



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

As novas articulações entre consumo e assistência médica privada na reorganização da saúde como mercadoria.

Ricardo de Lima Jurca; Aurea María Ianni Zöllner
(rljurca@usp.br)

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo

Brasil



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMEN

No Brasil, a continuada expansão do setor privado de produtos farmacêuticos, tecnologias médicas, hospitais, clínicas populares com pagamento direto, conectam a saúde e o consumo em diferentes cenários de pluralização mercantil. Estes cenários se constituem no social com o acesso de grupos sociais menos favorecidos a bens e serviços, até então disponíveis para poucos. Ao analisar o processo de formação histórica, principalmente dos anos 70 em diante, de centralização do setor saúde pelo Estado, e dispor do plano de medicalização da sociedade brasileira, argumenta-se que a nova representação do pobre como classe C nos anos 2000, retirou o centro da questão social da saúde contemporânea dos trabalhadores deslocando-o para os consumidores. Sob essa perspectiva, os acessos aos serviços de saúde pelos usuários da periferia convivem na atualidade com a mais avançada socialização dependente da ampliação e a incorporação de processos biotecnológicos. De tal forma que o crescente consumo de bens e serviços de saúde da população emerge como forma de vida comum, e que a universalização da saúde contemporânea se vê desafiada pelo cidadão consumidor. Com base em pesquisa etnográfica e fundamentada na teoria social a perspectiva de investigar o usuário/consumidor no setor privado de saúde, também reflete a existência de um indivíduo que empiricamente informa, para além das grandes determinações da expansão do sistema de saúde manifestações concretas do processo de individualização na saúde pública brasileira. Ou seja, com o aumento do acesso aos serviços de saúde, o usuário passa a ser um ator relevante na análise estrutural da generalização do consumo, por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la. Assinalar o grau de relevância do valor da saúde sobre as diferentes formas de biossociabilidade dessas pessoas por meio de critérios de saúde, organizados em torno da vida como valor biológico enunciam o fenômeno da expansão da saúde como mercadoria. No campo da saúde pública no Brasil, pensar e repensar essas novas questões sociais pode contribuir para revelar a urgência dos dilemas que nos apresenta a reconfiguração histórica das proteções sociais e que a esfera do consumo, deve, portanto, tornar-se parte integrante do campo de estudos das mudanças sociais contemporâneas em saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the continued expansion of the private sector of pharmaceuticals, medical technologies, hospitals, popular clinics with direct payment, connect health and consumption in different scenarios of commercial pluralization. These scenarios constitute the social with the access of less favored social groups to goods and services, hitherto available to the few. In analyzing the historical formation process, especially from the 1970s onwards, of centralizing the health sector by the State, and having the medicalization plan of the Brazilian society, it is argued that the new representation of the poor as class C in the the center of the contemporary social health issue of workers shifting it to consumers. From this perspective, access to health services by users of the periphery are currently living with the most advanced socialization dependent on the expansion and incorporation of biotechnological processes. In such a way that the growing consumption of health goods and services of the population emerges as a common way of life, and that the universalization of



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

contemporary health is challenged by the consumer citizen. Based on ethnographic research and based on social theory, the perspective of investigating the user / consumer in the private health sector also reflects the existence of an individual who empirically informs, beyond the great determinations of the expansion of the health system, concrete manifestations of the process of individualization in Brazilian public health. That is, with increasing access to health services, the user becomes a relevant actor in the structural analysis of the generalization of consumption, by reference to representations or conceptions of health and the means to obtain it. Indicating the degree of relevance of the value of health on the different forms of biossociability of these people through health criteria, organized around life as biological value, state the phenomenon of health expansion as a commodity. In the field of public health in Brazil, thinking and rethinking these new social issues may contribute to reveal the urgency of the dilemmas that underlie the historical reconfiguration of social protections and that the sphere of consumption must therefore become an integral part of the field studies of contemporary social changes in health.

Palabras clave

Individualização; Assistência Médica Privada; Consumo

Keywords

Individualization; Private Medical Assistance; Consumption



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

I. Introducción

Bem na entrada da favela de Heliópolis, entre uma agência bancária e uma loja de departamentos, desponta uma clínica médica que só realiza consultas particulares. Não vale convênio, tampouco cartão do SUS. Quem passa ali, estranha. Muitos moradores custam a ter coragem de entrar. Só perdem o medo na medida em que o boca a boca se espalha ou quando leem um cartaz bem à frente do portão que informa, em linguagem clara e direta, o valor das consultas: R\$ 40 (\$10) para clínico-geral e R\$ 60 (\$15) para qualquer uma das dez especialidades oferecidas, que pode ser dividido em duas parcelas. “Quem disse que essa população não pode ir ao médico particular?”, questiona o criador do Dr. Consulta, Thomaz Srougi. Ele se refere ao seu público-alvo: gente sem plano de saúde e cansada das filas dos postos públicos. O perfil exato dos moradores da maior favela da cidade (Estado de São Paulo, 22 de julho de 2012).

Essa matéria de capa, em um jornal de domingo, ilustrava ao mesmo tempo o grau de relevância e algumas dificuldades enfrentadas no estudo contemporâneo da relação entre o público e o privado na saúde, em São Paulo. Relevância pois, com base na observação, assinalava-se ali a centralidade do tema entre a população de São Paulo, especificamente na Região Metropolitana da cidade. Mais do que as deficiências do sistema de saúde brasileiro, como as filas dos postos públicos, a matéria situa o fenômeno da clínica médica privada a preços populares em primeiro plano entre as questões contemporâneas do morador da favela. Entretanto, olhando para o número de especialidades oferecidas e o baixo custo das consultas com um pouco mais de calma, a forma de enunciar o fenômeno da abertura de uma clínica médica na favela já indica sua inconsistência, pois a inteligibilidade da manchete se funda na naturalização do morador da favela como usuário do sistema público. Tratar-se-ia de uma noção diretamente vinculada à “gente sem plano de saúde”, “cansada das filas dos postos de saúde”. Em poucas linhas, ainda, a frase “o perfil exato dos moradores da maior favela da cidade” constrói o modo como essas noções devem ser valoradas.

