

Posição social e julgamento dos serviços de saúde pelos usuários¹

Social position and judgment of health care services by users

Monique Azevedo Esperidião

Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva.
Departamento de Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil.
E-mail: moniqueesper@yahoo.com.br

Ligia Maria Vieira-da-Silva

Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva.
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil.
E-mail: ligiamvs@gmail.com

Resumo

Com o objetivo de investigar as relações entre o julgamento dos serviços de saúde pelos usuários e a sua posição no espaço social, foi realizado um estudo apoiado na sociologia de Bourdieu envolvendo dois grupos. Foram realizadas 22 entrevistas em profundidade com professores universitários e usuários de unidades de saúde. A posição no espaço social desses agentes foi caracterizada por meio da análise dos seus capitais e trajetória social. Identificou-se que a escolha dos médicos entre os agentes de maior capital global vinculava-se a critérios técnicos e simbólicos. Em contrapartida, entre agentes de classes populares, o acesso foi o principal critério. Analisou-se que a tomada de posição em relação ao serviço corresponde a um ajuste inconsciente das necessidades às possibilidades dos usuários. Discutem-se as implicações da distância social existente entre médicos e pacientes na escolha e julgamento dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Julgamento dos serviços de saúde; *Habitus*; Relação médico-paciente; Satisfação do usuário; Utilização dos serviços de saúde.

Correspondência

Monique Azevedo Esperidião
Rua Barão do Triunfo, 368, apto. 1101, Edif. Residencial Jardim
Primavera, Rio Vermelho, Salvador, BA, Brasil. CEP 41950-880

¹ Pesquisa financiada com bolsa do CNPq (tese de doutoramento)

Abstract

To investigate the relationship between the judgment of health care services by users and their position in the social space, we performed a study supported by the sociology of Bourdieu involving two groups. Twenty-two in-depth interviews were conducted with university professors and users of the health care system. The social position of these agents was characterized by analyzing their available capital and their social trajectory. We found that the choice of physicians by those users with greater global capital was linked to technical and symbolic criteria. In contrast, among agents of the popular classes, access was the main criterion. We analyzed that the stance taken regarding the service corresponds to an unconscious adjustment between needs and the possibilities available to users. We discussed the implications of a social distance between physicians and their patients in choosing and judging health care services.

Keywords: Health care services evaluation; *Habitus*; Physician-patient relationship; Patient satisfaction; Health care service use.

Introdução

Altos níveis de satisfação de usuários, sem relação com a qualidade dos serviços de saúde utilizados, têm sido reportados na literatura internacional ao longo das últimas décadas (Batbaatar et al., 2015; Atkinson; Haran, 2005, Bernhart et al., 1999). As explicações para esse paradoxo têm sido atribuídas à ausência de informação e à formação de baixas expectativas sobre o serviço (Atkinson; Medeiros, 2009; Williams, 1994; Williams; Coyle; Healy, 1998) bem como possíveis vieses como o da cortesia ou gratidão (Glick, 2009).

O estudo sobre as razões para a elevada satisfação dos usuários encontrada nesses trabalhos, em particular em países do hemisfério sul, ainda é recente e seus achados são contraditórios (Atkinson; Medeiros, 2009). Geralmente, dois grupos de determinantes têm sido investigados: variações conforme as características dos usuários e fatores relativos à prestação do cuidado em saúde (Crow et al., 2002). Aspectos dos contextos político e cultural também têm sido relacionados com a satisfação (Atkinson; Haran, 2005).

As características relativas à posição social do indivíduo, como renda e escolaridade, têm sido secundarizadas em relação à dimensão dos serviços (Baltussen et al., 2002). Dessa forma, em grande parte dos estudos sobre satisfação, não existe uma diferenciação entre os usuários dos serviços, desprezando características sobre suas posições sociais. Parece haver uma hipótese implícita, comum aos estudos, que considera que todos os usuários são homogêneos do ponto de vista social, estão aptos e interessados em avaliar os serviços e que o fazem segundo os mesmos critérios.

