada participante guarda particularidades quanto à perspectiva que adota. Os profissionais reinteraram as qualidades advindas com a implantação do SUS enaltecendo a proposta que prevê a universalidade e a integralidade na assistência, enquanto os usuários também o fizeram, mas a partir de memórias pessoais sobre como era o atendimento antes e como vem sendo estruturado o atendimento com o advento do SUS. As melhorias mais mencionadas por todos dizem respeito aos serviços da Atenção Básica.

Dentre os profissionais entrevistados o enfermeiro, particularmente, retoma como era a assistência antes da Reforma Sanitária, bem como o processo de estruturação dos serviços assistenciais do SUS. Além disso, este entrevistado localiza o papel reservado ao setor privado no âmbito da assistência à saúde antes e depois desse processo.

primeira coisa que a gente tem que entender... é o seguinte... como que foi... organizado a assistência de saúde no Brasil... né... antes da década de oitenta... não existia saúde pública assim... né... falando bem a verdade... existia planos de saúde... né... tanto do governo... federal... estadual... municipal... quanto do privado... né... que o acesso a saúde não era pra todo mundo... né... eram apenas trabalhadores que tinham carteira assinada... pelos planos privados... pelas clínicas privadas... né... (E4 Enfermeiro).

a saúde no Brasil começou a ser organizada da seguinte forma... o SUS vai ser universal... vai atender todo mundo... independente de ser brasileiro ou não... né... e vai atender... em tudo que a pessoa precisa... aquilo que o SUS não conseguir atender... vai ter a saúde complementar... então quer dizer... a saúde complementar no Brasil... que é o privado... deveria ser como complementação... né... (E4 Enfermeiro).

Além dos princípios de universalização e integralidade da assistência propostos pelo SUS as melhorias identificadas pelos profissionais envolveram o processo de estruturação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a ampliação dos serviços prestados, principalmente na Atenção Básica. Nesse sentido, o tema do vínculo, da responsabilização de usuários e trabalhadores pelas questões de saúde, aparece como um aspecto positivo, que também teve seu advento com a implantação do SUS.

quando eu entrei por exemplo em noventa e seis...eh... não tinha PSF ainda... neh.. parece que o PACS é que veio logo depois... que era o programa dos agente comunitário de saúde... e ainda não era PSF... era os agentes comunitários com supervisão do enfermeiro... então não tinha essa vinculação... o paciente chegava na unidade... passava na triagem... ‘ah eu quero consulta ginecológica’... ‘eu quero consulta pediátrica’... ‘eu quero passar no clínico’... e era agendado... e acabou o número de vagas... quem sobrou volta no outro dia... e volta mais cedo... agora não... com a entrada do PSF... do programa/ da estratégia de saúde da família... a pessoa tem uma vinculação... ela tem um enfermeiro a quem ela vai se reportar... o médico da equipe... o agente da sua microárea onde ela mora... eh... então essa questão do vínculo fortaleceu muito os laços com a saúde... e a responsabilização dos dois lados... tanto do usuário quanto da equipe... né... então eu vejo como crescimento mesmo... (E1 Gerente).

Essas melhorias mencionadas, ao serem relatadas pelos usuários a partir de suas experiências diretas com o serviço relacionam-se ao acesso facilitado às consultas na Atenção Básica e à diminuição das filas enfrentadas no atendimento, quando comparadas aos serviços que eram prestados pelo INPS. Silvia, uma das usuárias entrevistadas, além de mencionar maior facilidade no acesso às consultas médicas, ressalta ainda a hierarquização dos níveis de assistência e a regionalização do atendimento por área de adscrição como exemplos das melhorias percebidas por ela.

olha... eu acho que... melhorou muito em alguns aspectos... igual... por exemplo... hoje tem essa separação... posto de saúde do bairro... né... hoje tem essa... UPA... né... nós temos os hospitais... melhorou muito desde a criação do SUS... porque antes era tudo muito... né... cê tinha aquele cartãozinho... INPS né ((riso))... eu lembro direitinho... que minha mãe tinha... então... você ia em tal hospital... e era ali pronto e cabô... né... então era mais difícil... acordar cinco... seis horas da manhã... eu lembro disso... a minha mãe levava a gente... tinha que dormir na fila... pra conseguir uma consulta... então era mais difícil... era pior... hoje não... hoje tem esses postinhos né... que a gente vai lá... tudo dividido em equipe... que eu acho isso muito legal... equipe vermelha... é tal bairro... equipe amarela... é tal bairro... e tem né... essas meninas que trabalham... ajudando... então o quê que acontece... com esse

negocio de equipe... de posto... ajudou bastante... então as UPAs... ficam mais pra quê? urgência e emergência... cê quer uma consulta? então você vai lá no posto... então acho que melhorou muito essa questão... hoje não precisa de você levantar mais cinco... seis horas da manhã pra você ir pra uma consulta... outro dia... eu fui lá no posto... 'sua equipe é de oito as nove'... então eu posso ir oito horas... marca pra amanhã... depois de amanhã... o clínico... então é bem mais vantagem... (E8 Silvia).

No que se refere às transformações dos serviços de saúde as afirmativas quanto às melhorias dos serviços eram em grande parte seguidas pela conjunção “mas”, ou por algo que apresentasse sentido equivalente, denotando, portanto, aspectos negativos da assistência. Logo, mesmo com a percepção da melhoria dos serviços prestados, em especial na Atenção Básica, os entrevistados apontam aspectos que ainda precisam avançar.

vem melhorando muito... precisa melhorar mais... mas vem melhorando muito... eles vem trabalhando nisso né... vem criando projetos né... pra melhorar... então eu achei que melhorou bastante... (E8 Silvia).

então isso assim... melhorou muito muito mesmo... tem muito que melhorar ainda... por que tem... não é tudo flores também... nesse meio... nesse bolo que eu to te falando... (E2 ACS).

é... alguma coisa melhorou... e alguma coisa tá deixando a desejar ainda... que podia melhorar... (E6 Lúcia).

Na avaliação dos atendimentos prestados dentre os maiores problemas apontados estão a acessibilidade aos níveis de maior complexidade, às consultas e aos exames especializados, e o funcionamento dos serviços de urgência e de pronto atendimento. Aspectos reiterados pela bibliografia consultada. A médica entrevistada sintetiza tais problemas amplamente vivenciados em seu cotidiano de trabalho e também mencionados pelos demais entrevistados.

aí vem aquela questão... a questão problemática... que eu vejo... que é o terciário... são as especialidades que... não sai consulta... tem muita dificuldade... os exames de alto custo... também não saí... é difícil... a fila né... por causa da demanda... ortopedia... é difícil... as cirurgias que são também... por exemplo... cardiovascular... cabeça e pescoço... sai pouco... coloprocto... o básico eu consigo... assim... otorrino... cardiologista... dermatologista... mas ortopedista eu acho que é por causa da demanda... que é muito alta... custa muito a sair... endócrino também demora... (E3 Médica).

você não tem suporte numa UPA... cê não tem vaga... numa UPA você não tem os medicamentos que você precisa... você não tem a quantidade de médico que você precisa... você não tem os exames que você precisa... e não tem os leitos de urgência... entendeu? você chega na UPA... você fica aguardando uma vaga de internação hospitalar... aí joga o paciente numa central de leitos... que são poucos os hospitais que abrem vaga pra gente aqui em Belo Horizonte... né... e região metropolitana... então o paciente ele fica muito tempo as vezes esperando uma vaga de urgência... por exemplo... se for um caso cirúrgico... cê não consegue um leito pra fazer uma cirurgia... então você fica muito tempo esperando... tanto em urgência quanto em eletiva... (E3 Médica).

Na perspectiva dos usuários as queixas sobre as UPAs são frequentes e se destacam no conjunto dos dados. Essas queixas, mormente, se referem à ausência de conforto, ao grande contingente de pessoas e à demora em ser atendido ou transferido.

é... esse UPA que tem aí... é o único lugar... único lugar que a gente tem que cair... vou falar com você bem a verdade... o UPA... o UPA... se o inferno é ruim... ali ta pertinho do inferno... (E6 Manoel).

Na fala dos usuários o tempo de espera, a demora em ser atendido, é uma queixa recorrente quanto aos serviços públicos de uma maneira geral. A maior parte dessas queixas diz respeito exatamente aos níveis de maior complexidade da assistência. Entre as situações mencionadas há desde exames que perderam a validade pela demora na marcação de consultas especializadas até graves complicações no quadro clínico do paciente, que na grande maioria das vezes decorrem da combinação entre a ausência de atendimento em tempo hábil no sistema público e a ausência de recursos financeiros para efetivar o tratamento no setor privado.

o tempo de espera tá muito grande... [...] a gente tem muita dificuldade... entendeu... numa marcação de consulta especializada... ô gente... levar um ano... levar seis meses... pra você marcar... um retorno que o médico pede com três meses... não sai com três meses... (E6 Lúcia).

a guia de cirurgia... já tá aí... agora já não tem mais validade... é coisa cirúrgica... aí... vai fazer um ano agora... agora eu falei... se sair eu tenho que renovar né... porque aquela já não serve mais... (E5 Ana).

aquela pessoa... que não tem mesmo condição... fica esperando... fica esperando e acaba virando um maligno... igual virou o do papai... porque naquela época ele não podia pagar né... (E6 Lúcia).

Ainda entre os usuários, além da demora no atendimento foram frequentes tanto queixas quanto comentários elogiosos com relação à conduta dos profissionais de saúde e à qualidade dos atendimentos prestados. Dentre as queixas foram mencionadas críticas relacionadas à negligência no cuidado durante internações, condutas inadequadas dos profissionais e despreparo técnico e/ou inexperiência na abordagem do problema de saúde. Isso tanto no sistema público como no privado. Além dessas, foram também frequentes reclamações relacionadas à falta de profissionais alocados nos serviços, especialistas e generalistas, em especial no SUS. Já os comentários elogiosos de todos os entrevistados, profissionais e usuários, em sua grande maioria se referiram a um perfil humanizado de atendimento no SUS, que prima pela vinculação entre profissionais e usuários, e, no segmento privado, se referiram à possibilidade de escolha dos profissionais e prestadores de serviços.

Na sequência, quatro trechos de fala exemplificam as queixas. O primeiro e o segundo relacionados a atendimentos realizados em um hospital público e em um hospital de plano de saúde, respectivamente. O terceiro, relacionado aos profissionais alocados no segmento privado de planos de saúde e o último à falta de profissionais na atenção básica.

a hora que ele entrava... já começava falar... nem olhava na cara da pessoa não... aí papai tinha que ser transferido que ele tinha que fazer a radioterapia... é assim ó... igual cachorro... (E6 Lúcia).

o problema dos planos de saúde é que pra economizar eles estão pegando técnicos sem experiência... é o que a gente tem a reclamar é isso... (E7 Claudia).

meu pai teve uma pneumonia por aspiração de alimento... já tinha tido várias na realidade... mas os médicos não viam... porque os médicos... poucos médicos sabem ler um raio x... a maioria não sabe... em quase todos os lugares que eu vou... eles não sabem ver um raio x... e identificar o laudo... E7 Claudia).

as médicas aqui do posto... elas são muito boas... mas não para... entendeu?... fica dois meses... três meses... quando vai acostumando com o paciente... 'ah... fulano de tal vai embora'... aí fica quinze dias... um mês... dois meses... um ano... não tem médico não... (E6 Lúcia).

Alguns dos sujeitos entrevistados, ao avaliarem os serviços em seus aspectos negativos consideraram informações compartilhadas por familiares ou pessoas conhecidas, quando não apresentavam experiências pessoais para fundamentar suas críticas, ou ainda, em informações divulgadas pela mídia televisiva. Algumas dessas informações, apesar de contrariar experiências pessoais narradas pelo próprio entrevistado, na situação de entrevista foram mencionadas enquanto critérios de avaliação da qualidade dos serviços.

porque a gente sempre teve... o plano de saúde... então nós falamos pelo que a gente vê... pela experiência que a gente vê... e conversa com pessoas que precisam... e que tem contato com a gente... né... igual... no caso... o meu cunhado... (E7 Claudia).

a gente tem visto isso na televisão... e as vezes volta pra casa sem ser atendido... porque tá muito cheio... tá com superlotação... né... ou porque o médico não foi né... (E8 Silvia).

Os comentários positivos, elogiosos, além de se direcionarem para o que caracteriza o atendimento humanizado e a política de vinculação proposta pelo SUS, explicitaram certo cuidado em deixar claro que o atendimento neste setor foi satisfatório. Isso se deu em especial na fala dos usuários entrevistados quando se tratava dos profissionais alocados nas equipes de referência. Em contraposição, no conjunto dos dados não foi representativo elogios direcionados estritamente aos profissionais alocados no segmento privado.

eu não posso reclamar do SUS em nada... o tratamento foi excelente... (E8 Silvia).

não... é o que eu falo... nós não podemos queixar... né... agora eu não sei os outros... né... 'ah... eu não fui atendida'... não... eu não... não posso falar não... eu fui muito bem atendida... (E5 Ana).

PAULO: a nossa médica que nos atende é muito boa...

ANA: a médica aqui... da nossa equipe... é EXCELENTE ((entonação enfática))... sabe?... tanto a S. ((enfermeira da equipe)) quanto a J. ((médica da equipe))... (E5 Ana e Paulo).

Na fala dos profissionais as características do sistema público, percebidas como satisfatórias, não raras vezes e de maneira mais explícita, são mencionadas em defesa do SUS. Nesse ínterim, a estratégia de vinculação e a abordagem de humanização são características reafirmadas em oposição à vinculação comumente experimentada no acesso aos serviços do setor privado. Nele, o que há é a ausência da proposta de humanização e de vinculação, tida na fala dos profissionais como um aspecto negativo na utilização destes serviços.

por que a abordagem da gente é muito bacana... as vezes o modo de você conversar com o paciente... ajuda demais... muito muito mesmo... (E2 ACS).

pode falar que o SUS é isso e meter o pau no SUS... mas como eu já trabalhei muito no hospital do SUS... então eu vejo que tem esse calor humano... que não tem no hospital privado... (E2 ACS).

no privado... o quê que acontece... você não cria tanto vínculo... (E3 Médica).

a falta de vínculo... eu acho que isso é uma desvantagem... por que dependendo do profissional... ele te atende de uma forma tão pontual... que... você volta depois e ele não lembra... do seu caso... da sua história... (E1 Gerente).

As comparações entre vantagens e desvantagens encontradas em ambos os setores da saúde estão presentes ao longo de todas as entrevistas. Estas aparecem como forma de valorização ou de depreciação do perfil de atendimento típico em um ou em outro setor e envolvem noções relativas à organização da assistência, à cobertura, à agilidade e à comodidade ofertada. Além disso, referem-se à gratuidade ou à necessidade de financiamento dos serviços e procedimentos.

Dentre as vantagens e desvantagens apontadas pelos entrevistados a organização da assistência por área de adscrição, aparece como um ganho importante para o estabelecimento do vínculo entre os usuários e a UBS, que viabiliza o conhecimento detalhado e o acompanhamento em longo prazo dos casos. No entanto, o estabelecimento da área de adscrição também aparece com o sentido de sobrecarga de trabalho na fala dos profissionais, uma vez que estabelece metas de cobertura assistencial dificilmente cumpridas no que se refere ao amplo contingente populacional.

hoje em dia melhorou muito isso aí... eles são muito mais bem acompanhado aqui pelo SUS as vezes do quê... o paciente que é do plano de saúde... se ele quisesse... hoje nós vamos atrás do paciente... nós que somos agente comunitário de saúde... nós vamos... nos temos aquela listagem de todos os hipertensos... de todos os diabéticos... os insulino dependente... (E2 ACS).

os centros de saúde com cerca de oitenta trabalhadores para atender dezenove mil habitantes... então... e o serviço privado não tem isso... né... área de adscrição... [...] e aqui... tem que se dar conta desses dezenove mil... [...] aí:... é questão da lógica... você vai ter que atender vinte pacientes por dia... fazer reunião de equipe pra fazer planejamento... fazer visita domiciliar daqueles acamados... então... isso pra ter uma consulta por ano...[...] então assim... a questão é que a agenda... ela não cabe nas quarenta horas dos profissionais... (E1 Gerente).

Já na perspectiva dos usuários, mesmo com os reconhecidos benefícios advindos com a implantação do SUS, a organização da assistência no sistema público muitas vezes representa a impossibilidade de escolher deliberadamente o profissional ou o serviço em que será atendido, o que no setor privado não só é possível, mas também uma prática comum e disseminada. Além disso, são mencionadas situações em que os usuários questionam a burocratização do fluxo de atendimento no SUS para a obtenção de determinados benefícios.

no SUS você é escolhido... as vezes você não gostou do médico... ele te atendeu e pronto acabou... você vai voltar pra casa... vai tentar outro né... outro dia... mas você foi escolhido... você não tem direito de escolher... 'ah eu não quero esse... eu quero fulano'... não... você não escolhe... você é escolhido... agora o convênio tem essa vantagem... né... a gente pode escolher... posso escolher... 'ah não gostei... vou passar em outro'... o particular ainda... tem mais essa vantagem... porque já que eu vou pagar... eu vou escolher melhor né... 'quem que você me indica? quem que é bom?'... eu vou no profissional que vai me satisfazer... né... (E8 Silvia).

na Secretaria da Saúde... o quê que acontece?... tem medicamento... que você tem que pegar a receita todo mês... isso pra mim é um atraso... porque eu vou lá... pego remédio esse mês... quando é daqui trinta dias... eu tenho que ir no posto pra pegar... aí pra ir no posto... eu não posso ir direto na médica não... eu tenho que ir na triagem... aí eu vou na triagem pra falar que eu preciso desse medicamento... [...] eu acho que é questão de pensar um pouco... de facilitar a vida... se os postos ficam tão cheios assim... porque uma receita de quem pega... já fornece as três... por esse motivo eu não vou aparecer lá... já poderia facilitar... se o paciente tá doente e tudo... por que tem que levar ele lá?... por que tudo tem que passar na triagem?... tem coisa que podia tá melhorando aí... (E5 Lúcia).

Uma das características mencionadas pelos profissionais entrevistados no sentido de valorizar a lógica de funcionamento do SUS em oposição à do segmento privado, por sua vez, refere-se às normas e aos protocolos de segurança e de atendimento, que asseguram a qualidade dos insumos, bem como de procedimentos para prevenção e tratamento de doenças. Assim, o que na fala dos usuários aparece muitas vezes como um empecilho ou atraso, na fala dos profissionais é uma característica do sistema público que assegura a confiabilidade dos serviços. O que é notável nas falas a seguir, de todo modo, é que elementos de regulação das práticas de saúde, que devem ser válidos para ambos os setores em termos de cuidados com a população assistida, aparecem desarticulados ou se mostram ausentes no segmento privado.

a questão da vacinação... as casas de vacinas que existem... entendeu?... as vacinas... elas tem um tempo né... de validade... e dependendo do que acontece... elas não podem ser utilizadas... por exemplo... elas tem que ficar... conservadas... em uma temperatura... ideal... geralmente é de dois a oito graus... quando acaba a energia nessas casas de vacina... entendeu... e as vacinas ficam lá... as vezes seis horas... sem essa temperatura ideal... o quê que você acha?... você acha que eles desprezam essas vacinas que eles compraram... ou eles deixam lá pra aplicar novamente?... no SUS isso não acontece... porque quando cai energia... a gente é obrigado a fazer um monte de relatório... falando que acabou a energia... e as vacinas passam... por... procedimentos... pra ver se elas ainda tem validade ou não... no setor privado não... entendeu? (E4 Enfermeiro).

o setor privado nunca esteve... e eu acho que não estará nos próximos quinze anos... preparado pra atender... doenças que a gente chama de endêmicas né... a questão da dengue... né... todas... viroses de

uma forma geral... esse sistema privado não tem protocolos que regem... diferentemente do SUS... quando o paciente já chega com uma sintomatologia... de dengue... né... febre alta... dor de cabeça... dor no corpo... então já tem um protocolo que nos rege... 'olha você tem que fazer isso isso e isso'... cê entendeu?... mas isso é muito bom que direciona... pra essas questões... (E4 Enfermeiro).

Além desses, são também mencionados como aspectos positivos do setor público a oferta de medicamentos gratuitos ou a preços mais acessíveis, a cobertura de tratamentos específicos, como é o caso da tuberculose e do HIV/AIDS, e as visitas domiciliares.

o acesso a questão de medicamentos... eu não conheço plano de saúde também que oferta medicamentos... a não ser que eles... a nível hospitalar... entendeu?... não tem plano de saúde que o médico prescreve uma medicação e você tem uma farmácia pra ir lá pegar... a medicação... no SUS tem... então o profissional prescreve qualquer coisa pra você... você vai na farmácia e olha se tem a medicação ou não... né... (E4 Enfermeiro).

o paciente que tem TBC... o agente comunitário... durante o período que descobre a doença e começa o tratamento... nós... eh... chama t d o... tratamento... orientado... por dia... todos os dias o agente comunitário vai na casa do paciente dar ele a medicação... cê entendeu... então assim... durante mais ou menos... os três primeiros meses que ele precisa dessa medicação do SUS... NÓS ((entonação enfática)) vamos lá dar essa medicação todos os dias pela manhã... então onde que um plano de saúde vai fazer isso?... entendeu? (E2 ACS).

tem também os acamados... que não tem serviço de home care do convênio... e aí querem visita... e a gente vai normalmente... faz o acompanhamento... vamos supor... um idoso... sabe?... eles também pedem... 'ah eu tenho convênio... mas o médico não vem em casa'... aí a gente faz... passa a fazer o acompanhamento combinado né... cê vai... você faz o acompanhamento dele... básico... de clínica médica... e assim... excepcionalmente... quando precisa de uma urgência... eles procuram um hospital particular... (E3 Médica).

Apesar da reconhecida proposta de cobertura universal e integral do SUS, na fala dos usuários é frequente o relato do uso dos serviços do SUS combinados com os serviços privados, bem como a alegação de que é no segmento privado que se encontra os serviços e equipamentos necessários para a assistência à saúde, sobretudo nos níveis de maior complexidade.

o SUS... você já não consegue né... você não consegue fazer uma mamografia... igual a gente vê na televisão... você não consegue fazer NADA né... agora não tem mais um remédio nos postos de saúde... que é direito nosso... que a gente paga os impostos... não tem remédio... nenhum... esse posto de saúde... esses dias atrás... não tinha... nenhum médico... nada... (E7 Claudia).

meu Deus um paciente com dor abdominal... o quê que é preciso? um ultrassom... cê chega lá... você vai ter que fazer o quê? esperar... pra te EN-CA-MI-NHAR ((entonação enfática e silabação)) pra outro lugar pra fazer esse ultrassom... 'ah cê tá precisando de uma tomografia'... esperar pra te encaminhar... e no convênio... queira sim queira não... você encontra tudo isso... você encontra... (E8 Silvia).

Nesse sentido, o setor privado aparece na fala dos entrevistados, usuários e profissionais, principalmente por oferecer maior comodidade e agilidade na marcação de consultas especializadas, bem como no atendimento dos serviços de urgência, além de

oferecer, como já mencionado, melhores condições de atendimento e autonomia na escolha dos profissionais e prestadores de serviços. Aspectos esses, também retratados pela literatura consultada.

eu acho que a vantagem ainda do setor privado é a comodidade... o conforto... e uma questão quase que estética... de hotelaria... né... a vantagem de marcar por telefone... de não ter que ser presencial... né... a vantagem de poder marcar via internet... né... a vantagem de você escolher o profissional... né... (E1 Gerente)

olha... o privado... eu vou te falar... não é que seja melhor do que o SUS... entendeu?... ele é... realmente... ele é mais rápido... ele é mais eficiente... cê tá entendendo?... por que se não tem o médico aqui tem ali... se não tem ali tem aqui... quer dizer... e o SUS cê tem que esperar... (E5 Ana).

paciente as vezes ele vem no posto e ele fala assim... 'eu queria continuar meu tratamento no posto... mas eu mantenho o convênio pro caso de urgência... só pra ir num hospital... se precisar... pro caso de internação'... sabe?... (E3 Médica)

a vantagem de você pagar... é que você acha... o seu médico... o médico que você quer né... a hora que você quer e quando você quer... você escolhe... VOCÊ ((entonação enfática)) escolhe... você não é escolhido... né... (E8 Silvia).

