

O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados

Lay agency and the generation of public-private mix health care maps

Consuelo Sampaio Meneses¹
 Luiz Carlos de Oliveira Cecilio¹
 Rosemarie Andrezza¹
 Graça Carapinheiro²
 Maria da Graça Garcia Andrade³
 Sílvia Maria Santiago³
 Eliane Cardoso Araújo¹
 Ana Lúcia Medeiros Souza¹
 Denizi Oliveira Reis¹
 Nicanor Rodrigues da Silva Pinto¹
 Sandra Maria Spedo¹

Abstract *This paper discusses part of the results obtained from a study carried out in two cities of the so-called ABCD Paulista Region in the period 2010-2012, in an attempt to spot the existence of non-state regulatory rationale towards access and consumption of health care services. The first stage includes interviews carried out with strategic stakeholders (managers and politicians) and key workers players. The second stage collected the stories of 18 very frequent users of health care services. This study revealed the leading role played by users to produce “health care maps”, with emphasis on the frequent use of public and private resources in their itineraries, circumventing or merging with government regulation to obtain the care they need. The different formats of public-private mix transcend the still prevailing “official” concepts about the clear distinction between the two systems, which reveals the importance of this theme to public health management.*

Key words *Health policy, Health care delivery, Health administration, Unified Health System, Prepaid health plans*

Resumo *O artigo problematiza parte dos resultados de estudo realizado em dois municípios do ABCD paulista no período de 2010 a 2012 com o objetivo de evidenciar a existência de lógicas regulatórias não estatais na viabilização do acesso e consumo de serviços de saúde. Na primeira etapa, foram realizadas entrevistas com atores estratégicos (gestores e políticos) e atores-trabalhadores-chave. Na segunda, foram coletadas histórias de vida de 18 pessoas com elevada frequência de utilização de serviços de saúde. O estudo revelou o papel protagonista dos usuários na construção de “mapas do cuidado”, com destaque para a utilização frequente de recursos públicos e privados nos seus percursos, contornando ou se mesclando com a regulação governamental, para a obtenção do cuidado de que necessitam. Os diferentes formatos do mix público-privado observados transcendem as concepções “oficiais” ainda vigentes sobre a distinção nítida entre os dois sistemas, revelando a importância desse tema para a gestão pública da saúde.*

Palavras-chave *Política de saúde, Assistência à saúde, Administração em saúde, Sistema Único de Saúde, Planos de pré-pagamento em saúde*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. R. Botucatu 740, Vila Clementino. 04023-062 São Paulo SP Brasil. consuelosampaiomeneses@gmail.com

² Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa Portugal.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

Introdução

Estudos qualitativos conduzidos a partir da perspectiva dos usuários apontam sua capacidade de produzir estratégias para contornar os obstáculos encontrados nos intrincados fluxos formais do sistema de saúde, evidenciando seu protagonismo na obtenção do cuidado e sua importância como sujeitos do conhecimento¹⁻⁴. Investigações demonstram que eles são portadores de uma “racionalidade leiga” e, portanto, não agem, na busca pelo cuidado, de forma “selvagem” ou irracional, por falta de conhecimento, intencionalidade ou direcionalidade¹⁻⁴, como também apontado na pesquisa que nos forneceu os dados empíricos para o presente artigo¹.

A pesquisa original, desenvolvida como projeto PPSUS em dois municípios do ABCD Paulista, no período de 2010 a 2012, procurou investigar as lógicas de regulação do acesso e da utilização dos serviços de saúde, tanto na sua dimensão formal, de responsabilidade governamental, como na informal, fruto da atuação dos profissionais de saúde e de vários atores sociais, entre eles os usuários. Foi possível observar que os usuários constroem verdadeiros “mapas do cuidado”, a partir de um conhecimento prático advindo da própria experimentação e observação de como conseguir o acesso ao cuidado que avaliam como necessário, fazendo uso do aparato médico-hospitalar-ambulatorial, *seja ele público ou privado*, de modo criativo e combinado, a depender de suas possibilidades e/ou controles de recursos, como ter um plano de saúde ou contatos e conhecimentos pessoais, por exemplo.

A marcante atuação dos usuários, denominada, no estudo, de agir leigo, expressa a sua atuação na busca de soluções para os seus problemas de saúde por meio de estratégias de ampliação do acesso aos recursos tanto “por fora” dos ordenamentos e fluxos oficiais concebidos pelos gestores quanto eventualmente com eles compostas, o que inclui a busca por serviços privados.

Destarte, os fluxos de atendimento e as redes de serviços concebidas no plano governamental são reinterpretadas e vivenciadas pelos usuários sob a forma de *mapas*, com referências e configurações diferentes dos preconizados pela regulação formal, incluindo a referida combinação de serviços públicos e privados. A interpenetração das relações público-privado observadas nas experiências dos usuários transcende as concepções ainda vigentes sobre a *distinção nítida* entre os dois sistemas de saúde. Este é o ponto central que se pretende discutir neste artigo.

Delineiam-se, portanto, para além de um ordenamento administrativo pretendido pela regulação governamental, pautada pelas diretrizes que balizam o SUS, processos regulatórios mais complexos, que comportam diferentes racionalidades, de modo permanentemente instituinte.

No setor suplementar, o aparato regulatório das operadoras imprime grande ênfase à regulação do acesso (ou microrregulação), subordinada à finalidade precípua de acúmulo de capital, sendo o direcionamento para prestadores preferenciais a diretriz que rege todo esse processo^{5,6}. Estudos posteriores chamaram a atenção para o protagonismo dos usuários nas estratégias de resistência a tais mecanismos, produzindo uma regulação própria, que disputava com a das operadoras^{7,8}.