A “favela” seria, então, constitutiva da associação entre “gente sem plano de saúde” e “cansada das filas dos postos de saúde”, evidentemente construídas a partir de um ideal normativo. A matéria não chega lá mas o senso comum sobre o tema codifica também, como em qualquer cidade brasileira, os territórios urbanos em que a saúde privada se funda: o centro da cidade e, sobretudo, os bairros de classe média e classe média alta. São, portanto, da classe média, seus usuários. São



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

eles que têm acesso aos planos de saúde, ao Sistema Único de Saúde e às clínicas particulares. O que a matéria coloca em evidência, portanto, é a correlação direta entre os negócios privados de impacto social e a população de baixa renda, fenômeno cada vez mais comum na periferia¹ da Metrópole.

Um dado importante da matéria, sobre o valor das consultas a preços populares, remete às pesquisas de gastos das famílias pobres com saúde, que mesmo com um sistema gratuito e universal como o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da análise dos dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) realizadas em 2002-2003 e 2008-2009, houve aumento do gasto médio com saúde, com diferenças regionais importantes em seu valor e composição. O gasto é maior entre as famílias residentes em áreas urbanas, assim como nas regiões Sudeste e Sul, onde a renda é mais elevada e existe maior oferta de serviços de saúde. Os medicamentos foram o principal componente do gasto com saúde, seguidos pelos planos de saúde (GARCIA; SANT'ANNA; FREITAS; MARGALHÃES, 2013).

Segundo o Relatório Mundial da Saúde (2011), há dez anos, 34% do dinheiro destinado à saúde no Brasil vinha do gasto direto com a consulta ao médico particular. Em 2008, essa taxa subiu para 41%. Um brasileiro gasta com saúde quase o dobro que um europeu. Em média, apenas 23% dos gastos com a saúde na Europa vêm do bolso dos cidadãos. O resto é coberto pelo Estado. A taxa de dinheiro privado na saúde no Brasil também é muito superior à média mundial, de 38%. No Japão 82% de todos os gastos são cobertos pelo governo. Na Dinamarca essa taxa sobe para 85%. Em Cuba, os gastos privados de cidadãos com a saúde representam apenas 6% do que o país gasta no setor. Em países onde o sistema de saúde é praticamente inexistente, o cenário é bem diferente. No Afeganistão, 78% dos gastos com saúde dependem dos cidadãos. No Laos, a taxa chega a 82%, e a 93% em Serra Leoa (OMS, 2011).

¹ A partir de Feltran (2011) e Cunha e Feltran (2013), utilizo o termo periferia, sobretudo, porque este me parece ser a categoria mais inteligível para destacar o conjunto de dinâmicas sociais às quais me refiro no texto. Quando falo sobre as periferias de São Paulo, portanto, refiro-me a ambientes situados no tempo e no espaço, em que as pessoas se relacionam entre si e com outras esferas do mundo social, de modo plural e heterogêneo. Por outro lado, e simultaneamente, o termo periferias ajuda a reconhecer as regularidades que se desenham nessas regiões da cidade e que demandam investimento analítico comparativo.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Outro aspecto relevante da reportagem está na frase “entre uma agência bancária e uma loja de departamentos, desponta uma clínica médica que só realiza consultas particulares”. A frase destaca o constante movimento não só do crédito e do comércio mas também do cenário de crescimento de clínicas isoladas, policlínicas e centros de especialidades na periferia de São Paulo. Segundo Viana, Miranda e Silva (2015), essa modalidade faz parte do número de estabelecimentos de saúde do segmento privado com fins lucrativos e estaria mais presente nas regiões Sul e Sudeste, ao passo que teria baixa penetração nos estados do Norte e do Nordeste. “A taxa média de crescimento do segmento, entre 2005 a 2013, foi de 14,9%. O número de estabelecimentos cresceu de 52,5% do total em 2005 para 68,6% em 2013. O aumento foi de 188% no período. Somente na categoria pessoa física o aumento foi de 47,7% para 52,7%” (VIANA, MIRANDA; SILVA, 2015, p. 14).

Caracterizando melhor o cenário, os principais tipos de estabelecimentos no segmento, com fins lucrativos, são os complementares (hospitais gerais, hospitais especializados e unidades de apoio em diagnose e terapia) e os suplementares (consultórios isolados, centros de especialidades médicas, policlínicas). Quanto ao nível de complexidade assistencial, “as variações informadas na atenção básica são de 7,2% em 2005 para 2,9% em 2013. A média complexidade foi de 67,2% em 2005 para 73,6% em 2013 e a alta complexidade foi de 25,6% em 2005 para 22,8% em 2013” (VIANA, MIRANDA; SILVA, 2015 p. 14). Portanto, a média complexidade é predominante em todos os segmentos, com destaque para os estabelecimentos do setor privado lucrativo, que possui pouco mais de 70% dos seus estabelecimentos concentrados nesse nível de complexidade assistencial. A proporção desses estabelecimentos com vínculos de complementaridade com o SUS (venda de serviços) caiu em todos os segmentos, especialmente os privados com fins lucrativos.



