

O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro

The public-private mix and health service utilization: a study of the therapeutic itineraries of Brazilian supplementary care beneficiaries

Eleonor Minho Conill¹
Denise Pires²
Maristela Chitto Sisson³
Maria Conceição de Oliveira⁴
Antonio Fernando Boing⁵
Hosanna Pattrig Fertoni⁶

Abstract *This study analyzes the health-disease-care experience reported by users of the Brazilian supplementary system in cardiovascular, oncological, mental health and obstetric care in Florianópolis, capital of the state of Santa Catarina. It discusses the selection of indicators in these areas such as myocardial infarction, breast cancer, alcoholism and childbirth besides exploring socio-anthropological contributions to the management field. The results show a search for solutions in three interconnected sub-sectors of the system - the professional sector, the popular sector and the folk sector, the two latter being of greatest importance in mental and oncological care. Combined use of public and private services appears in cardiovascular and oncological field. Seeking to overcome the gaps with respect to access and integrality by using their own choices with respect to accessibility and comprehensiveness of care by using paths or strategies the users establish a variety of arrangements in their everyday life. The socio-anthropological approach is therefore useful for deepening the understanding of the meaning of public and private in health systems as well as of the care models undertaken by the patients.*

Key words *Private health insurance, Public-private mix, Health services accessibility, Anthropology*

Resumo *O trabalho analisou a experiência de saúde-doença-cuidados referida por usuários do segmento suplementar com situações ou necessidades de saúde nas áreas de cuidado cardiovascular, oncológico, saúde mental e obstétrico, no município de Florianópolis, capital de Santa Catarina. Discute-se o processo de escolha das situações marcadoras nessas áreas, o infarto agudo do miocárdio; o câncer de mama, o alcoolismo e o parto, além dos procedimentos sugeridos para explorar contribuições da socioantropologia no campo da gestão. Os resultados revelam a procura de recursos nos subsistemas de saúde profissional, informal e popular, sendo os dois últimos importantes nas áreas da saúde mental e oncologia. O uso combinado dos serviços públicos e da assistência suplementar aparece no cuidado cardiovascular e oncológico. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias. A abordagem socioantropológica mostra-se útil para uma compreensão mais abrangente do significado de público e privado no sistema de saúde, bem como dos modelos de cuidados empreendidos pelos usuários.*

Palavras-chave *Saúde suplementar, Mix público-privado, Acesso aos serviços de saúde, Antropologia*

¹Departamento de Medicina Preventiva, Unimed Florianópolis. Rua Madalena Barbi 204, Centro. 88115-190 Florianópolis SC. eleonorconill@yahoo.com.br

²Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

³Serviço de Saúde Pública, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade do Planalto Catarinense.

⁵Departamento de Saúde Pública, UFSC.

⁶Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

Introdução

Aproximadamente um quarto da população brasileira está coberta por alguma modalidade de seguro privado, sendo a presença de planos de saúde expressiva nas capitais da região sul, onde a porcentagem de beneficiários, em relação à população total, em 2006, era da ordem de 37% em Porto Alegre, 46% em Florianópolis e 43% em Curitiba¹. Este trabalho apresenta um recorte dos resultados de um estudo multicêntrico que analisou a experiência de saúde-doença-cuidados na assistência médica suplementar nestas capitais.

A segmentação do acesso tem se constituído em uma das questões centrais na análise dos problemas dos sistemas de saúde contemporâneos e em particular àqueles que se referem ao Sistema Único de Saúde/SUS. Para Mendes², o sistema brasileiro pode ser dividido em três segmentos, conforme a modalidade de financiamento: desembolso direto, atenção médica supletiva e o SUS. Essa fragmentação levaria a um efeito denominado de *Hood Robin*, ou seja, enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários dos outros segmentos podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos.

Aciole³ realizou uma cartografia do público e do privado argumentando que, apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado, interessaria examinar o conjunto de estabelecimentos, equipamentos e profissionais que garantem a oferta para que sejam identificados os diversos graus de imbricamentos e a interdependência desses recursos. Também seria necessário ter em mente que nesses dois espaços atuam atores sociais com projetos próprios, quer estejam alocados nas esferas do Estado ou do mercado. Esses projetos se expressam em práticas e arranjos technoassistenciais em constante tensão pela permanência de duas categorias distintas no sistema de saúde, a do consumidor e a do cidadão.

Ao longo da década de 1990, os principais trabalhos publicados trataram da caracterização econômica do segmento suplementar ou de aspectos relacionados com a sua regulação^{4,5}. Mais recentemente, a Agência Nacional de Saúde/ANS tem fomentado pesquisas acerca das características do modelo assistencial e da qualidade dos serviços. Estudos com esse enfoque, ao analisarem algumas linhas de cuidado (o paciente cardiológico em situação de infarto agudo do miocárdio, o parto e o cuidado ao paciente pediátri-

co), concluíram que a assistência nesse setor era marcada pela fragmentação, com ênfase em procedimentos orientados por diretrizes biologicistas e interesses de mercado⁶.