O protagonismo dos usuários na construção ativa de *mix* público-privado nos itinerários terapêuticos, operando ativamente diversos arranjos para superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção, também já havia sido apontado por outros autores^{9,10}. Quando se trata de estudos sobre o *mix* público-privado dos serviços de saúde, vários enfoques de estudo têm sido adotados, como, por exemplo: a desigualdade na oferta e na utilização de serviços em prol da população com plano de saúde¹¹; a inevitabilidade de um *mix* público-privado mesmo para a viabilização da atenção primária à saúde¹²; o difícil ponto de equilíbrio na equação entre o setor público e privado, em países com sistemas nacionais de saúde bem implantados, quando se pensa a equidade do acesso e consumo dos serviços de saúde¹³; e o possível impacto negativo sobre as metas do setor público em função da utilização simultânea dos serviços públicos e privados^{14,15}. O presente estudo tem como objetivo dar visibilidade para o *mix* público-privado a partir dos percursos realizados pelas pessoas através do seu “agir leigo”, buscando o enfrentamento dos seus problemas de saúde.

O percurso metodológico

O estudo foi realizado em dois municípios (denominados A e B) de grande porte da região do ABCD Paulista, São Paulo, Brasil, que, a despeito de viverem histórias distintas de construção do SUS, dispõem atualmente de uma rede estruturada de atenção básica, especializada e hospitalar, contando com serviços de urgência e emergência, e outros de maior densidade tecnológica de referência regional. Apesar das distinções socioeconômicas e demográficas, possuem perfis epidemiológicos semelhantes¹.

Para conhecer os diferentes caminhos traçados pelos usuários na busca pelo cuidado, optou-se por uma investigação qualitativa que privilegiasse o enfoque indutivo da realidade^{16,17} de modo que, a partir do empírico, fosse possível a descoberta de outras racionalidades e de outros conceitos que contribuíssem para o entendimento do ainda presente desencontro entre os usuários e os serviços de saúde¹.

As fontes de informação do estudo foram entrevistas temáticas em profundidade com atores estratégicos (prefeito, secretário de saúde e conselheiros municipais de saúde), produtores ativos das definições políticas e das decisões relativas à regulação governamental, bem como entrevistas semiestruturadas com outros informantes-chave (conselheiro de saúde, enfermeiro, e médico), de acordo com a Tabela 1.

Empregou-se o método biográfico¹⁸⁻²² a partir da coleta de 18 histórias de vida de usuários considerados grandes utilizadores de serviços de saúde e indicados por agentes comunitários de saúde (ACS), a partir da seguinte pergunta: “Você poderia indicar moradores do entorno que chamam sua atenção pela maneira como buscam resolver seus problemas de saúde?”. Todos os usuários receberam um codinome de flor e suas principais características estão descritas na Tabela 2.

A abordagem biográfica, como preferem alguns autores^{19,22}, possibilita produzir um conhecimento científico baseado na experiência humana e, ainda que os relatos sejam individuais, admitem o acesso a uma prática social²². A história de vida permite ao sujeito expressar os conteúdos de uma dimensão da sua experiência vivida em relação a uma determinada situação²⁰. Nessa pesquisa, o in-

teresse residia nos episódios de adoecimento e de procura e utilização dos serviços de saúde.

A coleta de história de vida tem como base um convite para que o entrevistado fale livremente sobre como ele ou ela vivenciou uma dada situação de vida²⁰. Desde os primeiros momentos da entrevista, as pessoas começavam a falar da sua saúde e das suas doenças, muitas vezes emitindo opiniões ou fazendo julgamentos dos serviços de saúde utilizados. Esse fluxo de memória, de lembranças, de ênfases, foi constituindo o material valorizado pelo pesquisador que estabelecia o diálogo na hora de escrever a narrativa de vida daquela pessoa.

Não havia um roteiro preestabelecido de questões. Como não havia perguntas voltadas especificamente para saber se o entrevistado fazia ou não uso de serviços privados, a utilização anterior ou atual de planos de saúde, o desejo de se ter um plano de saúde, ou mesmo o pagamento de uma consulta particular para obter uma “segunda opinião” foram elementos que surgiram no correr da coleta das histórias. Dito de outra forma, a pesquisa não tinha a intenção prévia de caracterizar o mix público-privado. Ter ou não plano de saúde não foi utilizado como critério para a inclusão dos usuários para a coleta de histórias de vida, o que torna mais expressivo os resultados encontrados no correr da investigação.

A coleta da história de vida foi realizada no domicílio, tendo a gravação sido feita em meio digital, com a anuência do entrevistado, que assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusas das pessoas indicadas para participar das entrevistas, que duraram em torno de 60 a 120 minutos.

Tabela 1. Descrição dos atores estratégicos e informantes-chave entrevistados

Município	Cargo –profissão – local de trabalho	Tempo de atuação (anos)
A	Prefeito – arquiteto	2
	Secretária da Saúde – médica	2
	Conselheiro de Saúde – farmacêutico	2
B	Prefeito – metalúrgico	2
	Secretário da Saúde – médico	2
	Conselheira de saúde – dona de casa	2
A	Médica – UBS	23
	Enfermeira – Samu	19
	Agente Comunitário Saúde - UBS	10
B	Médica – UBS e PA	22
	Enfermeira – UBS	16
	Agente Comunitário Saúde - UBS	09

Tabela 2. Características principais dos usuários entrevistados.