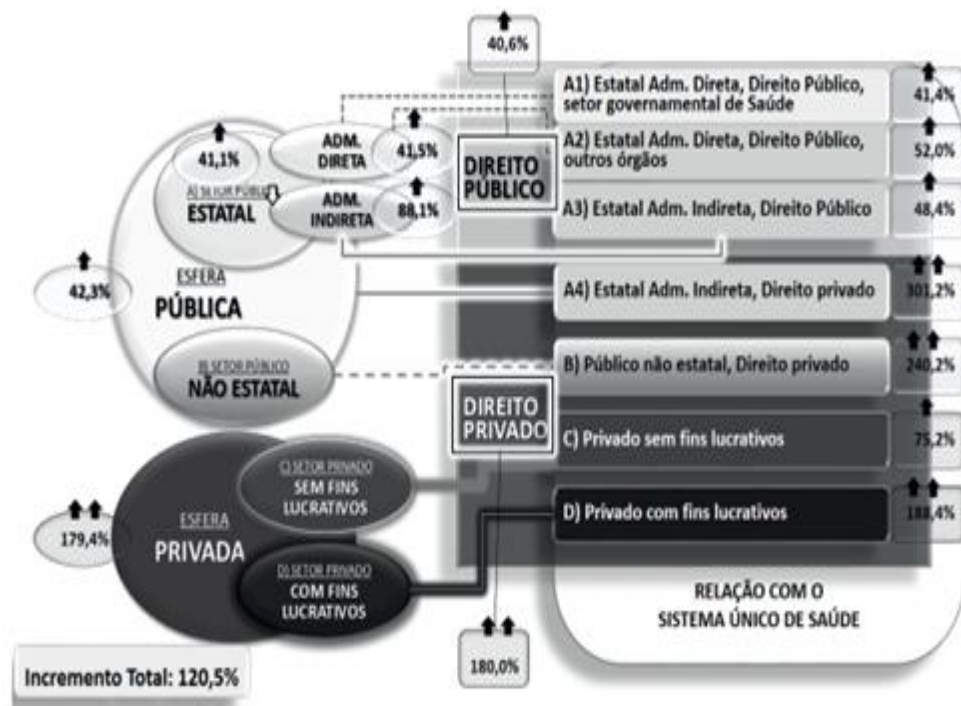
XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Figura 1 - Número de estabelecimentos de saúde e segmentos institucionais (Brasil, 2005-2013)



Fonte: Viana, Miranda e Silva (2015)

Para Viana, Miranda e Silva (2015), “configura-se um cenário de pluralismo mercantil com preponderância de institucionalidade privada com fins lucrativos, seletiva e suplementar ao SUS, com serviços fragmentados e desintegrados (p. 17)”.

No Brasil, para além da análise do crescimento do mercado privado de saúde em si, analisado pelos autores através dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que nos parece vital destacar, é que em uma perspectiva integrada da política econômica de inclusão da população baixa renda na assistência médica privada; as políticas de saúde não se disseminaram homogeneamente (TEIXEIRA; PAIM, 2005; MACHADO et al, 2010; BAHIA, 2010).

Paradoxalmente, as tentativas de reação mais orgânicas à força das ameaças de ataque dos denominados arranjos produtivos locais que buscam fomentar a produção industrial, ocorreu lateralmente aos processos de financeirização. A criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) em 2008 bem como a organização de um escritório da Fiocruz na África e o apoio do governo brasileiro à implantação da fábrica de medicamentos em Moçambique, que pro-



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

duzirá antirretrovirais representaram um passo adiante na perspectiva de priorização de investimentos produtivos. Essas iniciativas certamente não foram suficientes para provocar uma onda anti-financeirização. Contudo, parecem ter sido importantes para descortinar alternativas. Em 2015, soma-se a este cenário a permissão do governo federal à abertura do capital estrangeiro na saúde², na participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

- I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;
- II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar;
- III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e
- IV - Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros”(BRASIL, 2016).

Tais contradições e a ocupação de espaços e interesses aparentemente antagônicos no tabuleiro político e social exigem as chaves interpretativas mais adequadas à análise da popularização das clínicas médicas particulares no cotidiano dos indivíduos na periferia de São Paulo. Assim, a partir da análise sociológica, observa-se um espaço de crescimento da oferta dos serviços privados de saúde, de forma a incluir o indivíduo de baixa renda no setor privado do sistema de saúde brasileiro. Esta pesquisa teve como objetivo uma aproximação com o debate sobre o processo de individualização na sociedade brasileira em relação à ampliação do acesso aos serviços médicos particulares e à incorporação tecnológica médica individual no cotidiano das classes populares.

Nesse sentido é possível observar, de forma estrutural, que as reconfigurações dos sistemas universais de saúde e o surgimento de novas necessidades de consumo correspondem às reformas na organização e prestação dos serviços de saúde. O aprofundamento da globalização acompanhada

² ADI 5435 – Art. 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015 – Conversão da Medida Provisória nº 656/2014 – Autoriza o ingresso do capital estrangeiro na área da saúde, sem restrição – Ato normativo editado sem o prévio debate social – Inconstitucionalidade formal e material da Lei.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

pelo fortalecimento da massificação do consumo para além do seletivo segmento social de maior renda, por exemplo, traz novos elementos, para a popularização de um novo paradigma de produção, concentração e financeirização do setor de serviços.

Este trabalho foi motivado pela pesquisa de mestrado conduzida em 2013, analisando a expansão dos planos de saúde no Brasil nos anos 2000 e a influência do processo de individualização da relativa classe média na atual configuração do direito à saúde para o consumo (JURCA, 2013). Naquela ocasião uma das questões desenvolvidas foi de que mediante o processo de individualização os indivíduos se tornam sujeitos da construção da sua própria identidade e biografia. Entre 2003 e 2012, o número de usuários de planos de saúde havia aumentado de 32 para 48 milhões. Em diferentes modalidades de cobertura privada, o que apontava um grande crescimento (ANS, 2013).