A expressão modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde é utilizada na saúde coletiva para caracterizar o conjunto de estruturas, práticas profissionais, conhecimentos e tecnologias disponíveis sobre o cuidado no processo saúde-doença e os modos de organização de serviços e do trabalho em saúde formalmente institucionalizados e legalizados em uma sociedade histórica dada. Para Campos⁷, modelo assistencial e modo de produção de serviços de saúde podem ser considerados sinônimos, envolvendo uma dimensão concreta (recursos financeiros, materiais, força de trabalho), mas também tecnologias e modalidades de atenção. Essas dimensões se articulam constituindo uma estrutura produtiva e um discurso, que associado a um conjunto de projetos e políticas, assegura sua reprodução social. Num mesmo momento histórico, podem co-existir vários modelos, tais como o clínico ou epidemiológico, o estatal ou privado, uma produção de serviços segundo a lógica do trabalho liberal ou do assalariado, da pequena produção ou de empresas, configurando-se assim diferentes projetos technoassistenciais de grupos ou atores sociais em disputa.

No momento da concepção da pesquisa, entendia-se que a utilização dos serviços públicos dizia respeito ao sistema estatal, o Sistema Único de Saúde/SUS, sendo privado tudo o que se situasse fora dele, representado pelas diversas modalidades de seguro saúde privado ou por outros prestadores privados sob forma de pagamento direto. No entanto, ao lançar mão do referencial da socioantropologia e aprofundar o que Aciole³ denomina de polissemia e antinomia dos termos público e privado, deparou-se com a necessidade de focar a multiplicidade dos sistemas de cuidados que ultrapassa a dicotomia vigente entre público, com sendo sinônimo de estatal, e privado como sendo sinônimo de mercado.

Neste sentido, considerou-se importante acrescentar a este debate a discussão sobre a pluralidade de sistemas de cuidados sob uma perspectiva diversa. Nesta perspectiva, os processos saúde-doença-cuidados são percebidos como parte de macrocontextos determinados econômica e socialmente, envolvendo também uma dimensão subjetiva e cultural. Essas contribuições são importantes mas, em geral, ausentes do campo das políticas e da gestão e quase inexistentes nas análises do segmento suplementar.

Contribuições da socioantropologia para a gestão: itinerários e situações marcadoras

No referencial da socioantropologia, a doença, mais do que um evento biológico, é concebida como um processo experiencial cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais⁸⁻¹⁰. Para Kleinman⁸, as crenças e teorizações sobre saúde e doença, os modelos de organização dos serviços, as escolhas e avaliação das práticas terapêuticas e os comportamentos socialmente aceitos, incluindo relações de poder e papéis sociais dos diversos agentes no âmbito do setor, constituem, em cada sociedade, um sistema cultural. Cada sistema de saúde seria composto por três subsistemas inter-relacionados: o informal (*popular sector* - família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda), o popular (*folk sector* - agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema profissional (*professional sector*).

As pessoas e suas famílias buscam atenção nestas três esferas, sem, necessariamente, seguir um mesmo sentido de percurso ou hierarquia, trilhando caminhos que têm sido denominados de "itinerários terapêuticos"¹¹. Tais caminhos percorridos na busca de soluções para problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos ou relegados a um segundo plano, não sendo um tema prioritário durante a formação profissional em saúde e, também, pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores, gestores ou formuladores de políticas.

Enquanto categoria analítica, a experiência de adoecer se refere à forma como os indivíduos e grupos sociais assumem essa situação, o que inclui os meios utilizados para responder a um dado episódio de doença. Apesar da indiscutível importância de seu conhecimento, estudá-la implica enfrentar um dos grandes desafios da socioantropologia contemporânea, ou seja, a compreensão das dimensões cognitivas e sociais que são incorporadas e se expressam nas representações individuais. A experiência de doença desvela aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivos), importando conhecer o movimento pelo qual as práxis individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem mutuamente¹².

A antropologia clássica tem contribuído para pensarmos a saúde/doença no que diz respeito à relativização dos conceitos biomédicos, ao conhecimento da estrutura dos mecanismos terapêuticos (eficácia simbólica), ao conhecimento das relações entre saúde/doença, realidade so-

cial, sua contextualização e intersubjetividade¹³. Para a antropologia, é necessário considerar como os sujeitos definem sua situação, suas experiências biográficas, seu estoque de conhecimento e estruturas de relevâncias¹³. Acrescenta-se, ainda, estudos que abordam itinerários terapêuticos em situações de pobreza¹⁴ e a importância da antropologia para a avaliação da qualidade¹⁵.

Para estudar as trajetórias referidas por beneficiários/ usuários dos serviços de saúde suplementar, lançou-se mão do conceito de situação marcadora. O uso de "traçadores" ou marcadores foi introduzido por Kessner¹⁶ e tem como premissa que alguns problemas específicos podem ser úteis para a análise da prestação de serviços e da interação entre prestadores, usuários e o ambiente. Essa metodologia foi incorporada ao programa de qualificação implementado pela ANS⁶ e pelo Ministério da Saúde no monitoramento do Programa de Saúde da Família/PSF¹⁷. Neste estudo, marcadores orientaram a obtenção de informações relacionadas com as experiências e vivências dos sujeitos em seus itinerários pelos serviços, propondo-se que estudos qualitativos e/ou etnográficos complementem a interpretação de indicadores quantitativos, atualmente predominantes no campo da gestão.

