

## **Sílvia Portugal**

Docente da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Investigadora do Centro de Estudos Sociais

### **“Quem tem amigos tem saúde”:**

#### **O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde<sup>1</sup>**

Resumo: Partindo de uma discussão mais ampla sobre o papel das redes sociais na produção de bem-estar, o presente texto analisa, especificamente, o acesso aos cuidados de saúde. Por um lado, descreve-se a morfologia das redes, dando especial atenção ao tipo de laços activados e, sobretudo, à distinção entre laços fortes e laços fracos; por outro lado, discute-se a articulação das redes sociais com as esferas do Estado e do mercado.

Esta análise permite concluir pela importância das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde, revelando duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos. Os indivíduos conseguem através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade. As deficiências da provisão dos cuidados públicos são colmatadas pela eficácia das relações informais. Esta conclusão permite-nos corroborar mais uma vez a tese de uma sociedade-providência forte para um Estado-Providência fraco; no entanto, chama também a atenção, de novo, para a reprodução das desigualdades sociais que este modelo implica.

### **1. Introdução**

No contexto europeu, Portugal afigura-se como um dos países em que a institucionalização dos direitos sociais e o apetrechamento do Estado com os instrumentos necessários ao exercício de uma política social consequente ocorreram mais tardiamente e de forma problemática. A este facto não são estranhas duas circunstâncias históricas que marcaram a evolução da sociedade portuguesa ao longo do século XX, sobretudo na sua segunda metade: a persistência de um regime ditatorial até à entrada na década de 70, que adiou a modernização do aparelho administrativo e o estabelecimento dos direitos de cidadania que entretanto se difundiam no resto da Europa; o carácter tardio do processo de

---

<sup>1</sup> Comunicação apresentada ao Simpósio “Família, Redes Sociais e Saúde”, Hamburgo, Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo, 7 e 8 de Abril de 2005

desruralização da sociedade portuguesa, isto é, da sua industrialização, terciarização e urbanização. O Estado Novo, governado durante quase meio século por Salazar, adoptou um modelo de regulação social pouco permeável ao desenvolvimento de políticas sociais consistentes. Apostou, antes, numa ideologia ruralista e familista, sustentada pela persistência da inserção rural de grande parte da população, que permitia a manutenção de mecanismos de suporte social assentes na solidariedade familiar e comunitária e na reprodução de baixos níveis de expectativas no que toca à capacidade de consumo e à qualidade de vida (Hespanha, Ferreira e Portugal, 1997).

Apenas após a instauração do regime democrático, em 1974, se desenvolveram os primeiros programas sistemáticos com vista à construção de um Estado-Providência, que se reflectiram no crescimento das despesas públicas em protecção social. No entanto, este arranque era dado numa conjuntura internacional de crise económica, precisamente quando os Estados-Providência mais desenvolvidos começavam a confrontar-se com a necessidade de adoptar posturas mais restritivas (Carreira, 1996).

Em consequência, ao expansionismo que se fez sentir após a mudança de regime, seguiu-se uma fase de contenção de gastos, a partir de 1982, que impediu a aproximação de Portugal aos modelos de produção de bem-estar de base estatal que caracterizavam grande parte dos países europeus (Mozzicafreddo, 1992). Ao baixo nível de despesas do Estado no domínio social, acrescentava-se ainda a fraca abrangência e a relativa ineficácia das medidas estatais. Em 1960, só 36% da população potencialmente integrável na débil previdência social então existente era por ela abrangida; este valor aumentaria para 78% em 1970 e 87% em 1990 (Carreira, 1996). A cobertura expandiu-se ao longo das últimas décadas. No entanto, esta evolução não impediu que largas franjas da população, e em particular aqueles que se encontravam nas margens do mercado de trabalho formal, se mantivessem relativamente excluídos da protecção social estatal. Como podemos verificar no Quadro 1, apesar de os gastos sociais terem crescido ao longo das últimas décadas, o padrão de distribuição continua desequilibrado a favor das pensões e deixa poucos recursos para políticas activas em termos de emprego, habitação e exclusão social (Andreotti *et al.*, 2001: 46).

**Quadro 1**  
**Estrutura das despesas sociais em 1997 (%)**

	EU (15)	IT	ES	PT	FR	D	UK	SW
Doença	26.8	23.2	28.8	33.3	28.8	29.2	26.1	22.5
Invalidez	8.5	6.3	7.7	12.7	5.2	8	12.2	11.7
Velhice	39.5	53.6	41.9	35.3	37.5	40.6	35.3	37.3
Sobrevivência	5.4	11.5	4.3	7.5	6.1	2.1	5.4	2.3
Família e menores	8.4	3.5	2	5.3	10	10.3	9.1	10.8
Desemprego	7.6	1.8	14.1	5	7.8	6.8	4	9.5
Habitação	2.3	0	0.3	0	3.3	0.6	7	2.7
Exclusão social	1.4	0	0.8	0.9	1.3	2.5	0.8	3.2
% do PIB	28.2	25.9	21.4	22.5	30.8	29.9	26.8	33.7

Fonte: Andreotti *et al.*, 2001: 45

Com base nestas e noutras características, diversos autores têm vindo a analisar o sistema português como fazendo parte de um quarto tipo de modelo de “welfare state”.<sup>2</sup> Maurizio Ferrera inclui Portugal (conjuntamente com a Itália, Espanha e Grécia) num “modelo social do sul”, que caracteriza por quatro traços fundamentais: 1) um sistema altamente fragmentado e corporativista, onde coexiste uma protecção generosa para alguns sectores da população com a ausência total para outros; 2) o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde fundado sobre princípios universalistas; 3) uma baixa penetração do Estado na protecção social com uma complexa articulação entre actores e instituições públicas e privadas; 4) a persistência do clientelismo no acesso à protecção social do Estado (Ferrera, 1996).