Entrevistado	Sexo	Idade (anos)	Situação familiar	Situação de trabalho	Principais problemas de saúde
Érica	Fem.	44	Casada, 3 filhos	Aposentada, foi Agente Comunitária de Saúde (ACS)	Depressão pós-parto e síndrome do pânico
Tulipa	Fem.	47	Casada, 1 filho e uma neta. O filho é enfermeiro.	Do lar – foi proprietária de um restaurante.	Diabetes Mellitus (DM), cardiopatia e hemorragia ginecológica - anemia.
Lírio e Acácia	Masc.	64	Casado, 3 filhas, uma já falecida.	Aposentado. Foi operário da indústria automobilística.	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DM e cardiopatia
Miosótis	Fem.	35	Casada, 3 filhos. Moram todos juntos.	Do lar. Trabalhou com transporte	Hipoglicemia e dor de cabeça.
Hortência	Fem.	72	Separada, 3 filhos. Uma das filhas é ACS de uma UBS.	Aposentada. Trabalhou com serviços domésticos	Artrose, asma, hérnia, HAS, DM e dificuldade auditiva
Orquídea	Fem.	39	Casada, 7 filhos. Moram todos juntos.	Do lar. Vendia balas no sinal.	Filho especial: sequelas neurológicas e motoras por meningite.
Manacá	Masc.	57	Casado. 4 filhos, 2 netos.	Aposentado. Foi operário da indústria automobilística.	Acidente de trabalho, hérnia de disco, alcoolismo, HAS
Jasmim	Masc.	47	Casado, 1 filha.	Aposentado. Foi operário da indústria automobilística.	Acidente de trabalho - lesão na coluna e grave lesão na mão.
Rosa	Fem.	48	Mora com o segundo marido e o filho do primeiro casamento.	Autônoma, vende produtos de limpeza. Foi operaria da indústria alimentícia.	Câncer de mama.
Margarida	Fem.	52	Casada, 4 filhos, 8 netos.	Diarista. Está sem trabalhar há três anos.	Artrite reumatoide, HAS e DM
Magnólia	Fem.	57	Casada	Do lar.	Obesidade mórbida com dificuldade de locomoção
Flor de Bambu	Masc.	73	Casado, 6 filhos.	Aposentado. Foi Metalúrgico	HAS, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e cardiopatia
Cravo	Masc.	54	Casado, 2 filhos, vive com a esposa e um filho	Aposentado. Foi metalúrgico.	HAS, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e catarata
Amarilis	Fem.	70	Viúva, uma filha e 3 netos. Mora sozinha, em casa contígua da irmã.	Aposentada, foi faxineira e artesã (comercializava em casa).	HAS, DM e cardiopatia
Violeta	Fem.	70	Solteira, 2 filhos. Mora com o filho, a filha, o genro e dois netos	Aposentada, serviços gerais de limpeza, em serviços do SUS local.	Atualmente, câncer de mama
Camélia	Fem.	52	Viúva, um filho. Mora com a mãe e com o filho	Aposentada, foi costureira e babá.	HAS, nefropatia e transplante renal
Jacinto	Masc.	60	Casado, vive com a esposa e um neta que criam.	Aposentado por invalidez, foi vigia de uma metalúrgica.	Paraplégico há 17 anos (foi baleado no trabalho como vigia)
Dália	Fem.	57	Vive com o marido, metalúrgico aposentado	Do lar, mas costura para fora.	Artrose, câncer de ovário, nódulo benigno de tireoide e HAS

Os serviços serão referidos como na pesquisa original. Os entrevistadores foram os próprios pesquisadores, num total de 11, que coletaram de uma a três histórias de vida. Todos eram profissionais de saúde, ou gestores da saúde, com diferentes formações, todos de nível superior.

De posse do endereço e telefone, as pessoas eram contatadas pelos próprios pesquisadores, não havendo, portanto, a utilização de terceiros para a realização das entrevistas. De modo que a mesma equipe que realizou as entrevistas responsabilizou-se pela análise do material coletado.

O número de histórias de vida foi considerado suficiente em vista da grande extensão e riqueza do material, incluindo o surgimento muito expressivo de conteúdos relacionados ao mix público-privado, que emergiram de forma espontânea por parte dos entrevistados, e que se tornaram o objeto deste estudo.

Serão aqui priorizadas *as falas dos usuários* na identificação do mix público-privado presente nos seus percursos reconstituídos a partir das suas histórias de vida (8 moradores do município A e 7 do B), excetuando-se os três que nunca tiveram contato com serviços privados de saúde, utilizando apenas o SUS.

Considerou-se “público” e “privado” conforme a natureza jurídica dos serviços de assistência. No primeiro caso, aqueles geridos diretamente pelo Estado, ou por ele conveniados e/ou contratados, mas garantidores de acesso gratuito de acordo com os preceitos do SUS. No segundo, no caso do estudo, foram considerados fundamentalmente os planos privados de saúde e, de modo menos expressivo, o pagamento mediante desembolso direto ao prestador.

A análise do material foi sendo feita simultaneamente ao processo de coleta das histórias de vida dos usuários, nos seminários regulares do grupo de pesquisa.

Após vários movimentos analíticos, que incluíram o relato oral pelos entrevistadores da co-

leta das histórias de vida (suas impressões, suas dificuldades e percepções) e a leitura da íntegra da transcrição de cada uma delas por todos os pesquisadores, dada a extensão do material produzido, optou-se pela estratégia metodológica de transformar os conteúdos das entrevistas em *narrativas de vida*, organizadas em três blocos de temas que facilitassem a interpretação da empiria que ia sendo produzida no campo, conforme Quadro 1. Essas narrativas eram lidas e discutidas coletivamente, o que permitiu a apropriação progressiva da complexa articulação entre serviços públicos e privados produzida pelos usuários, com o seu agir leigo. Reiterando, é justamente no caráter espontâneo e na riqueza de referências ao mix-público-privado que reside a importância dos achados da pesquisa.