Procedimentos metodológicos

Este estudo consiste em um mapeamento exploratório das experiências referidas por beneficiários/ usuários dos serviços de saúde suplementar, no município de Florianópolis, em quatro situações marcadoras. Estas foram definidas levando-se em conta critérios de importância epidemiológica, a comparabilidade com sistemas de avaliação nacionais ou internacionais¹⁸, a continuidade com estudos realizados pela ANS⁶, além do fato de que o infarto, o câncer, o alcoolismo e o parto se constituem em situações de inegável importância nas representações individuais e sociais de doença na sociedade brasileira.

Para caracterização do município, obtiveram-se dados provenientes do DATASUS (Indicadores e Dados Básicos/IDB), além de informações de documentos e entrevistas com gestores da principal operadora do município.

A amostra foi composta por 49 beneficiários/usuários do segmento suplementar: dezessete portadores de Infarto Agudo do Miocárdio/IAM, onze mulheres com câncer de mama, dez doentes com alcoolismo e onze mulheres que haviam dado à luz há até um ano e meio.

As entrevistas (1 hora e meia de duração em média) realizaram-se nos meses de janeiro a março de 2007, após um período de preparação com trâmites administrativos e éticos em atenção ao disposto na Resolução 196/96 do CNS.

Foi necessário recorrer a múltiplos processos de amostragem para atender à diversidade de contextos institucionais e às dificuldades de acesso aos usuários no setor privado. No IAM, a amostra foi intencional com coleta de dados na principal prestadora de serviços privados na área cardiovascular. Para o parto, as mães foram também selecionadas por amostragem intencional a partir da listagem dos nascimentos ocorridos em 2006, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, evitando-se a concentração de entrevistas em regiões específicas da cidade. A seleção para o câncer de mama se deu a partir da lista de associados da Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC), seguida da técnica de “bola de neve”, onde um paciente indica o outro e assim sucessivamente. Para o alcoolismo, através de contatos com grupos de Alcoólicos Anônimos/AA, associada também à técnica de “bola de neve”.

Na caracterização final da amostra, houve coerência com o tipo de cobertura da saúde suplementar predominante no município. Dos 49 entrevistados, houve predomínio de mulheres; pessoas com grau de escolaridade superior completa e segundo grau completo; e de renda mensal superior a R\$ 2.000,00.

Utilizou-se a análise temática com a leitura fluente de cada entrevista para uma visão do conjunto das situações marcadoras e uma imersão nas narrativas. A seguir, houve uma leitura transversal para validar as pré-categorias que haviam permitido a criação do roteiro de entrevistas, definindo-se duas macrocategorias com suas subdivisões: percepção/explicação do problema; e o itinerário – o percurso, as escolhas e a terapêutica. Para o tratamento dos dados, foi utilizado o *software* Nvivo.

Contexto e itinerários

A capital catarinense possui aproximadamente 400.000 habitantes, com valores do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal/ IDH-M da ordem de 0,87, o que a coloca entre as primeiras capitais do país pelos critérios deste indicador (educação, longevidade e renda)¹⁹. A atividade econômica está fortemente assentada no setor terciário em decorrência da função de capital e pela intensa atividade turística.

As doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade seguidas pelas neoplasias, sendo que o IAM representa a principal causa no primeiro grupo quando analisados ambos os sexos. O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência (exceto pele não melanoma) e principal causa de mortalidade entre as mulheres. Florianópolis apresenta um percentual acima da média nacional e regional para partos cesáreos, os quais correspondiam a 50% em 2004²⁰.

No que diz respeito à oferta hospitalar, há predomínio de leitos públicos e os principais hospitais, com exceção do Hospital Universitário, funcionam como prestadores para a o segmento suplementar. Outra especificidade a ser destacada é o fato de que a modalidade de cooperativa médica praticamente detém o monopólio do mercado, com uma cobertura superior a 70% dos beneficiários²⁰.

Os itinerários nas situações marcadoras

Experiências no infarto agudo do miocárdio

A percepção da causa do problema “infarto agudo do miocárdio” apontou para o estilo de vida (hábitos alimentares, consumo de fumo, pouco exercício e estresse) como primeira explicação e fatores hereditários como a segunda.

Uma dieta inadequada, muita gordura, muito queijo, colesterol altíssimo, quatro anos sem exame, controle nenhum e um stress emocional bem forte. (I15)

O itinerário em busca de cuidados iniciou com o reconhecimento do problema, o que ocorreu em três situações. A mais comum foi a identificação do risco pelo próprio usuário ou por familiares, seguido pelo reconhecimento e identificação da situação por profissionais médicos em consultas com cardiologistas ou nos serviços de urgência, tanto públicos ou privados.