Há, no entanto, dados que confrontam essa perspectiva de que o setor privado oferece maior agilidade e facilidade de acesso que o setor público. Nesse sentido, no conjunto dos processos assistenciais as discrepâncias envolvem expectativas e concepções prévias sobre os serviços de saúde, especificidades relacionadas aos procedimentos assistenciais demandados e limites de cobertura estipulados pelos planos de saúde.

porque as pessoas pensam o seguinte... quando ela tá pagando... um plano de saúde... ela liga e marca a consulta dela... liga e marca o procedimento... aí independente do regulador falar com ela assim... 'oh... há vaga pra daqui dois meses'... ele fica satisfeito com isso... quando ele vem no SUS... ele acha que tem que ser resolvido naquele momento... (E4 Enfermeiro).

os particulares também estão deixando muito a desejar... você paga caro... pra você fazer um exame demora dois meses... eles não cobrem quase exame nenhum... só pode fazer um exame por ano... você paga um tanto... se quiser fazer uma tomografia... você tem que fazer particular... você tem que pagar... porque o plano não cobre... (E7 Claudia).

é... talvez a consulta aqui saia mais rápida... a clínica sai mais rápida... sai no mesmo dia... na semana seguinte no máximo... e no privado você demora um mês pra marcar... as vezes até mais... (E3 Médica).

ele trabalha viajando... e ele sofreu um acidente muito grave... saiu até no jornal... e nesse caso aí... a gente tem o convênio mas não foi usado ((riso))... porque... o próprio SAMU... foi até lá... eu nem sabia do acidente... tirou ele daquela situação... e levou ele pro João XXIII... nisso... como foi um caso muito grave... ele quebrou a bacia... ele quebrou o fêmur... ele teve risco de vida... aí eu não pude tirar ele de lá... aí ele ficou lá... mas eu pensei em tirar ele de lá... pelo seguinte... eu achei assim... meio demorado... ele precisava colocar parafuso... tanto no fêmur quanto na bacia... e eu achei que tava demorando muito... esse procedimento... aí eu fui e conversei com o médico pra tirar ele de lá e levar ele pro convênio... só que aí o médico pegou e falou comigo... 'não... não é por causa que é SUS ou deixou de ser SUS... é o caso dele que precisa dele recuperar um pouco... então ele precisa ficar aqui esse tempo... não tem como você tirar ele agora... se você tirar a responsabilidade vai ser sua?... então eu deixei ele lá... ele ficou lá quarenta dias... e assim... não tenho nada a reclamar... foi muito bem atendido... (E8 Silvia).

Em termos comparativos o conjunto dos dados ainda aponta diferenças entre as modalidades do próprio setor privado. Essas diferenças, em síntese, relacionam-se à agilidade no atendimento, ao tipo de cobertura ofertada pelos planos de saúde e aos preços cobrados pelos serviços e procedimentos.

a diferença foi... quando eu fui pro particular... que eu não estava acostumada... a pagar... eu vi isso... que me perguntaram... 'é convênio ou é particular?'... aí quando eu falei particular... consegui... aí... chegou uma pessoa depois de mim... e era convênio... aí ela falou... 'ah convênio não tá marcando agora não?'... aí eu pude ver porque... o dinheiro entra na hora né... aí eu vi essa diferença... (E6 Lúcia).

mas esse plano não dá internação... todas as vezes que ele precisa internar... ele vai pro UPA... (E6 Lúcia).

quando é particular é a clínica... porque particular mesmo... esses aí... coisa... diz que ta cobrando duzentos... uma consulta... isso aí eu nem passo perto ((risos)) [...] por que a clínica também... é particular... mas é um preço muito/ é mais acessível sabe?... (E5 Ana).

Enquanto aspectos negativos ou desvantagens dos serviços privados, os usuários mencionam as dificuldades para obterem tratamentos de saúde mais dispendiosos, em especial no caso de vinculação à planos de saúde, mencionam também a lógica econômica, de mercado, que caracteriza e fundamenta os serviços privados. Já os profissionais entrevistados apontam como desvantagens as longas e extenuantes jornadas de trabalho e a diferença de remuneração e reconhecimento do trabalho entre categorias profissionais e setores público e privado.

a desvantagem... que eu vejo... é porque eu fico assim... in-di-g-na-da ((silabação))... que... o que era pra ser pra todos... né... que é um bom atendimento... e os médicos... e não é... a desvantagem é essa... aí o quê que acontece? é menos acessível... você vê... a população de classe baixa... sofrendo tanto... por isso... né... porque... é caro uma consulta... um bom médico aí hoje em dia não é menos de duzentos reais... então não é qualquer um que pode pagar... ainda mais num momento de doença né... (E8 Sílvia).

eles colocam duas pessoas sem experiência pra atender SEIS ((entonação enfática)) pacientes... então assim... pra economia... né... porque hoje em dia... todo mundo quer ganhar o dinheiro né... então pra economia... eles estão colocando profissionais sem experiência suficiente pra atender os pacientes... é a falha do plano de saúde... (E7 Cláudia).

um enfermeiro do plano de saúde... ele trabalha quarenta horas... mas o serviço que ele realiza... ele consegue realizar oitenta horas de serviço em quarenta... esse profissional também... da rede privada... ele fica... né... cansado... e a qualidade do trabalho já não é mais a mesma... (E4 Enfermeiro).

eu acho que com exceção do profissional médico... o setor público paga melhor todos os outros profissionais... (E4 Enfermeiro).

De maneira geral, ao serem questionados sobre a assistência à saúde no Brasil, considerando o sistema público e o segmento privado, ambos os grupos de entrevistados formularam espontaneamente avaliações que focalizavam o sistema público. Os profissionais apresentaram tendência a reafirmar a proposta assistencial do SUS, enaltecendo-a, enquanto

os usuários adotaram significações como: precária, caótica, burocrática, defasada e incerta. Alguns usuários, nesse sentido, propuseram uma reformulação completa da organização da assistência e outros sugeriram, a partir do que consideram um sistema assistencial de saúde ideal, um SUS com o padrão de assistência oferecido pelo segmento suplementar.

a saúde no Brasil... que eles tinham que... fazer... planejar... criar um novo atendimento ao público... que merece... porque paga imposto... eu acho que tinha que ser revisto... e refeito um outro... com outros padrões... todos atuais... pra atender as pessoas que realmente... que necessitam e que morrem sem atendimento... porque é péssimo o atendimento no Brasil... (E7 Claudia).

não to falando da beleza... né... de tudo... como que eu vou te dizer... 'ah... lá é lindo... lá é arrumado'... não estou falando disso... eu estou falando é das condições... né... é das condições que eu estou falando... se fosse um SUS com o padrão do particular... ou do convênio... nós seríamos bem mais atendido... só que a gente não tem isso... (E8 Silvia).

Entre os profissionais, a Gerente entrevistada também faz comentários considerando um ideal de assistência a partir da estruturação híbrida dos serviços. No entanto, na avaliação dos aspectos estruturais da assistência à saúde brasileira é o enfermeiro entrevistado quem menciona o papel e as influências que os serviços ofertados pelo segmento privado vêm exercendo no conjunto das ações assistenciais. Conforme afirma, historicamente há uma inversão da proposta assistencial do SUS, que prejudica a qualidade da assistência em ambos os setores da saúde.

olha... o ideal... que a gente pressupõe... é que o SUS... essa coisa... de ser sistema ÚNICO ((entonação enfática)) de saúde... é que fosse único mesmo... né... e não... eh... único PÚBLICO ((entonação enfática))... que a gente pudesse ter uma integração... e é o que eu espero... [...] eu acho assim... eh... nesse momento... é quase utópico... ((risos))... né... mas eu acho que a gente tem que caminhar pra isso... pra uma unificação... independente de ser público ou privado... né... (E1 Gerente).

o que eu acho assim... interessante... mas não está na nossa governamentalidade enquanto profissionais de saúde... sabe... essa questão de realmente... fazer cumprir o papel de cada setor... entendeu?... [...] e aí... qual é o papel do setor privado?... é a saúde suplementar... eles deveriam trabalhar só com o que o SUS não oferta... entendeu?... quando você pega lá os parágrafos da constituição... né... tem a parte lá da saúde suplementar... e lá fala o seguinte... 'poderá existir... no Brasil... atendimento privado... desde que este tenha caráter su-ple-men-tar' ((silabação))... cê entendeu?... o que hoje não acontece... hoje não é assim... hoje não... acho que desde sempre não foi assim... né... é isso que desconfigura... e atrapalha a qualidade dos dois lados... tanto do privado quanto do público... (E4 Enfermeiro).

Com isso o entrevistado, além de considerar o processo histórico e institucional de estruturação da assistência, reitera a necessária regulação das atribuições de cada setor, em especial o suplementar, discutida por autores já comentados ao longo do trabalho. Dentre eles Menicucci (2007), Santos (2011), Bacha e Schwartzman (2011) e Santos e Amarante (2010).

Em suma, nas percepções dos participantes da pesquisa, entre avaliações e comparações sobre os serviços públicos e privados de saúde, o que se mostra decisivo é tanto o funcionamento quanto a acessibilidade dos serviços. Na perspectiva dos profissionais é mais nítida a importância atribuída à lógica assistencial pautada nos princípios fundamentais do SUS. Por entenderem a racionalidade sobre a qual o serviço se estrutura, estes defendem os benefícios viabilizados por ela. De toda forma, os profissionais também mencionam e explicitam os pontos dessa lógica de funcionamento que configuram verdadeiros obstáculos à assistência integral e de qualidade. Já entre os usuários, o critério norteador das avaliações diz do grau de efetividade dos serviços em solucionar as demandas assistenciais. Nesse sentido, o tempo, a agilidade no atendimento, se mostrou um dos aspectos de maior relevância, principalmente em se tratando dos serviços de média e alta complexidade. Além disso, é possível afirmar que os aspectos relacionados à política de humanização e de vinculação entre serviços, profissionais e usuários mostrou-se uma temática que se destaca na fala dos participantes da pesquisa. Isso se dá, considerando os dados observados até aqui, tanto como um aspecto que traz uma série de positivities e melhorias para a assistência pública, quanto como um aspecto que marca diferenças entre o sistema público e o setor privado, tanto no que se refere ao perfil de atuação profissional quanto no tocante à organização da assistência.

- Modulações das práticas entre serviços, profissionais e usuários.

Os aspectos relacionados às políticas de humanização e de vinculação se destacaram no conjunto dos dados não só pela distinção que estabelecem entre os serviços públicos e privados ou pela definição de um perfil característico dos profissionais que trabalham no SUS. Eles também demonstram como a lógica de funcionamento dos serviços e as condutas dos profissionais e dos usuários se influenciam mutuamente. Além disso, como uma característica que marca a diferença da relação que os atores estabelecem com os serviços públicos e privados de saúde, o tema da vinculação evidencia aspectos de tensionamento e de entrelaçamento entre os respectivos serviços. Mais ainda, faz emergir do conjunto dos dados, além de um perfil característico dos profissionais, um perfil ou certa tipificação também dos usuários. Portanto, identificados aqui como aspectos de modulações das práticas dos atores envolvidos, as noções de humanização e de vinculação, amplamente disseminadas em especial no segmento público, apresentam a característica de estratégia, tal como descritas por Certeau (1980/2014), e assumem no presente texto o status de eixo de análise ou de categoria analítica de ambos os setores assistenciais.

Ampliando a noção de vinculação difundida no cotidiano da assistência, essa pode abarcar a relação que os profissionais estabelecem com os serviços, qual seja, a de vínculo de trabalho. Dito isto, no conjunto dos dados, além da diferença salarial já explicitada, foram evidenciadas a preferência dos profissionais pelo trabalho no SUS, a diferença na valorização do trabalhador segundo sua categoria nos diferentes níveis de atendimento e segmentos da assistência, em especial do profissional médico, e a importância de se ter um “perfil” adequado para atuar no serviço público.

Apesar de todos os trabalhadores entrevistados apresentarem inserção tanto no serviço público como no privado constata-se que é unânime a preferência pelo trabalho desempenhado no serviço público. Isso se deu por diferentes razões, em suma, influenciadas pelos respectivos processos de formação e de consequente atuação profissional, bem como pelo investimento do profissional na proposta assistencial do SUS e pelo tipo de vínculo estabelecido com os usuários, pela valorização que os usuários lhe conferem. Entre os profissionais entrevistados isso é claramente explicitado na fala da Gerente e da ACS.

optar pela carreira na saúde pública... pra mim era... quase que a melhor opção... ou a única opção... eu não conseguia me ver só em clínica privada... cheguei a ter durante uns dois ou três anos logo que eu formei... eh... consultório... mas eu vi que não era a minha área de interesse... porque... eu acredito no SUS... e eu acho que é importante... assim... é um retorno que eu posso dar... por ter estudado em uma faculdade pública neh... e não/ acho que eu não estou em dívida com ninguém mais não sabe... pelo tempo que eu tenho aqui... mas eu gosto disso... (E1 Gerente).

eu prefiro trabalhar no SUS do que no serviço privado... prefiro... pelo fato dos pacientes ser totalmente... assim... eles valorizam a gente... o paciente do público... (E2 ACS).

Os entrevistados evidenciaram diferenças de valorização do profissional relacionadas especificamente à categoria médica. Sobre isso, a Médica entrevistada explicita como experimenta a diferença de tratamento que os usuários lhe direcionam, conforme afirma, a partir do setor em que trabalha. Isso envolve as concepções prévias desses usuários sobre o funcionamento dos serviços e sobre o trabalho desempenhado pelos profissionais alocados nos mesmos. Esse aspecto também foi mencionado pela Gerente entrevistada.

eu acho que o paciente olha de um outro jeito... parece que você sabe mais... você é o mesmo médico... mas ele te olha diferente alí sabe... parece que você é MELHOR ((entonação enfática))... do que você é na realidade... só pelo lugar que você trabalha... quê isso né? é diferente... é esquisito... ((risos)) [...] é esquisito assim... você trabalha em dois lugares... num mesmo dia você vai num lugar e vai no outro... e aí... o paciente te olha diferente... sabe... cê ta num hospital eh... particular... que é mais chiquezinho... e tal... e o paciente... ele parece que ele te respeita mais... conversa de um jeito diferente... no SUS não... é mais... largado... é como se... sabe... se você fosse um médico assim... ((risos))... ah... eu acho que o jeito de falar... as vezes... vamos supor... eu trabalho em UPA também... tem uns que são até grossos... o paciente é grosso com o médico... ele já chega assim... ‘se você não atender meu pai direito eu vou te processar’... eu falo... ‘calma né’... eu nem comecei a conversar... nem examinei... já vem com aquele

preconceito... que o médico é ruim... que ele não vai olhar direito... que ele não tá ali por quê gosta sabe... e eu acho que tem a ver com o lugar... eu acho que é com o lugar... é... já chega assim... nem olhou pra sua cara e já vem com mil pedras na mão... acontece... ((risos)) (E3 Médica).

as vezes as pessoas tem uma visão deturpada... como se os profissionais que trabalham no SUS fossem diferentes dos profissionais da rede privada... esquecendo que esses profissionais que são do SUS... TAMBÉM ((entonação enfática)) estão na rede privada... ele é o mesmo médico aqui e lá... ele não deixou/ né... a especialidade dele aqui é a mesma especialidade dele fora... né... (E1 Gerente).

Entre os usuários entrevistados, houve algumas menções sobre a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais segundo o setor em que se encontram, se público ou privado. Dentre essas, no entanto, não foram feitas diferenças em termos de qualidade técnica entre profissionais que depreciassem os médicos do SUS. Conforme já demonstrado, tanto as críticas quanto os elogios às condutas dos profissionais permearam ambos os setores assistenciais. Houve, inclusive, maior incidência de queixas relacionadas ao despreparo técnico dos profissionais alocados no segmento suplementar. Nesse sentido, nas falas dos usuários entrevistados os critérios de diferenciação entre o público e o privado se direcionaram para o “lugar”, para as condições da assistência oferecida.

pra mim... eu não vejo... se é SUS... se é da clínica... é como se diz... eu faço todos eles um coisa só... me atendeu?... eu fiquei satisfeita?... por quê que ele vai ser diferente só por que ele é do SUS?... não... ele é um médico estudado [...] então... eu te falo o seguinte... não tem que o médico daqui é melhor do que o de lá... (E5 Ana).

em questão de médico... eu vi que tem bons médicos... isso aí eu não tenho nada a falar não... tanto num quanto no outro... até que tem bons médicos... porque os mesmos médicos que erram no convênio erra também no SUS... o mesmo que erra no SUS erra no convênio... então isso aí pra mim... não tem... eu percebo diferença no seguinte... a gente sabe que no SUS os médicos tratam com mais rapidez né... ((estalos de dedos)) vamos rápido que é muita gente né... é isso que eu percebo... e assim... eles não tem... muito aparelhagem... então eles trabalham com mais dificuldade... é isso que eu percebo... mas eu não vou falar que o médico do SUS é ruim... e que o particular é bom... isso não... tanto é que os médicos do particular trabalham no SUS... o do SUS trabalham no particular... então... só que... a gente vê a diferença o do convênio... por quê? ele tem aparelhagem... ele tem tempo... ele tem um lugar mais adequado... agora... o do SUS não... ele não tem aparelhagem... ele não tem tempo... ele não tem lugar adequado... tá tudo sujo... todo mundo reclamando... todo mundo falando... é bem mais complicado... então as vezes não é o médico... é o ambiente... é o local... é a falta de aparelhagem... é as con-di-ções ((silabação))... mas o médico não... se você pegar um médico bom no convênio... as vezes você pega um bom no SUS também... (E8 Silvia).

Esta fala aproxima-se de problematizações suscitadas pela publicação de Panarotto, Träsel, Oliveira, Gravina e Teles (2009). Nela os autores, em uma situação em que os mesmos profissionais atuavam no SUS e no setor privado, evidenciam como as condições dos serviços podem ser determinantes para a qualidade da assistência prestada. A disponibilidade de equipamentos, de equipes multiprofissionais e de consultas clínicas frequentes, desigual entre os serviços públicos e privados, foram os aspectos que se mostraram mais decisivos para a resolução satisfatória dos tratamentos, à despeito dos esforços dos profissionais. Nesse

sentido, a perspectiva da usuária entrevistada aparece entre os dados empíricos corroborando a argumentação de Panarotto et al. (2009), ao reiterar a importância que as condições de atendimento dos serviços representam para a assistência de qualidade.

Os profissionais entrevistados apontam, mesmo assim, diferenças de valorização do profissional médico feitas pelos usuários dos serviços quanto aos níveis de complexidade/especialidade do atendimento e às funções desempenhadas por cada categoria profissional. Essa diferença de valorização do profissional médico, contudo, parece ser revertida no cotidiano da assistência devido ao estabelecimento de vínculo com os usuários.

ele chega 'eu quero um ortopedista'... e eu falo... 'mas eu posso tratar a sua dor'... 'não mas eu quero... um ortopedista'... insistem né... talvez achando que o... acho que é a valorização da especialidade... ou a desvalorização do médico generalista... né... ((risos)) pode ser... (E3 Médica).

a maior parte dos atendimentos é feita pelos profissionais da enfermagem... mas a maior procura... é por consulta médica... (E4 Enfermeiro).

o médico de PSF não é valorizado... nem pelo governo... e nem pelo paciente... entre aspas... não os meus né... por que... por causa do vínculo... aí acaba que... eu tenho uma boa relação com meus pacientes... mas no geral... (E3 Médica).

Para além do que se refere especificamente à categoria médica, foram recorrentes falas que mencionaram como os profissionais do SUS são valorizados pelos usuários. Isso se deu especialmente na fala da ACS entrevistada, o que leva à inferência de que essa valorização aconteceu inclusive institucionalmente, pela importância que essa categoria em particular passou a representar no funcionamento dos serviços disponibilizados na Atenção Básica.

no SUS não... o paciente valoriza a gente... as vezes tem aqueles né... que tem seu perrengue... mas o paciente do SUS... ele valoriza a gente muito.. 'nossa cês trabalham demais'... e vê a dificuldade da gente... (E2 ACS).

que ele adquire uma confiança muito grande na gente... mas até do que no médico... as vezes... cê entendeu? (E2 ACS).

assim... cê sabe que antigamente o agente de saúde era muito pouco reconhecido né... só que quando/ nessa época que eu entrei não... eu entrei bem depois... já tava mais regularizado... (E2 ACS).

A mesma ACS que se sente significativamente valorizada pelos usuários do SUS, no entanto, tem experiência bem diversa no hospital privado em que trabalha como técnica de enfermagem. Isso evidencia, mais uma vez, a força de influência que “o lugar” exerce sobre a postura dos usuários dos diferentes serviços ao se relacionarem com os profissionais que os atendem. Explícita, nesse sentido, como as combinações entre os diferentes setores e as categorias profissionais podem influenciar a conduta e o vínculo que os usuários estabelecem

com os mesmos. De acordo com os dados gerados pela pesquisa o médico especialista ou alocado no segmento privado parece ser mais valorizado, enquanto os demais profissionais experimentam maior valorização por parte dos usuários do sistema público.

no serviço privado não... ‘eu quero... e você tem que fazer... eu pago o plano é pra isso’... no privado... ‘eu quero esse lençol aqui agora... cê se vira’... mesmo que... eu sou uma simples técnica de enfermagem... ‘você vai se virar... eu quero esse lençol aqui agora... eu quero essa medicação agora’... no plano... é querer tudo na hora... tudo deles é pra ontem... cê entendeu?... eles não vêm que mesmo hospital privado... são três... quatro... até dez pacientes pra uma técnica de enfermagem... eles querem naquele momento ali e pronto e cabo... desde a comida que eles querem no horário certo... tudo... até uma... vamos suportar... eles querem uma comadre pra fazer xixi... se eu falar... ‘espera só um pouquinho que eu vou olhar esse paciente aqui’... ele não aceita não... ‘eu te pedi... eu quero agora’... (E2 ACS).

A predileção do trabalhador pelo serviço público aparece de diversas formas. Além das já mencionadas, se dá através da delimitação e reafirmação do referido “perfil profissional” para trabalhar no SUS, que diz de um investimento pessoal e, algumas vezes, ideológico, nesta proposta assistencial. Esse “perfil” parece centrar-se principalmente na abordagem que o profissional oferece ao usuário do serviço, pautada nessa política própria do sistema público, que visa estabelecer vínculo entre profissionais e usuários. Na perspectiva dos entrevistados, uma abordagem humanizada, contendo grandes esforços para vencer as dificuldades decorrentes das condições precárias de atendimento:

falando especificamente dos serviços da PBH... a gente vê que as pessoas têm um envolvimento neh... e um interesse de fazer o serviço funcionar para o usuário... [...] a maioria... realmente se preocupa com o usuário... e cria vínculo com ele... (E1 Gerente).

as vezes o médico não faz mais por que não tem como... [...] eu trabalhei em hospital público... que atende muito criança com câncer... [...] tinha médico que levava a mãe com a criança pra casa dele... por que na segunda feira tinha que voltar... o tratamento... e pra voltar pro interior... pra voltar na segunda era difícil... tinha médico que levava... a mãe com a criança pra casa dele... (E2 ACS).

No conjunto dos dados das entrevistas com os trabalhadores foram feitas cerca de 23 menções literais aos usuários utilizando-se expressões como “meus usuários”, “meus pacientes”, ou ainda, “minha área de abrangência”. Este parece ser um dado que denota a importância do vínculo entre trabalhadores e usuários, particularmente nesse sentido.

meus usuários... eu conheço... apesar de ser muitos... então eu conheço... (E2 ACS).

por causa do vínculo... aí acaba que... eu tenho uma boa relação com meus pacientes... [...] eles são muito bons assim... eu tenho muito vínculo mesmo... com eles... mas eu acho que esse é o objetivo do PSF... né... criar vínculo com o paciente... com a família... eu gosto... (E3 Médica).

No discurso de um dos profissionais entrevistados a questão do vínculo ganha tamanha importância que se sobressai ao conhecimento técnico. Em síntese o que define o “perfil” almejado para o profissional do setor público diz respeito a sua capacidade de desenvolver uma abordagem receptiva, cuidadosa e atenciosa, enfim, humanizada. Não obstante, os profissionais entrevistados mencionam que não raras vezes enfrentam problemas com trabalhadores despreparados para o trato com os usuários.

a questão de relação com o paciente... é muitas vezes mais importante... do que a condição técnica... [...] pra trabalhar na saúde pública... não basta você ser bom técnico na área de saúde... não basta você ser um bom enfermeiro... [...] você tem que ser um conhecedor da interação humana... [...] essa interação... esse vínculo de relação e de confiança... cê entendeu?... então o profissional que vem trabalhar na saúde pública... ele tem que ter esse perfil... (E4 Enfermeiro).

te dizer que não tem problemas... que não tem trabalhadores que tem uma abordagem um pouco mais agressiva... ou menos receptiva... tem... infelizmente tem... (E1 Gerente).

muitas vezes o usuário chega aqui no posto... ele é barrado aqui... eu vejo as vezes... então pessoas as vezes despreparadas... pra atendê-los na portaria... o quê o médico não faria lá dentro... ta fazendo com ele aqui... então cria uma barreira muito grande as vezes... (E2 ACS).