A análise das narrativas de vida dos usuários evidenciou a marcante presença do mix público-privado nos seus “mapas de cuidado”, que serão apresentados a seguir. Tais “mapas”, ao revelarem certo ordenamento de um conjunto de serviços e/ou profissionais que podem por eles ser acionados a partir de suas necessidades, deram visibilidade aos circuitos alternativos de cuidado, como “sistemas de saúde” singulares que vão sendo produzidos, às vezes de modo surpreendente, nos interstícios do sistema de saúde formal. Sintetizam, assim, as dinâmicas dos percursos dos usuários e do seu agir leigo para produzir esquemas estáveis e confiáveis, não delineando um desenho lógico e necessariamente coerente com a pirâmide hierarquizada de serviços.

Resultados e discussão

Nos dois municípios estudados, de eminente perfil urbano e industrial, uma boa parte dos entrevistados tem ou teve plano privado de saúde, o que resultou em uma construção de “curtos-circuitos” dentro do próprio sistema de saúde. No

Quadro 1. Esquema norteador das narrativas de vida.

O <i>retrato social</i> do entrevistado. Suas condições de vida. Inserção no mundo do trabalho. A rede familiar de cuidado. Os impactos da doença na autonomia e nos modos de vida dos doentes.
A <i>experiência social da doença</i> : a reconstituição da utilização dos serviços de saúde. Os contatos profissionais: as referências principais. As ausências e presenças. Os percursos realizados. As barreiras e as facilitações, os “curtos-circuitos”
<i>Elementos analíticos</i> presentes na história biográfica. Os regimes de regulação presentes, suas intensidades e visibilidades, suas composições e arranjos. Os significados atribuídos aos serviços. Ordens de significação presentes. Os aprendizados.

Quadro 2 encontra-se uma descrição sumária dos casos segundo a utilização de serviços públicos e privados nos dois municípios (A e B):

Dos dezoito usuários pesquisados, treze relataram experiência atual ou pregressa com o mercado de planos privados de saúde, sendo que quatro os têm atualmente e nove já os tiveram em algum momento da vida, sendo apresentada aqui a utilização global desses recursos em cada narrativa. Dos cinco que nunca tiveram planos de saúde, dois referiram experiências pontuais com o setor privado mediante desembolso direto.

Não ter sido definido como critério de inclusão a posse de planos de saúde tornou os dados mais surpreendentes, bem como não considerar apenas o uso concomitante do público e do privado, pois a referência a planos atuais ou pretéritos, ou o desejo de ter ou reaver um plano, tornou-se elemento relevante do estudo.

Destaca-se a seguir os principais pontos observados e analisados.

A composição público-privado como estratégia para o acesso ao cuidado

O mix público-privado aporta elementos para a compreensão do próprio SUS nos dois municípios selecionados, evidenciando temas recorrentes como o acesso à Média Complexidade e o papel da Atenção Básica, cujas dificuldades na (co)ordenação do cuidado podem influenciar a

configuração dos mapas de cuidado pelos usuários²¹. Assim, os interstícios do sistema ganham visibilidade por meio do desvelamento de outras lógicas, sobretudo pelas conexões público-privado, que expressam os desencontros, especialmente entre a Atenção Básica e a Especializada.

Assim, o principal argumento para a procura de um plano de saúde ou para o desejo de tê-lo é a demora do agendamento para procedimentos, exames, consultas com especialistas, marcação de retornos nos ambulatorios das especialidades e internações, expondo os mencionados problemas da Média Complexidade no SUS:

O primário, assim, ver uma pressão alta, uma febre de uma criança, uma gripe, uma coisa, é super bem atendido. A dificuldade toda é você conseguir marcar com um especialista. (Érica)

Algumas configurações frequentes do mosaico público-privado nos mapas estudados – um exercício de sistematização das regularidades observadas

As narrativas de vida permitiram identificar algumas regularidades nas combinações público-privadas dos mapas produzidos pelos usuários, revelando ênfases nas percepções do valor de uso do SUS e da Saúde Suplementar, ainda que as configurações sejam bastante dinâmicas, e alguns usuários vivenciem variadas situações ao longo do tempo:

Quadro 2. Utilização de Serviços.

1. Flor de Bambu (A)	SUS + convênio	(73 anos)
2. Jacinto (A)	SUS + convênio	(59 anos)
3. Manacá (B)	SUS + convênio	(57 anos)
4. Rosa (B)	SUS + convênio	(48 anos)
5. Camélia (A)	SUS – teve convênio	(52 anos)
6. Cravo (A)	SUS – teve convênio	(54 anos)
7. Dália (A)	SUS – teve convênio	(57 anos)
8. Érica (B)	SUS – teve convênio	(44 anos)
9. Jasmim (B)	SUS – teve convênio	(47 anos)
10. Lírio (B)	SUS – teve convênio	(64 anos)
11. Magnólia (A)	SUS – teve convênio	(57 anos)
12. Margarida (A)	SUS – teve convênio	(52 anos)
13. Tulipa (B)	SUS – teve convênio	(47 anos)
14. Amarílis (A)	SUS + desembolso direto ocasional	(70 anos)
15. Orquídea (B)	SUS + desembolso direto ocasional	(39 anos)
16. Hortênsia (B)	SUS exclusivamente	(72 anos)
17. Miosótis (B)	SUS exclusivamente	(35 anos)
18. Violeta (B)	SUS exclusivamente	(71 anos)

Usa o SUS porque perdeu o plano de saúde, mas lamenta a sua perda ou tem o privado no seu horizonte (Jasmim, Érica, Margarida, Lírio)

O sentido do movimento privado-público ocorreu na maior parte das vezes após a perda do plano de saúde por saída do emprego, aumento das contraprestações do plano ou por aposentadoria (nesse caso, geralmente coexistindo com patologias crônicas), bem como para a realização de procedimentos de alta complexidade não cobertos pelos planos (hemodiálise, transplante, tratamento oncológico etc.).