Após o almoço eu senti um mal-estar estomacal, aí fui numa farmácia, me automediquei e fui para a casa. Quinta-feira tomei uma cervejinha à noite, e começou a dar uma queimação muito acentuada. Depois começou nessa parte abdominal e se espalhava pelas laterais e chegava até os dedos, até a ponta dos dedos, doía todo o braço. Aí eu peguei e fui num hospital. (I2)

Com o reconhecimento do problema, o percurso envolveu diversos serviços do subsistema profissional, tais como consulta ambulatorial em serviço público e privado, consulta com cardio-

logista e atendimento em emergência cardiológica privada, além de emergência da rede pública, de referência ou não na área da cardiologia.

Os serviços de emergência cardiológica apareceram como um importante recurso para pessoas com IAM. O acesso deu-se a partir de encaminhamento feito pelo subsistema profissional ou diretamente, quando o usuário sabia da existência de unidades de emergência cobertas pelos planos. Houve problemas quando a procura foi por consulta, pela não disponibilidade nas agendas médicas.

A procura por hospitais/urgências públicos no primeiro episódio de dor pré-cordial ocorreu em três situações: quando o paciente não possuía a modalidade de plano que provê cobertura hospitalar, quando o acesso à urgência hospitalar pública era melhor ou por não ter informações sobre a existência de uma urgência cardiológica privada. Usuários com cobertura e atendidos por hospital público foram orientados a procurarem os serviços vinculados ao plano. Observa-se, portanto, a presença do *mix* público-privado no evento de urgência do IAM.

Cateterismo e angioplastia com colocação de *stent* foram os procedimentos mais frequentes que se seguiram à internação, ocorrendo, também, em menor monta, a revascularização do miocárdio. O tipo de cobertura contratada com o plano de saúde foi determinante para a trajetória a ser seguida pelo doente no que diz respeito ao acesso, diagnóstico e à terapêutica. Em casos que o plano não cobria o pagamento de procedimentos mais complexos, ocorreram pagamentos privados (desembolso direto).

Notou-se total adesão aos procedimentos instituídos, como era de se esperar pela condição de internação hospitalar na realização das entrevistas. O itinerário em busca de diagnóstico e tratamento foi sentir dor pré-cordial e procurar ajuda do cardiologista ou médico, destacando-se, desta forma, a concentração dos cuidados no subsistema profissional, o que pode ser explicado pela situação clínica de urgência com risco de vida. Neste sistema, predominou o atendimento médico e de enfermagem, sendo mencionados, em pequena escala, a prática de exercícios físicos e a consulta a fisioterapeutas, sendo que estes dois tipos de cuidados não eram cobertos pelos planos de saúde. Não apareceram referências a procedimentos preventivos sistemáticos com relação ao IAM e apenas após o primeiro episódio de infarto é que se inicia o efetivo monitoramento da doença. Nenhum entrevistado mencionou a procura do subsistema popular.

Experiências no câncer de mama

A maior parte das mulheres entrevistadas associou o desenvolvimento da doença a situações de estresse em suas vidas, em alguns casos conjugadas à depressão. Em suas narrativas, aparecem situações de óbito de pessoas próximas e excesso de trabalho, além de conflitos no ambiente profissional.

Mas eu tive tantos problemas! Meu marido doente, fiquei viúva, sofri, e depois a minha neta começou na adolescência, e dá preocupação. Eu acho que foi por isso que apareceu, e acho que foi mais emoção, né? Depressão, decerto um pouco, tudo junto. (M1)

Outra percepção comum foi que a doença está associada à herança genética.

As consultas e os exames de rotina realizados a partir de consultas aos ginecologistas mostraram-se os principais meios de identificação do câncer de mama, associados à biópsia e punção para confirmação diagnóstica. Nota-se a incorporação de atividades preventivas no cotidiano das entrevistadas.

Eu fazia mamografia de seis em seis meses e foi detectado um nódulo que em princípio seria benigno, e eu fiz outros exames de laboratório também, só na hora que foi feita a cirurgia que foi descoberto que era maligno. (M2)

Uma segunda forma de identificação do câncer foi através do auto-exame sistemático ou por acaso, ao tocar a mama. Com o diagnóstico confirmado, o caminho mais comumente seguido foi a procura por um mastologista ou oncologista. Este profissional avaliava o quadro clínico solicitando novos exames e marcava a cirurgia para a retirada do tumor. Em muitos casos, realizou-se mastectomia ou quadrantectomia. A maior parte das pacientes passava, então, à radioterapia e/ou à quimioterapia. Geralmente depois de alguns meses é que realizaram a reconstituição da mama. Outras já realizavam essa cirurgia no momento da retirada da mama.

Durante esse processo, algumas mulheres passavam a ter também consultas particulares com psicólogos e fisioterapeutas, uma vez que a cirurgia pode resultar em comprometimento dos movimentos dos braços e grande fragilidade emocional.

Observa-se nesta linha um *mix* público-privado por dificuldades de cobertura dos planos de saúde. Algumas doentes recorreram ao SUS para ter acesso à medicação ou mesmo para receber cuidados de profissionais não médicos.