Na perspectiva dos profissionais entrevistados tais problemas decorrem da ausência de uma avaliação ou capacitação desses profissionais, uma vez que este mencionado “perfil” não configura um critério de seleção para a efetivação desses trabalhadores nos serviços públicos.

o sistema ele ainda não criou uma forma de avaliação pra isso... cê entendeu?... a maioria dos profissionais do setor público é concursado... então quer dizer... passou no concurso... (E4 Enfermeiro).

As concepções e diferenças que marcam os âmbitos do público e do privado parecem ser determinantes para o posicionamento dos entrevistados frente aos campos discursivos e práticos da saúde, assim como para as formas de relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários. No conjunto dos dados é possível perceber que, assim como o vínculo do profissional, o vínculo que o usuário estabelece com os serviços esta intimamente relacionado à lógica de funcionamento da assistência em um ou em outro setor. De todo modo, como o uso dos serviços de saúde acontece de maneira combina, assim também se dá a caracterização do vínculo estabelecido pelos usuários com os serviços. A partir das entrevistas com os profissionais foi possível estabelecer perfis de vinculação entre usuários e serviços públicos e privados de saúde, que forram corroborados pelo conjunto dos dados. Estes perfis são fundamentalmente dois: usuários que utilizam predominantemente os serviços públicos e usuários que utilizam predominantemente os serviços privados, em especial, de planos de saúde.

Dentre os usuários que “dependem” dos serviços públicos há aqueles que se fazem constantemente presentes no cotidiano da UBS, a partir de demandas de menor gravidade ou mesmo sem demandas assistenciais. Nesses casos, o vínculo estabelecido com os serviços parece ultrapassar os objetivos assistenciais.

o paciente do SUS as vezes... ele é muito assim... num sei se é/ não sei a palavra que eu vou usar... eles são assim... é tipo assim... por que o perfil dos pacientes aqui do SUS... ele não muda muito não... é aquele paciente que... ele tá aqui todos os dias... cê pode vim o ano inteiro... os mesmos pacientes... o que não vem na segunda... vem na sexta... o que não vem nessa semana... vem na outra semana... não muda muito... esse SUS dependente... as meninas falam muito... eh... paciente... tipo... piolhinho do posto... esses são os totalmente dependentes do SUS... que eles acham assim... se ele tem uma dor de cabeça... a gente aqui é obrigado a atender ele to::dos ((alongamento de vogal)) os dias... (E2 ACS).

tá ali to::dos ((alongamento de vogal)) os dias... o prazer deles é vim aqui no posto... ou ficar na recepção batendo papo... passar a manhã aqui no posto... a gente... não só eu... que você tá me entrevistando... mas... a gente tem essa visão sim... que esses que são totalmente dependentes têm prazer de estar vindo aqui... (E2 ACS).

a dona V. vem no posto de segunda à sexta... ela inventa coisas que não tem pra poder ta vindo aqui todos os dias... ela criou um vínculo parece... não sei se é com os médicos... com a gente aqui... ela tem a necessidade de estar aqui todos os dias... e teve um dia... ela virou pra mim e falou... ‘ah E. ((ACS))... meu sonho é internar na UPA’... eu falei... ‘dona V. o quê que isso? por quê?’... ‘não eu quero internar na UPA um dia ainda’... (E2 ACS).

Na fala dos profissionais entrevistados esse usuário que faz um uso frequente dos serviços oferecidos no SUS, na medida em que conhece o fluxo dos procedimentos e dos atendimentos no cotidiano do setor público é caracterizado como sendo mais colaborativo com o funcionamento da assistência e tolerante, no que se refere ao tempo de espera. Nesse sentido, o estabelecimento de vínculo com os usuários se mostra um aspecto que facilita a abordagem dos profissionais, segundo as especificidades da proposta assistencial do SUS.

porque ele passa por várias situações diferentes... cê entendeu?... ele passa por situação que ele tem que esperar... mais tempo pra receber aquele atendimento... aquele procedimento... mas que foi ofertado... ele passa por situação que ele foi atendido imediatamente... porque era necessário... e ele começa a ter essa avaliação... então quando você pega um usuário que usa sempre o SUS... ele sempre vai avaliar de bom pra ótimo... entendeu? (E4 Enfermeiro).

o paciente do SUS não... ‘pode olhar aí... depois na hora que você puder você vem cá’... então... essa aí que é a diferença... (E2 ACS).

a relação do paciente que é SUS dependente integral... ela é de cooperação... o usuário do SUS... que usa o SUS no seu todo... ele coopera muito com o serviço... [...] e ele utiliza o máximo possível o que o serviço oferta... ele sabe... o paciente que vem com a gente aqui... sempre... ele sabe... ele conhece todos os fluxos... (E4 Enfermeiro).

Mesmo assim, dentre os usuários mais frequentes no sistema público, há aqueles que na perspectiva dos profissionais entrevistados não compreendem ou reconhecem a qualidade

dos serviços. De todo modo, para aqueles que se veem dependentes dos serviços públicos a reclamação, mormente feita com relação à demora no atendimento e na realização dos procedimentos, ora aparece como algo inviável ora como uma estratégia sem resultados positivos frente aos entraves de assistência encontrados.

vamos supor... ele conseguiu tudo pelo SUS... se hoje ele receber um não... aí o SUS já não presta... tem esse perfil também... (E2 ACS).

as vezes o paciente que tá acostumado... as vezes reclama muito... por que não tem outra experiência... por que... pra quem tá acostumado... só usa o SUS... que é o SUS dependente... vamos dizer assim... né... ele tá acostumado com esse atendimento... então ele não consegue perceber... quão qualificado são esses trabalhadores... [...] então essa dificuldade... as vezes do paciente que é exclusivo do SUS... de perceber... por que quem passa pela rede privada... vê que também tem fila de espera... (E1 Gerente).

não posso reclamar... que eu sei que eu vou lá... tem que esperar... né... não adianta eu rebentar cabelo... ficar doída... roda a baiana lá dentro... porque... não resolve... não adianta... (E5 Ana).

Os profissionais, na delimitação dos “perfis” dos usuários que acessam os serviços de saúde, diferenciam o usuário que depende integralmente dos serviços do SUS daquele que faz um uso parcial, ou seja, um uso combinado entre serviços públicos e privados. De acordo com o conjunto dos dados é possível constatar que essa diferenciação na utilização dos serviços está intimamente relacionada ao nível socioeconômico da população em questão.

o paciente... primeira coisa a gente determinar... o paciente que é... SUS dependente integral... e o SUS dependente parcial... né... (E4 Enfermeiro).

tá muito relacionado... a questão social... entendeu?... ao poder aquisitivo... ao desenvolvimento de escolaridade... entendeu?... eh... a pessoa que tem um poder aquisitivo menor... ela utiliza o SUS como um todo... (E4 Enfermeiro).

o jeito?... o jeito de ser... a condição social... talvez... um tem mais dinheiro que o outro?... fala né... um fala melhor... sabe se expressar... sabe ler uma receita... talvez... (E3 Médica).

Além disso, essa tipificação dos usuários de acordo com o modo com que acessam os serviços de saúde se relaciona às escolhas e preferências da população com possibilidade de acesso aos serviços privados e de planos de saúde devido ao maior poder aquisitivo. Na perspectiva de Claudia:

o SUS... só se não tiver opção... (E7 Claudia).

O vínculo que os usuários do setor privado estabelecem com o setor público é diferente daquele estabelecido pelo nomeado “usuário SUS dependente”: a busca por

atendimento nesses casos é caracterizada como pontual, restrita à determinados serviços e procedimentos ou às situações em que as demandas assistenciais são mais delimitadas.

esses que tem o plano de saúde... não são muito piolhinho do posto igual esses que são totalmente dependente... [...] esses que tem o plano de saúde e usa o posto... eles vem mesmo quando pre-ci-sa ((silabação)) mesmo... eles fazem de tudo pra não tá vindo... quando não tem outro jeito mesmo vem... não que eles vão no plano de saúde... eles vêm aqui quando eles vêm a necessidade mesmo... (E2 ACS).

é o primeiro contato... e talvez o único... durante uma vida toda... né... é muito pontual... esse paciente que vem da rede privada pra gente... ele acaba sempre entrando na questão de demanda espontânea... porque o primeiro contato é sempre demanda espontânea... ele vem buscar alguma coisa... ele vem consciente de que ele vai ser atendido naquele momento... pra aquela questão que ele tá buscando...(E4 Enfermeiro).

Esse uso pontual de alguns serviços ofertados pela UBS se evidencia modulado pelas experiências anteriores do usuário no setor privado. Nesse sentido, a forma com que estes usuários provenientes do segmento suplementar de planos de saúde buscam atendimento no SUS reproduz a lógica de funcionamento dos serviços ofertados pelos planos de saúde, negando ou desrespeitando as especificidades da proposta de organização da assistência do sistema público, o que o enfermeiro entrevistado chama de “fluxos do SUS”. Essa modulação advinda do segmento privado, em especial dos serviços de planos de saúde, ocasiona, na perspectiva do enfermeiro entrevistado, modificações que obstruem o funcionamento normal e programado no âmbito dos serviços públicos.

o paciente que usa o SUS parcialmente... ele não interessa como é o atendimento do fluxo integral... ele tá preocupado assim oh... ele utiliza o serviço da sala de vacina... ‘então eu vou só na sala de vacina... então eu já sei que funciona é assim... eu tenho que passar na recepção... tem um prontuário eletrônico... uma senha e esperar’... ele não sabe como funciona por exemplo a questão de exames... ele não sabe como funciona a questão de atendimento médico... de enfermagem... cê entendeu?... porque não utiliza esses serviços... então ele não se interessa sobre como funciona... aí quando ele precisa... é que causa o problema... porque ele vai vim fora do horário... de agendamento... né... ele vai fazer questionamentos... por exemplo... ele vem e fala assim... não porque eu preciso de um atendimento médico agora... e não é assim que funciona... tem que ter todo o fluxo... né... tem a avaliação da equipe de enfermagem... tudo direitinho... pra ver se é um atendimento imediato... aquela demanda espontânea... ou se é uma questão programada... cê entendeu?... e... tem acontecido ultimamente... (E4 Enfermeiro).

O acesso aos serviços públicos modulado pelos padrões assistenciais do setor privado é uma característica que aparece com frequência entre os dados e relaciona-se à diversas condutas desses usuários. Dentre elas, a cultura disseminada no segmento suplementar de indicação de médicos e profissionais e a explicitação de preferências pessoais.

mas aí é mais por indicação... a pessoa gosta do médico... aí vem e fala... ‘ah a médica do posto de saúde é ótima... acho que você devia ir lá... seu convênio não está resolvendo’... aí ele vem aqui... e fala... ‘olha eu tenho convênio... mas eu to aqui no posto... por que eu queria o atendimento aqui’... (E3 Médica).

por que fulano de tal falou que os médicos... que a ginecologista é boa... que o pediatra é bom... eu quero ser acompanhado lá... (E2 ACS).

Em síntese, os usuários provenientes do setor privado demandam um atendimento diferenciado: que não se submete às regulações, aos fluxos e à lógica de organização e hierarquização da assistência que estrutura os serviços públicos.

ele quer um atendimento diferenciado... por se achar diferenciado... e aí a gente tem que mostrar isso pra pessoa... de que não é assim... são todos iguais né... (E1 Gerente).

‘ah E. ((ACS))... pelo amor de deus... o dia que eu for no posto cê não marca com aquele médico não... cê pede a E. ((enfermeira)) pra marcar pra outro médico’... (E2 ACS).

uma pessoa descobre que é hipertensa... ela já quer ser acompanhada por cardiologista... né... aí ela vai e paga uma consulta particular... depois volta pro básico... fazendo a coisa ao contrário né... é a inversão que existe... (E4 Enfermeiro).

o que mais interfere na questão do paciente que frequenta maior parte do tempo o setor privado... é a questão dele vim em horários diferentes... sabe... (E4 Enfermeiro).

Além do uso modulado pela experiência previa e concomitante no setor privado, não raras vezes foi mencionado como características do “usuário parcial” a desconfiança quanto à qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Aspecto que parece ser revertido na medida em que o contato e o vínculo com os serviços públicos se estabelecem.

o paciente do privado... quando vem ao posto... ele vem com um pé atrás... ele já acha que vai ser mal atendido... que o atendimento é ruim... que o médico vai tratar mal... que não vai pedir os exames... (E3 Médica).

ah que as vezes a gente ia fazer visita... ‘ah não... não gosto do SUS... por que lá é tudo muito difícil... muito misturado’... tinha essa fala assim... ‘é muito misturado... eu tenho medo de’... eles falam até de ser contaminado... (E2 ACS).

ANA: eu achava que o SUS era o fim do mundo... ((risos)) é... falava ‘vai pro SUS... fulano foi pro SUS’... eu falava ‘Jesus misericórdia... foi pro SUS?’... cê entendeu?... porque eu nunca tinha feito nada pelo SUS... eu não sei... era... todo mundo falava... ‘nossa o SUS é ruim’... sabe?... ‘nossa senhora fulano fez pelo SUS’...

PAULO: tem gente que reclama...

ANA: é... isso que eu estou falando... ‘nossa fulano operou pelo SUS... morreu’... ‘ai fulano... coisa... ta aleijado’... então quer dizer... a imagem... era péssima... entendeu?... aí falava comigo... eu ia procurar SUS?... ‘não vou não uai’... (E5 Ana e Paulo).

acho que depois... quando vê a realidade... aí... fica mais tranquilo... (E3 Médica).

Devido às críticas formuladas de antemão sobre a qualidade dos serviços prestados no sistema público e aos parâmetros assistenciais próprios do funcionamento do setor suplementar é também frequente a menção pelos profissionais sobre os altos níveis de cobrança desses usuários provenientes deste setor.

a cobrança de quem tem o plano de saúde é grande... por que fica comparando... né... (E1 Gerente).

é... talvez o que vai no privado ele seja mais... exigente... ((risos))... não sei se a palavra é exigente... o quê que acontece... eu acho que eles... não é que eles cobram mais... eles cobram tanto quanto... mas tem uma visão... assim... crítica... do SUS... até você desmistificar... demora um pouquinho... sabe?... então eu acho que talvez o que vem do privado prefira o privado... não sei... é difícil... (E3 Médica).

Esses usuários, no entanto, ao se depararem com os aspectos em que o sistema público se mostra mais resolutivo e eficiente, em especial no tocante às políticas de vinculação e acompanhamento da Atenção Básica, se dizem surpreendidos com a qualidade do atendimento prestado. Isso, na fala dos profissionais entrevistados, corrobora para que os usuários de planos de saúde permaneçam utilizando de maneira combinada os serviços do SUS.

as vezes ele não criou tanto vínculo com a gente... mas aí ele se surpreende... fala 'nossa... fiquei surpreso de me ligarem pra agendar uma consulta'... (E1 Gerente).

eu tenho paciente que é soro positivo... também... noh fala mesmo... 'oh E. ((ACS))... eu não achei que eu fosse ser tão bem acompanhado igual eu sou aqui'... (E2 ACS).

aí eu acho que eles se surpreendem quando vê que o tratamento é bom... quando vê que os exames que são feitos aqui na unidade saem rápido... eletrocardiograma sai rápido... então não é TÃO ((entonação enfática)) ruim quanto eles imaginavam... (E3 Médica).

normalmente... quando/ a partir do momento que eles são inseridos... eles vão aprendendo como funciona e vai dando credibilidade ao trabalho também... porque eles vem que tem uma qualidade boa... né... eles começam a fazer consultas normais aqui com a gente... procura a parte de vacinação... o serviço de curativo... né... consultas normais mesmo... (E4 Enfermeiro).

Em decorrência do trabalho de vinculação desenvolvido pelos profissionais em alguns casos esse uso combinado acaba por conferir a preferência pelos serviços do SUS. Isso faz com que a frequência de acesso se inverta, de modo que o uso pontual passe a ser feito no setor suplementar e não mais no SUS.

tem pessoas que deixam de consultar num plano de saúde... independente de ser participativo ou não... né... eles passaram a confiar mais no SUS... cê entendeu... nos médicos... nos profissionais... (E2 ACS).

talvez ele goste... não sei... as vezes tem vínculo comigo... não quer largar... muitos deles eu falo... 'não... pode marcar no convênio'... 'não mas eu quero ficar com você'... aí vem aqui e consulta normal... (E3 Médica).

De todo modo, esses usuários permanecem sendo classificados como parciais. Muitas vezes em decorrência dos pontos de estrangulamento da assistência no sistema público os usuários se mantêm vinculados aos planos de saúde, ainda que em regime parcial, coparticipativo ou em um plano de saúde que ofereça uma cobertura assistencial menos

abrangente. Isso se dá, principalmente, para as demandas de maior complexidade ou de caráter emergencial. Portanto, esses usuários estabelecem um acesso aos serviços assistenciais de saúde que busca simultaneamente driblar as desvantagens e articular as vantagens em ambos os serviços, públicos e privados. Dentre essas vantagens e desvantagens destacam-se aquelas relacionadas ao tempo: a agilidade ou a demora no acesso.

internação... se você precisar de uma internação... eu vou conseguir lá no público? vou... não é que eu não vá conseguir... que a gente sabe que tem... mas é mais difícil... então... eu prefiro manter... né... vou pagando... e evito de usar muito... pra poder... não ter que parar de pagar... (E8 Silvia).

a maior parte dos meus usuários hoje... eles trabalham fora... as mulheres trabalham... então assim... muitos médicos tem que levar/ ou elas mesmas... ou os filhos... tem que deslocar aqui do ((distrito sanitário)) pra poder tá consultando... elas vindo aqui na unidade... elas ganham um tempo... (E2 ACS).

aí o quê que eles fazem... eles não dispensam o SUS não... nesse meio tempo... se é uma coisa que eles precisam naquele momento... eles vão no plano... cê entendeu?... mas vamos supor... a pessoa consultou primeira vez... aí entrou aqui no sistema pra tá fazendo o retorno... aí eles vem... 'oh E.((ACS)) cê acha que minha consulta/ meu retorno... por que o médico pediu que eu voltasse com trinta dias...' aí eu já deixo bem claro... 'oh... eu acho que não'... quê que eles fazem? aí eles fazem assim... 'oh E. eu vou fazer o seguinte então... como eu tenho essa necessidade de ta voltando com trinta dias... eu vou no cardiologista do plano de saúde'... né... e geralmente eles tiram xerox do que eles precisam... e levam pro médico do plano de saúde... mas eles não dispensam o SUS não... vamos supor... consultou hoje... ele precisava desse retorno com trinta dias... não saiu... aí ele vai e marca no cardiologia... MAS ((entonação enfática))... se AMANHÃ ((entonação enfática))... sair a consulta dele pelo SUS ele vai no SUS também... eles não dispensam pelo medo de... de ta perdendo aquele vínculo... 'ah não... não vou dispensar não... por quê se eu dispensar eu vou perder esse vínculo com o SUS'... então muitas vezes acontece isso... dele ir naquele momento no plano de saúde... pelo fato de ele ter que voltar nesse tempo... mas se ele foi hoje no coisa e amanhã sair a cardiologia no SUS eles vão também... (E2 ACS).

O processo de expansão da assistência pública que abarca cada vez mais usuários provenientes dos serviços privados não se dá sem estratégias e esforços consideráveis das EqSF e do conjunto de profissionais alocados na Atenção básica. Fundamentados na proposta universal e integral do SUS estes profissionais trabalham para que essa vinculação se estabeleça incluindo a população que acessa predominantemente os serviços privados. Os dados demonstram que esse vem sendo um processo moroso e os resultados construídos à longo prazo. Nesse ínterim, há usuários que permanecem utilizando quase que estritamente os serviços privados, enquanto a Atenção Básica permanece funcionando como principal porta de entrada do SUS.

há recusas... aqueles pacientes que têm convênio e que não precisaram de usar nenhum desses serviços de vacina... de farmácia... muitas vezes recusam até o cadastro... né... (E1 Gerente).

também tem aqueles que as vezes não abre a porta pra mim não... (E2 ACS).

o fato de a pessoa ter convênio... é algo que é da governabilidade deles... uma vez que usa o serviço... a gente não deixa de ofertar... ou nega a oferta... né... assim... no caso de uma procura... pela pessoa ter convênio... então assim... o compromisso nosso é a universalidade... (E1 Gerente).

Em síntese, essas tipificações quanto aos vínculos estabelecidos entre serviços, profissionais e usuários demonstram como a desregulamentação entre setores público e privado acarreta um emaranhado de relações, uma rede de conexões, combinações, entrelaçamentos e modulações que se estabelecem, não raras vezes, a partir dos pontos de estrangulamento e tensionamentos quanto à acessibilidade dos serviços. Para os profissionais a opção pelo trabalho no SUS se dá enquanto um efeito das políticas públicas que acarretam maior valorização dos trabalhadores pelos usuários do sistema público, excetuando os profissionais médicos que experimentam um mercado mais atrativo no setor privado. Já os usuários, mesmo que tenham que lidar com a morosidade no atendimento do sistema público, se mostram satisfeitos com a qualidade da assistência, se avaliada a partir do cotidiano do serviço. Ademais, entre os usuários parciais o processo de vinculação evidencia que a implantação da assistência pública vem se mostrando um processo lento e paulatino, galgado a partir de cada conquista de qualidade angariada pelo sistema público. O que se faz importante, nesse ínterim, é que esse processo de vinculação vem sendo estabelecido concomitantemente à concretização e disseminação da dupla entrada nos serviços públicos e privados de saúde. Isso, somado ao desconhecimento da população brasileira quanto aos fluxos da assistência pública, no entanto, mostra-se prejudicial não só para o gerenciamento cotidiano dos processos assistenciais no SUS, como também para a sustentabilidade financeira dos mesmos, conforme evidencia a literatura dedicada ao tema do hibridismo presente na assistência à saúde brasileira. Além disso, na medida em que esse acesso combinado dos serviços não acontece institucionalmente, ou seja, considerando formalmente a interdependência entre os setores assistenciais, as potencialidades dessa combinação entre o público e o privado não são exploradas. Ao contrário, os mencionados “perfis” dos profissionais e usuários se definem justamente pelos pontos de estrangulamento dos serviços, na medida em que estes não se complementam institucionalmente.

Nesse sentido, o enfermeiro entrevistado em uma visão mais gerencial dos processos assistenciais aponta a importância de se trabalhar considerando as especificidades, não só dos diferentes níveis de assistência – quais sejam, o de baixa, média e alta complexidade –, mas considerando, também, a integralidade e a interdependência estabelecidas entre setores públicos e privados no âmbito da assistência à saúde.

e outra coisa que dificulta muito... essa questão de diferenciar o público do privado também... é saber trabalhar com setores... cê entendeu?... dentro do SUS existe o setor básico... né... o de média complexidade e o de alta complexidade... e o público e o privado... então... é trabalhar com todos esses setores... (E4 Enfermeiro).

A partir do conjunto dos dados explicitados até aqui é possível constatar como os discursos e as práticas dos profissionais e dos usuários no cotidiano da assistência sustentam o uso estratégico e combinado dos serviços públicos e privados. Esse uso estratégico, que envolve tanto aspectos políticos e estruturais quanto contingenciais e cotidianos da assistência, será detalhadamente abordado a seguir. De todo modo, destaca-se que em se tratando de algo referente à conduta dos sujeitos no cotidiano da assistência, estes aspectos discursivos, práticos e estratégicos se fazem intimamente relacionados às questões que, no campo da saúde, modulam os elementos componentes dos processo de subjetivação de trabalhadores e usuários dos serviços.

- Dupla entrada: o uso combinado e estratégico dos serviços de saúde.