A gente trabalhava na empresa, e não precisava do sistema de saúde porque tinha convênio. Aí, de 2000 pra cá, eu sofri o acidente. Infelizmente, eu tenho uma seqüela na mão esquerda, que a mão não abre... estourou 2 vértebras da coluna... Aí eu aposentei e eles cortaram o convênio. [...] Foi quando eu precisei do Sistema Único de Saúde, aí não fui atendido, praticamente... [...] Segundo eles falaram, eu não sei, que está na Justiça isso aí. Eles falou que vai tentar ver se consegue pegar o convênio de volta. (Jasmim)

[No privado] *Conseguia fazer tudo, tudo mesmo. Era bem acompanhada pelo cardiologista, super bem acompanhada pelo psiquiatra. [...] Mas pelo visto eu vou ter que pagar uma consulta com um cardiologista. Porque se você paga a consulta, você vai e passa, ele avalia, e você tem direito a um retorno. É isso que eu quero, é isso que eu tou pretendendo.* (Érica)

Aí depois ele [o marido] cortou porque ele disse que tava caro, aí ele pegou e cortou o convênio, me deixou sem convênio. Que ele me enganou! [...] Agora tem que ser, porque não tem convênio, tem que ser. Igual quando eu fiquei internada, ficava todo mundo apavorado, os filhos: 'Ah, que tem que fazer um convênio pra a mãe, não sei o quê e tal.' (Margarida)

Depois que eu saí da firma eu ainda fiquei três meses no convênio da fábrica de automóveis. [...] Aí a gente aposenta com o salário lá embaixo, aí não teve como pagar mais convênio. 'Mas até agora tá tudo bem, pra frente quando ficar mais velho...' (Lírio)

As citações acima revelam a expectativa de voltar a possuir o plano privado de saúde, não apenas devido às dificuldades encontradas no SUS para o acesso à média complexidade, mas também como uma aspiração a um mapa de cuidados supostamente mais estável e garantido.

Mas também se observou que:

Começou a usar o SUS porque perdeu o plano privado de saúde, mas gosta do SUS (Tulipa, Cravo, Dália, Magnólia)

Os depoimentos de Tulipa, Cravo e Dália já mostram uma apreciação real do SUS entre ex-usuários de planos (pelo valor de uso e vantagens nele encontrados que podem até superar o setor privado) e também uma visão paulatinamente mais crítica acerca do mercado (como é o caso de Cravo):

Olha, eu acho que eu continuaria na UBS, principalmente por causa do problema da diabetes, né?...Então, eu não desprezaria a UBS, não... Porque a agulhinha de fazer o destro, ela é cara, né? O aparelhinho, também, é 100 reais o mais simples... A amizade também... Porque dependendo a situação que você está, o que eles podem te ajudar, eles ajudam. (Tulipa)

Também os convênios já não estão aquela coisa... O SUS foi melhor que o convênio. Porque ó do jeito que eu tô! E pelo médico do SUS. Eu tô ótimo!...O Serviço de Especialidades, nossa, eles trataram tão bem quando eu fiz a cirurgia lá, parecia que eu tava pagando... (Cravo)

Tem gente que fala assim: 'Ah, não sei o quê, eu pago o convênio'. Eu não, no hospital que a gente tá indo, eu me dou bem no hospital e tudo. Vou pagar convênio sem poder? (Dália)

O acesso garantido à alta complexidade do SUS, em vista da sua maior densidade tecnológica, pode atenuar as dificuldades de acesso à média complexidade e a alegada necessidade de se possuir planos de saúde daí decorrente, sendo este outro fator que pode conferir maior valor de uso ao SUS:

[Usava] *O convênio direto, pra tudo, pros filhos, pro meu marido, pra mim. Mas aí, só pagando. Não teve mais jeito. Então, é aquela, se eu não tivesse o cartão do Hospital das Clínicas, o que eu ia fazer da minha vida agora? Porque nem no Saúde em Casa, nem em outro lugar, não tem... O remédio que eu pego, como que eu ia fazer? É muito caro!* (Magnólia)

Usa o SUS devido à falta de cobertura para procedimentos de alta complexidade pelo plano privado de saúde (Camélia, Rosa)

Camélia fazia acompanhamento da hipertensão na UBS, migrou para o privado (porque *no Posto de Saúde era muito demorado pra fazer os exames, e isso aí acabou me prejudicando mais*) e depois retornou para o público (em clínica conveniada com o SUS), para a realização de hemodiálise não coberta pelo plano de saúde, compondo um percurso público-privado-público:

Aí comecei a fazer hemodiálise lá... E até aí o convênio pagava, aí depois o convênio não quis pagar mais... Foi deixando lá sem pagar e ele falava que não podia fazer hemodiálise mais pra mim, se

o convênio não pagasse, eu não podia voltar na outra semana. (Camélia)

Rosa precisou recorrer ao SUS para completar o tratamento oncológico (quimioterapia e acompanhamento com oncologista do SUS, após radioterapia feita pelo plano de saúde), tendo essa articulação privado-público sido operada mediante contato profissional do oncologista da operadora com o Hospital Universitário.

Porque eu passei com o oncologista do convênio, quando ele falou que eu não poderia estar fazendo a quimio lá porque o convênio não cobria, ele mesmo já fez uma carta e me encaminhou pro Hospital Universitário... (Rosa)

Ilustra-se adiante como o usuário é levado a procurar os serviços do SUS devido ao acesso também altamente regulado no setor privado, compondo itinerários híbridos que interessam ao setor, uma vez que o mercado delega ao setor público os atos de saúde mais onerosos, como atenção especializada e internações.