Com a retomada do crescimento econômico a partir de 2004, o número de usuários de planos de saúde cresceu em média 5,2%, um crescimento consideravelmente superior ao crescimento populacional brasileiro, estimado em 1,44% em 2004 (IBGE, 2008). Como também cresceu a forte vocação para a área assistencial que se explica também pelo tipo de desenvolvimento econômico (pós 2004) das economias sul americanas, com grande participação do consumo privado no PIB, expansão do setor de serviços, fraco desempenho da indústria local e crescimento das exportações de commodities de diferentes tipos (minério, petróleo, carne, produtos agrícolas) (MACHADO; VIANA, 2013).

Dentre os resultados do trabalho (JURCA, 2013), destaca-se que, a mobilidade social ascendente, muito expressiva nos estratos de renda inferiores da população, não alavancou automaticamente reorganização das empresas privadas de saúde. Parece ter sido a “segunda alma” do governo petista (SINGER, 2012) – continuidade ao pacto envolvendo juros altos, liberdade de movimento dos capitais e corte dos gastos públicos – a principal propulsora das mudanças no setor privado de saúde.

Outra questão desenvolvida naquele trabalho foi que, o acesso à assistência médica através dos planos de saúde privados, gera novas fronteiras institucionais, o que resulta precisamente de sua dependência institucional, no mais campo das regulações sociojurídicas, das ofertas de produtos de consumo, das oportunidades e tendências no acompanhamento médico com diagnóstico e incorpo-



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

ração tecnológica médico-hospitalar. Ou seja, aspectos fundamentais da discussão do tema da individualização institucionalizada, que revelam a forma mais avançada de socialização dependente do mercado, do direito, das instituições médicas, etc.

A partir dos achados daquela pesquisa (JURCA, 2013), passamos analisar o acesso dos indivíduos ao cuidado médico individual tecnológico, em mercados populares de clínicas médias, planos de saúde e laboratórios. Nesse cenário, questiona-se, teoricamente, de modo geral, a transformação essencial, e igualmente irreversível, do estatuto do indivíduo, ou quais formas de proteção são compatíveis com a mudança do trabalho e dos modos de produção na saúde a qual assistimos no Brasil, incidindo especialmente sobre a mobilidade social nos anos 2000.

Nesta tese de doutorado analiso a trajetória do(a)s usuário(a)s com acesso à assistência médica particular, a partir das justificativas e discursos que eles implementam frente às práticas que levam a cabo em contextos de crise socioeconômica; ligados às redes sociais do(a)s usuário(a)s e às suas afiliações.

Nesse sentido, o espaço-social de Heliópolis contribui muito para compreender o fenômeno das clínicas médica populares, porque expressa a todo tempo, as mudanças que estão ocorrendo nos processos de modernização que já são longos em todo o país. Com efeito, o declínio da pobreza, a globalização do consumo cultural, a fragmentação das cidades, a validade dos velhos mecanismos de promoção social, as dificuldades e as demandas das novas classes médias que abandonaram a pobreza e se consolidam como sujeitos sociais relevantes, o protagonismo da mulher nos processos produtivos, a mudança das estruturas familiares, são algumas das questões que precisam ser estudadas e avaliadas para que a sociedade e os governos tenham novas informações confiáveis e reflexões inteligentes que ilustram a direção das periferias e, sobretudo, a definição de políticas públicas.

Esta pesquisa, portanto, busca olhar para alguns destes aspectos, tentando compreender quais são as ações das quais os indivíduos dispõem nas suas relações públicas e privadas para ter acesso aos serviços de saúde. Ou seja, considerando a importância de uma análise da relação entre o público e o privado na saúde a partir da rua, esta pesquisa observa e procura analisar/compreender como as pessoas vêem suas práticas e interações cotidianas, o que isso influencia no consumo da



saúde como um problema do processo de individualização e quais os resultados para a demanda dos serviços públicos de saúde.

Para tanto, esta pesquisa tem como pano de fundo as seguintes questões:

A – Considerando as práticas sociais de produção e consumo nos serviços de saúde, que apontam para um reducionismo médico individual, o que pode vir a ser proteção social hoje em um contexto de individualização?

B – Qual a natureza das desigualdades sociais produzidas num contexto de individualização?

Em termos metodológicos, o presente trabalho baseia-se, primeiramente em uma revisão do material de pesquisa sobre o fenômeno das clínicas médicas populares na cidade de São Paulo que permitiu o recorte analítico das questões que envolvem um cruzamento potencialmente produtivo entre o processo de individualização social e o cenário de pluralismo mercantil na saúde.

Em segundo lugar, apresentam-se análises, baseadas em resultados provindos da pesquisa de campo com o(a)s usuário(a)s do setor público e privado da região metropolitana de São Paulo, mais especificamente na comunidade da favela de Heliópolis. A entrada nos locais de entrevista foi mediada por Agentes Comunitários de Saúde ou por informação fornecida por integrantes de associações de bairro.

A escolha do local constitui uma amostra não intencional das situações de acesso à assistência médica, presente na rotina de vida dessas pessoas. A seleção de Heliópolis se deveu à influência desse território no exame da estrutura da assistência à saúde nos últimos anos. O conjunto de equipamentos de saúde da área é coberto e equipado por serviços públicos do Sistema Único de Saúde, como Hospital e Unidades Básicas de Saúde e por grupos de empresas de planos privados, laboratórios de diagnósticos e clínicas médicas particulares da esfera privada da saúde.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

A escolha dos entrevistados, considerou as seguintes variáveis: moradores de Heliópolis; que recebem visitas de agentes comunitários de saúde; que participam de movimentos sociais, pastorais católicas ou associações locais de moradores.