Neste eixo de análise estão mais precisamente delimitadas as estratégias de utilização e de gerenciamento empreendidas pelos sujeitos entrevistados de acordo com as práticas que norteiam o acesso, em especial, que caracterizam ou se relacionam à dupla entrada ou ao uso combinado dos serviços públicos e privados de saúde. Essas estratégias envolvem os processos de trabalho e de organização da assistência – quais sejam, o gerenciamento administrativo, das práticas de cuidado e do cotidiano dos serviços –, assim como as práticas exploradas pelos profissionais e usuários para lidar com as dificuldades de acesso. Em vista disso, elementos já apresentados e comentados nas sessões anteriores inevitavelmente se farão presentes, ainda que não sejam rediscutidos sob o mesmo foco.

Em geral, as principais estratégias empreendidas pelos trabalhadores para reverter os entraves e as dificuldades para concretização do acesso no cotidiano dos serviços públicos são voltadas para a lógica de funcionamento do próprio serviço. Não aparecem enquanto uma articulação institucional entre segmentos público e privado. Nesse sentido, além de envolver o gerenciamento administrativo e do cuidado assistencial, abrangem as estratégias de vinculação, de vigilância e de educação em saúde junto à população e, entre os profissionais, de educação continuada, de matriciamento e de atendimentos compartilhados. De todo modo, mesmo não visando a articulação institucional entre os setores público e privado, essas estratégias incluem ainda ações que buscam a otimização do atendimento pela combinação informal dos recursos disponíveis em ambos os setores.

A organização da assistência na UBS em termos administrativos é tarefa comentada e desempenhada pela gerente da unidade e pelo enfermeiro e se centra, principalmente, na definição da agenda dos profissionais e das EqSF. Dentre os aspectos relacionados ao

gerenciamento administrativo dos profissionais percebe-se certa preocupação em estabelecer a melhor relação possível entre equipe e território, bem como a autonomia das equipes em gerenciar os horários de acordo com a demanda a ser respondida. Isso parece evidenciar a importância do cálculo clínico para a organização do serviço como um todo no SUS. Os processos administrativos, portanto, se mostram submetidos ao gerenciamento do cuidado assistencial.

fazer essa ponte é que é mais importante... na verdade a gente fala que é o gerenciamento do cuidado... e o gerenciamento administrativo mesmo... (E4 Enfermeiro).

cada equipe monta a sua agenda de acordo... 'eu tenho tantos hipertensos'... 'tantos diabéticos'... 'tantas gestantes'... 'tantas crianças'... 'quantas vagas eu devo disponibilizar semanalmente pra eu dar conta de atender essa população?' (E1 Gerente).

O gerenciamento administrativo do serviço enfrenta dificuldades relacionadas ao grande contingente de pessoas a serem referenciadas, à intermitente falta de profissionais alocados e à inadequação do perfil dos profissionais em serviço. Isso, contudo, é algo que escapa ao alcance das ações dos profissionais da assistência, uma vez que são aspectos que dizem respeito às condições dos serviços e à estruturação da assistência na UBS e no SUS como um todo.

são dezenove mil habitantes pra cinco equipes de saúde da família... o que dá em torno de quatro mil habitantes por equipe... então... se a gente pegar em dez meses de trabalho tirando todos os feriados... todas as férias... né... e não pensando nem em licença médica... por que o profissional também adocece... você atender quatro mil usuários ao longo de duzentos dias de trabalho... você vai ter que atender quantos pacientes?... [...] a questão é que a agenda... ela não cabe nas quarenta horas dos profissionais... teria que ter mais horas... o que também é difícil né... se inviabiliza porque... a carga horária de trabalho é de quarenta horas... semanais... (E1 Gerente).

o PSF trabalha com áreas e micro áreas... então na ausência do ACS... que é o agente comunitário de saúde... a área tá descoberta... como que essa população tem informação sobre o funcionamento do serviço de saúde?... ela não tem informação sobre o... como funciona o serviço de saúde... então ela vai buscar o serviço de forma errada... ela não vai saber questão de horário de funcionamento... ela não vai saber qual o tipo de serviço que é ofertado... cê entendeu?... então essa questão da falta do profissional nas equipes também... atrapalha muito... [...] não é que falta profissional no mercado não... é que falta profissional trabalhando no local... as equipes sempre estão... defasadas... sabe... (E4 Enfermeiro).

então quer dizer... passou no concurso... você se torna servidor público... na área de saúde... eles não avaliam o seu perfil... aí fica uma questão muito local... o gerenciamento muito local... por exemplo... a maior parte dos profissionais que trabalham dentro do centro de saúde são técnicos de enfermagem... aí o gestor local começa a ter essa ideia... o supervisor começa a ter essa ideia... 'não... peraí... esse profissional... esse técnico de enfermagem... ele não é muito bom na questão de comunicação não... então vou colocar ele no setor fechado'... aí você começa a escalar o profissional pro setor fechado... 'não peraí... esse profissional aqui é bom... comunicativo... ele tem essa interação com o usuário... vamos colocar ele pra ajudar a gente no acolhimento'... cê entendeu?... a avaliação acaba sendo PRÁTICA ((entonação enfática))... cê entendeu?... então assim... esse é um grande problema... um grande problema mesmo... dessa questão do perfil... (E4 Enfermeiro).

Aspectos importantes do processo de gerenciamento administrativo dos serviços, como já mencionado, dizem respeito ao gerenciamento do cuidado, definido por um dos entrevistados.

o gerenciamento do cuidado é essa percepção que a gente tem que ter... de saber pra onde direcionar o paciente... entendeu?... e tentar ajudá-lo da melhor forma possível... porque quando você já tem essa percepção... você não onera o serviço... e não atrasa no cuidado com o paciente... otimiza o atendimento... (E4 Enfermeiro).

Pautado no cálculo clínico esse gerenciamento do cuidado leva em consideração a necessidade particular de cada usuário sem desconsiderar o funcionamento global dos serviços públicos, voltados para a população como um todo. Nesse sentido, localiza-se entre a clínica e o grande contingente populacional ligado às EqSF, assim como entre as demandas colocadas pelos usuários, sejam eles parciais ou SUS dependentes, e a necessidade real avaliada pelos profissionais a partir da perspectiva de atendimento proposta pelo SUS.

por exemplo... é solicitado pra você uma tomografia... né... uma tomografia de cabeça... e aí chega um outro paciente também com a mesma solicitação médica... o regulador do SUS... qual ele vai priorizar... o que ele vai fazer primeiro?... o que estiver descrito na condição clínica sua... entendeu?... então... por exemplo... ah... você precisa de uma tomografia porque você tá com cefaleia há quinze dias... e até hoje ainda não foi explicado essa cefaleia... aí outro chega... com o mesmo pedido... mas tá escrito lá... condição clínica... paciente queixa cefaleia... com exames anteriores já comprovando... por exemplo... um tumor... então a regulação vai priorizar... o que está com a condição clínica pior... e no privado não... a partir do momento que você paga o benefício você tem direito de fazer o exame... cê entendeu?... eles vão... de qualquer forma você vai ter que ter o direito... agora... pelo SUS não... pelo SUS tem os protocolos... vai falar assim... 'não... você não vai fazer tomografia só porque você tá com cefaleia... tem que ser feito outros exames anteriores a esse... pra que seja dado pra você o benefício de fazer a tomografia'... talvez uma ressonância magnética... talvez outro exame mais detalhado... (E4 Enfermeiro).

Quanto a isso os profissionais entrevistados afirmam não haver diferenças entre os atendimentos disponibilizados para os usuários SUS dependentes e para os usuários de planos de saúde. Segundo defendem, as diferenças de utilização partem dos próprios usuários ou das dificuldades de acesso relacionadas ao estrangulamento dos serviços públicos, tais como filas e tempos de espera prolongados.

eu acho que a gente não faz diferença... eu acho que vai mais da demanda do paciente... ele que coloca a demanda... [...] o fato da pessoa ter convênio... é algo que é da governabilidade deles... uma vez que usa o serviço... a gente não deixa de ofertar... ou nega a oferta... né... (E1 Gerente).

o acolhimento que é feito diariamente por cada equipe... o objetivo... é otimizar e oportunizar o uso das consultas... então uma crianças que vem pra puericultura... ela é importante?... é... mas se tiver uma criança que está com o quadro agudo... febril... vômito... diarreia... essa criança ela tem que ser priorizada... aí independe se essa da puericultura é SUS e a outra é privada... não é por que ela é privada que ela vai passar na frente... é pela urgência do caso... né... (E1 Gerente).

Mesmo assim, no processo de gerenciamento do cuidado além da necessidade clínica dos usuários é considerado o uso combinado dos serviços públicos e privados de saúde. Na medida em que os usuários do SUS também acessam os serviços privados, isso diminui a demanda direcionada para o setor público e viabiliza ao trabalhador uma atenção assistencial direcionada para os casos de maior necessidade. Nesse sentido, a estratégia dos profissionais em prol de uma maior otimização das ações na assistência é focalizar estes casos mais graves, estruturando as ações assistenciais a partir deles. A ACS explicita isso enquanto uma ação que decorre da característica de sua microárea de abrangência, a de menor risco naquela UBS.

o SUS é de todos... mas se ele tiver um plano de saúde... ele não requer muito de mim... então as vezes eu acho que até agiliza pra mim ta cuidando daquele que depende mais do SUS... entendeu?... que eu vejo essas agentes de saúde... as outras... que os pacientes são totalmente dependentes do SUS... elas são muito mais sobrecarregadas... do que eu... eu tenho essa possibilidade de saber... aquele eu posso visitar menos... esse eu posso visitar mais... eu preciso dar maior atenção... (E2 ACS).

a gente tem cinco microáreas... a minha microárea é a mais tranquila... e tem o povo que tem... a maior parte tem plano de saúde e usa aqui... do que as outras microáreas que o pessoal é totalmente dependente... quê que acontece... a E. ((enfermeira da equipe))... ela tem muito mais... como investir nesses pacientes... que são totalmente dependentes... do que os meus que são menos... os meus pacientes... eles procuram o posto... mais igual eu te falei... quando eles precisam mesmo... (E2 ACS).

Conforme já especificado, a lógica de funcionamento do setor privado modula em maior ou menor medida a maneira com que estes usuários de planos de saúde se reportam aos serviços do SUS. Mesmo que isso se dê eventualmente, influencia indiretamente o gerenciamento da assistência no setor público. Exemplo disso são os casos que deveriam ser abordados na Atenção Básica pelo que os profissionais entrevistados identificam como sendo uma “demanda programada”, mas que não raras vezes são atendidos como “demanda espontânea”. Na perspectiva do Enfermeiro entrevistado isso acarreta efeitos importantes em toda a organização da assistência no sistema público.

está relacionado a questão da organização do serviço... né... porque a gente é o seguinte... o atendimento de demanda espontânea ele é no horário integral... a gente atende qualquer momento que a pessoa chegar... né... só que a gente trabalha com demanda programada e demanda espontânea... [...] todos tem agenda... quando vem as demandas espontâneas que não são demandas espontâneas... a gente tem que interferir no nosso trabalho... que é programado... pra acolher esse paciente que não é... o que mais interfere na verdade... é na organização do trabalho... (E4 Enfermeiro).

Outra dificuldade enfrentada pelos trabalhadores dos serviços públicos, que deriva da lógica de funcionamento do setor privado, é a recorrente demanda por atendimentos especializados, quando o problema de saúde apresentado poderia, na perspectiva própria ao setor público, ser abordado a contento por um profissional generalista. Nesse aspecto os dados

evidenciam como as demandas colocadas pelos usuários destoam da proposta assistencial do SUS e aparece amplamente modulada pela perspectiva liberal privatista historicamente presente no contexto da assistência à saúde brasileira. Um dos efeitos prejudiciais disso é o aumento desnecessário de encaminhamentos para consultas e exames especializados que acarretam, por sua vez, mais morosidade aos fluxos do serviço público.

‘ah então eu to com um problema pulmonar... eu quero um pneumologista pra me atender’... não quer entrar pelo setor básico mais... ele vem na consulta... mas ele já vem exigindo isso... né... (E4 Enfermeiro).

o cálculo é pela necessidade... né... e não pela vontade... ou/ né... assim... as vezes o usuário traz uma demanda... ele QUER ((entonação enfática))... ‘ah eu quero marcar um otorrino... porque eu to achando que eu to tendo muita dor de garganta’... não... você vai passar pelo médico da equipe... se o médico achar que ele esgotou as possibilidades dele e que ele precisa de uma avaliação especializada... ELE ((entonação enfática)) vai te encaminhar... então a pessoa é orientada... não é a demanda/ o desejo dela... mas a NECESSIDADE ((entonação enfática))... (E1 Gerente).

muitas vezes a gente encaminha por insistência do paciente também... o paciente quer... ele chega ‘eu quero um ortopedista’... aí chega lá as vezes e não resolve... assim... vamos supor... o paciente ele vai na esperança... ta com uma dor no joelho... vai na esperança de resolver a dor no joelho... chega lá e mostra artrose... não tem um tratamento muito específico pra osteoartrose... é fisioterapia... aí ele passa o anti-inflamatório e manda voltar por posto... então a demanda volta como se fosse... um nada... como se não tivesse tido tratamento... sabe?... continua no PSF do mesmo jeito... ((risos)) (E3 Médica).

Os dados revelam, ademais, que os meios de divulgação em massa, tais como televisão e internet, difundem amplamente concepções sobre a saúde que reinteram a cultura e a estruturação característica dos serviços assistenciais do setor privado, centrada na perspectiva curativa e organizada por especialidades. Com isso as dificuldades citadas pelos profissionais do SUS são também atribuídas ao desconhecimento da lógica de funcionamento do serviço público, que, por diferir da lógica de funcionamento do setor privado, é reiteradas vezes questionada e criticada pelos usuários da assistência.

na hora que elas assistem este programa ou consulta alguma coisa na internet... elas falam assim oh... ‘não é porque eu to com um problema no rim... eu preciso é de um nefrologista’... entendeu?... (E4 Enfermeiro).

tem muita propaganda... entendeu?... usando a saúde... eles falam assim oh... ‘ah por que o SUS tem todas as especialidades... tem cardiologia... tem nefrologia... oncologia’... e a população não sabe usar o SUS... (E4 Enfermeiro).

As estratégias dos trabalhadores que visam reverter esse quadro que se mostra prejudicial ao funcionamento da assistência no SUS se multiplicam ao longo das entrevistas. Todas, em termos institucionais, voltadas para os fluxos internos do sistema público. Mesmo assim, dentre elas é reiterada a importância do trabalho de vinculação e de “educação em

saúde” com a população como um todo e não apenas para aqueles usuários que explicitamente são declarados “SUS dependentes”. Nesse sentido, esse trabalho envolve, além do processo de cadastramento e acompanhamento da população, a ampla divulgação de informações sobre como funcionam os fluxos de atendimentos dentro do sistema público. O enfermeiro entrevistado defende:

por isso que é tão importante o trabalho de educação em saúde... entendeu?... quando eu te falo que o SUS tem que ser matéria de escola né... é porque as pessoas tem que conhecer os serviços que são ofertados pra eles... não é um direito?... então todo mundo tem que ser conhecedor dos seus direitos... (E4 Enfermeiro).

O trabalho de vinculação, especificamente, envolve o esforço de cadastramento da população, o que também inclui os usuários vinculados aos serviços privados de planos de saúde. Estes usuários, no entanto, como já mencionado, não raras vezes recusam o cadastramento. A ACS entrevistada fala sobre as dificuldades de cadastramento da população enfrentadas no início do processo de implantação do SUS, quando o PSF foi criado.

eu peguei uma área... a minha área é um conjunto residencial... então as pessoas não tem muita rec/ não recebe a gente muito bem... pelo fato de eles terem plano de saúde... hoje não... mudou... naquela época... antes de mim passaram duas ou três agentes de saúde lá e não ficaram... que não deu conta de... de lidar com essa... por que assim... eles acham... eles tinham outra visão do SUS né... de... eu tenho plano de saúde eu não preciso do SUS... entendeu?... eu graças a Deus... eu acho que eu consegui um progresso muito grande lá... logo que as meninas aqui passaram... que não ficaram... elas se sentiam assim... rejeitadas... as vezes não passava nem da portaria... do condomínio... cê entendeu?... o pessoal falava... ‘ah não... nós num quê visita’... ‘que não fica ninguém em casa’... ‘só a empregada tá em casa’... então... os que passavam lá teve muito pouco acesso... eu não creio que seja uma discriminação... é pelo fato de achar que não precisa do SUS por que tem o plano de saúde... num sei se foi por que as meninas não quis investir... aí nisso eu fui falei não... eu vou insistir... né... (E2 ACS).

Em seu relato a ACS especifica o trabalho de vinculação da população como sendo um processo que visa mudar a concepção das pessoas sobre os serviços oferecidos pelo sistema público. Quando a recusa não se relaciona a imagem negativa conferida ao serviço público é justificada pela ideia de o usuário não necessitar dos serviços públicos. O processo de vinculação dos usuários visa trabalhar na transformação destas concepções.

pessoas que antes recusavam o cadastro por que tinham o plano de saúde... não precisavam do SUS... né... que tinham essa ideia de que não precisava... (E1 Gerente).

eu fui... NÓS ((entonação enfática))... agente comunitário de saúde... fomos mudando essa visão... que não é isso... que eles tinham... essa visão que eles tinham do SUS... (E2 ACS).

o quê que acontece... eu acho que eles... [...] tem uma visão... assim... crítica... do SUS... até você desmistificar... demora um pouquinho... sabe?... (E3 Médica).

Os profissionais falam em “convencer a população”, algo que pode levar anos. A confiança no serviço oferecido pelo SUS, portanto, é galgada em alguns casos devagar e paulatinamente:

igual semana passada mesmo... uma usuária da minha área... o marido foi demitido... essa eu não consegui convencer não... esse tempo todo... eu não consegui convencê-la... aí sempre fazia a visita... por que a sogra dela... não era usuária... usava o serviço assim... de fisioterapia quando precisava... o dia a dia ela tinha plano de saúde... aí eu criei esse vínculo com eles assim... através da sogra... que muitas coisas... eu levava vacina... eh... medicação que saía... aí eu levava... aí eu falei ‘oh M... você... vai querer o/ vamos fazer o cadastro M’... ‘ah não... não precisa’... sabe... ela foi uma das que sempre foi resistente... aí quando foi semana passada... eles vieram aqui no posto... deixou um bilhete pra mim poder ta indo na casa dela... falei... ‘uai... M. caçando posto?’... aí eu fui lá... aí... ‘ah E... eu queria conversar com cê... cê não me convenceu... mas agora eu tô precisando’... aí eu falei assim... ‘ue M... o posto... eu sempre estive aberta pra você... você sabe disso’... ‘ah não por que o R. foi demitido... e agora eu tô precisando de fazer uma consulta’... mesmo assim eu tive que convencer ela... ‘ai mas... o quê você acha?’... eu falei... ‘olha... o SUS é de todos... independente de ter plano de saúde ou não... o SUS é de todos’... mas aí eu tive que convencê-la... que uma amiga dela... que mora do lado dela... tem plano de saúde... eu falei com ela... ‘você vê a N... a N... ela toda vida... sempre teve plano de saúde... mas ela sempre usou o posto’... ela me fez levar ela na casa da N... e a N... convencer... e ela queria ginecologia... que a médica aqui era boa... que o consultório era limpo... cê entendeu?... eu tive que fazer esse trajeto com ela... pra ela/ ela queria fazer o cadastro... mas... com o pé atrás... nesse tempo todo... que eu... né... sou agente de saúde lá... aí agora ela aceitou... e inclusive já me ligou pedindo pra poder ta agilizando uma consulta com a ginecologista pra ela... mas teve a vizinha do lado... teve que convencer que é bom... que vale a pena... né... (E2 ACS).

Depois do processo de cadastramento, a estratégia de vinculação tem continuidade através do acompanhamento das famílias. Ao longo do tempo, na medida em que o usuário se sente bem assistido, o vínculo é reforçado. Dentre os usuários entrevistados, apesar de se mostrar insatisfeita com o atendimento na UBS de um modo geral, Claudia reconhece e valoriza o vínculo estabelecido com a ACS de sua microárea. Nesse sentido, mesmo que na perspectiva da usuária as demandas assistenciais feitas anteriormente tenham sido frustradas o vínculo com o serviço permanece e vem sendo fortalecido, ainda que de forma pontual, pelo contato com a ACS.

aí vem a questão dos créditos... né... no ônus... porque quando você vai na casa do paciente... ele... de uma maneira mais segura... ele se sente melhor assistido... cê entendeu?... ‘noh... ele veio na minha casa só pra me falar isso’... cê entendeu?... (E4 Enfermeiro).

o contato que a gente tem com a unidade é mais pela E. ((ACS))... ela vem mesmo na nossa casa... ela cumpre uma rota né... ela cumpre a rota dela... ela tem que fazer isso todo mês... em todas as casas... em quem ta doente ou não... quando tem que dar algum recado... ela vem... ela é ótima... ela faz o serviço dela direitinho... é o serviço dela mesmo... porque... se a gente precisar de consultar e tudo... nós temos o direito... então todo mês ela vem e a gente tem que assinar um papel pra ela... (E7 Claudia)

De um modo geral o processo de vinculação mostra-se uma estratégia consciente entre os profissionais, descrito e reiterado em vários momentos ao longo das entrevistas. Além do processo de cadastramento e de acompanhamento continuado, é um processo que se

multiplica em várias ações cotidianas. Estas ações vão desde as práticas de vigilância em saúde até aquelas que visam não só atender as demandas de saúde, mas também as preferências pessoais explicitadas pelos usuários.

essas mães que muitas vezes... não... acompanham a criança... não deixa a vacina em dia... então aquela paciente... o dia que ela vem aqui no posto... a gente procura fazer tudo pra ela... se ela tá com o exame preventivo atrasado... eles já marcam pra ela... se já... se a criança ta com a vacina atrasada... a gente já faz tudo naquele dia... pra gente não perder aquele paciente... naquele dia que ele veio aqui... a gente faz tudo pra amarrar aquele dia que ele veio... (E2 ACS).

a gente tem a reunião uma vez por semana com a equipe toda... com o médico... com a enfermeira da nossa equipe... aí nessas reuniões a gente passa todas as demandas dos usuários... e tem muito paciente que eles já conhecem... aí a gente fala... 'oh... o dia que fulano de tal vim aqui... cê não marca pra tal médico... que ele não gostou desse'... entendeu?... 'ele quer aquele'...entendeu?... quando é possível a gente faz isso pra não perder o paciente... o SUS tem essa coisa de não perder o paciente... (E2 ACS).

Essas ações que visam atender as preferências pessoais dos usuários, no entanto, não se dão em todas as situações. Há aquelas ocasiões em que o profissional segue os parâmetros colocados pelo fluxo normal dos procedimentos no SUS. Não obstante, mesmo essas ações são justificadas visando a manutenção do vínculo do usuário com o serviço: como já afirmado, um dos objetivos almejados com o processo de vinculação é o esclarecimento dos usuários sobre os fluxos e sobre os procedimentos dentro do serviço público. Portanto, frente às modulações de acesso e às influências advindas do segmento privado os profissionais do SUS demonstram flexibilizar os fluxos de atendimento com o objetivo de vincular esses usuários parciais aos serviços públicos. Tais condutas funcionam como estratégias de implementação da proposta assistencial do SUS. Além disso, fomentam a dupla entrada.

a gente sabe que se a gente for encaminhar todo mundo que deseja passar pelo especialista... primeiro que a gente vai estar... quebrando o vínculo... né... (E1 Gerente).

as pessoas... os usuários... que é de plano de saúde privado... ele não entende... o funcionamento do SUS... né... vem fora do horário... não conhece o serviço... (E4 Enfermeiro).

a partir do momento que ela vem a primeira vez com essa queixa... a gente faz o acolhimento... atende... e explica pra ela como é que funciona... 'ah o fluxo do SUS ele é assim assim assim assim'... normalmente... a partir desse primeiro contato... né... que a pessoa aprende os fluxos do SUS BH... e começa a seguir corretamente... sabe?... (E4 Enfermeiro).

No que se refere aos entraves de cobertura uma das estratégias empreendidas pelos trabalhadores para otimizar o atendimento no SUS envolve a educação continuada, explicitada pela gerente como tendo sido de significativa relevância para a abordagem do último surto de dengue enfrentado na região. Para tanto, a UBS se organiza de modo que o serviço não seja prejudicado e a informação chegue a todos os profissionais.

esse ano por exemplo... a gente teve uma epidemia fora de época... e com casos muito mais graves do que em anos anteriores... então foi feita uma reformulação do protocolo... e... os profissionais foram capacitados através de web conferência... ao invés de ter que sair da unidade... dentro da própria unidade... você recebe o treinamento... a orientação... e se não dá pra todo mundo... quem participar se responsabiliza de replicar na unidade... (E1 Gerente).

isso na verdade trouxe uma contribuição muito grande pra poder diferenciar os casos... e fazer o atendimento de forma mais efetiva... pra não deixar passar... pra não perder paciente... pra não chegar em casos mais graves... (E1 Gerente).