Nos trabalhos que investigam as relações entre satisfação e renda, os resultados são contraditórios. Há relatos de associação direta (Khayat; Salter, 1994) bem como inversa (Hall; Dornan, 1988). Já naqueles nos quais a idade é considerada, os resultados são mais consistentes, havendo uma relação direta entre essa variável e a satisfação (Sitzia; Wood, 1998; Blanchard et al., 1990). Quando as diferentes características dos usuários e dos serviços são relacionadas com a satisfação de pacientes com atenção hospitalar, como foi feito em estudo reali-

zado na Holanda (Hekkert et al., 2009), as primeiras tiveram influência estatisticamente significativa na satisfação do paciente, sendo a idade, o estado de saúde e a educação os fatores que mais influíram na satisfação do usuário. Já sexo, língua materna, tipo de hospital e tamanho do hospital foram variáveis menos importantes (Hekkert et al., 2009).

No Brasil, a maioria das pesquisas investigou serviços públicos de saúde, avaliando a satisfação de usuários de classes populares (Vieira; Souza, 2011; Mendes, 2009; Kantorski, 2009). Poucos estudos avaliaram a satisfação de usuários com o serviço privado (Gerschman et al., 2007; Cartaxo; Santos, 2007) e nenhum comparou os dois grupos.

A incorporação do social tem sido feita de forma limitada sem o recurso a uma teoria sociológica capaz de orientar a formulação de hipóteses sobre as causas do paradoxo da elevada satisfação. O presente trabalho pretende contribuir para a compreensão dos processos sociais relacionados ao julgamento dos serviços de saúde pelos usuários e seus significados, apoiado na teoria das práticas sociais de Pierre Bourdieu.

Metodologia

Foi realizado um estudo comparativo sobre o julgamento dos serviços de saúde feito por agentes situados em diferentes espaços sociais, de uma capital do Nordeste do Brasil, apoiado na sociologia reflexiva de Bourdieu.

Para esse autor, o gosto em relação a diversos bens culturais varia conforme a posição do indivíduo em campos ou espaços sociais que se constituem em redes de relações definidas pelas posições decorrentes das diversas espécies de capital possuídas. As posições ocupadas influenciam nas tomadas de posição dos agentes, orientadas por um *habitus* que corresponde a disposições inconscientes que orientam as escolhas, o gosto e as práticas sociais entre as quais está o uso dos serviços de saúde.

Um primeiro grupo, caracterizado pelo elevado capital global, foi composto por 12 professores universitários da Universidade Federal da Bahia, escolhidos pela indicação de colegas com alto capital científico. O segundo grupo, composto por 10

usuários de uma unidade básica de saúde situada em um bairro popular de Salvador, considerado como detentor de baixo capital global, foi selecionado a partir da indicação inicial de lideranças comunitárias. Posteriormente, o método de bola de neve foi utilizado para identificação dos demais entrevistados em ambos os grupos.

Foram realizadas, então, um total de 22 entrevistas em profundidade pela autora principal, no domicílio do respondente ou em seu local de trabalho, entre janeiro e setembro de 2008. A entrevista continha questões gerais acerca da trajetória social do respondente, sobre seu trabalho, uso recente de serviços de saúde e sua percepção sobre estes, bem como sobre o plano de saúde, quando esse era o caso. Foi demandado aos participantes que narrassem uma experiência recente com o serviço de saúde e sua percepção sobre ela. Questões relativas à posição social foram aferidas por meio da ocupação do entrevistado e de seus pais. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos respondentes e posteriormente transcritas para análise dos dados. O nome dos usuários foi preservado da publicação, assim como foram substituídos os nomes dos médicos. O projeto teve aprovação prévia no Comitê de Ética e Pesquisa (001-08/CEP-ISC de 26/02/08).

A posição ocupada pelos entrevistados no espaço social foi objetivada por meio da aferição do volume global do capital e da sua composição conforme discutido por Bourdieu (1975, 2004, 2005, 2006). O *capital cultural* corresponde ao conjunto de bens simbólicos acumulados por um agente e foi analisado por meio da escolaridade e titulação. Como proxy desse capital foi aferido para os professores universitários o capital científico, e para os usuários, o capital escolar. O *capital econômico* foi analisado a partir da renda familiar e ocupação do indivíduo. A acumulação das diversas formas de capital foi denominada *capital global*.

A *origem social* do agente foi estudada a partir da ocupação e escolaridade do pai do respondente, classificada em alta, média ou baixa. A trajetória social corresponde à mobilidade social e foi medida pela distância entre a posição social do indivíduo e sua origem social. As trajetórias foram classificadas em estável (quando não há variação entre a posição

e a origem social), ascendente (indicando progressão na ocupação do espaço social, com maior acúmulo de capital e seus tipos) ou descendente (no caso contrário).