II. Marco teórico/marco conceptual

Investigar o(a) usuáři(a)o no sistema de saúde, segundo a perspectiva da individualização, reflete, para além das grandes determinações da expansão do setor privado, manifestações concretas da individualidade na saúde pública brasileira. Ou seja, com o aumento do acesso aos serviços de saúde, o(a) usuáři(a) passa a ser um indivíduo relevante na produção estrutural da generalização do consumo, e, portanto, na análise do sistema de saúde, por referência às representações ou concepções de saúde que ele tem e dos meios para se obtê-la. Essa trajetória individual, obviamente, se reflete no processo de racionalização, na extensão do campo da normatividade da medicina, no trabalho das instituições médicas, na dinâmica construção do Estado, do mercado e do capitalismo na organização da sociedade (DONNANGELO, 1975).

Porém, desembaraçados da sombra analítica da modernidade, é necessário enfatizar os aspectos da individualização, o que tem a ver com um modo de pensar a produção do indivíduo, estruturalmente na crescente dissolução, ou decomposição do desenho convencional moderno, que se traduz nas profundas transformações sociais dos padrões vigentes como os comportamentos, as culturas, os valores, a estrutura³ e o funcionamento do mercado de trabalho, as institucionalidades e as formas políticas, resultando na produção de novas igualdades e desigualdades sociais (IANNI, 2015; BECK, 2010; MARTUCCELI, 2007).

³ Entendo por estruturas aqui como condicionamentos fortes e ativos das experiências individuais.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

III. Metodología

Na perspectiva da individualização, a entrevista é um instrumento precioso para conhecer criticamente as posições efetivas dos atores. E isso exige não esquecer, nas análises de contextos, a ação dos indivíduos objeto do estudo sobre todos os suportes de que dispõem para responder aos imperativos da flexibilidade do trabalho e para suportar as precariedades das segunda modernidade⁴: ter acesso a proteção social à saúde, por exemplo; ter, em caso de pessoas de idade, uma família capaz de prestar-lhes ajuda; ter uma casa própria. Os indivíduos individualizados não vivem à margem da sociedade (mesmo se colocados em um condomínio fechado), estão sempre no meio de um sistema complexo de interdependências. Daí a necessidade de fazer análises comparadas de indivíduos que têm a mesma posição social para observar como essas pessoas atuam e vivem em situações diferentes, em meio a um contexto semelhante, ao menos na aparência.

É fundamental estudar as variações individuais porque as desigualdades sociais têm significados diferentes, investigar por onde os mecanismos transversais nas distintas posições estruturais permitem, ou não, aos atores dotar de certa estabilidade. Isto possibilita distinguir entre indivíduos que, como uma bolha, se beneficiam de uma redundância de suportes que lhes servem de apoio, e que lhes transmitem inclusive um sentimento de despreocupação relativa frente a muitas vicissitudes da vida social, e no outro extremo, indivíduos que carecem de muitos desses suportes, que vivem mais expostos aos riscos, e tentam construir “diques” ou “escudos” para proteger-se de um conjunto de riscos que percebem onipresentes (CASTEL, 2005; BECK, 2010). Portanto, a soma dos riscos e as inseguranças que vêm aumentando desde a perda de protagonismo da esfera pública estatal, na virada do século XXI se radicaliza e acompanha o processo de declínio “do sistema intrassocial de coordenadas da sociedade industrial e sua compreensão da ciência e da tecnologia, dos eixos que se estendem a vida das pessoas, da política democraticamente legitimada e da subpolítica (no sentido da saúde, da tecnologia e ciência)” (BECK, 2010, p. 107).

⁴ A segunda modernidade surgida dessa maneira e a dinâmica de desenvolvimento social e político nelas contida são algo novo e considerável. Agregam-se a dinâmica reflexiva os riscos e inseguranças sociais, biográficas e culturais que reconfiguram a estrutura social essencialmente inseparável da sociedade industrial – classes sociais, formas familiares, posição de gênero, casamento, paternidade profissão – por dentro dos modos de conduzir a vida (BECK, 2010).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Dessa forma, a perspectiva da individualização complexifica os contextos efetivos da ação. As determinações estruturais são sempre essenciais para dar conta da distribuição desigual de grande número de recursos de interpretação, e a trajetória do indivíduo não escapa a essa lógica em termos de possibilidades e suportes da perspectiva da individualização. A entrevista tende a destacar os caminhos, o hibridismo e a inconsistência das interpretações, porque se constrói mais próximo das experiências efetivas dos indivíduos.

O objetivo não é outro que encontrar as variáveis dos indivíduos que fazem, com efeito visível, a especificidade das possíveis estratégias individuais de busca pela atenção à saúde, e de encontrá-las através do método da entrevista, no núcleo de um grupo definido, os aspectos que fazem específica sua singularidade.



IV. Análisis y discusión de datos

Com base em todo o material empírico e teórico levantado, realizamos as análises que nos permitem verificar tanto o processo de individualização como a inserção do indivíduo no consumo da assistência médica privada.

Valendo-nos das informações coletadas nas pesquisas de campo, realizamos análises multivariadas para compreender a busca do indivíduo pela atenção à saúde na assistência médica privada.

Desse modo, as “relações sociais”, uma das categorias centrais desta tese, nos levaram a esquematizar as categorias na Figura 2. Tal esquema tem como objetivo elucidar as ligações dos vínculos que me conduziram aos limites das redes sociais em Heliópolis no tema estudado. A correspondência entre a delimitação analítica das fronteiras e a consciência das mesmas por parte dos indivíduos torna-se uma questão para investigação empírica, e não um pressuposto (EMIRBAYER, 1997).