Além da educação continuada o matriciamento e o atendimento compartilhado são mencionados como importantes aparatos institucionais para lidar com as demandas mais complexas que a UBS visa responder, bem como o apoio entre as equipes e outras estratégias mais circunstanciais.

o matriciamento... [...] aqueles casos que o generalista... as vezes chega no seu limite... de habilidade técnica... ele encaminha pra esses profissionais dentro da própria unidade... e aí o atendimento pode ser só pelo apoio do especialista... ou conjunto... (E1 Gerente).

ele chega aqui hoje... com a demanda dele... se for um caso de urgência... mesmo que não seja da minha equipe... vamos suportar... ele é da minha equipe... mas na minha equipe não tem vaga pra ele... o médico da minha equipe agiliza com o médico de outra equipe... cê entendeu? (E2 ACS).

nós temos aqui uma médica que antes de fazer medicina... ela fez fisioterapia... então nós tínhamos uma fila de ortopedia grande... antes de ter essa oferta aumentada agora... ela se propôs com os dois conhecimentos que ela tinha... de reavaliar a fila de espera... então todos os pacientes que estavam aguardando ortopedia... a gente convidou pra uma consulta... e ela foi avaliando cada um... como médica... mas com seu conhecimento de fisioterapeuta... e aí... muitos ela retirou da fila... por que ela mesma resolveu e orientou... então a nossa fila reduziu... com a redução da fila... as coisas andaram... né... (E1 Gerente).

Há, ainda, estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores no sentido de otimizar os fluxos de atendimento de particular importância para esta pesquisa, que envolvem o uso combinado dos serviços públicos e privados de saúde. No que se refere aos níveis de maior complexidade o profissional no cotidiano da assistência, dentro do funcionamento normal do serviço na UBS, dispõe de recursos limitados para lidar com a morosidade dos fluxos de atendimento. Dentre os recursos disponíveis, existe a possibilidade de classificar o encaminhamento do usuário para os níveis de maior complexidade como tendo “prioridade alta”. Isso, contudo, se mostra insuficiente. Nessas situações, os dados empíricos revelam que os profissionais não raras vezes orientam o usuário sobre o tempo médio de espera para o procedimento necessário e, diante disso, a buscar a realização desse procedimento no segmento privado. Enquanto estratégia de acesso esta seria, nos dizeres da Médica entrevistada, “um caminho alternativo”.

as vezes aqui vai demorar... ela vem aqui no posto... vamos supor... o médico pediu... ‘oh C... esse exame vai demorar mais ou menos um mês... mas se você puder fazer... e trazer pra mim’... aí ela corre e faz lá no plano... (E2 ACS).

um ultrassom de mama... quando você vê que tem um nódulo meio suspeito... uma coisa... cê pede uma mamografia pelo SUS... cê pede um ultrassom de mama pra agilizar... alguns exames eu já pedi... muitas vezes... eles fazem... agiliza... mas isso é meio assim né... um caminho alternativo... eu peço... eu oriento sabe... eles não acham ruim não... normalmente eles fazem... e assim... muitas vezes precisava mesmo... sabe?... eu/ nossa... já teve paciente com câncer... que você pede o exame e faz... e faz o diagnóstico mais precoce... sabe?... então vamos supor... um tumor aqui na região... um tumor de parótida... tratando como furúnculo... cê vê que tem um tumor... aí ‘não vou fazer um ultrassom dele com mais urgência’... aí já faz... já encaminha por onco... cirurgião de cabeça e pescoço... um nódulo de mama... uma coisa assim diferente... um ultrassom de tireoide... aí normalmente eu peço... [...] alguns fazem... quando demora muito sair a especialidade... eles vão... depois voltam... ah... algumas vezes acontece... (E3 Médica).

vamos supor... o paciente precisa de um duplex scan... é um exame pra ver a circulação das pernas... eu acho que o paciente está com uma trombose... teve que ir pra uma UPA... ou não foi bem atendido na UPA... retornou na unidade... tá com aquela perna esquisita... eu não vou conseguir o duplex aqui... muito rápido... por que o clínico... aqui o generalista não pode pedir um duplex... eu tenho que encaminhar para o angiologista... que demora lá cinco meses... o angiologista pedir um duplex... demora... aí eu vou peço o duplex e falo... ‘olha... eu acho... que você devia fazer uma forcinha e fazer esse exame... cê tem condição?’... aí a gente conversa e vê... na maior parte das vezes eles fazem... (E3 Médica).

Em se tratando de estratégias que visam agilizar o atendimento, as ações dos usuários se direcionam para os serviços privados com preços menores. Nos dizeres dos entrevistados, serviços privados de caráter “mais popular” ou “mais acessíveis”. De todo modo, de acordo com o conjunto dos dados é fato que na região da UBS em questão há clínicas privadas cujos preços são mais acessíveis. Sabendo que os usuários daquele distrito comumente recorrem à essa clínica a Médica entrevistada afirma orientar esse uso combinado dos serviços segundo as condições financeiras dos usuários.

fala... ‘vou fazer privado’... principalmente aqui na nossa região... que é uma região que tem tudo... tem vários laboratórios aqui do lado... né... então as pessoas preferem... pra ter o retorno mais rápido... da avaliação... tem pessoas que preferem... entendeu? [...] porque já têm também... planos de saúde... que fazem a cobertura desses exames de baixa complexidade... então ele vem... consulta... com o profissional enfermeiro... o médico... ou... o que for necessário... e o plano dele cobre os pedidos de exame... então ele vai lá e faz... ele fala... ‘ah... é mais rápido... vou fazer lá então’... e faz... no privado... entendeu? (E4 Enfermeiro).

aqui no ((distrito sanitário)) tem a tal da clínica... é uma clínica meio popular/ é privado mas... é como se fosse um plano de saúde mais popular... são as consultas assim... com preço mais baixo... em torno de quarenta reais... então eu sei... os meus pacientes... eles tem costume de ir lá... eu falo... ‘olha... cê precisa de um acompanhamento combinado com endócrino’... dou o pedido aqui no posto... o pedido demora... a menina já avisa na fila... quando ele vai marcar... ‘olha tá demorando por volta de tantos meses’... eles vão no endócrino ali na clínica particular... voltam e falam... ‘ah J... eu fui na endócrino... ela me orientou assim assim e assado... pediu tal exame’... eu não falo nada... só que quando precisa de um exame mais caro... eles sempre vem pra cá e falam... ou então vamos supor... foi lá no ortopedista da clínica particular... pediu uma ressonância... aí vem e fala... ‘eu fui lá... no ortopedista... foi bom e tal... mas ele me pediu uma ressonância... eu não tenho dinheiro pra pagar... é mais de mil reais’... aí... o quê que eu falo... que eu oriento... ‘volta pra fila então... e vamos esperar aqui no SUS... por quê aí você consegue fazer por aqui’... mas demora... (E3 Médica).

No uso combinado dos serviços os usuários do SUS procuram os serviços privados, majoritariamente, para exames laboratoriais de baixa complexidade, consultas especializadas e atendimentos nos finais de semana e/ou em situações emergenciais. Sendo estas, as situações classificadas como de maior gravidade e/ou urgentes, as mais usadas entre os usuários entrevistados para exemplificarem e justificarem o acesso aos serviços privados. De todo modo, como é possível constatar, a utilização dos serviços privados de saúde em geral se dá no sentido de agilizar a realização dos atendimentos.

procura o serviço privado mais pra exames laboratoriais... de baixa complexidade... normalmente exames de sangue... fezes... (E4 Enfermeiro).

assim... excepcionalmente... quando precisa de uma urgência... eles procuram um hospital particular... (E3 Médica).

me deu uma dor aí... que eu fiquei em tempo de cair... um sábado... SUS não tem sábado... não é?... aí o quê que eu tive que fazer?... pagar um médico... uma consulta de cento e cinquenta... pra ele poder ver o quê que é... aí eu doendo... eu gritando... e chorando... aquela coisa... aí ele falou 'não... é isso'... examinou... ele falou que 'é isso e isso... vamos fazer uns exames'... aí fui no SUS... falei 'vou fazer os exames pelo SUS'... aí o SUS... 'ah... tem que marcar... tem que fazer isso'... e ele queria o resultado dentro de quinze dias... e pelo SUS eu não ia conseguir... né... aí fiz os exames de sangue... exame de urina... exame mais num sei o quê... nossa... mas a quantidade... aí eu tive que pagar... na clínica... particular... tive que pagar... (E5 Ana).

procuramos o particular por causa da dificuldade de tempo e a demora... que as vezes a gente precisa com urgência... antes que vire uma coisa pior... (E6 Lúcia).

Como é possível perceber, esse uso combinado aparece no conjunto dos dados como sendo orientado, em situações em que o profissional percebe a gravidade e a urgência do caso e se depara com a morosidade dos fluxos dentro do serviço público, ou uma iniciativa dos próprios usuários com o intento de agilizar exames e tratamentos. Essa distinção, contudo, é tênue. Uma vez que os usuários se veem em situações de adoecimento, algumas envolvendo riscos consideráveis à saúde e à qualidade de vida dos mesmos, essa orientação pode assumir um caráter de sugestão que contraria princípios do SUS e cuidados éticos necessários para o manejo das situações assistenciais em saúde. Não bastasse isso, na medida em que é comum o profissional ter vínculo de trabalho no sistema público e no setor privado, em algumas dessas situações é o profissional que funciona como ponte para o estabelecimento da dupla entrada também dos usuários nos serviços.

PAULO: eu fiz próstata também... aí... só que... o médico falou... 'olha... seu caso é urgente... nós vamos ver se conseguimos aqui com mais urgência'... mas aí nós ficamos com medo de demorar... e eu peguei... fizemos particular... agora... fui muito bem atendido...

ANA: nós fizemos lá mas... ele fez um preço bem acessível sabe?... eh como se diz... é uma taxazinha... lá pro Hospital... que ele foi operado lá... ele cobrou... quer dizer... praticamente nada... mas se fosse esperar o SUS... né... é demorado...

PAULO: ele cobrou até bem...

ENTREVISTADORA: essa operação de próstata foi encaminhada pelo SUS?

ANA: pelo SUS...

PAULO: não... não foi encaminhada pelo SUS... foi totalmente particular... é... o médico falou... 'olha... cê quer esperar?'...

ANA: foi pelo SUS...

PAULO: não... não teve nada pelo SUS... eu fui atendido pelo SUS... aí o médico do SUS... falou... 'olha... cê tem que operar urgente... eu vou colocar aqui na ficha e tal... pra ser urgência... mas eu não sei o tempo que vai demorar'... aí:: ((extensão de vogal)) eu peguei e fiquei com me::do... por que o meu caso era urgente... e eu conversando com a minha filha... falei 'não... vou fazer particular'... e fez to-tal-mente ((silabação)) particular... aí não teve nada a ver com o SUS...

ANA: mas ele é do SUS...

PAULO: o médico

ANA: é do SUS... foi atendido lá pelo SUS...

PAULO: particular... eu paguei::i...

ANA: mas foi uma coisa assim... muito simbólica... cê entendeu?

PAULO: eu paguei o médico... na época três mil e quinhentos reais...

ANA: num foi coisa não... por que foi... ele era do/ ERA ((entonação enfática)) do SUS... e ainda é né... é do SUS... aí ele falou 'não... eu atendo lá... eu te opero lá'... cê entendeu?... só que a operação foi paga a parte por isso... por que pelo SUS ia demorar uma eternidade...

PAULO: anestesista... tudo foi particular...

ANA: tu::do foi... correu tudo bem... graças a Deus... fez a biópsia... não deu nada... sabe?...

PAULO: mas foi tudo particular... pelo SUS não... porque o SUS/

ANA: ele ia demorar muito... né... e como a gente não sabia o quê que tava previsto... a gente falou... 'não... vamos fazer isso urgente'... por que... quando trata de uma doença que você não pode ficar esperando... (E5 Ana e Paulo).

As situações de espera por atendimento devido à demora no agendamento e na realização dos mesmos foi um dos aspectos mais recorrentes entre os dados gerados com as entrevistas com os usuários. Essas situações se dividiram, principalmente, entre essas demandas urgentes que precisariam ser atendidas rapidamente e as demandas que poderiam aguardar a morosidade característica dos serviços de maior complexidade no SUS. Algumas dessas situações, no entanto, combinam-se de tal modo que comportam ambas as características: demandam procedimentos ou atendimentos tanto urgentes quanto que podem ser aguardados. De todo modo, o que é notável nessas situações são os longos períodos de espera. Para algumas delas o tempo de espera no sistema público foi tão significativo que, enquanto os usuários aguardavam o atendimento pelo SUS, houve tempo hábil para a realização de todo o tratamento pelos serviços privados.

eu fiz um tratamento de enxaqueca... com neurologista... então... pra você achar um neurologista NO PÚBLICO ((entonação enfática))... é mu::ito ((extensão de vogal)) difícil... quando eu fiz... o tratamento... eu não tinha convênio ainda... eu fiz a inscrição pra aguardar um neurologista... eu fiquei esperando quase um ano... por um neurologista... então demorou MUI::to ((entonação enfática e extensão de vogal))... então... aí eu fui pro privado... pro particular... paguei... ele me pediu uma tomografia... eu fiz os tratamentos... e... quando eu já estava com os tratamentos em mãos... o posto de saúde me chamou pra ir consultar com neurologista... aí eu já não precisava mais... não fui... então... o quê que acontece... nesse caso... é uma coisa mais urgente... eu precisava com urgência... porque eu estava com muita dor de cabeça... com muita enxaqueca... então... no posto de saúde... médico... específico... igual... neurologista... cardiologista... é bem mais difícil... você acha lá mais um clínico geral... você acha esses médicos mais simples né... (E8 Silvia).

mas o médico falou... ‘deixa... eu vou tomar conta da senhora... nós vamos comprar o cpap... nós vamos fazer isso’... me indicou... a mulher que... é... que... orienta... foi enfermeira dele... a... B... ‘senhora vai lá... fala que eu mandei’... que ela foi secretária dele... ‘fala que EU ((entonação enfática)) mandei a senhora lá’... foi atestou o cpap... qual que era o que eu ia adaptar... sabe?... aí comprei... aí falou... ‘compra porque vai ser bom pra senhora’... comprei... e agora to esperando o retorno dele... que ele nem sabe que eu comprei o cpap... porque custa a chamar... entendeu?... é nessas ho::ras ((extensão de vogal))... que eu vejo... problema no SUS... problema que cê ta entendendo né?... é a demo::ra... na fi::la... então... quer dizer... eu paguei o cpap... em de::z vezes... olha pra você ver... foi mês passado... atrasado né... que eu acabei de pagar... em dez pagamentos de trezentos reais... e até hoje não me chamaram... tem retorno pra ele... e até hoje não me chamaram... quer dizer... mas não é caso... eu também... não posso... por que não é ca::so... é pra saber... se eu estou usa::ndo... como eu estou lida::ndo... [...] tem... relatório da B... que ela já fez uma avaliação... tira a fitinha... que ele tem uma fitinha né... que fica... vai gravando... eu tenho que voltar lá agora em julho... nela... de seis em seis meses... aí lá tira a fitinha... olha... ‘no::ssa dona Ana... reduziu pra x... reduziu pra tanto’... ela dá... aí ela faz um relatório... mandando pra ele... tá aí::... o relatório... da cpap... que eu pa::go... duzentos reais a consulta dela... essa não é pelo SUS não... particular... aí eu vou fazendo... até o doutor M. me chamar... pra ver a avaliação... que ele vai acompanhar... né... e tudo... mas enquanto ele não faz... eu estou indo lá... pra poder ver se está surtindo efeito... (E5 Ana).

Nesses casos em que há essa combinação explícita e informal da utilização entre sistema público e setor privado, outro aspecto frequente entre os dados é a “indicação”, seja de prestadores de serviços, seja de profissionais para a realização dos mesmos. Essa ponte estabelecendo a utilização combinada dos serviços a partir dos profissionais se dá em ambos os sentidos: o profissional tanto pode “encaminhar” o usuário atendido no sistema público para um tratamento no setor privado, como o contrário, encaminhar o usuário que é atendido no setor privado para realizar tratamentos, em sua maioria mais especializados, nos serviços do sistema público. Neste caso, é importante considerar que esse “encaminhamento” informal entre os setores assistenciais configura uma prática que desconsidera os critérios de prioridade para o atendimento no SUS, segundo a gravidade das demandas, e estabelece privilégios.

a minha mãe... chegou a consultar no posto ali... com o médico que era... como que chama... de reumatismo... reumatologista... a minha mãe consultava aqui... mas ele atendia também pelo plano... então quando ela não queria ir no consultório dele... ela vinha aqui... ele atendia ela aqui... pra renovar a receita... mas minha mãe consultou algumas vezes... ela conheceu ele pelo plano... aí como ela sabia que ele atendia aqui... e a gente morava aqui... ele mandava mamãe vim aqui... era mais fácil... mas foi só o que a gente utilizou do SUS... do posto... (E7 Isabel).

ISABEL: meu cunhado... ele foi no particular... mas no particular... não quiseram fazer a cirurgia... ninguém teve coragem... e o recurso dele... pra ele sobreviver... ou fazia isso ou ele morria... porque o esôfago dele estava todo perfurado...

CLÁUDIA: aí ele foi pro hospital público... porque tinha um médico lá que falou que ele fazia...

ISABEL: e ele indicou... indicou... indicou... o médico do convênio que indicou...

CLÁUDIA: ele atende particular e atende no SUS... mas o plano da minha irmã não... ele... no consultório dele não atendia pelo plano de saúde da minha irmã... então se ela quisesse tratar com ele teria que ser no hospital público que ele trabalhava... então ela foi tratar... fazer o esôfago nesse hospital... ele foi pro consultório particular do médico... e esse médico... que indicou um médico que faria... só assim que ele conseguiu entrar lá dentro... porque senão ele estaria na fila de espera... então foi por indicação...

ISABEL: na fila de espera não... ele tinha morrido... porque o esôfago dele estava todo perfurado... foi pro SUS... pro hospital público... que fez a cirurgia nele... e que ele está vivo... ele está vivo por causa dessa cirurgia... (E7 Isabel e Claudia).

Conforme explicitado um dos elementos que estabelece o entrelaçamento entre os setores assistenciais é o contato com pessoas influentes, capazes de facilitar o acesso aos serviços de maior complexidade e urgência. Ademais, esta se evidencia mais uma prática amplamente difundida pela lógica assistencial típica do setor privado, que exerce influencia ou determina os fluxos assistenciais no SUS. Isso, não só por meio dos profissionais médicos: os dados revelam a influencia de outros atores, dentre eles políticos e trabalhadores em cargos gerenciais. De todo modo, é possível afirmar que essa interferência pode se dar a partir de ações previstas institucionalmente ou não.

é muito difícil... só consegue com indicação... ele foi indicado... que era político... o R... que o filho dele é médico lá dentro... que conseguiu tirar ele do SUS e levar ele pra lá... tirar ele da UPA e levar ele pra lá... que aí conseguiu... e o meu cunhado também... só conseguiu entrar... que não precisou de ficar na fila... porque o médico era amigo do outro médico e indicou... porque senão ficava na fila... e morre... (E7 Cláudia).

Já nas situações de espera em que a demanda assistencial não se mostrava emergencial, o vínculo estabelecido com os profissionais do sistema público aparece como um critério considerado na decisão de recorrer ou não aos serviços privados. Nesse sentido, uma das estratégias empreendidas pelos usuários é esperar, aguardar o atendimento gratuito, e reservar os recursos financeiros para as situações de saúde de maior necessidade e urgência.

e o SUS tá demorado... ela tá com retorno de cardiologista... já tem uns três meses que eu levei... não saiu ainda... uai... vou esperando né... porque já é o cardiologista dela... né... (E6 Lúcia).

agora está aguardando... mas é uma coisa que... pode esperar né... pra quê que vai no dentista particular?... num é sangria desatada... é aquilo que eu te falei... não é... se for uma coisa que você possa esperar... tudo bem... eu prefiro esperar do que pagar... né... (E5 Ana).

a gente espera... também pa::ga qua::ndo ((extensão de vogal)) tem condições de pagar né... não pode falar 'ai vou fazer aqui'... não... isso é qua::ndo a gente pre-ci-sa ((silabação))... [...] aí o quê que eu tenho que fazer?... eu falo com Paulo... 'vamos guardar um dinheirinho... e separar... porque na hora da emergência... né... cê tem onde recorrer'... (E5 Ana).

Portanto, nas situações assistenciais em que esta implicado longos períodos de espera no sistema público a opção pela utilização dos serviços privados não se restringe apenas aos serviços e procedimentos de menor complexidade e mais acessíveis financeiramente. Nas situações classificadas como urgentes e de maior gravidade esse acesso combinado aos serviços privados é caracterizado por impactar o modo de vida das famílias como um todo e por mobilizar inúmeras estratégias que visam otimizar os recursos financeiros disponíveis.

as vezes... junta a família né... familiares... juntam e pagam a consulta privada... a consulta... um exame... acontece isso... as vezes a família assim... pai mãe e filho... não teve condição de pagar... aí junta avô... junta tio... faz uma vaquinha e paga... até que consiga daqui... (E2 ACS).

agora... igualzinho... o cpap... que não teve jeito uai... trezentos reais... eu ganho um salário mínimo... o quê que adianta?... não tem... aí não sobrava nada... era cpap remédio... remédio e cpap... remédio e cpap... remédio e cpap... falei... gente não tinha condição de compra um chinelo... Paulo fala assim... 'não vamos esperar... vamos esperar que mês que vem?... quer dizer... a gente vai levando né... quer dizer... eu paguei o cpap... em de::z vezes... olha pra você ver... foi mês passado... atrasado né... que eu acabei de pagar... em dez pagamentos de trezentos reais... (E5 Ana).

igual no caso... meu pai tem tratamento de Alzheimer... se a gente não virasse de cabeça pra baixo pra dar conta do medicamento dele... das coisas que pele precisa... nós não ganhamos de lugar nenhum... [...] se não tivesse um cartão de crédito né... foi o que salvou... foi o cartão de crédito... e pedir... pedindo dinheiro pra um e pra outro... pedi sobrinho... pedi família... tudo... (E7 Claudia).

Nas situações de maior tensionamento financeiro, de “crise”, as famílias buscam recursos a partir de sua rede de relações mais próximas, mas também por meio de ações judiciais. Entre os entrevistados, uma das famílias fez uso desse recurso: em um processo judicial requereu a assistência domiciliar ao plano de saúde, que tinha a característica de ser integral e o havia negado na situação de alta hospitalar. Na situação narrada pelas entrevistadas fica evidente que os cuidados demandados pelo usuário do plano de saúde foram negligenciados na medida em que eram claramente recomendados pelos médicos e denotavam gastos significativos ao plano assistencial. Além disso, na fala das entrevistadas é notável como a ação judicial aparece como último recurso no sentido de obter assistência de saúde.

porque pelo estado dele... pelo que o médico falou... a gente não precisava ter entrado em nada... nem na justiça... só que no caso dele já era pra ele ter saído do hospital... com tudo... porque ele já saiu do hospital sem andar... ele entrou andando e saiu... sentava... ele saiu sem sentar... sem andar... sem nada... então ele já tinha que ter saído de lá... já com o home care completo... já que existe... já era pra ele ter saído com isso... (E7 Claudia).

ISABEL: logo quando o papai... voltou do hospital né... que nós precisamos assim... de várias coisas né... de sonda e tudo... que nós fomos correr atrás...

CLÁUDIA: não tinha dinheiro pra comprar comida... porque a comida fica... quanto Isabel?...

ISABEL: era cinquenta e nove reais por dia... de alimentação...

CLÁUDIA: porque comprava muito... porque senão era sessenta e seis um vidro de dieta... e gasta mais de um vidro por dia... um vidro e mais uma coisa... porque são seis... seis vezes... de dieta...