O Sindicato dos Metalúrgicos negocia em todos os acordos ter convênio médico. Agora, é aquele acordo de convênio médico de trinta contos por mês, que bota um ambulatório na cidade, você passa pelo ambulatório e depois tem que procurar a rede pública pra ter a solução. (Prefeito A)

Usa o privado e o SUS porque precisa de ambos para a integralização do seu cuidado/porque o SUS é bom ou está melhor que o plano privado de saúde ou 'os convênios estão piores que o SUS' (Manacá, Flor-de-Bambu, Rosa, Jacinto)

Os usuários de planos que usam concomitantemente o SUS apreciam-no e dele não cogitam abrir mão, pelo valor de uso encontrado. Manacá iniciou o tratamento ambulatorial para alcoolismo pelo SUS, optou pela internação pelo plano de saúde, continuando o acompanhamento pós-internação na UBS e pegando medicamentos na UBS e no CAPS.

Eu era alcoólico, depois que eu parei de trabalhar, eu não sei se foi depressão... Aí fiz tratamento pelo Posto... Eu me internei pelo convênio. Cinco dias internado, eu voltei e continuei o tratamento no SUS... Então, como eu fui muito bem tratado aí, eu acho que pelo tratamento deles aí, eu não quis voltar ao vício. (Manacá)

Flor-de-Bambu ilustra como o mix público-privado pode resultar em um “sistema de saúde” bastante completo na perspectiva do paciente, em que o SUS, paradoxalmente, assume o papel complementar:

Tive avaliação de marca-passo lá [no Hospital Universitário]. Pelo convênio... Era o único local, que fazem a avaliação do marca-passo... Uso

o transporte da prefeitura... Porque, através do convênio, a gente tinha dificuldade de transporte... Agora, na UBS, não... É mais prático, porque o convênio é cheio de burocracia. [Recebe o medicamento de alto custo] Do Hospital Geral Estadual Regional... E o antidepressivo, no Hospital Municipal... Anti-inflamatório a gente pega na UBS. O transporte, o medicamento, eles fornecem. [...] A Fluoxetina é fornecido pelo Hospital Municipal... E como o remédio [de alto custo] é caro, então, eu vou lá no Hospital Geral Estadual Regional pra pagar. (Flor-de-Bambu)

Para Rosa, a Atenção Básica, além de satisfatória, é algumas vezes até mais vantajosa do que o plano de saúde, além de nela contar com a mediação feita pelas ACS para viabilizar o agendamento de consultas:

[No privado] *Eu passo com o meu mastologista de 6 em 6 meses. Passo com a ginecologista e o gastro, e a dermatologista. [No SUS] Uso a ginecologia e o dentista... [...] Então, quando é uma coisa que eu preciso muito rápido, eu uso aqui [UBS]. Se é uma coisa que eu acho que não dá pra esperar, aí eu converso com a agente de saúde. Aí, ela conversa lá e consegue, e arruma o médico.* (Rosa)

Quando eu não faço no convênio, eu faço com eles também, exame de sangue... Eu passo mais aqui do que no próprio convênio. (Jacinto)

Uso predominante do SUS, usando o privado para situações específicas (Amarílis, Orquídea)

Usuários sem condições financeiras para arcar com os custos fixos das contraprestações dos planos de saúde eventualmente usam serviços por desembolso direto. Amarílis faz exames e consultas particulares quando os retornos neste são demorados:

Você falou pra ela por que você fez no particular? A cardiologista dela ainda ia demorar 3 meses pra ela passar lá no Hospital Público. Porque ela vai, já marca o retorno, normalmente, 2 ou 3 meses. E ela não estava se sentindo muito bem, aí eu aconselhei ela passar ali na cardiologista, até passar o tempo de passar no cardiologista dela no Hospital Público. (irmã da Amarílis)

Orquídea optou por realizar a fisioterapia do filho numa clínica particular vinculada a uma universidade por indicação do neurologista que acompanha a criança.

Tá fazendo [a fisioterapia] porque eu consegui, é particular, eu tô pagando... Porque a prefeitura botou ele na lista de espera pra fazer fisioterapia uma vez por mês. Só que o caso dele tá se agravando. Uma vez por mês é manutenção, manutenção eu faço em casa. (Orquídea)

O trânsito dos médicos nos dois sistemas

O trânsito dos médicos pelos dois sistemas é outro fator que reforça o mosaico público-privado, como se vê no caso de Camélia, transplantada, que reconhece os mesmos médicos trabalhando na clínica de hemodiálise privada conveniada com o SUS e no hospital público, onde fez o transplante. Margarida tem uma artrite reumatoide grave e percorre um itinerário complexo entre os dois sistemas de saúde, cujas portas vão sendo abertas pela médica:

Era aqui, mas eles trabalham lá também... E os médicos são daqui, do Serviço de Diálise e lá do Hospital Universitário. (Camélia)

A médica passou também uns remédios pra mim que eu tive que tomar na clínica... Essa médica arrumou uma clínica do convênio que ela trabalha, ela trabalha no convênio. Essa clínica, sem cobrar nada da gente, porque eu não tenho convênio, né? Aí ela fazia a aplicação aonde ela trabalhava pelo convênio. Muito bem atendida!... Não pagava nada. Aí eu só conseguia o remédio no Hospital Geral Estadual Regional e levava o remédio. (Margarida)

O trabalho cruzado dos médicos pode mostrar-se sinérgico na atenção às necessidades dos pacientes por se encontrar em uma posição privilegiada no sistema de saúde para fazer escolhas técnicas para os pacientes, e potencializar a qualidade da atenção, fazendo por si só uma interface público-privado.