O *capital social*, que corresponde ao capital decorrente do pertencimento a um grupo específico, foi aferido por meio da rede de contatos, relações interpessoais e amizades dos agentes. As *tomadas de posição* foram investigadas a partir das escolhas dos agentes quanto ao médico e plano de saúde.

Para classificação do capital científico dos professores foi analisado o Currículo Lattes. Para análise do *capital científico puro*, considerou-se o número de publicações (artigos, livros e capítulos de livros publicados em periódicos brasileiros e internacionais), orientação de mestrado e doutorado, ser bolsista de produtividade e líder de grupo de pesquisa no CNPq. Como *capital científico institucional* considerou-se a ocupação de postos em universidades, tais como chefias, coordenações, direções, pró-reitorias; reitoria; membro de comissão administrativa e membro de conselho superior. O *capital simbólico*, enquanto *capital de reconhecimento*, foi medido por meio de prêmios de mérito científico, ser membro de corpo editorial e revisor de periódicos, assim como pelo reconhecimento da sociedade (artigos publicados em grandes jornais, participação em programas televisivos). A partir da descrição desses capitais, estimou-se o *capital científico global* que, por sua vez, foi classificado em:

Alto: possuir elevado capital científico do tipo puro (bolsa de produtividade científica 1- 1A, 1B, 1C, 1D segundo classificação do CNPq, agência de financiamento à pesquisa brasileira), ou ter publicado pelo menos 20 trabalhos em periódicos científicos, ter concluído a orientação de pelo menos 14 mestres/doutores, estar em orientação de pelo menos 4 mestres/doutores, ter linha de pesquisa definida (líder de diretório) ou ter publicações de artigos em jornais de grande circulação, aparição em programa televisivos, premiações de mérito científico;

Médio: possuir médio capital científico do tipo puro (bolsa de produtividade 2 ou ter publicado pelo menos 5 trabalhos científicos em periódicos, ter concluído orientação de pelo menos 1 mestre,

estar em atividade de orientação de pelo menos 4 mestres/doutores; ter linha de pesquisa definida (líder de diretório), ou possuir capital universitário (diretor ou coordenador de instituição);

Baixo: possuir baixo capital científico puro (menos de 5 artigos nacionais, orientação apenas de monografias) e não possuir capital universitário.

Resultados e Discussão

Habitus de classe e a escolha do médico: gosto de luxo e gosto de necessidade

A análise revelou que a escolha do médico difere consideravelmente conforme a posição dos agentes no espaço social, de modo mais amplo, e também no interior dos subgrupos estudados (Quadros 1 e 2). Quanto mais elevado o capital global dos professores, maior a liberdade na escolha do médico, feita ou por indicação de uma rede de relações sociais ou por contatos pessoais com outros médicos. Ao contrário, os docentes com menor capital científico escolhem, muitas vezes, ao acaso, segundo a disponibilidade na lista de referência, ou, em algumas situações mais privilegiadas, consultando a assistente social do plano. A consulta a uma rede social de referência foi mencionada com menor frequência entre esses professores. Como acumulam menor capital global, ajustam suas escolhas conforme as possibilidades, escolhendo médicos do plano ou, no limite, médicos que cobram o valor do plano (Quadro 1).

De modo geral, a escolha do médico entre professores universitários com alto capital científico pressupõe, em primeira instância, um reconhecimento prévio acerca da competência do médico. Esse reconhecimento pode ter sido induzido por outro médico que indica o colega, pela reputação do médico ou por pacientes bem-sucedidos, muitas vezes parentes e amigos. A rede familiar, que corresponde a uma espécie de capital social, foi mobilizada por quase todos os respondentes com médio e alto capital científico, marcadamente aqueles do sexo feminino.

A indicação via outro especialista de confiança foi referida por professores homens, sendo este um critério considerado “técnico” e “racional”, que seleciona conforme a competência médica, afinal

“bons médicos, os poucos, se conhecem” (P4, professor universitário, 47 anos, alto capital global e médio-alto capital científico) ou “peço informação

a minha médica [...] eles se indicam, eles mesmo se escolhem” (P3, professor universitário, 64 anos, alto capital global e alto capital científico).