ISABEL: então assim... entendeu?... (E7 Isabel e Claudia).

pra conseguir... eu tenho que entrar na justiça... tudo é só justiça... que ela é lenta... mas ainda é a única que te dá algum retorno... se você quiser alguma coisa... de verdade... que você esteja precisando... se você não tiver... ninguém que te encaixe... essa indicação... só a justiça... como se diz... se você tiver uma costa larga você consegue... se você não tiver... só na justiça... você ir no dia a dia... buscar no seu dia normal... o seu direito... muito difícil você conseguir... e quando consegue... na maioria das vezes... consegue muito tarde... (E7 Claudia).

Além dessa situação, as mesmas entrevistadas narram outras em que familiares recorreram à ação judicial contra os planos privados de saúde para obterem a cobertura

necessária para o tratamento que suas condições de saúde demandavam. Tanto nesta quanto na situação explicitada anteriormente o plano de saúde buscou responsabilizar os usuários pelos cuidados médicos necessários e pelo custo financeiro dos mesmos, se desresponsabilizando contratualmente, portanto.

ISABEL: meu irmão entrou na justiça esses dias também... contra o plano... porque ele teve o acidente... ele capotou o carro... tem dois anos isso... ele capotou o carro... deu perda total... aí... ele teve depois que fazer uma cirurgia urgente na cabeça... porque... fez os exames na hora... não tinha nada... tava tudo... né... não tinha dado nada...

CLÁUDIA: eles não viram nada né... no dia...

ISABEL: aí... depois... de um mês e pouco... meu irmão foi perdendo todos os movimentos do corpo... ele foi perdendo... visão...

CLÁUDIA: caiu no chão... caiu e não conseguiu andar... aí perdeu o movimento do braço... o sangue tinha tomado a cabeça dele... abriu... e ia tirar tudo... aí ele tinha ido no médico duas vezes... feito exame... e eles falaram que não tinha nada...

ISABEL: aí abriu... e teve que colocar uma tela... pra fazer uma cirurgia... da cabeça... abriu assim... toda a cabeça dele... o plano de saúde não cobriu... não cobriu isso... e ele entrou na justiça também... porque era caso de vida ou morte... o plano de saúde tinha que por aquilo na cabeça dele... ele tava pagando... ele não tava fazendo uma cirurgia plástica... uma estética... não... né... aí você tira isso de lado... era a vida dele... tinha que usar esse material na cirurgia da cabeça dele... o plano de saúde cobrou dele quatro mil e quinhentos reais por essa tela... fora a cirurgia... à parte...

CLÁUDIA: olha que absurdo... quando você passa mal... você vai pra um plano de saúde... o plano de saúde tem que cobrir tudo quando você tá internado... ele não... teve que pagar...

ISABEL: eles falaram que... na hora lá... que ia usar esse negocio... meu sobrinho teve que dar um cheque... e ele depois pagou... entrou na justiça... tava tocando aí na justiça... pra voltar o dinheiro dele... que era um direito dele o plano medico colocar isso na cabeça dele... eu nem sei se ele conseguiu... porque assim... como isso é mais lento né... (E7 Isabel e Claudia).

Em suma, a utilização dos serviços públicos aparece majoritariamente na fala dos entrevistados, tanto trabalhadores como usuários, como sendo decorrentes de situações de crise e fragilidade financeira das famílias. Senão isso, esse uso se dá após um trabalho ativo de “convencimento” da população. Além disso, conforme afirma o enfermeiro entrevistado a utilização dos serviços assistenciais de saúde se dá a partir de uma preocupação fundamental para todos os atores do campo da saúde, seja no que se refere à viabilização do acesso, seja no que se refere à sustentabilidade da assistência médica de qualidade:

ninguém quer gastar muito... né... todo mundo quer evitar gastos... (E4 Enfermeiro).

Dentre as situações de crise financeira que emergiram dos dados e culminaram na entrada dos usuários nos serviços assistências do SUS destacam-se a crise financeira que o país vem enfrentando nos últimos anos e as situações em que os usuários tem a renda familiar diminuída, seja por adoecimento e/ou por ocasião da aposentadoria de seus membros.

uma coisa que eu observei... do ano passado pra cá... o posto aumentou muito... porque pessoas perderam o convênio... pessoas não podem pagar o convênio... tem mais gente no centro de saúde... e vi que pessoas que... a gente acha né... que poderia tá pagando... mas pode ter ficado apertado né... porque aí você... quando tem uma crise... você tem que eliminar algumas coisas né... então se você paga um convênio de oitocentos reais... e você tá apertada... e você tem um posto perto da sua casa... o quê você vai fazer?... aí você vai parar de pagar né... você não vai mais... igual... o remédio... tem pessoas aqui na rua que podem comprar... estão na Secretaria de Saúde... e você vê gente que ganha salário mínimo... como que pessoa de salário mínimo vai comprar remédio de cento e tanto... e geralmente toma mais de um... toma mais de um... o papai toma acho que cinco ou seis... então eu notei isso... que aumentou muito... de uns dois anos pra cá... três anos... tem aumentado muito de pessoas que eram da rede privada e veio pro SUS... vizinhos aqui... a hora que você chega no posto você vê a pessoa... aí você fala 'nossa... essa pessoa tá aqui'... aí a pessoa perdeu o convênio... as vezes perdeu... as vezes ficou desempregado né... também né... e alguns deixou de pagar... aí tem que recorrer ao SUS... então aumentou muito... deve ser uma questão financeira... trouxe as pessoas pro SUS... o SUS já estava sobrecarregado... você imagina... sobrecarregou mais ainda... (E6 Lúcia).

ANA: resumo da história... depois que teve que sair... aposentou... que aí o plano acabou... quando nós fomos fazer uma pesquisas de plano... pra pagar pra mim e pra ele... menina... ficava pela hora da morte... era mil e tanto dele... mil e tanto... por causa da idade... porque quanto mais novo... mas coisa... mas passou de X idade... aí você paga mais... eu sei que ficava quase em dois mil né Paulo...

PAULO: era mil e tantos reais...

ANA: mil e tantos... é... quase dois mil... ele ganha dois salários mínimos... eu ganho um... como é que fazia pra pagar... não tinha jeito... eu falei 'não Paulo... o negocio é nós enfrentar um SUS'... aí na situação que caiu né... que foi... abaixou o salário... a coisa dele... e o meu... que eu aposentei por causa de pressão alta... né... aí eu falei... 'oh... descambar pro SUS'... porque ficar pagando trezentos... duzentos... cento e tanto... e coisa... a gente não tem condições não uai... (E5 Ana e Paulo).

Apesar da entrada nos serviços prestados pelo sistema público se dar ou se manter em grande parte dos casos a partir de situações de necessidade e não por uma escolha deliberada na proposta assistencial do SUS, o estabelecimento de vínculo entre população e profissionais dos serviços tem viabilizado, tanto para usuários SUS dependentes quanto para usuários parciais, também vinculados aos planos privados de saúde, o uso estratégico dos serviços públicos, direcionado para as vantagens oferecidas por ele. Dentre essas vantagens alegadas na utilização dos serviços públicos estão os serviços oferecidos nos níveis extremos de complexidade.

No que se refere aos serviços de baixa complexidade, próprios às atividades desenvolvidas na UBS, o acesso se mostra facilitado de inúmeras maneiras, das quais se destacam o vínculo estabelecido com as EqSF e a proximidade dos serviços das residências dos usuários. Já para os procedimentos de maior complexidade, o sistema público mostra-se mais preparado para as situações de urgência, mas aquelas que demandam socorro imediato, o que confirma as informações evidenciadas pela bibliografia consultada. Nessas situações, o sistema público é utilizado pelos usuários de planos privados de saúde com bastante frequência para realização de procedimentos mais dispendiosos e para obtenção de benefícios não oferecidos pelos serviços privados, ou menos acessíveis nestes. Dentre esses foram mencionados: vacinas, medicamentos de rotina ou de alto custo, atendimento de doenças de

caráter endêmico e/ou epidêmico, atendimentos odontológicos ou com profissionais não médicos, atendimentos domiciliares, ou mesmo, para obtenção de receitas médicas. Em síntese, os sujeitos que fazem um acesso combinado dos serviços norteiam ou modulam a utilização dos mesmos a partir dos fluxos que oferecem melhor vazão em um ou em outro serviço, além de serviços e procedimentos que o plano de saúde privado não cobre ou estipula períodos de carência.

eles vêm... né... por exemplo... um caso agudo... né... a pessoa tava trabalhando... aqui na região... né... e começou a ter uma dor de cabeça... ela vai vim no serviço mais próximo... ela vem aqui no nosso centro de saúde... né... e ela tem o serviço privado e tal... (E4 Enfermeiro).

só que quando precisa de um exame mais caro... eles sempre vem pra cá... (E3 Médica).

vacina... plano de saúde não cobre... você teria que pagar particular... então como tem a vacina no SUS... é feita aqui... (E1 Gerente).

alguns medicamentos a gente consegue no posto... (E6 Lúcia).

normalmente eles procuram por causa de algum caso agudo... vou te dar um exemplo simples... o boom da dengue... (E4 Enfermeiro).

a odontologia mais pelo fato de muitos planos não ter essa cobertura... (E2 ACS).

normalmente quem tem o plano de saúde e... não tem como te dizer se é maioria ou minoria... mas em geral... quem tem o plano de saúde... usa aqueles serviços eh:... que o plano não cobre... as vezes tem alguns convênios que a pessoa ainda ta na carência... né... (E1 Gerente).

os acamados... que não tem serviço de home care do convênio... e aí querem visita... e a gente vai normalmente... faz o acompanhamento... (E3 Médica).

tem uns que querem receita também... os psicotrópicos... aham... esses vem... (E3 Médica).

De todo modo, ainda que os serviços sejam utilizados por todos os entrevistados de maneira que se combinem aspectos de vantagens e desvantagens em ambos os setores assistenciais, posicionamentos dicotomizados são reiterados no discurso dos entrevistados, em especial, entre os usuários.

a gente fica assim... mais é o SUS... né... [...] se pudesse ir tudo pelo SUS... ah minha filha... cê pode ficar sossegada... que eu ia... eu iria tranquila pro SUS... né... mas acontece que... não é... (E5 Ana).

CLÁUDIA: não... mesmo tendo as falhas do atendimento do plano... é muito melhor... não tem comparação...

ISABEL: o SUS não serve pra ninguém... nem pra mim... nem pra você... nem pro seu pai... nem pra ninguém...

CLÁUDIA: acho que nem pro nosso cachorro...

ISABEL: nem pro cachorro...

CLÁUDIA: nossos cachorros são muito mais bem tratado hoje em dia... (E7 Claudia e Isabel).

No que se refere às entrevistas com os profissionais, destaca-se o fato de que todos eles, enquanto usuários dos serviços de saúde, vinculam-se à planos privados, ainda que unanimemente defendam a proposta assistencial do SUS. Não bastasse isso, também fazem uso de estratégias de acesso que burlam a organização formal do sistema público, configurando formas privilegiadas de acesso. Esse uso explicita, em última instância, o posicionamento e a vinculação que os profissionais estabelecem com os serviços, mostra-se intimamente relacionado aos lugares e às perspectivas de onde falam os entrevistados: a história pessoal, se o vínculo se dá como trabalhador ou como usuário dos serviços, a formação ou categoria profissional, a possibilidade de vinculação e utilização dos serviços privados, etc.

Dentre as justificativas para o acesso aos serviços privados, destaca-se a de deixar os serviços públicos para aqueles que não tem condições financeiras de acessar os serviços privados, ou ainda, a agilidade disponibilizada pelo setor privado. Enquanto usuários dos serviços de saúde os profissionais demonstram priorizar os mesmos aspectos suscitados pelos usuários entrevistados, ainda que profissionalmente reinterem a proposta assistencial do SUS. De todo modo, há que se ponderar o fato do recrutamento dos entrevistados ter se dado no setor público e não no privado, o que gera um viés para a pesquisa que não deve ser subestimado.

olha... eu pensei nisso essa semana... eu falei assim... chega ser incoerente né... por quê que eu mantenho um plano de saúde... se:: ((extensão de vogal))... eu acredito no SUS dessa forma... mas... por poder manter o plano de saúde... do ponto de vista financeiro mesmo... é uma forma que eu vejo... de... não utilizar o serviço de uma maneira tão grande pra disponibilizar pra outros... (G1 Gerente).

eu... fora de brincadeira... independente de/ eu/ as vezes a pessoa acha que eu trabalho aqui... que eu trabalho no SUS... eu tenho um privilégio... mas não tenho... a gente aqui é tratado... a gente... as vezes aqui no centro de saúde... por a gente conhecer todo mundo... a gente tem esse privilégio de as vezes poder tá com um acesso melhor... mas agora... vamos supor... se eu vou... no hospital... que é muito cheio de gente... demora... (E2 ACS).

n-n-não... acesso o SUS assim... vamos supor... se eu precisar de um colega... eu trabalho aqui... eu peço pra ela me examinar... ah... eu uso o SUS assim... fazer vacina... as vezes um exame na unidade de saúde... eu uso... [...] é... pois é... eu não/ eu acho que o profissional de saúde... não sei se é só eu... eu evito ao máximo usar... ((risos))... o que eu posso resolver eu resolvo... o que eu posso resolver com um amigo eu resolvo... é assim... (E3 Médica).

eu uso tanto a questão pública quanto a questão privada... né... a gente... por se profissional de saúde... a gente consegue determinar bem... a qualidade de um serviço e do outro serviço... né... os profissionais do setor público utilizam muito a rede privada... sabe?... utilizam muito a rede privada... a maioria dos casos por questão de tempo mesmo... que o ser humano ele é imediatista... ele quer resolver tudo na hora... e o plano de saúde particular... ele é mais rápido nessa questão do imediatismo... (E4 Enfermeiro).

Pela observação dos aspectos analisados é possível concluir que, em se tratando das ações dos trabalhadores, apesar de institucionalmente se mostrarem voltadas para a organização do segmento público, de modo informal articulam a organização, os fluxos e os atores do sistema público e do setor privado. Em se tratando dos usuários as estratégias articulam as vantagens, os serviços mais acessíveis ou de melhor qualidade de ambos os setores, visando agilizar o atendimento e otimizar os recursos financeiros. Grosso modo, há aquelas estratégias que visam otimizar o tempo de atendimento e demandam maiores gastos com os procedimentos que são acessados no setor privado. E, em sentido inverso, há também estratégias que visam otimizar os recursos financeiros, mesmo que para isso seja necessário maior tolerância quanto à demora nos atendimentos e maior submetimento aos tramites institucionais, no caso das ações judiciais, ou às particularidades da lógica assistencial, no acesso aos serviços do SUS. Essas articulações, de todo modo, acontecem a partir das situações de maior necessidade, se estabelecem em decorrência dos entraves de acesso experimentados tanto no sistema público como no segmento privado, enfim, emergem dos tensionamentos entre as propostas assistenciais de ambos os setores.

A dupla entrada ou utilização combinada dos serviços de saúde, em suma, retrata ações estratégicas que atravessam todo o campo da saúde no Brasil. Enraizadas em aspectos culturais da população, essas estratégias de utilização combinada se multiplicam amplamente e, sejam elas analisadas como um todo ou no detalhe do cotidiano, configuram articulações que incutem efeitos notórios à organização da assistência. Não bastasse isso, tais aspectos culturais entrelaçados à estruturação híbrida e desregulamentada dos serviços de saúde brasileiros abrem espaço para o engendramento de ações astuciosas, cada vez mais táticas que estratégicas, na efetivação do acesso e na utilização dos serviços de saúde. Estas ações com características de táticas, conforme delimita Certeau (1980/2014), serão abordadas na seguinte e última sessão deste capítulo de análise.

### **6.3 Episódios (táticas)**

Em um exercício de aproximação entre os aspectos conceituais trabalhados por Certeau (1980/2014) e o conjunto dos dados empíricos gerados com a pesquisa destacam-se alguns episódios que evidenciam de maneira mais clara como são articuladas as astúcias, próprias das ações de caráter mais tático que estratégico, no que se refere à utilização dos serviços assistenciais de saúde. Tais episódios envolvem situações em que os usuários se viram sem outros recursos para lidar com as demandas assistenciais que os direcionavam para

os pontos em que a assistência se mostra de mais difícil acesso. Esta última sessão, portanto, abrange a análise dos episódios, das ocasiões, dos aspectos estritamente astuciosos e táticos, que retratam o que Certeau (1980/2014) chamou de “a arte do fraco”, utilizados pelos usuários nas situações de maior necessidade para vencer os entraves encontrados na utilização dos serviços de saúde.

Os episódios a serem mencionados explicitam as maneiras de fazer dos usuários dos serviços que driblam as leis, regras e normas que organizam a assistência em prol da utilização dos cuidados de saúde de que necessitam. Por isso, esses episódios envolvem situações nas quais há ações que retratam a recusa da organização que um poder administrativo visa impor em nome de um saber ou do interesse comum. Em síntese, são episódios que se delineiam a partir das ações táticas empreendidas pelos usuários que compõem, na perspectiva de Certeau (1980/2014), uma rede de “antidisciplinas”.

Além disso, são situações em que as ações dos usuários se dão sem o menor cálculo, sem intenção ou planejamento de que sejam feitas. Nesse sentido, são condutas que a partir das contingências simplesmente acontecem. Aliás, mesmo que os usuários dos serviços façam uso de um conjunto amplo de ações estratégicas e táticas, é importante lembrar que, como descreve Certeau (1980/2014), estas não são reconhecidas como tal. Na perspectiva dos entrevistados há o respeito às regras de funcionamento dos serviços, ainda que a dupla entrada informal e o uso combinado, estratégico e tático, dos mesmos seja explicitado por eles. Conforme afirma Certeau, (1980/2014): “como os indivíduos não sabem, propriamente falando, o que fazem, o que fazem tem mais sentido do que sabem. ‘Douta ignorância’, portanto, habilidade que se desconhece.” (p.117).

Entre os usuários entrevistados, Silvia afirma preferir seguir as regras colocadas pelo sistema de saúde e demonstra o fazer. Ainda assim, tanto em sua entrevista como nas dos demais usuários a utilização dos serviços de saúde se faz direcionada pela demanda assistencial colocada, mais que pelos fluxos e lógicas de organização dos serviços. Nesse sentido, ao longo das entrevistas os usuários explicitam verdadeiros mosaicos construídos com as regras e normatizações de ambos os setores, mesmo que a intenção não seja desrespeitá-las. Em síntese, não se trata de um enfrentamento, mas de consumo, utilização, astúcia. Como definiu Certeau (1980/2014), trata-se de uma bricolagem, um uso estranho às propostas e finalidades para as quais as coisas foram criadas. Os exemplos disso se multiplicam por todo o conjunto dos dados.

eu não sei... eu não conheço né... se tem... deve ter... que tudo na vida tem um jeito né... um jeitinho brasileiro né... a gente sabe... que tudo tem... mas... eu já prefiro ir pelo caminho mais certo... né... a gente sabe que tudo tem um jeitinho... né... tem uma amiguinha... tem um conhecido... tem um... né... que acaba agilizando... tudo isso né... a gente sabe que tem... mas... é... mas isso não dá certo pra todos né... não dá... porque isso também vai dar certo pra alguns né... que tem um amigo... que tem um médico... que tem isso... que eu trabalhei em hospital... eu sei como é que é... né... então dá certo pra alguns né... ‘ah me passa na frente’... ‘ah faz isso por mim’... ‘ah me/’... né... a gente sabe que tem... mas não dá certo pra todos... então... como não dá certo pra todos... eu acho que... nesse sentido aí... até que o caminho tá certo... que é ter as regras... os horários... eu não vejo outra alternativa não... a alternativa que tem é procurar outro serviço... outra possibilidade... que as vezes eu procuro... porque igual... as vezes eu não acho lá... ‘ah não tem médico aqui na sua equipe’... eu tenho que procurar um outro... aí o quê que eu faço é procurar... é isso que eu faço... (E8 Silvia).

de::po::is ((extensão de vogal))... que o médico mandou ele fazer controle... mas o médico sabia que ele tinha convênio... sabia que ele tinha tudo... ele teve que fazer controle... aí ele começou a fazer pelo convênio... porque aí... o hospital público já não faz controle... aí ele teria que fazer num posto... mas aí... como a gente tinha... eu optei por fazer... porque ele tinha que fazer fisioterapia... e a fisioterapia aqui no ((centro de saúde)) não tem... então ele teria que fazer no centro da cidade... aí pra deslocar ele pro centro da cidade seria muito difícil... então o quê que nós fizemos... fizemos pelo convênio aqui no ((distrito sanitário))... mas todo tratamento ele fez pelo SUS... e foi assim... muito bem tratado... isso eu não posso reclamar de nada... fez a cirurgia... colocou parafuso... tudo direitinho... (E8 Silvia).

Nesses trechos de falas é possível perceber que a utilização combinada dos serviços não se dá de maneira planejada, mas de acordo com a relação estabelecida entre os elementos contingenciais relativos ao adoecimento e aos recursos disponíveis em casa situação. Lúcia, em determinado momento da entrevista também explicita como se dá esse uso tácito, a partir de um conhecimento prático, enfim, a partir de um saber estratégico e tático implícito nas ações que combinam o acesso entre serviços públicos, particulares e de convênio, mas que, de todo modo, se dá sem o menor planejamento, a partir do que está ao alcance mais imediato.

aí a gente tá equilibrando assim minha filha... desse jeito... precisou desse convênio que eu pago pra eles... uma consulta... vai... igual... olha pra você ver... a mamãe precisou de psicólogo... aí ela foi pra esse convênio... porque o preço é bem razoável... bem reduzido... agora ela tá precisando do psiquiatra... não tem... o psiquiatra eu vou ter que procurar... vai ter que ser particular... pra ela... e no SUS... como é que você consegue... psicólogo no SUS... ah::... o psicólogo que tem na minha unidade aqui... é só pra gente com problema mental mesmo... mais grave... com problema menos grave não se consegue... aí... mas então o psiquiatra eu vou tentar o particular... aí eu já sei que eu vou pagar mais caro né... que eu já olhei... tá na faixa de cento e oitenta... cento e cinquenta... e esse do plano... as consultas básicas... tá na faixa de vinte e oito reais... olha pra você vê que benção... a mamografia dela ela paga noventa reais... nesse convênio... ou tem que esperar o SUS sair... (E6 Lúcia).

Grosso modo, os usuários se adaptam às regras dos serviços. Em algumas situações a astúcia está em chegar o mais cedo possível para ser o primeiro a ser atendido, em outras, os usuários fazem uso das normas dos serviços de saúde como forma de modular e, porque não dizer, influenciar e facilitar o acesso, a utilização, dos serviços de saúde. Exemplo disso é explicitado por Ana que empreende esforços para estabelecer vínculos com a equipe de profissionais que a referenciam na UBS. Ainda que a entrevistada diga explicitamente que sua

intenção não é ser privilegiada dentre os demais usuários, fica claro que a relação com os profissionais de referência é pautada pela troca de gentilezas. Se isso não visa desrespeitar as regras que organizam os fluxos dentro do sistema público ao menos visa o estabelecimento de vínculos amigáveis – humanizados – que, na perspectiva mesma do sistema público, trabalham a favor da otimização dos fluxos de atendimento na Atenção Básica. Isso, são os usuários fazendo uso, se apropriando, de proposições oportunas do próprio sistema público – qual seja, a estratégia de vinculação entre usuários e serviço – de maneira a otimizá-las segundo suas necessidades particulares e mais imediatas.

tá lá... esperando pra fazer uma cirurgia... esse médico... eu fui lá:: ((extensão de vogal)) no:... hospital X... e ir daqui lá na Serra né... sai daqui é longe... mas toda terça-feira eu ia... toda terça-feira... ele levava minha filha e nós ia tudo no carro... chega lá esperava o médico... eu já sabia os horários... aí eu chegava na fila... vamos mais cedo... aí eu sempre era a primeira a ser atendida... quer dizer... tem esses detalhes né... (E5 Ana).