A gradual mudança de expectativas em relação ao SUS e a percepção das insuficiências do mercado

Apesar das dificuldades encontradas no público e da valorização histórica e cultural do setor privado, as narrativas mostram também um reconhecimento do valor de uso do SUS pelos usuários nos programas de hipertensão, diabetes e controle do alcoolismo; no atendimento domiciliar, no transporte para outros serviços (inclusive privados), vacinação e medicamentos em geral. A vinculação com o médico e a equipe também é reconhecida em vários momentos como um ganho importante, sendo possível perceber um reconhecimento da qualidade do atendimento prestado no SUS.

Os achados da pesquisa mostraram que os usuários (ou ex-usuários) de planos privados de saúde, vencidas as resistências ao setor público (após perda dos planos ou pelo atendimento de algumas necessidades no SUS por eles não contempladas) “descobrem” o SUS e passam a valo-

rizá-lo, expressando como a sua experiência pessoal relativiza ideias preconcebidas a seu respeito, que algumas vezes chega a ser considerado, em alguns aspectos, melhor que os planos privados de saúde:

Ele fez uma coisa assim que eu achei excelente, e eu nem pensei que pelo Estado, pelo SUS, fazia esse serviço. Eu pegava tudo aqui... Tudo no Posto e no CAPS... Foi muito bom mesmo o tratamento, excelente... Olha eu aqui! (Manacá)

Mas o médico falou: ‘Ele vai ter alta... Mas tem que ter uma médica em casa. Tem que ter um home-care’. Aí, falaram que, na UBS, eles podiam vir atender a domicílio. E, como eu nunca tinha usado, eu não sabia que tinha essa facilidade assim. Era só solicitar que a médica vinha consultar. Os remédios eles traziam em casa. Nós estamos satisfeitos com a UBS. Pra mim, é nota 1.000! (Flor-de-Bambu)

Rosa é um bom exemplo do uso discricionário do SUS para si, utilizando-se do mix público-privado, e para a sua mãe, portadora de problemas articulares incapacitantes e hipertensão, que usa exclusivamente o SUS:

Igual eu falei, antes não tinha médico de família, não tinha nada disso, tinha que se locomover daqui pra lá... Agora, com a médica da família, ela vem aqui, uma vez na semana, a gente marca com ela... [Se pudesse adquirir um plano de saúde para a mãe] Não acrescentaria muita coisa não, porque o convênio não ia mandar nenhum médico aqui... É, ela não ia estar com o médico aqui, disponível pra estar vindo aqui fazer o serviço que a doutora tá fazendo aqui. (Rosa)

Em suma, embora a procura do setor privado na composição dos mapas não seja explicada apenas pelas insuficiências do SUS, os problemas no acesso à média complexidade diminuem as expectativas acerca do atendimento público, mobilizando os usuários a buscarem alguma redução do tempo para o acesso a determinados atendimentos mais especializados. A demora no atendimento por especialistas parece ser uma das principais razões para as pessoas desejarem ter, manter ou reaver um plano de saúde, mesmo quando o valor de uso do SUS é reconhecido.

Por outro lado, os usuários da Saúde Suplementar, ao entrarem em contato com o SUS, passam a ter outros parâmetros de avaliação, e reconhecem as deficiências do mercado, tais como a diminuição da qualidade do cuidado, os mecanismos de microrregulação do acesso presentes nos planos e a insuficiência da rede credenciada das operadoras. Tal fato resulta na utilização crescente da rede pública pelos usuários possuidores de planos de saúde, que passam a disputar

vagas e recursos com os usuários exclusivos do SUS, como visto adiante:

Mas isso chama muito a atenção, o fato da rede privada estar quebrando, os hospitais estão quebrando, todos eles estão muito mal das pernas, e há uma invasão... uma ocupação muito importante de usuários que têm planos de saúde utilizando a rede pública de serviços... Vários deles alegam problemas de qualidade do plano de saúde ou dificuldades pelos mecanismos de acesso de microrregulação, que são muito evidentes na conversa com esses usuários. Ou porque a rede ofertada está longe, fica muito distante. (Secretário de Saúde B)

Considerações finais

A valorização dos usuários como sujeitos do conhecimento constituiu o cerne da proposição metodológica deste estudo, o que resultou no deslocamento do conceito de agir “leigo”, de uma condição ligada convencionalmente ao desprovemento do saber formal, para uma conotação ativa e legítima, que confere ao saber “leigo” o estatuto de um conhecimento válido para expressar novos modos de existência e de ação, sem estar atrelado à legitimidade unilateral do conhecimento científico ou profissional especializado.

Os percursos desenhados pelos usuários mostraram que as possibilidades de conexão público-privado são inúmeras, sendo cada usuário capaz de construir, a partir de nexos singulares, o seu próprio “sistema de saúde”, ou seus “mapas do cuidado”.

Para os usuários, os dois sistemas funcionam, de fato, como vasos comunicantes, ou como um verdadeiro mosaico, fato ainda não devidamente reconhecido pela gestão pública.

Para os possuidores de planos privados, a universalidade do SUS é um facilitador para a composição de “mapas” mais completos do que para aqueles que dependem totalmente dos serviços públicos. É inegável que quem possui plano de saúde tem maiores condições de produzir um “mapa de cuidado” mais completo e estável do que aqueles que dispõem apenas dos serviços públicos.

Embora ainda predomine um imaginário social que atribui ao setor privado virtudes que

faltariam ao setor público, os crescentes problemas com os planos de saúde privado contribuem, aparentemente, como mostram alguns achados do estudo, para modificar o juízo de valor atribuído ao SUS. Significativas declarações de alguns usuários revelam uma desmistificação crescente em relação à qualidade da assistência recebida no setor privado, e uma valorização maior do SUS, ao menos nos dois municípios estudados. As declarações emblemáticas de Rosa captam um instantâneo dessa realidade, constituindo um dado inédito e expressivo de uma realidade que pode estar se delineando.