Quadro 1 – Critérios para escolha do médico segundo volume do capital global de professores universitários, Salvador, 2008

Critérios de escolha do médico	Professores com baixo capital científico e trajetória ascendente de origem popular	Professores com médio e alto científico e trajetória ascendente/estável de origem média/alta
Só escolhem médicos do plano de seguro-saúde	+++	
Escolhem com o catálogo	+++	
Pedem indicação à assistente social do plano	+++	+
Escolhem o médico por critérios de acesso (localização e tempo de espera)	++	+
Escolhem o médico pela rede de relações	++	++++
Escolhem médicos particulares, apesar do plano	+	++++
Escolhem o médico pela reputação	+	++++
Escolhem médicos a partir de outros médicos		++
Usa o plano apenas para hospital e exames médicos		+

Adaptado de Chaves e Vieira-da-Silva (2008)

+ Presença dessa característica em até 25% dos agentes do grupo

++ Presença dessa característica em até 50% dos agentes do grupo

+++ Presença dessa característica em até 75% dos agentes do grupo

++++ Presença dessa característica em até 100% dos agentes do grupo

A indicação a partir da assistente social do plano, referida por três professoras, também indica a eleição de um critério técnico, pois a mesma foi considerada “alguém que trabalha há muitos anos no plano” e conhece os mais disputados e melhores médicos, embora este critério tenha sido questionado por uma professora com alto capital científico: “nem sempre os mais disputados são os melhores” (P1, professora universitária, 53 anos, alto capital global e alto capital científico), o que aponta fragilidades na relação com a assis-

tente social. Isso porque o recurso à assistente social do plano pode também revelar a ausência de capital social, de uma rede de relações que produza indicações confiáveis sobre os médicos a consultar.

Observamos ainda uma escolha aleatória do médico, em que não há, inicialmente, uma relação de confiança, em professores com baixo capital científico, que escolhem conforme a lista de referência: “pego o livro e arrisco: se eu for com a cara, eu fico” (P11, professora universitária, 56 anos, baixo

capital científico) e secundariamente por critérios de acesso, como localização e curto tempo de espera.

O recurso ao médico de boa reputação, afamado, apresenta-se não apenas como critério técnico, mas pode representar status, propriedade de distinção entre os diversos grupos sociais.

O capital social também se mostrou como elemento importante na escolha do médico. O processo de tomada de decisão está em grande medida influenciado pela rede de relações dos indivíduos. Trocas cotidianas entre indivíduos representam o modo mais influente e eficaz de formação das escolhas e decisões.

O papel das relações sociais na decisão da escolha do serviço médico é central e esteve presente nos dois grupos investigados. No caso dos agentes com alto capital global, inclui em primeiro lugar, a família e amigos próximos, amigos médicos bem como o próprio médico, como informante de novos colegas.

Por outro lado, a escolha do médico nas classes populares não depende necessariamente das características da prática médica, mas de critérios relacionados ao acesso, como fácil localização dos serviços de saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios para escolha do médico por usuários de classes populares segundo volume do capital global e escolar. Salvador, 2008.

Práticas	Usuários com baixo capital global e baixo capital cultural	Usuários com baixo capital global e médio e alto capital cultural
Só escolhe e usa médicos do SUS	++++	
Escolhe os médicos e unidades de saúde próximas de casa	++++	++
Escolhe o médico pela rede de relações	+	+++
Escolhe médicos de clínicas populares		+++
Possui plano de saúde (seguro-saúde)		+

Adaptado de Chaves; Vieira-da-Silva (2008).

+ Presença dessa característica em até 25% dos agentes do grupo

++ Presença dessa característica em até 50% dos agentes do grupo

+++ Presença dessa característica em até 75% dos agentes do grupo

++++ Presença dessa característica em até 100% dos agentes do grupo

Nota-se que as escolhas são ajustadas às condições das quais são produto. O gosto das classes populares ou *gosto de necessidade* (em oposição ao *gosto de luxo*) engendra todo um estilo de vida definido em sua forma negativa, pela falta, relação de privação que mantém com outros estilos de vida.

Entre os agentes com baixo capital global, a rede de relações foi referida com menor força. Nesses casos, destaca-se o agente comunitário como alguém capaz de facilitar o trânsito na unidade, indicar os profissionais e, em alguns casos, marcar a consulta. As relações estabelecidas entre os entrevistados de classes populares e seus patrões e chefes foram identificadas como ligações que auxiliam, por meio da indicação de nomes de médicos e de serviços

ou através da facilitação do acesso ao médico, ampliando, ainda que em pequeno grau, o universo de possibilidades desses agentes.