No caso do câncer de mama, identificou-se a

presença de um arranjo entre os três subsistemas: seguem-se as prescrições da biomedicina com busca de suporte para outras necessidades, principalmente apoio espiritual na religião.

Aí ela me aconselhou a ir lá no Ribeirão da Ilha que tem aquele, é espírita, aí eu fui pra lá e fiz a cirurgia espiritual e antes disso eu já comecei a fazer a imposição das mãos. (M1)

Eu sou católica, aí eu vou sempre a missa e isso me ajudou muito. A fé que eu tenho me ajudou muito, e a família, marido, filho, todo mundo me deu o maior apoio. (M2)

Além da religião, a participação em grupos de apoio/ajuda foi apontada como de grande importância na aceitação da doença e nas repercussões físicas e emocionais decorrentes do tratamento.

Experiências no alcoolismo

Um elemento essencial que determina os itinerários terapêuticos é o modelo explicativo sobre o que é saúde, adoecimento e suas formas de solução. No caso do alcoolismo, há um espectro de percepções que vai desde a dificuldade ou inexistência de problematização - quando do início do uso do álcool, uso, em geral, bastante aceito e legitimado socialmente pelos usuários, familiares e pelos grupos com os quais estes se relacionam, até a definição da situação como doença e *locus* de profundo sofrimento.

Nunca foi um problema, porque eu trabalhava e tudo que eu consegui na minha vida foi por concurso público, fiz cinco concursos públicos e passei nos cinco. Então a droga nunca foi um problema pra mim, porque o álcool e as drogas estavam inseridos na minha vida, não era um problema para mim. (A3)

O alcoolismo é uma doença progressiva e os fatores que levam as pessoas a ser um, são inúmeros. Na verdade, é a doença da negação, e então ninguém fala nada. (A8)

Como a sociedade nos chama para o álcool, qualquer festa, qualquer evento tem álcool, eu jamais poderia imaginar que o álcool poderia me causar algum problema. (A5)

Para alguns, não existe uma causa única e, aspectos sociais, familiares, econômicos e biológicos estariam implicados como causa ou como conseqüência. Na grande maioria dos relatos, aparece a influência de certo padrão de sociabilidade pautado na desestruturação familiar ou num modelo familiar do uso de álcool, e, ainda, no vínculo com grupos de amigos, destacando-se o companheirismo durante a adolescência. Gradativamente este padrão vai se constituindo

como usual e há uma progressão natural do uso social para o uso rotineiro, abusivo, e a dependência. A segunda categoria de causalidade foi a da hereditariedade, considerada como uma predisposição, uma propensão que liga o genético ao ambiental ou ao emocional.

O aspecto psicológico é associado a uma propensão, salientando-se: timidez ou dificuldades de lidar com as emoções e a presença de comorbidades diagnosticadas ou auto-referidas - neurose, depressão, dependência de outras drogas. Para outros esta propensão não é uma pré-disposição emocional, mas ligada ao caráter que leva ou impõe o uso e à dependência do álcool.

Identificou-se forte prevalência de comportamentos de negação da doença entre usuários, profissionais de saúde e na sociedade. O reconhecimento do alcoolismo enquanto problema e a procura e/ou motivação para o tratamento deveu-se ao surgimento de doenças secundárias/associadas, a perdas financeiras e a problemas no trabalho e na família. Após o reconhecimento, o itinerário percorrido mostra um longo percurso, com utilização dos três subsistemas de atenção à saúde: o informal (identificação do problema pela família, amigos e trabalho, onde ocorre o primeiro aconselhamento; comunidades terapêuticas; e alternativas de auto-ajuda como a participação em grupos de AA); o popular (assistência espiritual na umbanda e em comunidades terapêuticas ligadas a grupos religiosos); e o subsistema profissional (consultas para legalizar faltas, consultas a clínicos e profissionais de saúde mental, internações para desintoxicação).

Todo mundo sabia, claro, eu ia perdendo os empregos. Depois algumas pessoas me falaram que eu era alcoólatra. Um amigo era alcoólatra e dizia: "Claro que nós somos alcoólatras, você acha que nós estamos todos os dias nessa mesa de bar porque?" Eu ia no médico e os médicos não percebiam, nunca falavam nada a respeito e também não entendem. Médico normal não entende nada de alcoolismo, médico psiquiatra especializado em alcoolismo é outra coisa. (A6)

Os relatos mostram as diferentes percepções sobre os profissionais médicos. O diagnóstico da dependência foi feito na maioria das vezes por profissionais especializados, citados por alguns entrevistados como sendo psiquiatras que trabalham na área de dependências, e muitas destas consultas foram particulares, com desembolso direto.

As internações ocorreram tanto no setor público como no privado, pois o número de vagas é muito limitado e não cobre as necessidades

daqueles que possuem planos de saúde. Um outro ponto importante é a referência à utilização do sistema médico formal, tanto no setor público como no privado, para a obtenção de atestados, perpetuando um ciclo de justificativas de faltas ao trabalho e de tempo livre, usufruídos muitas vezes, para uso do álcool.