O fato de a pesquisa ter sido realizada em municípios tipicamente urbanos e industriais pode ter influenciado os resultados encontrados: primeiro, pelo fato da construção histórica das expectativas em relação ao consumo de planos de saúde corresponder a uma conquista trabalhista nesses locais. Os gestores entrevistados apontam também um movimento de inflexão dos planos de saúde decorrente do seu próprio crescimento, e do maior rigor de sua lógica microrregulatória, que entre outras coisas torna mais rígidos os mecanismos de controle do acesso e consumo de sua rede. Coisa percebida pelos usuários. A insuficiência estrutural e funcional da rede de serviços disponibilizada pelos planos torna ainda mais evidente suas limitações e contradições, ainda mais quando comparada com o expressivo fortalecimento e ampliação de ofertas do SUS nos municípios estudados.

Com base nesses achados, cabe indagar se as boas experiências de usuários com o SUS, principalmente após as quebras de expectativa com o mercado, podem estar sinalizando um movimento de uma ressignificação positiva do SUS. O reconhecimento do valor de uso do SUS detectado no estudo aponta indicações importantes, e de algum modo surpreendentes, nesse sentido.

O reconhecimento e a identificação de diferentes formatos de mixagem público-privada por parte dos usuários na conformação dos seus “mapas de cuidado” mostram a importância desse tema para a gestão pública da saúde, que necessita considerar essa realidade como uma dimensão indissociável da regulação governamental do acesso à saúde.

Colaboradores

CS Meneses é responsável pela concepção do artigo, e trabalhou na coleta e na análise do material empírico, na redação do artigo e na aprovação da versão final. LCO Cecilio trabalhou na concepção e na coordenação da pesquisa, na metodologia, na análise do material empírico, na revisão crítica do artigo e aprovou a versão final. R Andreazza trabalhou na concepção e na coordenação da pesquisa, na coleta e na análise do material empírico, na revisão crítica e na aprovação da versão final. G Carapineiro trabalhou na concepção e na coordenação da pesquisa, na revisão crítica e na aprovação da versão final. MGG Andrade e SM Santiago trabalharam na coleta e na análise do material empírico, na redação do artigo e na aprovação da versão final. EC Araújo, ALM Souza, DO Reis, NRS Pinto e SM Spedo trabalharam na coleta e na análise do material empírico, na revisão crítica e na aprovação da versão final.

Referências

1. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, Meneses CS, Reis DO, Araújo EC, Pinto NRS, Spedo SM. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saude Publica* 2014; 30(7):1502-1514.
2. Carapineiro G. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica* [periódico na Internet]. 2001 Nov [acessada em 2015 maio 16]; 5(2):[cerca de 23 p.]. Disponível em: http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_335-358.pdf
3. Andreazza R, Carapineiro G, Teixeira L, Cecilio LCO. Do Centro de Saúde à Unidade de Saúde Familiar: narrativas de ausência e intermitências. *Saude soc* 2011; 20(Supl. 1):S200-201.
4. Andreazza R. Narrativas dos caminhos dos cidadãos portugueses no Serviço nacional de Saúde. Circulação de saberes leigos. In: Carapineiro G, Correia T. *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. Lisboa: Mundos Sociais; 2015. p. 99-104.
5. Malta DC, Cecilio LCO, Jorge AO, Aciole GG, organizadores. *Dois faces da mesma moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, MS; 2005.
6. Meneses CS. *Mercado de saúde no Brasil, qualificação assistencial e transição tecnológica: um desafio regulatório para o Estado* [tese]. Campinas:Universidade Estadual de Campinas; 2004.
7. Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Cuginotti AP, Reis AAC. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):57-66.
8. Cuginotti AP. Transição tecnológica em uma operadora de plano de saúde: o olhar do usuário. *Physis* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2015 Mai 16]; 21(1):[cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100010>
9. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1501-1510.
10. Gerhardt TE, Rotoli A, Riquinho DL. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica a alta complexidade nas redes de cuidado. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, Abrasco; 2008. p. 197-214.
11. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1431-1440.
12. Berman PA. Rethinking health care systems: Private health care provision in India *World Development*, 1998; 26(8):1463-1479
13. Maynard A, editor. *The public-private mix for Health. Plus ça change, plus c'est la même chose*. Oxford, Seattle: Radcliffe Publishing; 2005.

14. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(36):123-136.
15. Chernichovsky D. *The public-private mix in the modern Health care system- concepts, issues, and policy options revisited*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2000.
16. Melucci A. *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura*. Petrópolis: Vozes; 2005.
17. Denman CA, Haro JA. Trayectoria, y desvíos de los métodos cualitativos em la investigación social. In: Mercado F, Gastaldo D, Calderon C, compiladores. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa em salud*. Jalisco: Universidade de Guadalajara, Coordinación Editorial; 2002. p. 202-240.
18. AA.VV. Biographical sociology. *Qualitative Sociology Review* [journal on the Internet] 2006 Apr [accessed 2015 May 16]; II(1):[about 92 p.]. Available at: <http://www.qualitativesociologyreview.org/ENG/volume3.php>
19. Arfuch L. *O espaço biográfico: dilemas da subjetividade contemporânea*. Rio de Janeiro: UERJ; 2010.
20. Bertaux D. *Narrativas de vida, a pesquisa e seus métodos*. São Paulo, Natal: Paulus, EDUFRRN; 2010.
21. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, Meneses CS, Pinto NRS, Reis DO, Santiago SM, Souza ALM, Spedo SM. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2893-2902.
22. Houle G. A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica. In: Poupart J, Deslauries JP, Groulx AL, Mayer R, Pires A, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 317-334.

Artigo apresentado em 11/10/2015

Aprovado em 19/07/2016

Versão final apresentada em 21/07/2016