é porque a S. ((enfermeira da equipe)) é muito amiga da gente... [...] eu agrado dela assim... sabe?... um modo dela tratar... agora as outras eu não tenho... não são todas que eu tenho... tem médica lá que eu nem sei... nem conheço... cê entendeu?... eu conheço a minha... a dos outros é dos outros lá... então quando chega natal... eu falo... ‘oh gente... trabalhou o ano inteiro... né... ajudando... coisa... a gente’... aí eu falo... ‘oh minha filha... faz uma cestinha de pão de mel que eu vou dar pra S. ((enfermeira da equipe))... vou dar pra T. ((médica da equipe))’... quer dizer... é um presente... um agrado... não porque ela fez coisa pra... não... é porque... consideração... cê entendeu?... eu faço assim... [...] por quê?... não por que ela... se eu chegar lá nós vamos passar... eu espero tanto quanto uma outra pessoa qualquer... entendeu?... eu espe::ro ((extensão de vogal))... dia desses eu fui com a S. ((enfermeira da equipe))... Jesus... eu cheguei ela olhava pra mim... como se diz... ‘não tem nem como’... não tem como passar... porque eu também respeito... se ela chegou cedo... você chegou... eu também cheguei... mas você chegou primeiro... a preferência é sua... não é?... a gente tem que conscientizar... aí a S. ((enfermeira da equipe)) ela olhava... aí... ‘tá quase chegando a vez da senhora’... aí ela ia na lista lá e ia riscando... (E5 Ana).

Neste caso em particular, para os entrevistados Ana e Paulo, a vinculação, o contato e a utilização dos serviços, se dá a partir de condutas que parecem decorrer de estratégias empreendidas pelos usuários há muitos anos, que remontam a períodos da história pessoal dos entrevistados, anteriores à implantação do SUS. Tais estratégias estabeleciam uma relação de proximidade e camaradagem com os profissionais de saúde, o que viabilizava a troca de serviços. Nesse sentido, atualmente, ainda que respeitem os fluxos do sistema público, o vínculo que estes usuários estabelecem com os profissionais dos serviços parece reproduzir em alguma medida essa relação que atua a favor de facilidades de acesso ao atendimento desses profissionais de saúde. Hoje, ainda que estas ações não comportem uma intenção estratégica de acesso, são de caráter tático, configuram um saber em ato, astucioso, visto que modula o modo de acesso destes usuários.

eu por exemplo... eu vim de uma família... que papai... era funcionário público... ganhava um mísero salário... e sustentava cinco filhos... pagava aluguel de casa... então... o quê que acontecia? acontecia que... não tinha onde você recorrer... e a sorte é que morava em cidade pequena... os médicos eram todos amigos... entendeu? os médicos particulares... [...] lá onde eu morei... nessa cidadezinha... quer dizer... não tinha SUS... não tinha... era só médico particular... e os médicos particular... eram todos amigos da família... então assim... “Ah não V... precisa pagar não... vai embora... vai cuidar’... eu tive... sinusite... eu tinha doze anos... foi o doutor E... aí ele veio... falei... ‘oh doutor E... to com uma dor aqui assim’... ah fez o exame... enfiou um negocio assim... num sei o quê que é lá... eu tinha treze anos... ‘é sinusite... italiano’... chamava de italiano... aí ta... passou uns remédios... papai comprou na farmácia... na farmácia tinha conta... porque não podia... porque recebia o pagamento era só no final do mês... ‘ah e quanto que é a consulta doutor E...?’... e ele... ‘ah... não é nada não... vai embora V... vai embora’... então era tudo médico... era farmacêutico da/... sabe?... era uma cidadezinha pequena... que todo mundo era médico... porque o papai mexia com agronomia... e todos eles eram fazendeiro... entendeu?... a maioria do povo lá... então eles falavam assim... ‘oh seu V... cê quer ir lá na minha fazenda... ver os gado... vacinar... e tal’... papai ia... aí ele ia... tal... aí chegava lá tinha um tratorzinho... que ele tinha comprado um tratorzinho... aí ele falava assim... ‘oh... o trator tá aqui... ara aquele pedacinho de terra ali pra mim’... papai arava e tal... ‘quanto que é?’... ‘não doutor... não é nada não’... quer dizer... era amizade pra lá... amizade pra cá... e com isso ele conquistou... os fazendeiros todos da região... que eram médicos... (E5 Ana).

PAULO: o pouco que adoecia ia em médico particular... a minha vizinhança lá todo mundo era médico...

ANA: e até hoje...

PAULO: até hoje os vizinhos lá na...

ANA: é tudo médico... médico de um lado... médico do outro... todo mundo... então era tudo vizinho...

PAULO: era muito comum... ‘ah... isso assim assim’... cê vai ali no médico... cê encontrava até no meio da rua com ele... falava ‘oh fulano’... a gente nem falava doutor... muitos lá que nem chamavam... por que era menino... foi criado com a gente lá...

ANA: uai... o doutor... o A... mesmo... né... era amigo de bater bola com ele...

PAULO: é... então a gente chegava...

ANA: consultava assim sabe?... não cobrava... esse eu conheci... cheguei a conhecer...

PAULO: então minha infância foi criada no meio de médicos... (E5 Ana e Paulo).

Como é possível constatar, as ações de tipo estratégicas e táticas não se restringem ao uso combinado dos serviços assistenciais. Enquanto potencialidades, criações, ou mesmo, possibilidades de transformações das regras segundo os momentos de maior necessidade, estas ações se multiplicam no cotidiano. A partir da entrevista com as irmãs Isabel e Cláudia é possível identificar uma série dessas situações.

ISABEL: nós acompanhamos tudo... todo dia no hospital... acompanhamos dentro do CTI... de fazer visita...

CLÁUDIA: de entrar escondido dentro do CTI ((risos))...

ISABEL: da minha irmã deixar a porta e a gente passar agachadinha... pra entrar e ver ele... a minha mãe com embolia pulmonar... cê entendeu?... minha mãe internava todo dia... ficava meses dentro do hospital... oh... é na hora... é na hora... ó... não podia ficar duas dentro do PA não... eu saía e falava... ‘vou ali comprar um lanche’... aí entrava... dava o lanche a outra... ‘eu vou lá reservar o quarto’... eu passava por dentro do hospital... já entrava em outra portaria... já entrava dentro do PA... o homem vinha... eu escondia dentro do banheiro...

CLÁUDIA: ((risos)) nós somos terríveis...

ISABEL: eu e minha irmã... ((risos)) o homem vinha... ((risos)) ‘o homem vem’... corria escondia dentro do banheiro... porque só podia ficar uma lá... aí ele passava... e ficava uma lá tranquila assim tranquila... e as duas lá coladinha com minha mãe... cê entendeu?... era assim...

CLÁUDIA: nós com doença nós enlouquecemos... nós piramos total... e nós ficamos nessa dedicação total...

ISABEL: você pode chegar lá no hospital ((risos))... e perguntar assim... ‘como é que são as filhas da dona M?’... ((risos))  
 CLÁUDIA: ‘Deus que me livre daquele povo... não quero que eles voltem pra cá nunca mais’... ((risos))  
 ISABEL: os porteiros todos conheciam a gente... ((risos))  
 CLÁUDIA: os porteiros do hospital que papai internou também já conhecia nós... ((risos))  
 ISABEL: todos conheciam a gente... ((risos))  
 CLÁUDIA: com certeza... ((risos))... ih... escondíamos dentro do banheiro... pegávamos o crachá... nós fazíamos uns trambiques... ((risos)) fazíamos umas coisas erradas sim...  
 ISABEL: erradas em termos... pra conseguir entrar né... (E7 Isabel e Claudia).

Grande parte das ocasiões narradas por estas entrevistadas, em que é possível identificar ações táticas, se relaciona às experiências de internação hospitalar dos pais delas. Nesse sentido, envolviam condutas que visavam assegurar o acompanhamento e a supervisão de todo o tratamento, bem como a qualidade da assistência requerida.

ISABEL: não cuida bem do paciente... meu pai ficou internado no CTI... cheguei lá ele tava todo amarrado... sem o medicamento... que... o medicamento faz falta demais... no caso dele né... tirou o medicamento dele... eu falei ‘não.. pode desamarrar ele... ele não precisa ficar amarrado não’... ‘não... a mão dele parece polvo... ele parece um polvo... que tem não sei quantos tentáculos... ele agarra todo mundo’... ‘pode deixar que eu dou conta dele’... cê entendeu?... então nós ficamos vinte e quatro horas com meu pai dentro do CTI... por que ninguém queria... pra não amarrar ele...  
 CLÁUDIA: não... eles não quiseram não...  
 ISABEL: eles não querem cuidar... o aparelho... porque você entra no CTI... liga aquele montão de aparelho... eu não entendo nada de aparelho de CTI... o trem apitava lá... você chama uma enfermeira ‘ow... olha... ta apitando aqui... o quê que tá acontecendo aqui? olha aqui... isso aqui é o quê?’... ‘ah ele não é meu paciente não... quem ta cuidando dele já vem... tá cuidando de outro’... aí passa outra ‘ow... por favor... olha aqui pra mim... o negocio tá apitando... não para de apitar não... o coração dele ta disparado aqui’... ‘ah perai que eu vou chamar quem ta atendendo ele’... então... é um descaso total... uma falta de higiene... total...  
 CLÁUDIA: não sei como eles limpam o paciente... nós ficamos lá dentro... eu tirei foto de tudo dentro do CTI... fiquei lá sozinha... tirei... tudo... não tinha nada lá dentro pra limpar... nada pra limpar o paciente... (E7 Isabel e Claudia).

ISABEL: então lá dentro do hospital... quem dava faxina no quarto era nós... nós tínhamos água sanitária... lysoform... nós tínhamos tudo... na hora que chegava lá... as meninas ‘o quê que é isso? suas doidas’... ‘não minha filha... minha mãe não pode pegar bactéria nenhuma não’... e a gente limpava tudo...  
 CLÁUDIA: os leucócitos dela chegou a seiscentos... quase imunidade nenhuma... no corpo...  
 ISABEL: então... sabe... a gente... é desse tipo assim... louca... ((risos))...  
 CLÁUDIA: uma pessoa nossa adoeceu minha filha... a gente enlouquece...  
 ISABEL: é porque...  
 CLÁUDIA: nós damos a vida um pelo outro... (E7 Isabel e Claudia).

Conforme postula Certeau (1980/2014) o fraco precisa tirar partido de forças que lhe são estranhas. Nesse sentido, as entrevistadas mencionam como se apropriaram de conhecimentos médicos para, a partir disso, cuidar dos pais e, não raras vezes, questionar os profissionais e pressionar os serviços no sentido de obterem a assistência de saúde necessária. Logo, lançavam mão da astúcia “possível ao fraco, e muitas vezes apenas ela, como ‘último recurso’” (Certeau, 1980/2014, p. 95).

ISABEL: porque quem cuidava do meu pai o dia inteiro sem saber exatamente nada... assim... né... a gente ia pro hospital e voltava... nós duas...

CLÁUDIA: fomos nós duas... a gente aprendeu tudo... nós aprendemos... a... vindo ele nós aprendemos a cuidar dele... nós conhecemos até o...

ISABEL: o olhar dele...

CLÁUDIA: o olhar dele... tudo...

ISABEL: hoje ele tá bom... hoje ele não tá...

CLÁUDIA: outro dia a saturação dele tava... noventa e cinco... eu olhei pra ele... falei assim... 'meu pai tá com falta de ar'... 'que isso... olha lá no oxímetro... noventa e cinco'... 'não tem importância'... mas aqui nele... aqui nele ó... tava fundo... aqui o... fisioterapeuta... na época... ainda tinha um pouco de musculatura... então... ele respirava... você via ele respirando... então... (E7 Isabel e Claudia).

ISABEL: então assim... a gente foi aprendendo com a prática mesmo...

CLÁUDIA: aprendemos a olhar um exame de sangue... e já saber... no que/

ISABEL: que aquilo ali deu alteração que pode tá com alguma uma infecção...

CLÁUDIA: a gente já olhava e já sabia que não ia dar pra fazer/

ISABEL: que não ia dar pra mamãe fazer a quimioterapia...

CLÁUDIA: a quimioterapia... que abaixo de três e trezentos não tem... do meu pai a gente olha... e pega... 'olha deu onze e tanto'... meu pai tava com infecção...

ISABEL: já tá com pneumonia... já sabe o que falar com o médico...

CLÁUDIA: já passa o whatsapp e já sabe... o p c e... o outro... a proteína lá... tá alterado... sinal de infecção também... então a gente pega os médicos que explica... 'oh... é isso é isso é isso é isso... por causa disso... oh ta vendo isso aqui?... isso aqui é isso aqui'... então foram muitos anos... que a gente grava... (E7 Isabel e Claudia).

CLÁUDIA: a gente tem uma gama de doenças muito grande na família né... foi por isso que a gente foi aprendendo na marra né... ((risos)) quando a gente não tem condição... cê aprende de qualquer jeito minha filha... cê tem que se virar... você tem que dar seu jeito... pessoa ta passando mal... e você não sabe o quê que você faz... você não tem... o quê dedicar... você não tem um aparato que te da cobertura... aí você vira um pai pra um lado... vira um pai pro outro... sobe ele pra ver se ele consegue respirar... bate nas costas... faz massagem... aí tá assim... as colunas tudo estragada... os braços tudo torto... sabe...

ISABEL: e tá ótimo...

CLÁUDIA: e tá bom... graças a Deus... que nós tamo aqui pra cuidar dele... e vamos ajudar as enfermeiras... e vamos cuidar dele... enquanto tiver vida... do melhor jeito possível... porque ele foi o melhor pai do mundo...

ISABEL: oh e se tiver condição... de eu ir pra rua... pra lutar... por outras pessoas que tiver necessitada... eu vou... porque eu acho o fim da picada...

CLÁUDIA: porque o que nós passamos a gente não deseja que outras pessoas passem...

ISABEL: não quero que ninguém passe por isso não...

CLÁUDIA: a necessidade que nós passamos foi muito grande... aqui em casa... sem ter como cuidar do nosso pai... depois que ele saiu do hospital... que ele não comia mais comida... normal... que tinha que ser a sonda... e o pessoal do hospital não deixou minha irmã fazer...

ISABEL: e mesmo assim... ainda foi muito melhor do que muita gente... com toda dificuldade... a gente tava no céu... né... foi melhor porque a gente tinha onde correr... tem gente que não tem pra onde correr... pra um plano... pra um... nada... tem gente que morre a míngua... porque não tem o quê fazer... ela não tem o quê fazer... a pessoa... ela não tem uma pessoa que vá com ela... que corre atrás por ela... (E7 Isabel e Claudia).

Conforme explicitado, as queixas e reclamações aparecem na fala das entrevistadas tanto como estratégias, no sentido de pressionar os serviços visando a obtenção da assistência, quanto como táticas, em ocasiões em que não encontraram outros meios de lidar com as questões de saúde. No caso dessas entrevistadas, em especial, esse parece ser um comportamento que vem garantindo o acesso aos serviços em várias situações de maior necessidade.

pra conseguir eu vou ter lutar... [...] na briga... tem que ser na briga... cê tem que perder a classe e descer do salto... sem isso não vai pra frente... no Brasil não vai pra frente... (E7 Claudia).

ele desmaiou... a glicose... a glicemia dele baixou... foi lá em baixo... ele estava sentado pra poder... comigo... eu que estava sozinha com ele nesse dia... pra poder... a nutricionista auscultar... pra ver se a comida dele tava descendo... pra ela ver... só que ela sumiu... e deixou ele sentado... super debilitado... eu do lado dele... e foi baixando... e ele foi suando... derretendo... derretendo... eu deixei ele sozinho lá... fui lá... chamei 'ow... o meu pai tá passando mal... tá desmaiando'... aí ela falou assim... 'não tem ninguém aqui não'... aí eu vi o moço que atendia ele... eu falei 'oh meu pai tá desmaiando... me ajuda a por ele na cama'... 'ah... tenho outra coisa pra fazer... chama outra pessoa'... aí eu cheguei lá e eu falei assim... 'vocês querem que eu faço um show aqui?... eu vou fazer... quer o quê?... que eu tiro a roupa?... pra chamar a atenção suas? pra vocês prestarem atenção na gente... que a gente tá aqui... ow... o meu pai tá passando mal'... aí ele chegou lá... tava baixo demais... não tinha nada pra fazer levantar... buscaram um açúcar num sei onde... que enfiou na boca dele... que levantou um tiquim... passaram o maio::r ((extensão de vogal)) aperto com papai... (E7 Claudia).

ISABEL: no dia... no dia... deixa eu falar uma coisa... no dia do hospital ((privado))... o médico falou comigo assim... 'a nutricionista vai vim aqui... tal pessoa vai vim aqui dar uma olhada no seu pai'... to esperando... to esperando... to esperando... nada... nada... nada de vim... eu falei... 'oh minha filha... deixa eu te falar uma coisa... a menina ia vim aqui pra olhar meu pai e até agora não veio ninguém'... aí a enfermeira falou... 'espera... espera... espera'...

CLÁUDIA: ela ficou três dias sem ir... foi o dia que meu pai sentou e ela foi embora também... me deixou lá com meu pai desmaiando...

ISABEL: aí eu virei pra menina 'aqui ó... deixa eu te falar uma coisa... meu sangue ta azeda::ndo... meu sangue ta azeda::ndo... meu sangue ta azeda::ndo... aqui ó... você fala com o médico... que eu quero o médico... MEIA((entonação enfática)) hora no quarto do meu pai... eu dou MEIA hora... liga pra ele onde que ele estiver... você acha ele aí... em qualquer andar que ele estiver... fala com ele que eu quero o medico lá dentro do quarto do meu pai em MEIA hora... que eu quero a resposta dos exames dele... pra ver como que ele tá... o quê que ta acontecendo e o quê que não tá acontecendo... que nós não temos resposta e a médica não aparece'...

CLÁUDIA: 'ninguém aparece... ninguém fala nada com nós... então nós vamos quebrar isso aqui tudo'... ((risos))

ISABEL: e ela... 'ah mais você tá muito nervosa... você ta muito nervosa'... eu falei assim... 'eu não estou nervosa ainda não'...

CLÁUDIA: ((risos)) 'cê espera pra ver'...

ISABEL: falei com ela... 'você ainda vai me vê nervosa... você vai me vê nervosa... falou?'... virei as costas... o hospital cheio assim ó... aí a menina pegou e falou assim comigo... 'eu fiquei sabendo... que você ta meia nervosa aí?... eu falei... 'não... o senhô não me viu nervosa ainda não... o senhô ainda vai me ver nervosa'...

CLÁUDIA: levou papai pra fazer exame... e ninguém falava com nós o quê que deu... e papai piorando... piorando... piorando... e ninguém... 'vai vim... vai vim... vai vim'... e o vai vim não chega... (E7 Isabel e Claudia).

Além das queixas e reclamações, do conflito e do enfrentamento, há relatos em que a assistência se deu pelo contato com pessoas capazes de facilitar o acesso, conforme já comentado. Essa estratégia, no entanto, muitas vezes ocorre contingencialmente. Como escreve Certeau (1980/2014, p.94) a tática “opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita as ‘ocasiões’ e delas depende (...) O que ela ganha não se conserva. Este não lugar lhe permite sem dúvida mobilidade, mas numa docilidade aos azares do tempo, para captar no voo as possibilidades oferecidas por um instante”. Nesse sentido, esse recurso pode aparecer como um evento sem precedentes ou com chances remotas de se repetir.

houve uma situação do meu pai... que foi bem agravante... que ele saiu do hospital... era pra ele fazer um exame... e esse exame... eles deram o preparo pra ele e não funcionou dentro do hospital... e liberaram ele... pra mim fazer por fora... com quinze dias... só que meu pai teve uma diarreia... e nessa diarreia que ele teve... ele desidratou... aí nós fomos pra UPA... então o papai de fralda... e só soltando... só soltando... e ele na maca... no meio daquele mundaréu de gente... pra trocar o meu pai... não tinha jeito... não tinha ninguém pra ajudar... aí um rapaz que cuidava da mãe de noventa anos... foi quem me auxiliou... papai ficou lá três dias... até conseguir... aí minha filha... como que papai conseguiu?... porque uma pessoa do interior... falou ‘Lúcia... nós não podemos ir aí te ajudar... nós vamos tentar te ajudar aqui’... aí olhou com um deputado... entendeu?... foi uma vez que... eu senti que me valeu... precisou de ter uma ajuda... parece que ele entrou em contato com alguém... lá da central... da central de leitões... ele devia conhecer alguém... papai com oitenta anos... desidratado... com diarreia... entendeu?... numa UPA lotada... baixa resistência... podendo pegar outros tipos de doenças... né... aí menina... assim que eu contatei... quando foi no outro dia... saiu uma vaga... aí ele foi pro hospital... aí não demorou muito... então uma vez na minha vida... teve uma ajuda de fora... no mais... é esperar mesmo... esperar... esperar e agarrar com aquele lá em cima... no mais... não consegue não... porque quando você vai falar... ‘ah idade’... todo mundo é idoso... não tem como colocar uma preferência não... só se desmaiar... só se... tiver um problema do coração... aí eles tem que correr né... mas se for alguma coisa... cê vê... o caso dele é crônico né... é o mal que ele vai sentindo até quando Deus... lembrar dele né... aí o quê que acontece... quando precisa de internação... pra ser encaminhado pra outro hospital... ‘oh... agora você procura o seu posto mais próximo da sua casa... pra você continuar’... então quer dizer... vale ali na hora... a emergência né... então pra emergência... (E5 Lúcia).

Como é possível perceber, não há uniformidade ou racionalidade que caracterize as ações de caráter tático dos usuários. Elas se dão ao sabor das singularidades experimentadas no cotidiano de luta por uma assistência à saúde de qualidade. Portanto, multiplicam-se. Além disso, não são capturadas pelas estatísticas. Delas, as estatísticas não conhecem quase nada, visto que não levam em consideração esses aspectos estritamente qualitativos das formas de utilização presentes no cotidiano da assistência. Estas formas não são visualizadas por dados numéricos, configuram-se enquanto cenas, episódios, ocasiões, enfim, enquanto acontecimentos. Eventos que não são classificados ou calculados, não são categorizados, não se reduzem à mínima formalidade. Nas estatísticas se contabiliza o que é utilizado, não as maneiras de utilizar, que se tornam paradoxalmente invisíveis no universo da codificação e da transparência numérica. Como bem lembra Certeau (1980/2014):

Decompondo essas ‘vagabundagens’ eficazes em unidades que ela mesma define, recompondo segundo seus códigos ou resultados dessas montagens, a enquete estatística só ‘encontra’ o homogêneo. Ela reproduz o sistema ao qual pertence e deixa fora do seu campo a proliferação das histórias e operações heterogêneas que compõem os *patchworks* do cotidiano. A força dos seus cálculos se deve à sua capacidade de dividir, mas é precisamente por essa fragmentação analítica que perde aquilo que julga procurar e representar. (p.45).

Nesse sentido, como convida o autor, dessas “atividades de formiga” é preciso também desvelar o “fraseado”, essa “inventividade artesanal” que combina os elementos disponíveis em uma nova tonalidade indefinida, e não só os efeitos, estes sim capturados pelas estatísticas. Foi a isso que se dedicou este trabalho investigativo. Por isso mesmo, aliás, o caráter mais descritivo deste capítulo de análise.