Esses achados são consistentes com os achados de Bourdieu (2006) em relação ao gosto popular interpretado por aquele autor como resultado da distância à necessidade. No seu livro, *A Distinção*, a posição no espaço social foi definida pela composição do capital e a trajetória social do agente, que influi no modo de aquisição do capital. Em analogia ao trabalho de Bourdieu (2006), analisamos que a escolha do médico e as tomadas de posição em relação ao serviço de saúde diferem consideravelmente conforme a posição social do paciente e a distância da necessidade.

CrITÉRIOS para julgamento do mÉdico e a possibilidade de crÍtica

Os agentes com maior capital global tendem a formular o maior nÚmero de crÍticas aos mÉdicos, ao passo que os agentes com baixo capital global possuem postura menos crÍtica em relaÇão à prÁtica mÉdica e tendem a fazer elogios com maior regularidade. Essa observaÇão nos faz indagar sobre as relaÇões de dominaÇão envolvidas na relaÇão mÉdico-paciente e coloca a questÃO sobre quem estÁ legitimado a criticar o mÉdico, suas condutas e seus atos.

A percepÇão do mÉdico pelos professores universitÁrios é marcada por uma ambivalÊncia: de um lado, uma atitude cÉtica que considera que os mÉdicos “são portadores de sentenÇas de morte” (entrevista P1) e “donos da verdade” (entrevista P8); e por outro, uma atitude de submissÃO incondicional ao saber e à prÁtica mÉdica.

À primeira vista, os mÉdicos são percebidos como aqueles que não se recusam a transmitir informaÇões sobre o estado do paciente, sobre o diagnÓstico ou prognÓstico. A linguagem mÉdica não é questionada, sendo compreendida pelos professores que são capazes de reproduzi-la ao narrarem suas experiÊncias clÍnicas.

Entre os crÍterios mais relevantes nesse grupo, destaca-se a confianÇa e capacidade tÉcnica. Espera-se do mÉdico que ele trate os pacientes de modo especial, como Únicos. Lembrar o nome do paciente, dedicar tempo à consulta, atender de modo personalizado são caracterÍsticas valorizadas pelos professores. O paciente escolhe o mÉdico que julga habilitado para o tratamento e, aceitando-o, ratifica suas impressões e julgamento a respeito do mÉdico.

Entretanto, a anÁlise dos discursos mostra que há, a todo tempo, questionamentos acerca do poder mÉdico, e mesmo o “abuso” do poder, como na omissÃO de informaÇões, por acreditar que o paciente não é capaz de compreender a situaÇão, ou mesmo, na administraÇão de medicamentos sem a devida explicaÇão sobre a terapêutica e o problema de saÚde ou, ainda, sem o seu consentimento:

Então eu fico horrorizado quando o mÉdico é absolutista. Ele é o dono da verdade, que ele é o dono do conhecimento... Então, me dá arrepios quando os mÉdicos tratam vocÊ como se eles fossem o dono da verdade! (P8, professor universitÁrio, 46 anos alto capital global, baixo capital cientÍfico).

De modo bastante diferenciado dos agentes com alto capital global, as crÍticas dos agentes das classes populares são dirigidas ao serviÇo de saÚde e referem-se, sobretudo ao acesso. O serviÇo é visto como uma “negaÇão”, metÁfora para privaÇão, falta de acesso, iniquidade. Quando há acesso aos mÉdicos, a avaliaÇão é quase sempre positiva. Os agentes com baixo capital global não apresentam relatos negativos dos mÉdicos: “não tenho queixas do doutor” (entrevista E10). Com o aumento do capital cultural (e aumento relativo do capital global), nota-se um maior nÚmero de crÍticas dirigidas ao mÉdico.

Grau de ajuste às escolhas e às estratégias de distinÇão

A anÁlise do discurso dos entrevistados apontou para um diferenciado grau de ajuste entre os agentes em relaÇão às escolhas e às prÁticas relativas aos serviÇos de saÚde, ou seja, às transformaÇões de necessidades impostas pela posiÇão social em escolhas aparentemente eletivas. Essas questões mostraram-se bastante evidentes quando se analisou os motivos relacionados à escolha do plano de saÚde entre os professores universitÁrios.