Observaram-se diversas dinâmicas de inserção em grupos de AA. No geral, aponta-se que os vínculos nesses grupos trazem a possibilidade de re-interpretação dos processos individuais a partir das narrativas das experiências dos companheiros de grupo, algo que é considerado como essencial na busca diária da recuperação. Os grupos de AA são denominados, por alguns entrevistados, como espaços onde ocorre uma luta diária assumida como tomada de consciência de que existe uma doença crônica. O auto-cuidado está presente e é vinculado a uma determinação e mudança de atitude frente à dependência do álcool, o que é também vivenciado em clínicas do subsistema profissional e de outras formas, nas comunidades terapêuticas.

Nas complicações mais graves é que a biomedicina tem um papel preponderante para tratamentos especializados e nas internações para desintoxicação. Neste processo, os grupos de AA apareceram no sistema informal como a resposta mais efetiva. A proposta desses grupos abarca questões espirituais e mesmo éticas, com o estabelecimento de redes de solidariedade, de transmissão de conhecimento e, principalmente, fortalecendo a capacidade de manter a abstinência diária. A inexistência de um caráter comercial nesses grupos é outro aspecto valorizado em contraste aos objetivos de lucro do subsistema profissional de saúde.

Experiências no parto

Em relação a este marcador, destaca-se o percurso, os sentimentos e as expectativas com relação ao parto. As entrevistadas mencionaram que a identificação da situação de gravidez despertou-lhes emoções diversas, variando entre felicidade, surpresa e ansiedade.

Quando eu tava grávida, eu fiquei assustada, porque a gente não esperava, né? Eu morava em São Paulo, ele morava aqui [Florianópolis]. Assim, não foi planejada, mas quando a gente ficou sabendo que eu tava grávida, foi super bem recebida, né? Ficou todo mundo super feliz. (P5)

Estes sentimentos e percepções sofrem influência de valores pessoais, familiares e culturais relativos ao processo gravidez-parto e interferem nas

decisões a respeito do tipo de parto, assim como no itinerário percorrido em busca de cuidados.

Chama atenção o elevado número de partos cesáreos entre as entrevistadas. Múltiplos fatores contribuem para este fato, destacando-se o medo da dor, situações de organização da vida cotidiana com planejamento da data adequada para o nascimento, crença na eficiência da tecnologia médica e na palavra/decisão dos médicos. Há certa convivência, omissão e, até, estímulo por parte dos obstetras vinculados aos planos de saúde para realização do parto cesáreo.

Eu queria que fosse cesárea, porque lá em São Paulo o meu médico incentivava a cesárea, não é que ele incentivava, ele achava que era melhor, tanto pra criança quanto pra mim. Mais pra criança até do que pra mim. (P5)

A influência do profissional médico pode ser tanto para a realização de cesárea quanto para o parto normal e a argumentação técnica tem um peso significativo na decisão da mulher em relação ao tipo de parto. A narrativa acima exemplifica a primeira situação e a narrativa abaixo evidencia que, durante o pré-natal, o médico tem um espaço para influenciar positivamente a favor do parto normal; no entanto, parece que a influência a favor da cesárea tem sido mais convincente.

Então foi assim, durante a gravidez na primeira hora que eu tive certeza que tava grávida, eu assim: "vou fazer cesárea", decisão minha, né? Depois o médico me convenceu do contrário e depois eu convenci ele de que eu queria fazer cesárea. (P1)

Em relação ao percurso, destacou-se a escolha pelos serviços do subsistema profissional: o itinerário seguiu a lógica do modelo da biomedicina com o fluxo consultório-laboratório-maternidade. Não houve problemas no que diz respeito à cobertura para a realização das consultas, exames e realização do parto. No entanto, há diferenças entre as operadoras de um estado para o outro, especialmente com restrições de cobertura ao parto. Poucas entrevistadas referiram terem buscado, além do subsistema profissional, apoio com familiares, grupo de auto-ajuda, amigos ou práticas alternativas.

Discussão: mix público-privado, modelo assistencial e a pluralidade dos sistemas de cuidados

Os caminhos percorridos nas quatro situações marcadoras estudadas aproximam-se do encontrado na literatura da antropologia aplicada à

saúde^{8, 9, 11, 21}. Estes estudos mostram que a percepção sobre a saúde e a vivência da doença envolve uma explicação pessoal, fortemente influenciada pela cultura, e que esta percepção influencia as escolhas de tratamento e o itinerário percorrido na busca de cuidados.

Mas os percursos trilhados foram também influenciados pela cobertura dos planos de saúde e pela disponibilidade (ou não) desses recursos para responder às necessidades. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando buscam, através de suas próprias escolhas ou estratégias, superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção. Os dados mostraram que os usuários procuram recursos dos três subsistemas - o profissional (incluindo o *mix* público-privado), o informal e o popular, sendo estes dois últimos significativos nas áreas da saúde mental e oncologia.

No caso do alcoolismo, apesar da referência a um conjunto de fatores, a importância do contexto social surge como marcante. Aparecem sucessivas menções da permissividade da sociedade, que se associa, de forma negativa, a fatores genéticos e psicológicos, principalmente em períodos críticos do desenvolvimento do indivíduo. A contraparte perversa dessa situação é que essa mesma cultura facilitadora parece não reconhecer o alcoolismo como uma doença, o que se manifesta, entre outros, pelas dificuldades no acesso (falta de vagas, limites de coberturas) e pela falta de preparo dos serviços profissionais em lidar com o problema.