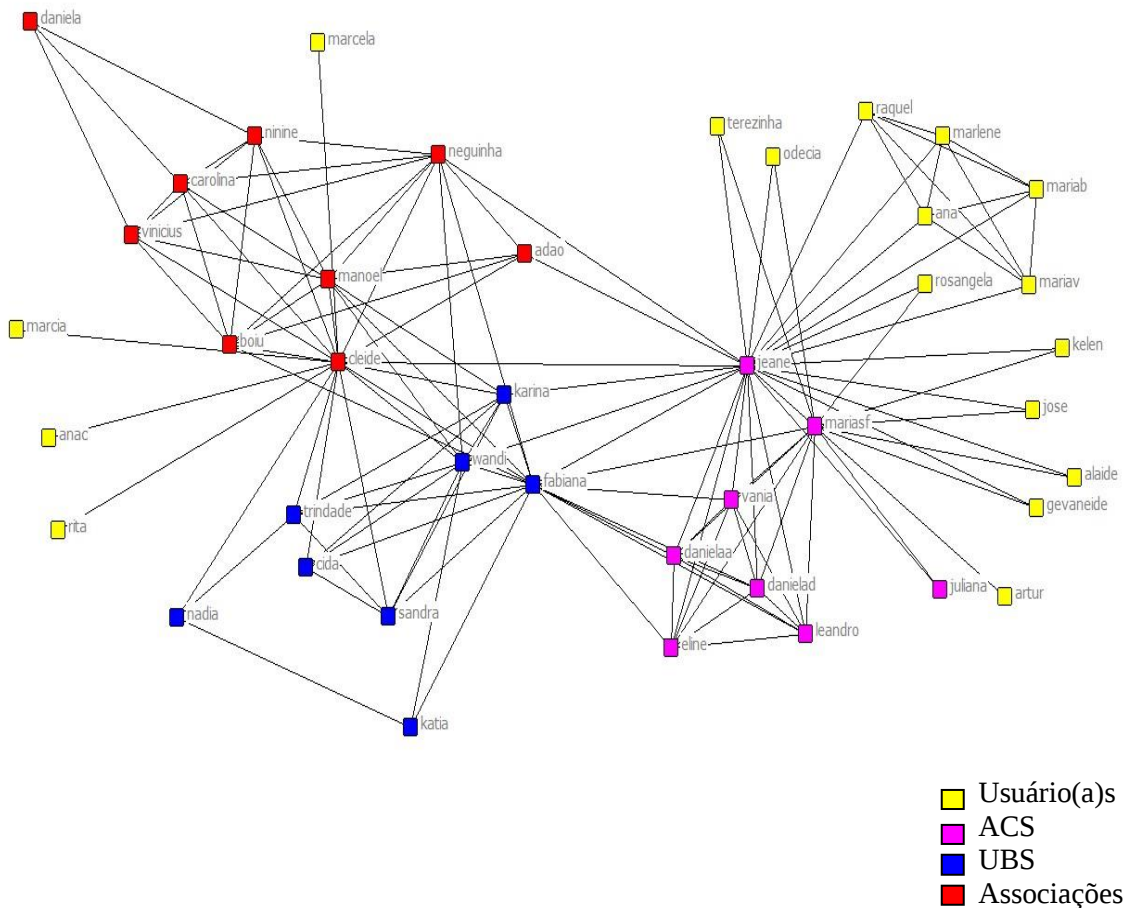
XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Figura 2 - Sociograma de Heliópolis



Fonte: elaborado pelo próprio autor

As questões sociais do impacto de uma clínica de baixo custo estão, muitas vezes, diluídas no cotidiano de Heliópolis e, entre tantas práticas sociais cotidianas que organizam o espaço social da favela, duas delas me chamaram atenção durante a pesquisa de campo: as associações de moradores e os agentes comunitários de saúde que ficam no epicentro das práticas sociais. As fronteiras permeáveis entre público e privado aqui, são relacionadas aos estreitos laços entre os indivíduos pertencentes a essas duas esferas.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

A rede é identificada pelos pontos, que são os entrevistados, e a linha, que traduz os vínculos relacionais e a força da relação entre os entrevistados. Os vínculos relacionais podem ser especificados pela transferência de recursos materiais como dinheiro ou imateriais como informação (WASSERMAN; FAUST, 1994). O padrão de conectividade na rede de Heliópolis pode ser caracterizado como uma rede de centralidade (estrelas), onde os padrões são de máxima dependência. Os intermediários dessa rede são principalmente as Agente Comunitárias de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF), o que indica o controle potencial que esse ator pode exercer em seu domínio. O agente comunitário exerce o papel de “porteiro” na rede social aqui levantada e aponta para os beneficiários das políticas públicas de saúde que também fazem uso complementar de clínicas médicas particulares na região de Heliópolis, sendo um ótimo caminho para chegar até os entrevistados.

Teoricamente nesta pesquisa consideraremos as redes pessoais que incluem todas as relações de um indivíduo, não só os vínculos diretos. A análise da rede de indivíduos com acesso às clínicas particulares, policlínicas e centros de especialidade vai focar no número de vínculos primários de um certo ator – quanto maior o número de vínculos, maior a centralidade. No caso do sociograma de Heliópolis, as citações diretas nas entrevistas são relativamente importantes, já que o foco da pesquisa é o(a) usuário(a). Em termos práticos, geralmente as fronteiras são definidas com base na frequência relativa de interações, ou na intensidade de vínculos entre aqueles que são membros da rede em comparação com aqueles que não são.