Entre o grupo de professores com maior capital cientÍfico, a motivaÇão para escolha do plano de saÚde do sindicato relaciona-se à adesÃO ao plano da associaÇão de professores (“É o plano da associaÇão dos professores” - entrevistas P2, P3 e P5) ou “é o nosso plano” (entrevista P1). Essa consideraÇão remete ao mecanismo de justificaÇão e ajuste, sugerindo uma razÃO nobre de pertencimento, a despeito de reconhecerem que este não seria o melhor plano.

É nÍtida a diferenÇa percebida entre professores com menor capital cientÍfico que referiram poucas crÍticas ao plano bem como manifestaram maior vontade de permanecer nele. Nesse grupo, a razÃO

de escolha do plano esteve mais associada à possibilidade de cadastrar toda a família. São professores que estão filiados a associação docente (APUB) há mais de 10 anos. Os professores desse grupo também referiram utilizar somente os médicos do plano e apenas em casos isolados, procurar médico particular:

Eu estava querendo marcar um dermatologista, foi um dos mais difíceis pra encontrar, porque eu não tinha, indicação... aí uma indicação que eu tive de uma pessoa que eu ia procurar, ela não atendia pela APUB, aí eu pensei assim: 'bom, se eu tenho plano [...] por que eu vou para particular?'. Eu pedi pra minha filha: 'marca um dermatologista pra mim.'. Ela então achou um, uma que é no mesmo prédio que trabalha a ginecologista, inclusive é próximo da minha residência (P10, professora universitária, 54 anos, alto capital global e baixo capital científico).

Como se expressa no trecho a seguir, a professora escolhe o médico “meeiro”, nem o “medalhão”, nem o “desconhecido”. A escolha do meeiro revela um ajuste de preferências às condições objetivas de possibilidades e uma posição que se distingue tanto da posição superior como daquela imediatamente inferior – nem burguesia, nem proletariado: classe média:

Se você pega um médico muito bom, muito medalhão, você tem dificuldade de ser atendida por ele. Mas aí você pega um médico ruim também não é bom. Então, você tem que pegar um meeiro, que nem seja medalhão, nem seja ruim pra conseguir ser atendida e não ser mal atendida (P12, professora universitária, 47 anos, alto capital global e baixo capital científico).

Em contrapartida, o grupo de professores com alto capital científico possuía muitas críticas ao plano da Associação Docente (APUB), e em um caso, observou-se o desligamento do professor do plano. Entre as críticas, apontava-se o fato do plano não cobrir os hospitais tidos como luxuosos na cidade, demorar ou apresentar recusas para autorizar determinados procedimentos e exames, assim como

não ter cadastrado em sua rede assistencial médicos considerados prestigiados. Outro professor utiliza somente o plano para realizar exames clínicos e laboratoriais e em caso de necessidade de internação. Todos os médicos consultados por esse professor são particulares, médicos renomados, apesar do plano. Essas características evidenciam entre o grupo de professores com alto capital científico o que se pode chamar de *gosto de luxo*.

O grau de ajuste aos médicos renomados é alto, e os pacientes estão dispostos a aceitar sem maiores questionamentos as opiniões dos médicos.

A formação social dos gostos e preferências muitas vezes se expressa por meio do regozijo (asco, desprezo) dos valores “dos outros” (representantes de posições sociais opostas ou afastadas). O gosto, assim, se revela “pelo desgosto”. O fragmento abaixo ilustra um exemplo desse efeito em que a afirmação do gosto se dá contra o gosto de outros grupos. A usuária, com baixo capital global, mas com maior capital cultural (em relação ao grupo), após realizar diversas queixas sobre serviços do SUS, responde à entrevistadora sobre interesse em possuir plano de saúde:

[- Você já fez algum plano de saúde?] Deus que me livre! O plano de saúde não cobre tudo, você chega lá, daqui que o plano autorize você já morreu [...]. Porque se você for esperar um plano, daqui que ele autorize... como eu já vi muito casos [...] prefiro pagar particular, prefiro tirar um dinheiro assim... R\$ 100,00 ou R\$ 150,00 pagar, mas ver efeito, do que ficar pagando plano e quando chega na hora ou não dar cobertura total [...] Então pra mim eu prefiro pagar particular, pago uma consulta, é bem melhor. (E2, doméstica, 37 anos, baixo capital global e médio capital cultural, grifos nossos).