Constitui-se, segundo as palavras dos entrevistados, na “doença da negação”. O reconhecimento da dependência ou do uso de risco de álcool ocorre depois de muitos anos de consumo e a procura e/ou motivação para o tratamento deve-se ao surgimento de doenças secundárias, perdas financeiras, problemas no trabalho e na família. É interessante destacar a existência, nessa linha de cuidado, de um *mix* entre o sistema informal e o sistema profissional. Este *mix* inclui diversos profissionais, práticas grupais, suporte espiritual e de auto-ajuda, registrando-se o destaque aos resultados positivos do subsistema informal, o que também é encontrado na literatura²¹.

O social também está relacionado ao conjunto de causas referidas para o infarto, mas adquire nesse caso um significado distinto, associando-se à noção de estilo de vida: hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo, bem como o estresse causado por problemas, pressões, insatisfações e perdas vividas no trabalho e/ou na família. Ou seja,

um conjunto de riscos que o indivíduo deveria modificar ou aprender a controlar.

Chama atenção a pouca referência a formas de rastreamento ou de intervenção que pudessem ter modificado o curso desses fatores de risco, os quais os sujeitos parecem conhecer, mas não conseguem modificar. O itinerário revela o que poderia ser denominado como uma “linha de cuidado invertida” uma vez que os cuidados preventivos, que deveriam expressar a integralidade e a continuidade da atenção, começam no final, ou seja, quando a doença já está instalada de forma severa.

O problema é, em geral, reconhecido pelo próprio doente no âmbito do sistema informal. A partir daí, o itinerário percorrido envolve a procura de diversos serviços do subsistema profissional, na grande maioria do sistema privado. Identificamos a existência de um *mix* público-privado no sistema profissional de cuidados com a utilização de hospitais e urgências pertencentes ao SUS, mas tais situações foram pouco expressivas. Houve referências ao sistema público para obtenção da medicação de uso contínuo.

O tipo de cobertura contratada com o plano de saúde foi determinante para a trajetória a ser seguida, como para o acesso à terapêutica. A obtenção de procedimentos mais complexos está subordinada a regras e pode significar pagamento complementar. Há um papel de destaque para os procedimentos tecnológicos que assumem intensa valorização diante de uma situação de risco de vida, sem a menção aos recursos de outros sistemas de cuidado.

No caso do câncer de mama, houve predomínio do sofrimento psíquico na explicação das entrevistadas acerca dos determinantes de sua doença. A associação entre o câncer de mama e fatores psicológicos e emocionais é antiga, embora essa perspectiva não tenha sido confirmada, até o momento, pelos estudos epidemiológicos²². Esta é a única linha na qual a concepção predominante do processo saúde/doença não coincide com o modelo explicativo da biomedicina.

Outras duas percepções comuns foram de que a doença está associada à herança genética e à reposição hormonal, o que, nesse caso, é concordante com os fatores de risco do modelo profissional. A herança genética é um importante fator a ser considerado na avaliação desse risco, embora apenas cerca de 5% a 10% dos casos de câncer de mama podem ser creditados ao caráter familiar²³.

Nessa área, aparece claramente a existência

de um *mix* entre o sistema público e o sistema privado para a obtenção de medicamentos de maior custo, sugerindo que na área da oncologia possa se configurar o efeito *Hood Robin*, discutido na introdução deste trabalho². Deve ser ressaltada, também, a existência de um *mix* interessante que se realiza entre o sistema informal, com um papel importante dos grupos de auto-ajuda e do sistema popular, através da busca de suporte espiritual. Não há referência ao abandono ou a modificação de padrões do uso das prescrições da biomedicina, mostrando assim um arranjo harmônico desses recursos feito pelas pacientes de forma a contemplar suas necessidades.

A literatura registra a existência de uma associação positiva entre bem-estar espiritual e boa qualidade de vida entre pacientes com câncer de mama. Levine e Targ²⁴ identificaram que a espiritualidade explica cerca de 40% da variação das escalas de bem-estar físico e emocional, sendo um importante preditor da qualidade de vida da pessoa com câncer de mama e de como ela irá lidar com o estresse em sua vida.

As expectativas relacionadas ao parto apontam para a importância de que se leve em conta a difusão de uma cultura que associa e enfatiza a dor ou intenso sofrimento ao ato de dar à luz, o que encontra eco em interesses profissionais, num contexto organizacional onde não existem incentivos para a realização de parto natural. Ao mencionarem os sentimentos e expectativas em relação ao tipo de parto, as entrevistadas relataram medo da anestesia e da dor durante o parto. Rugolo²⁵ encontrou resultados semelhantes em estudo sobre sentimentos e percepções, realizado com mães adolescentes, onde mostra a necessidade da valorização do emocional na assistência à gestante, no nascimento e ao recém-nascido.