Segundo uma análise da rede, o total de vínculos que “chegam” no(a)s seguintes usuário(a)s: Terezinha, Odécia, Kelen José, Alaíde e Artur, indicam que eles foram citados diretamente, demonstrando uma “importância” relativa desses indivíduos. Em contrapartida, o(a)s usuário(a)s: Ana C, Rita, Raquel, Marlene, Ana, Maria B, Maria V e Gevaneide, possuem vínculos que “chegam” e que “saem”, e demonstram uma maior proximidade desses indivíduos com o centro da rede, pois foram citados e também citaram indivíduos do interior da rede.

A outra medida da rede é o grau de intermediação exercido por um indivíduo, ou seja, o quanto esse indivíduo é um ponto de passagem necessário para o fluxo entre os demais indivíduos (assim, este indivíduo intermediário gera a dependência dos demais). Isso indica o controle poten-



cial que um indivíduo pode exercer em seu domínio, permitindo ou bloqueando o acesso a determinados locais da rede, em decorrência do padrão de seus vínculos.

A rede social de Heliópolis levantada tem uma alta centralização com as agentes comunitárias de saúde, Jeane e Maria SF, e os líderes comunitários Cleide e Manoel com alto grau de intermediação. Estes são os atores que podem indicar as fronteiras permeáveis entre público e privado, especialmente em uma rede de usuário(a)s de clínicas médicas particulares que não possuem limites claros, naturais (ligados a associações ou afiliações).

No caso aqui estudado, o que importa é a força dos vínculos do(a)s usuário(a)s de clínicas médicas particulares, que nessa rede possuem vínculos fracos. O mapeamento dos vínculos fracos entre esses indivíduos foi importante, para além dos vínculos fortes, porque demonstra também a frequência de interação. Isto gera um problema de causalidade, ou seja, de dificuldades na explicação de mudanças nas direções das relações e tendência a relacionar fenômenos imateriais como causas. Exemplo: o(a)s usuário(a)s têm pouco acesso aos serviços de saúde devido à pobreza da sociabilidade? Portanto, como destacado no capítulo anterior, também há a necessidade de uma nova linguagem da ação, que destaque as narrativas, os mecanismos situacionais, e não as estruturas.

As ações coletivas estão dispersas em Heliópolis: a associação local de moradores, as Igrejas evangélicas e o crime organizado projetam essa dispersão. A atuação como se fosse o “poder público” causa intrigas e rupturas entre movimentos. Uma forte influência do discurso do empreendedor de si dá o norte das ações. Filiação partidária e participação política ativa têm poder, recursos e espaços limitados.

Em relação às práticas realizadas pelo(a)s usuário(a)s em momentos de crise socioeconômica, em geral, nos grupos analisados, as redes pessoais são mais fortes do que a comunidade pela necessidade de desenvolver estratégias de redes de favores e reciprocidades; ou constituindo estas estratégias em práticas sociais; assim como a responsabilidade individual é mais forte do que o pedido de assistência às instituições; além disso, há desconfiança diante da solidariedade; e o indivíduo deve dar respostas mais dinâmicas às demandas sociais.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

V. Conclusiones

Para o(a)s usuário(a)s, a consequência da realidade social de Heliópolis, os convida a tecerem redes sociais para protegerem-se dos riscos. Por outro lado, frente aos limites destas redes, e dado o caráter estrutural, plural e permanente dos riscos, se reforça o sentimento de que, na vida, você tem que cuidar das coisas sozinho. Os indivíduos, se percebem obrigados a buscar respostas por si mesmos a uma série de ruínas estruturais, o que, inevitavelmente, aumenta as suas inseguranças entre si.

No marco da sociedade, os indivíduos devem constantemente fazer frente a imprevistos e desafios tanto macrosociológicos (inflações, instabilidades políticas, mudanças ligadas a globalização...) como micro-sociológicos (demissões, evoluções familiares, problemas de saúde...). Pode-se argumentar, com razão, que este é um fato transversal a muitas senão a todas as sociedades. Porém, o mais importante é reconhecer que apesar da aparente similaridade destas situações, é, precisamente, nos próprios modos de enfrentá-los de cada sociedade que se perfilam diferentes modelos de individualidade. No caso de Heliópolis, a situação produz um indivíduo que tem que se responsabilizar por si mesmo, mas de maneira distinta às classes médias. Aqui também o indivíduo é responsável por sua vida, mas a diferença do que tem sido discutido nas classes médias, não é a sua capacidade de escolha ou de autonomia que é desafiada. Para o indivíduo nesta sociedade não se trata essencialmente de “escolha” ou “decisão”, mas de “fazer”. Cada qual está impelido a produzir, baseando-se particularmente em seu trabalho como indivíduo, a consciência da posição social que ocupa, como também as hierarquias para o uso do tempo, a articulação de ideais diferentes ou as fronteiras e limites legítimos para o consumo⁵.

O indivíduo em Heliópolis é chamado o tempo todo para os regimes normativos de proteção social, tão diversos quanto a sua auto-limitação, autocuidado, sobrevivência material ou a produção de sentido. Não nos referimos a autoestima psíquica, senão a uma forma peculiar de confiança nas

⁵ Segundo Francisco de Oliveira (2007, p. 29), há uma forte “privatização” no sentido arendtiano: os indivíduos são jogados aos seus espaços privados, à solidão, à insegurança, que decorre exatamente da ‘privação’ do espaço público e da alteridade. A esfera pública é sempre uma suspensão do Estado hobbesiano: sua dissolução significa a volta aos conflitos primitivos, em que o objetivo é eliminar o inimigo. Quando se trata do capitalismo contemporâneo, então é o retorno a lei da força bruta. Não pode haver ‘política’, nem ‘polícia’: há apenas administração”.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

capacidades práticas de cada um, em habilidades que ele tem para lidar com as situações. Uma fonte de segurança pragmática em meio a uma sociedade que se percebe como fonte permanente de insegurança. A confiança em si mesmo é um princípio para enfrentar a vida, uma habilidade e um instrumento mais que um estado cognitivo.