\*\*\*

Por fim, existe ainda um elemento que emergiu entre os dados a ser especialmente destacado e brevemente comentado. Na medida em que o acesso aos serviços assistenciais de saúde, em algumas situações, se mostra submetido ou condicionado as ações astuciosas, estratégicas e táticas, os usuários justificam reiteradas vezes a utilização combinada dos serviços públicos e privados pelo medo experimentado frente à vulnerabilidade que os entraves de cobertura imputam ao âmbito da assistência à saúde brasileira.

não... eu acho que... assim... eu... a informação que eu queria trazer... é que acaba que a gente... eu uso os dois serviços... e eu não queria usar... eu queria usar o que é direito nosso... que é o SUS... né... mas... como fica a desejar... né... acaba que você fica assim... até com medo de cancelar o outro serviço... essa é a verdade... eu não vou mentir pra você não... eu estou até precisando de cancelar... mas... eu tenho assim... um certo receio... 'não... não posso... porque... vai que precisa de uma urgência'... e a gente sabe que a urgência... não vai deixar de te atender... eu sei que não... mas... é mais difícil... se eu preciso de um médico que é mais especializado... é mais difícil... então... eh... você fica com medo... 'ah eu não vou cancelar... eu não posso cancelar no momento... eu preciso pagar'... então assim... o que eu queria falar era isso... que eu acho... que o SUS é direito de todos... que todo mundo paga... né... é descontado de todo mundo... então assim... eu queria que fosse uma coisa melhor... né... pra gente não ter que ficar pagando... teria que ser uma coisa de igualdade... né... o que eu consigo lá no convênio eu teria que conseguir no SUS... porque é um dinheiro assim... bem pago?... é... mas é um dinheiro que você podia estar usufruindo com outra coisa... e tá pagando convênio... sendo que você tem o SUS na sua porta... então eu acho que... deveria ser melhor... o serviço... pra gente não ter essa preocupação... que bom seria se a gente não preocupasse com isso né... com o convênio pra/... o SUS pra todo mundo... você ser bem atendida... você ter as especialidades... com mais rapidez... com mais qualidade... então assim... e cada dia que passa... eu fico com mais medo... vou te ser sincera... porque eu fui levar meu irmão no UPA... ele estava com dengue... tinha TANTA ((entonação enfática)) gente naquele lugar... mas TANTA gente... que eu fiquei apavorada... mas TANTA gente com dengue... mas tinha gente assim... ele tomou o soro em pé... ele... tinha que ficar na fila pra tomar soro... eu falei... meu Deus... que absurdo é esse... que coisa horrorosa... então assim... aí que eu fiquei com mais medo de cancelar o convênio... não posso cancelar... fiquei com mais medo... então assim... eu acho que deveria ser um serviço pra todos e não é... (E8 Silvia).

acaba que o que... era pra gente apoiar mais... e lutar mais... né... só que... igual eu pensei já varias vezes... que eu podia apoiar mais... lutar mais... mas só que... você fica tão desanimada... que você fala assim... quer saber de uma coisa? vou cuidar da minha parte... aí você larga pra lá... aí larga pra lá... porque você vê... igual eu falei... não tem o que você fazer... não tem... eles já fecharam um projeto... uma porta fechada que não tem mais como você entrar... quem consegue é só os políticos... é só eles... e eles não querem fazer nada... pela população... então... a gente ficou... sem o que fazer... né... sem o que fazer... a gente ainda tem que dar graças a Deus que a gente ainda tá num nível melhor... mas e esses que não tem condições nenhuma... nenhuma... é complicado... as vezes a gente fala assim... mas... é pessoas que já morreu por causa de um... que não teve mesmo né... um atendimento... é igual eu falei... só Deus mesmo... pra cuidar de tanta gente... ((risos)) (E8 Silvia).

A demanda por assistência à saúde é crescente e infinita, ainda que os recursos dos usuários, em particular, e dos sistemas de proteção e seguridade social, em termos de coletividade, sejam finitos (Foucault, 2006). Frente o conjunto dos dados gerados pela pesquisa, portanto, destaca-se uma questão de limite: a conta da assistência à saúde não fecha. Os recursos sempre se mostram aquém da demanda a ser solucionada.

Foucault (2006), em uma entrevista realizada em 1983, aborda aspectos relacionados aos temas discutidos por esta pesquisa. Sobre os meios capazes de garantir a saúde, ele afirma

Há o problema da igualdade de todos diante desse acesso – o problema ao qual é fácil em princípio responder, embora não seja sempre fácil garantir praticamente essa igualdade. Há o problema do acesso interminável a esses meios de saúde; quanto a isso, é preciso não se iludir: o problema não tem certamente solução teórica; o importante é saber por qual arbitragem, sempre flexível, sempre provisória, serão definidos os limites desse acesso. É preciso manter em mente que esses limites não podem ser estabelecidos de uma vez por todas por uma definição médica da saúde nem pela noção de ‘necessidades de saúde’ enunciadas como um absoluto. (Foucault, 2006, p.134)

O uso combinado dos serviços assistenciais evidencia aspectos de especial importância para o campo da saúde. Em primeiro lugar, faz emergir uma certa demanda de autonomia, por parte dessa população assistida, em decidir qual a modalidade de assistência ela necessita e almeja. Isso levanta, no entanto, a questão sobre o quão capazes as pessoas são de assumir compromissos no processo de negociação e de definição dessa modalidade de assistência. Em segundo lugar, o uso combinado dos serviços de saúde evidencia, com algum grau de clareza, o quanto essa população assistida é dependente dos dispositivos de seguridade social, bem como, qual a parcela dessa população se vê fora, excluída, dessa cobertura social. Em suma, na medida em que acontece na esfera de atuação das pessoas, no cotidiano, o uso estratégico e combinado dos serviços de saúde retrata em última instância a relação estabelecida entre população e governo, em seus diferentes coeficientes de liberdade e de governamentalidade, de condução. (Foucault, 2006).

Além disso, tem-se enquanto um dos elementos mais significativo que emergiram dos dados gerados com a pesquisa, bibliográficos e empíricos, a implicação de todos os atores do campo nessa conta da assistência à saúde, ainda que tal implicação não seja evidente ou problematizada por eles. Em maior ou em menor medida a população como um todo lida com questões de saúde e com seus custos. Isso se estende dos gestores e formuladores das políticas aos usuários com menores recursos. É inútil à qualquer um se abster. As questões de saúde, na medida em que evocam problemas de vida e de morte, subsidiam uma série de problemas não só políticos, institucionais e econômicos, elas acabam por localizarem-se na esfera da moral e da ética, e exatamente por isso, por se relacionarem aos processos de subjetivação dos atores envolvidos. De todo modo, à despeito dos dissensos e dos consensos experimentados no campo da saúde, e conforme postula Certeau (1980/2014), àqueles sem maiores recursos: a invenção cotidiana com mil maneiras de caça não autorizada.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que nossa preocupação seja a mesma: trata-se de saber – e este é um incrível problema ao mesmo tempo político, econômico e cultural – sobre quais critérios e segundo que modo combinatório estabelecer a norma a partir da qual se poderia definir, em um dado momento, um direito à saúde. (Foucault, 2006, p.134)

Este trabalho teve por objetivo, considerando o hibridismo público-privado, investigar sobre como os usuários fazem uso dos serviços de saúde e sobre como os trabalhadores gerenciam os processos de produção da saúde em que estão envolvidos. Diante dos dados coletados e aqui sistematizados são muitos os elementos que poderiam ser retomados e discutidos em maior profundidade, mas o tempo é findo. Portanto, ao longo do trabalho se multiplicam temas e problematizações que se abrem para discussões maiores e de maior densidade, reflexões importantes e imprescindíveis ao campo assistencial da saúde. Não obstante, à título de considerações derradeiras, em síntese, este trabalho teve como ponto de partida uma delimitação aparentemente dicotômica, mas abordada de maneira que se desvelassem os aspectos que implicam, ao contrário, interdependência. Entre o público e o privado, na prática, o limite é tácito. De qualquer modo, há uma questão de limite que implica em maior ou menor medida à todos. Para usar um termo do âmbito político-institucional: entre o público e o privado, na saúde, há uma questão de regulamentação e de regulação que precisa ser melhor explicitada, discutida e (re)definida. Isso, no que diz respeito à integralidade dos níveis e setores assistenciais.

O tema do hibridismo foi inicialmente abordado e problematizado por uma perspectiva histórica e institucional. Sob esse viés foi possível desvelar elementos relacionados à configuração híbrida e desregulamentada dos serviços assistenciais de saúde no Brasil. Isso, por sua vez, abriu espaço para um melhor entendimento sobre as concepções e as práticas que vigoram no campo da saúde atualmente, amplamente disseminadas no campo, que, grosso modo, sem considerar esse processo de estruturação tal como ocorreu, enaltecem os serviços assistenciais privados e criticam as condições de funcionamento dos serviços públicos. Nesse sentido, o objetivo foi descrever como aspectos históricos, relativos à coexistência de setores públicos e privados na assistência, se fazem presentes nas práticas atuais.

Com o foco na dimensão cotidiana da assistência à saúde as questões suscitadas pelo tema do hibridismo foram tratadas levando-se em consideração os efeitos práticos dessa estruturação combinada de serviços públicos e privados. Uma vez que não são estabelecidos limites objetivos e práticos de esferas de atuação em ambos os serviços, o embate político

entre propostas assistenciais divergentes se faz presente e atuante no âmbito assistencial. Além disso, essa estruturação político-institucional viabiliza uma série de tensionamentos e entrelaçamentos informais que se multiplicam no campo assistencial, gerando efeitos importantes em todo o sistema nacional de saúde. Diante disso, a finalidade do trabalho foi também identificar os campos de entrelaçamento e de tensionamento, entre esferas públicas e privadas, consubstanciados nas formas de uso e de gerenciamento dos serviços de saúde.

Os aspectos estratégicos e táticos das formas de utilização dos serviços viabilizam uma melhor compreensão sobre como esses atores do cotidiano, trabalhadores e usuários, se conduzem frente aos impasses e às possibilidades experimentadas no campo da saúde. De tal modo, fornecem subsídio para se pensar a maneira com que esses sujeitos se veem e de fato estão implicados em todo o processo relacionado à saúde. Sob essa perspectiva este trabalho almejou, enfim, analisar elementos de saber, de poder e éticos que compõem os processos de subjetivação dos atores envolvidos no cotidiano da assistência.

Para lembrar a epígrafe que introduz este trabalho, talvez seja imperioso compreender, afinal, que nas problematizações sobre o campo da assistência à saúde não se trata de afirmar uma verdade sobre um determinado estado de coisas, mas sim, de se afirmar a vida ou de se enfrentar a morte. Os sujeitos dessa pesquisa de alguma maneira sabem disso, uma vez que lidam com essas questões constantemente, de modo prático e cotidiano; uma vez que precisam se posicionar frente às questões que teórica, política e institucionalmente ainda não foram respondidas. Não existe uma formulação para o campo que estipule uma saída “certa” e outra “errada” para tais questões, essas são decisões do âmbito da ética, além de políticas. Portanto, mesmo que estas questões assistenciais, de acesso e utilização, sejam mais suportáveis moralmente quando não devidamente e coletivamente problematizadas, se faz indispensável discuti-las e encará-las à fundo. De todo modo, por diferentes motivos, no campo da saúde em que vigoram os embates econômicos, políticos e institucionais, difícil é se ater aos caminhos que culminam na efetivação do acesso, na utilização dos serviços de saúde, na concretização do direito à saúde.

## Referências

- Aciole, G. G. (2006). Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a Saúde Coletiva. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 10(19), pp.7-24.
- Alves, A.J. (1992). A "revisão da bibliografia" em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis. *Cad. Pesq*, São Paulo, 81, pp.53-60.
- Andrade, M. V., Noronha, K. (2011). In Bacha, E.L. & Schwartzman, S. (Orgs). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: LTC. (pp.94-108).
- Assis, M. M. A., Jesus, W. L. A. de. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(11), pp.2865-2875.
- Bacha, E.L. & Schwartzman, S. (2011). Introdução. In Bacha, E.L. & Schwartzman, S. (Orgs). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: LTC.
- Bahia, L. (2009). O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(3), pp.753-762.
- Bahia, L. (2010). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. (pp. 115-128). Rio de Janeiro: Cebes.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70.
- Belon, A. P., Silveira, N. Y. J. da, Barros, M. B. de A., Baldo, C. & Silva, M. M, A. da. (2012). Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(9), pp.2279-2290.
- Bousquat, A., Gomes, A. & Alves, M. C. G. P. (2012). Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com "alta" cobertura do subsistema privado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(11), pp. 2913-2921.
- Camargo, J. M. (2004). Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, 18(2), pp.68-77.
- Campos, G. W. de S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(Suppl.), pp.1865-1874.
- Carvalho, A. F. de. (2007). *História e subjetividade no pensamento de Michel Foucault*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Certeau, M. (1980/2014). *A invenção do cotidiano: 1 artes de fazer*. Petropolis: Vozes.

- Cesar, J. A., Mano, P. S., Carlotto, K., Mendonza-Sassi, R. A. (2011). Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 11(3), pp. 257-263.
- Ciarlini, A. L. de A. (2010). Direito à saúde e respeito à constituição. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes. (pp. 87-100).
- Conill, E. M., Pires, D., Sisson, M. C., Oliveira, M. C. de, Boing, A. F. & Fertoani, H. P. (2008). O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(5), pp.1501-1510.
- Cordeiro, H. A., Conill, E. M., Santos, I. S. & Bressan, A. I. (2010). Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. (pp. 129-151). Rio de Janeiro: Cebes.
- Diniz, D., Machado, T. R. de C. & Penalva, J. (2014). A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(2), pp. 591-598.
- Fabri, R. H., Silva, H. de S. L., Lima, R. Vaz de & Murta, E. F. C. (2002). Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, Recife, 2 (1), pp.29-35.
- Ferreira Neto, J. L.(2004). A subjetivação como acontecimento histórico. In: Ferreira Neto, J. L. *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta. 2004.
- Flick, U. (2009a). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Flick, U. (2009b). *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Flick, U. (2009c). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artemed.
- Foucault, M. (1978/2008a). *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1979/2008b). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1983/2010a). *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1984/2014). *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. São Paulo: Paz e Terra.
- Foucault, M. (1997). *Resumo dos cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, M. (2006). *Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forence Universitária.
- González Rey, F. L. (2011). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Cengage Learning.
- Heimann, L. S., Ibanhes, L. C., Boaretto, R. C. & Kayano, J. (2010). A relação publico-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. (pp. 208-219). Rio de Janeiro: Cebes.

- Jesus, W. L. A. de, & Assis, M. M. A.. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), pp.161-170.
- Kara-Junior, N., Dellapi Jr., R. & Espindola, R. (2011). Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado. *Arq. Bras. Oftalmol.*, São Paulo, 74 (5), pp.323-325, out. 2011.
- Kock, I.V. (1997). *A interação pela linguagem*. São Paulo: Contexto.
- Lima, T. C. S. de; Miotto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. katálysis*, Florianópolis, 10, n. esp. pp. 37-45.
- Machado, M. N. da M.. (2002). *Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado*. Belo Horizonte: Editora C/Arte.
- Mansano S.R.V. (2009). Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Rev.de Psicol. da UNESP*, 8(2), pp.110-117.
- Marques, R. M. & Mendes, A. (2005). Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, Campinas, 14(1), pp.159-175.
- Menicucci, T. M. G. (2003). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Menicucci, T. M. G. (2006). Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saude soc.*, 15(2), pp.72-87.
- Menicucci, T. M. G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Menicucci, T. M. G. (2010). A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. (pp. 180-197). Rio de Janeiro: Cebes.
- Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(3), pp.621-626.
- Minayo, M. C. de S. (Org) (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Nietzsche, F. W. (2004). *A Gaia Ciência*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.
- Onoko-Campos, R. O. (2010). Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. (pp. 198-207). Rio de Janeiro: Cebes.
- Panarotto, D., Träsel, H.deA.V., Oliveira, M.S.de, Gravina, L.B. & Teles, A.R.. (2009). Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de Saúde. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo,53(6), pp.733-740.

- Pereira, J. R., Santos, R. I. dos, Nascimento Junior, J. M. do & Schenkel, E. P. (2010). Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc. saúde coletiva*. 15 (3), pp. 3551-3560.
- Pó, M. (2010). Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. (pp. 243-266). Rio de Janeiro: Cebes.
- Porto, S., Uga, M. A. D. & Moreira, R. da S. (2011). Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(9), pp. 3795-3806.
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Paulo: Claraluz.
- Santos, I. S. (2011). Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(6), pp. 2743-2752.
- Santos, I. S., Uga, M. A. D. & Porto, S. M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(5), pp. 1431-1440.
- Santos, L. (2010). Administração pública e a gestão da saúde. In Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes. (p.68-86).
- Santos, N. R. dos & Amarante, P. D. de C. (Orgs.) (2010). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes. (pp. 115-128).
- Santos, Rone. E. (2010). *Genealogia da Governamentalidade em Michel Foucault*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Silva, P. F. da & Costa, N. do R. (2011). Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(12), pp. 4653-4664.
- Silvia, Z. P. da, Ribeiro, M. C. S. de A., Barata, R. B. & Almeida, M. F. de. (2011). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(9), pp. 3807-3816.
- Thoenig, J-C. (2010). Teorias Institucionais e instituições públicas. In Peters, B. & Pierre, J. (Orgs) *Administração Pública*. São Paulo: UNESP, pp.167186.
- Veyne, P. (1982). *Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.



## APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada com os profissionais

1. Conte-me como foi sua trajetória profissional até os dias de hoje.
2. Como é seu cotidiano de trabalho, sua rotina, atualmente?
3. O campo da assistência à saúde há muitos anos vem sofrendo transformações, que se tornaram mais marcantes desde a criação do SUS. Considerando sua experiência e o tempo em que trabalha na saúde, como você percebe essas transformações?
4. Como você avalia as condições dos serviços públicos de saúde no Brasil atualmente? E os serviços de saúde conveniados e particulares?
5. Você percebe algum padrão de utilização dos serviços privados (conveniados ou particulares) pela população adscrita neste território?
6. A UBS acompanha casos de usuários que acessam predominantemente os serviços privados de saúde (conveniados ou particulares)?
7. Como é o vínculo desses usuários com os serviços do SUS? É diferente do usuário SUS dependente?
8. Quais serviços esses usuários predominantemente do setor privado acessam com mais frequência na UBS/ no SUS?
9. Como a possibilidade de utilização de serviços privados (conveniados ou particulares) pelos usuários do SUS influencia as decisões e o cotidiano de assistência na UBS?
10. Dentre os serviços oferecidos na UBS ou necessários para a continuidade do acompanhamento e tratamento dos usuários há preferências, uma procura maior para um ou outro serviço? Em quais situações?
11. Quais dificuldades, obstáculos ou impedimentos são encontrados para a continuidade do acompanhamento e tratamento dos usuários?
12. Quando necessário, como é o acesso aos serviços especializados e à alta complexidade?
13. Considerando o que já conversamos, como você percebe a avaliação dos usuários sobre o SUS?
14. Essa avaliação sobre o SUS é diferente entre as pessoas que utilizam *apenas* os serviços públicos e as que utilizam *também* os serviços privados (conveniados ou particulares)?
15. Você gostaria de complementar alguma informação ou dizer algo que ainda não foi abordado?



## **APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada com os usuários**

- 1.** O que você pensa sobre saúde hoje?
- 2.** Como você cuida da saúde no seu dia-a-dia, no seu cotidiano?
- 3.** Você saberia me dizer como era a saúde no tempo de seus pais? Quais serviços eles usavam e como?
- 4.** Quando e por que começou a utilizar os serviços do SUS?
- 5.** Quais serviços oferecidos pelo SUS utiliza?
- 6.** Há algum que usa com mais frequência? Por quê?
- 7.** Você enfrenta ou já enfrentou dificuldades para acessar os serviços do SUS? Em quais situações? Como resolveu a dificuldade?
- 8.** O que você acha dos serviços públicos de saúde oferecidos atualmente? Você percebe alguma mudança ao longo do tempo em que vem usando esse serviço? Sua opinião sobre o serviço se modificou?
- 9.** Quais serviços você utiliza além do SUS? Convênio? De que tipo? Em quais situações? Por quê?
- 10.** Você já enfrentou dificuldades para acessar os serviços privados? Em quais situações? O que fez para superar essas dificuldades?
- 11.** Quando você precisa de uma consulta ou exame o que você costuma fazer? Já precisou de serviços de maior complexidade como cirurgias ou internações hospitalares?
- 12.** A partir da sua experiência, o que me diz sobre os serviços oferecidos pelo setor privado (convênio ou particular)?
- 13.** Existe alguma estratégia que facilite o acesso aos serviços? Como você faz para obter aquilo que precisa em cada um deles? Existe alguma forma de agilizar o acesso?
- 14.** Você já enfrentou problemas de saúde que demandassem um acompanhamento específico e que para obter precisou acessar simultaneamente ambos os serviços de saúde, público e privado? Conte-me como foi.
- 15.** Você gostaria de complementar alguma informação ou dizer algo que ainda não foi abordado?





## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº de registro CEP: CAAE 51025315.3.0000.5137.

Título do projeto: Entre o público e o privado: o uso estratégico dos serviços de saúde.

**Prezado(a) Senhor(a),**

Por vincular-se às atividades realizadas nesta Unidade Básica de Saúde você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que busca estudar a coexistência de setores públicos e privados na assistência à saúde brasileira. Espera-se, com os resultados deste estudo, uma melhor compreensão sobre o uso estratégico dos serviços de saúde atualmente.

Sua participação é voluntária, gratuita e não lhe ocasionará despesas pessoais, consiste em falar sobre sua experiência em uma entrevista gravada. O tema dessa entrevista pode gerar desconfortos e constrangimentos pessoais. Identificado qualquer incômodo a interrupção da entrevista poderá ser sugerida, tanto pela pesquisadora quanto por você. Deste modo sua cooperação, mesmo sendo de grande importância para o desenvolvimento deste estudo, não é obrigatória. Você pode se recusar ou desistir de participar a qualquer momento. Apesar disso, independente de sua participação, a continuidade de suas atividades está garantida, bem como o ressarcimento de eventuais prejuízos decorrentes da pesquisa.

Todo material de registro produzido durante a pesquisa ficará sob guarda da pesquisadora responsável durante 5 anos e após este período será destruído. Além disso, com o objetivo de assegurar sua privacidade e o sigilo sobre sua participação, os registros e a apresentação dos resultados do estudo serão realizados sem identificações pessoais.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor. Você receberá uma delas onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Além disso, este estudo foi aprovado tanto pelo *Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais* (COEP PUC MG), coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Cristiana Leite Carvalho, quanto pelo *Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte* (COEP SMSA BH), coordenado por Eduardo Prates Miranda, ambos sob o regimento da Resolução 466/12 IV.5 do Conselho Nacional de Saúde. De modo que em caso de questões éticas estas instâncias também poderão ser contatadas. O COEP PUC MG pelo telefone (31) 3319-4517, email [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br) ou no endereço Av. Dom José Gaspar, 500/Prédio 03, 2º Andar, sala 228 - Coração Eucarístico - Belo Horizonte, MG e o COEP SMSA BH pelo telefone (31) 3277-5309, email [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br) ou no endereço Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.

Eu, Mariana Antunes Henriques, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades<sup>1</sup> a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e confiança.

**Mariana Antunes Henriques**

Avenida Itaú, nº 525, Bairro Dom Cabral - 1º subsolo, sala 105.

Tel.: (31) 3319-4568 / 97325952. Email: [marianantunes@gmail.com](mailto:marianantunes@gmail.com)

Li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que compreendo que sou livre para me retirar em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Confirmando, por fim, que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante em letra de forma), **dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante**

<sup>1</sup> Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.



## ANEXO A - Normatização da transcrição para análise de conteúdo

Ocorrências	Sinais	Exemplificação
Incompreensão de palavras ou segmentos em gravações digitais	((anotar ponto exato da gravação onde se inicia o trecho de difícil compreensão))	do nível de renda... ((21:08)) nível de renda nominal...
Incompreensão de palavras ou segmentos.	( )	do nível de renda... ( ) nível de renda nominal...
Hipótese do que se ouviu.	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)
Entoação enfática.	Maiúsculas	porque as pessoas reTÊM moeda...
Tom de voz baixo.	Itálicas	até os <i>médicos</i> evitam a palavra...
Nomes de obras ou nomes comuns de estrangeiros.	Sublinhados	<u>Elizabeth Kübler Ross</u> em seu estudo com pacientes terminais...
Alongamento de vogal ou consoante.	:: podendo aumentar para ::: ou mais	Ao emprestarem os... eh:::... dinheiro...
Silabação.	-	Por motivo de tran-sa-ção
Interrogação.	?	E o Banco Central... certo?
Repetição ou corte de palavras sem pausa.	/	... a psico / psico-oncologia...
Indicação de pausas breves ou que represente o final de uma fala.	...	São três motivos... ou três razões...
Silêncio ou pausa longa, quando a gravação for digital.	(tempo exato da pausa)	Eu... (7s) não pensava assim antes (...)
Silêncio ou pausa longa.	(...)	Eu... (...) não pensava assim antes (...)
Citações literais, reproduções de discurso direto ou leituras de textos, durante a gravação.	“aspas”	Pedro Lima escreve... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRREira entre nós”...
Superposição, simultaneidade de vozes.	[ Colchete esquerdo ligando as linhas no ponto em que a sobreposição de vozes se inicia.	1. na casa da sua irmã 2. [sexta-feira?
Comentário descritivo do transcritor.	((minúsculas))	((tossiu))

### Observações:

1. Iniciais maiúsculas: não se usam em início de períodos, turnos ou frases.
2. Fáticos: ah, eh, ahn, ehn, uhn, tá.
3. Números por extenso.
4. Não se indica frase exclamativa.
5. Não se anota o cadenciamento da frase.
6. Os sinais de transcrição podem ser combinados. (Ex.: oh:::... alongamento e pausa)
7. Não se utiliza sinais de pausa, típicos da língua escrita, como ponto-e-vírgula, ponto final, vírgula.
8. As reticências marcam *qualquer tipo de pausa*.

Fonte: Kock (1997)