A escolha por cesariana variou entre decisão profissional sem um motivo aparente, por complicação e por decisão da própria mulher. A literatura também registra a cesariana a pedido como uma das causas do crescente aumento do parto cesariano²⁶.

Os dados revelaram que a falta de informações sobre parto com analgesia impediu a mulher de optar por parto normal, ou então, já ocorre uma influência do profissional médico durante o pré-natal no sentido da realização de parto cesáreo. Esses elementos de ordem cultural e or-

ganizacional deverão ser considerados no sentido da reversão das elevadas taxas de cesarianas atualmente existentes.

Considerações finais

A abordagem socioantropológica mostrou-se útil para ampliação da noção de público e privado na análise da utilização dos serviços de saúde. É mais amplo do que este binômio, também, o leque de relações que se desenvolvem entre os subsistemas de atenção nos itinerários percorridos pelos usuários de planos de saúde.

Os resultados aproximam-se daqueles oriundos de estudos etnográficos e de análises transculturais nos aspectos relacionados ao fluxo e ordem de procura dos serviços, constatando-se uma diversidade de arranjos no campo da saúde mental e da oncologia.

A análise das experiências permite sugerir alguns desdobramentos a serem aprofundados em futuras investigações. Assim, é possível pensar que a linha cardiovascular possa se constituir num bom marcador tanto da incorporação tecnológica no setor como também do acompanhamento da realização de práticas de promoção ou prevenção mais efetivas. A oncologia poderia ser útil para o monitoramento do uso de recursos do SUS por beneficiários da saúde suplementar, sendo que a saúde mental pode oferecer um campo interessante para observarmos a ampliação do diálogo entre o sistema profissional e o informal.

No entanto, é importante lembrar os limites a serem considerados na interpretação destas conclusões em função da necessidade de que essas hipóteses venham a ser complementadas por estudos que aprofundem o enfoque socioantropológico, diversifiquem os contextos e o universo de análise. A idéia é contribuir no desenvolvimento de referenciais e instrumentos que possibilitem uma visão mais abrangente na análise dos modelos de cuidados estabelecidos pelos usuários e por sua rede de relações no atual cotidiano assistencial brasileiro, superando-se assim qualquer contraposição entre enfoques que priorizam uma explicação política daqueles que tratam dos aspectos culturais.

Colaboradores

EM Conill e D Pires coordenaram o estudo e participaram da redação geral do artigo, juntamente com MC Sisson, também responsável pela parte relativa ao IAM; MC de Oliveira participou da redação do texto relativo ao alcoolismo; AF Boing participou da parte relativa ao CA de mama e HP Fertoni, da parte referente ao parto.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que com a política de fomento à pesquisa através do estabelecimento de centros colaboradores regionais garantiu os subsídios necessários à realização do estudo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores e dados básicos, 2005** [acessado 2007 Mar 23]. Disponível em: www.datasus.gov.br
2. Mendes VE. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
3. Acirole GV. **A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado**. Campinas: Sindimed/Hucitec; 2006.
4. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Cien Saude Colet** 2001; 6:329-339.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; 2002.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregiões e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; 2005.
7. Campos GWS. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.
8. Kleinman A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, anthropology, medicine and psychiatry**. Berkeley: University of California Press; 1980.
9. Langdon EJM. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico** [concurso para professor titular]. Florianópolis(SC): Departamento de Antropologia/UFSC; 1994.
10. Silva DMGV, Meirelles BHS, Souza SS, Francioni F. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto Contexto Enferm** 2004; 13(1):50-56.
11. Alves PC, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PC, Souza IMA, organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.125-138.
12. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas **Cad Saude Pública** 1993; 9(3): 263-271.
13. Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos GVS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Fiocruz; 2006. p. 201-230.
14. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saude Pública** 2006; 22(11): 2449-2463.
15. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad Saude Pública** 1993; 9(3):283-299.
16. Kessner E, Kalk CY, Singer J. Assessing health quality. The case for tracers. **The New England Journal of Medicine** 1973; 288(1):1888-1894.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Comunitária. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de saúde**. Brasília: MS; 1997.
18. Hussey P, Anderson G, Osborn R, Feek C, Mclaughlin V, Millar J, Epstein A. How does the quality of care compare in five countries? **Health Affairs** 2004; 23:89-99.
19. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Tabelas de ranking do IDH-M**. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 1991-2000 [acessado 2007 Abr 15]. Disponível em: <http://www.pnud.org/br/atlas/tabelas/index.php>
20. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
21. Helman CG. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
22. Butow PN, Hiller JE, Price MA, Thackway SV, Krickler A, Tennant CC. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. **J Psychosom Res** 2000; 49(3):169-181.
23. Boetes C. The evaluation of women with familial risk of breast cancer. **J Exp Clin Cancer Res** 2002; 21(Suppl 3): 97-101.
24. Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. **Integ Cancer Ther** 2002; 1(2):166-174.
25. Rugolo LM. Sentimentos e percepções de puerperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **R Bras Saude Mater Inf** 2004; 4(4):423-443.
26. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad Saude Pública** 1991; (7)2:150-173.