Na fala da entrevistada nota-se mais uma vez a situação de ajuste, numa tentativa de diferenciação da posição superior (ter plano de saúde) da imediatamente inferior (só poder usar o sistema público (SUS)). De um lado, uma atitude de superioridade em relação a seu grupo (“pago R\$ 200, 300”) e ao mesmo tempo uma atitude ressentida de uma classe social

desfavorecida (que não pode ter o plano de saúde). A utilização de clínicas populares é tida assim como marca distintiva entre agentes de baixo capital global, revelando estratos ascendentes dessa classe.

O rechaço do plano pode ser interpretado também como forma do materialismo prático da ética popular, filosofia compatível com aqueles que não têm futuro (Bourdieu, 2006). Difere-se em larga medida do senso de planejamento e orientação para o futuro típico das classes médias e dominantes, representados nesta pesquisa com a atitude de possuir um plano de saúde.

A operação de diferenciação entre os agentes, estratégias de distinção, revelaram-se reguladas com princípios aproximados. Ir ao médico renomado e particular é uma estratégia de distinção entre os professores universitários, assim como as clínicas (populares) privadas são marcas distintivas para os agentes com baixo capital global.

O *habitus* ascético dos professores faz que tenham despesas com saúde bem elevadas (Bourdieu, 2005). A noção de que “saúde não tem preço”, e ao mesmo tempo, a monetarização do cuidado, parece funcionar como lógica. Vale citar o relato de uma professora com médio capital científico que declara não comprar medicamentos genéricos, preferindo os remédios de marca dos grandes laboratórios. As preocupações com a saúde nesse grupo figuram em primeiro plano e os gastos com o plano de saúde e medicamentos foram eles mesmos referidos pela maior parte dos professores como responsáveis por grande parte de seus orçamentos mensais.

A distância entre a necessidade de cuidados médicos e o julgamento crítico dos serviços

A formação da crítica relaciona-se também com a distância da necessidade de cuidados médicos. Quanto maior a distância da necessidade imediata de cuidado, maior a disposição para a crítica. Ao contrário, quanto mais fragilizado ou doente, maior a dependência frente ao médico e seu saber/poder.

Os agentes adoecidos avaliam a relação com o médico como de grande dependência. Nesses casos, mesmo quando o agente possui alto capital cultural, a situação de fragilidade e dependência é iminente.

Os agentes descrevem sua situação como “sem escolha”, sem poder de decisão:

Eu gostei da forma como eu fui atendido. Eles foram muito gentis e competentes. A minha relação de um paciente com o médico é uma relação de dependência. Se você consegue ter uma empatia você se entrega. O que dizem que eu tenho que fazer, eu faço [...] Quando você está fragilizado, você não tem decisão, você está entregue... Agora mesmo a Gisélia me intimou a fazer um segundo ciclo de quimioterapia. Perguntou: “E então?” Eu disse: “Eu tenho escolha?”. Ela disse: “não, não tem”. “Então, não me pergunte”. E eu me submeto (P3, professor universitário, 62 anos, alto capital total e médio capital científico, paciente oncológico).

E também em outro depoimento,

Eu não tenho muita opção. Quando eu estou doente, eu não consigo entender minha doença, então, em princípio eu confio ou tento confiar [no médico] (P8, professor universitário, 46 anos, alto capital global, baixo capital científico).

Considerações finais

O julgamento sobre os serviços de saúde é distribuído desigualmente entre grupos e classes a depender da posição ocupada pelos agentes no espaço social. As condições de possibilidade da escolha do médico pelos agentes dotados de elevado capital global, no caso os professores universitários, é dada não apenas pelo capital econômico que lhes permite pagar uma consulta particular ou mudar de plano de saúde, mas também pela rede de relações sociais que lhes permite escolher e julgar quais seriam os melhores médicos de acordo com critérios variados, técnicos ou simbólicos.

Além disso, a distância da situação de sofrimento ou de adoecimento também contribui para aumentar a margem de liberdade para a escolha e a crítica. Em contrapartida, o universo dos possíveis para as classes populares é bastante limitado por contingências econômicas e sociais.

O presente estudo traz contribuições à explicação da elevada satisfação do usuário reportada pelas pesquisas publicadas na literatura por duas razões. Em primeiro lugar, na medida em que analisa a formação da “disposição crítica” como produto da posição social do indivíduo, resultado da acumulação de diferentes capitais, sobretudo o cultural, assim como da trajetória social dos agentes. A atitude crítica das classes médias (agentes “esclarecidos” ou de elevado capital cultural) diverge do sentimento de resignação e fatalismo das classes populares.