O indivíduo se constrói em sua capacidade de fazer, inclusive quando critica as instituições, não o faz necessariamente em uma posição de espera aos que poderiam, ou deveriam, lhe dar. As instituições neste contexto são um recurso a mais para se mobilizar pragmaticamente e pontualmente e não o eixo do apoio do indivíduo em seus modos de enfrentar os desafios que lhe são apresentados.

O essencial é que o indivíduo enfrentando o mundo social se apresenta e se concebe como um sujeito. Julga sem descanso situações adversas e o fazem ao calor da precipitação institucional. Mas também muitas vezes de maneira independente desta.

Como revela a retórica das entrevistas, a diferença de outras realidades, nas quais o trabalho institucional é central é fruto de uma interpretação institucional, em Heliópolis, o indivíduo aparece antes de tudo como alguém que gerencia, que lida em relação aos contextos das novas políticas sociais dos últimos anos, assim como as ações dos próprios indivíduos que definem as coordenadas morais que a ordenam.

Nessa perspectiva, os objetivos ideológicos, técnicos e políticos que apoiam as políticas sociais e empresariais das últimas décadas tem um impacto particular com indivíduos das periferias, a posição nas redes relacionais não é percebida como definição de uma vez por todas da substância social dos indivíduos. Embora esteja extremamente consciente da sua posição no tecido social, o indivíduo não é concebido como definido exclusivamente a partir dela; sua consciência pessoal não é enquadrada por obrigações de natureza comunitária. O relacional possui características individuais claras.

O esforço pessoal tem, em Heliópolis, raízes culturais plurais que vão do trabalhado, passando pelo modelo de consumo. Mas, se há um ponto básico que o caracteriza no momento é que, na ideia do próprio esforço, a “consciência da gestão do mundo social” não está ausente. Expresso em outros termos, a experiência do indivíduo periférico, por mais paradoxal que seja, é sempre



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

acompanhada por uma aguda consciência de suas dependências, tendo em conta o peso das relações sociais. A contrapartida do indivíduo periférico não é o indivíduo autônomo, mas o indivíduo relacional.

Na busca pelo acesso à assistência médica, seja na esfera pública ou privada, o indivíduo tem que enfrentar desafios, mas esta atitude é o resultado estrutural mais ou menos direto de um conjunto variado de situações que é fruto de uma representação institucional central que o obriga a constituir-se como sujeito.



VI. Bibliografia

- ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos de saúde (2003-2013). Rio de Janeiro: ANS, dez. 2013. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informatica_06_2012.pdf. Acesso em: 04 dez 2015.
- BAHIA, L. Saúde em banho maria. In: MAGALHÃES, J. P. A. et al. *Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico, 2003-2010*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 351-368.
- BALMANT, O. Médicos do Sírio e do Einstein abrem clínica particular em Heliópolis. *Estado de S. Paulo*, São Paulo, 22 jul. 2012. Notícias.
- BECK, U. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo, Editora 34, 2010.
- BRASIL. MPF – Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. GT-Saúde. *Nota técnica nº8/2016*, de 13 de Outubro de 2016. ADI 5435 – Art. 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015 – Conversão da Medida Provisória nº 656/2014. Brasília, 2016.
- CASTEL, R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.
- CUNHA, N. V.; FELTRAN, G. S. (Org.) *Sobre periferias: novos conflitos no Brasil Contemporâneo*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Lamparina: FAPERJ, 2013.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- EMIRBAYER, M. Manifesto for a relational sociology. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 103, n. 2, 1997. p. 281-317.
- FELTRAN, G. *Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo*. São Paulo: Editora Unesp; CEM: Cebrap, 2011.
- GARCIA, L. P.; SANR'ANNA, A. C.; FREITAS, L. R. S.; MAGALHÃES, L. C. G. Gastos com saúde das famílias brasileiras a partir das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível. Belo Horizonte, 2013.
- IANNI, A. M. Z. *A política posta em questão: o sucesso do 13º Congresso Paulista de Saúde PúblicaSaúde Soc.* São Paulo, v.24, supl.1, p.13-18, 2015.



XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

JURCA, R. *A construção do direito à saúde segundo a perspectiva da individualização*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Guarulhos, 2013.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. e CASTRO, A. L. B. *Políticas de saúde no governo Lula: continuidades e mudanças*. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. V.1 (1): 2010, p. 11-33.

MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. [Capitalismo e Estado Social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira](http://www.politicassocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/208-cad-saude-analuzacristiani.html). Caderno 4 – SUS: entre o Estado e o mercado. Plataforma Política Social, 2013. Disponível em: <<http://www.politicassocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/208-cad-saude-analuzacristiani.html>>. Acesso em: mar. 2017

MARTUCCELLI, D. *Cambio de Rumbo*. Santiago: LOM Ediciones, 2007.

_____. *Existen individuos en el sur?* Santiago: LOM Ediciones, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. Relatório Mundial da Saúde, Genebra, 2011

SINGER, A. *Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012

VIANA, A. L. d'A.; MIRANDA, A. S.; SILVA, H. P. *Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

TEIXEIRA, C. F. e PAIM, J. *A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior*. Saúde em Debate. V.29, p. 288-283, 2005.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. Social network analysis: methods and applications. *Structural Analysis in the social sciences*. v. 8. Cambridge: Cambridge University Press, nov. 1994.