A possibilidade de julgamento crítico do médico mostrou-se associada ao capital cultural do usuário. As críticas ao médico são mais evidenciadas entre professores com alto capital global e médio e alto capital científico. Poucas críticas endereçadas ao médico foram evidenciadas entre os agentes de baixo capital global. O julgamento crítico articula-se diretamente com a distância à necessidade de saúde. As situações de doenças colocam fragilidades e redobram a dependência da figura do médico.

Em segundo lugar, o estudo evidencia a situação de ajuste das práticas aos recursos, no sentido dado por Bourdieu (2005). Esse ajuste, síntese não consciente entre necessidades e possibilidades, é operado pelo *habitus*, que explica a formação dos gostos e preferências, conforme o universo de possibilidades.

Assim usuários com baixo capital global, dependentes do SUS, encontram-se também em uma posição de grande dependência e submissão, ajustando-se à estrutura por meio de um conjunto de esquemas de percepção que a validam. Vale lembrar que o ajustamento à situação não é pensado nem desejado enquanto tal, no sentido de uma escolha deliberada ou racional.

A generalização dos achados do presente estudo deve ser feita com cautela tendo em vista as limitações da amostra selecionada. Dessa forma, como perspectiva futura, indica-se a realização de estudos populacionais mais extensivos, nos quais as evidências encontradas no presente estudo sobre as relações entre o julgamento dos usuários e a posição no espaço social possam ser melhor validadas. A consistência entre os achados empíricos

e o referencial teórico, contudo, corresponde a uma validade de constructo que por si só possibilita a elaboração de uma explicação para o paradoxo investigado.

Referências

- ATKINSON, S.; HARAN, D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 60, n. 3, p. 501-513, 2005.
- ATKINSON, S.; MEDEIROS, R. L.; Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 68, p. 2089-2096, 2009.
- BALTUSSEN, R. M. P. M. et al. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 17, n. 1, p. 42-48, 2002.
- BATBAATAR, E; DORJDAGVA, J; LUVSANNYAM, A; AMENTA, P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*, v. 135, n.5, p.243-50, 2015.
- BERNHART, M. H.; et al. Patient Satisfaction in developing countries. *Social Science & Medicine*, Oxford, n. 48, p. 989-996, 1999.
- BLANCHARD, C. G. et al. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*, Atlanta, n. 65, p. 186-192, 1990.
- BOURDIEU, P. La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison. *Science et structure sociales*, Montréal, v. 7, n. 1, p. 91-118, 1975.
- BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência*: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp, 2004.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas*. Sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 2005.
- BOURDIEU, P. *A distinção*. Crítica social do julgamento. São Paulo: Zouk, 2006.

CARTAXO, J. L.; SANTOS, M. L. R. Estudo da satisfação do usuário de planos de saúde odontológicos em Salvador no ano de 2004. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 25-37, 2007.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy*, Oxford, v. 86, n. 1, p. 119-128, 2008.

CROW, R. et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, Southampton, v. 6, n. 32, p. 1-224, 2002.

GERSCHMAN, S. et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 12, n. 2, p. 487-500, 2007.

GLICK, P. How reliable are surveys of client satisfaction with healthcare services? Evidence from matched facility and household data in Madagascar. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 68, n. 2, p. 368-379, 2009.

HALL, J. A.; DORNAN, M. C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 27, n. 6, p. 637-644, 1988.

HEKKERT, K. D. et al. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 69, n. 1, p. 68-75, 2009.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 29-35, 2009. Suplemento 1.

KHAYAT, K.; SALTER, B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice*, London, v. 44, p. 215-219, 1994.

MENDES, A. C. G. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2009.

SITZIA, J.; WOOD, N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, v. 10, n. 4, p. 311-317, 1998.

VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 556-564, 2011.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 38, n. 4, p. 509-551, 1994.

WILLIAMS, B.; COYLE, J.; HEALY, D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 47, n. 9, p. 1351-1359, 1998.

Contribuição dos autores

Esperidião realizou todas as etapas da pesquisa. Escreveu e revisou o artigo. Silva participou da formulação da pergunta de investigação, análise dos dados e redação do artigo.

Recebido: 10/04/2015

Reapresentado: 23/11/2015

Aprovado: 21/12/2015