<sup>2</sup> Por referência ao já “clássico” modelo analítico de Esping-Andersen, que identifica três modelos de Estado-Providência: o social democrata/universalista (que corresponde aos países do Norte da Europa e à Suécia em particular), o conservador-católico/corporativista (que inclui a Alemanha e também a Áustria, a Bélgica, a Itália e a França) e o liberal/residual (que inclui os Estados Unidos, Canadá e Austrália, assim como o Reino Unido “depois de Thatcher”) (Esping-Andersen, 1990).

As divergências entre a realidade portuguesa e o modelo das sociedades capitalistas avançadas levam Boaventura de Sousa Santos a caracterizar o Estado português como um *semi-Estado-Providência* (Santos, 1993: 46), cujo défice providencial é parcialmente compensado pela actuação de uma sociedade rica em relações de comunidade, interconhecimento e entreaajuda. Afirma o autor que “em Portugal um Estado-Providência fraco coexiste com uma Sociedade-Providência forte” (Santos, 1993: 46). A sociedade-providência pode ser definida como uma configuração de “redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreaajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade” (Santos, 1993: 46).

O debate levantado pela crise do Estado-Providência nas sociedades ocidentais levou à (re)descoberta desta Sociedade-Providência, ou seja, à ideia de que as redes informais de solidariedade e, sobretudo a família, são um elemento importante no apoio social e, portanto, a ter em conta quando se trata de discutir a produção total de bem-estar numa sociedade. A questão fundamental é perceber não apenas a contribuição da família para o bem-estar social dos indivíduos, mas também as relações que existem entre Sociedade-Providência e Estado-Providência, bem como as relações entre Estado-Providência e mercado.

O trabalho que tenho desenvolvido corrobora estas teses acerca da especificidade do modelo português de produção de bem-estar. O que identifiquei através da minha investigação é um modelo com uma complexa articulação entre as diferentes esferas de protecção social, mas onde o informal, as redes sociais têm um papel fundamental na provisão de recursos.

A pesquisa que estou a desenvolver de momento tem um âmbito mais vasto do que aquele que vos trago hoje aqui. O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde não é o objecto central da minha pesquisa, mas enquadra-se num questionamento mais vasto acerca do papel das redes no acesso a diferentes recursos, incluindo também o emprego, a habitação, os bens materiais, a prestação de serviços e cuidados.

O trabalho empírico assenta em 60 entrevistas em profundidade realizadas a homens e mulheres com idades entre os 25 e os 34 anos (intervalo que corresponde às idades da formação da família e do primeiro filho em Portugal), que viviam em conjugalidade, com ou sem filhos e inseridos no mercado de trabalho.

A pesquisa pretende conhecer o papel das redes, a sua morfologia e a sua articulação com as outras esferas de produção de bem-estar. Procede-se a um desenho da configuração das redes, na sua totalidade, e para cada recurso específico. Na descrição das redes são consideradas variáveis como a dimensão, a densidade, a lateralização, a polarização. Dá-se, ainda, especial atenção ao tipo de laços activados, sobretudo à distinção entre laços fortes ou fracos, com base na definição de Granovetter (1973, 1982) e de outros autores (Degenne e Forsé, 1994): segundo Granovetter a força dos laços é proporcional à duração da relação (antiguidade da relação; tempo dispendido junto), à intensidade emocional, à intimidade e aos serviços recíprocos. Degenne e Forsé acrescentam-lhe um outro critério, que eu também utilizei: a multiplexidade, ou seja, a pluralidade dos conteúdos de troca.

Apresento-vos, sinteticamente, duas das conclusões:

- 1) *A morfologia das redes, o tipo de laços activados, depende do recurso em jogo.*  
Para uns domínios a família é essencial e recorre-se apenas aos laços fortes, para outros domínios é necessário que a rede extravase as relações familiares, e os laços fracos revelam-se fulcrais. Por exemplo: no acesso à habitação são accionados apenas laços fortes, a rede é centrada no parentesco restrito e tem uma orientação claramente intergeracional no sentido ascendente; o mesmo acontece nos cuidados aos dependentes (crianças e idosos), em que a rede é fundamentalmente feminina; no acesso ao emprego, a família (não só a restrita mas também a alargada) tem um papel importante no primeiro emprego, mas ao longo da trajectória profissional os laços fracos são preponderantes; nos cuidados de saúde, como irei mostrar, os laços fracos são também importantes. Ou seja, as redes configuram-se e reconfiguram-se consoante o problema em jogo e o tipo de resposta que necessita.

- 2) *A centralidade das redes no acesso aos recursos.* Esta centralidade é clara nalguns casos (por exemplo, no emprego, em que a via informal supera qualquer outra forma de acesso quer no primeiro emprego, quer ao longo da trajetória), mas revela-se também em domínios em que outras esferas de produção de bem-estar parecem dominar (caso do mercado na habitação<sup>3</sup> e do Estado na saúde).

O que a pesquisa mostra é o modo como as interações entre as diferentes esferas de acção social – “família”, “Estado”, “mercado”, “instituições” – são contactos realizados no interior de redes pessoais de relações sociais. Esta conclusão tem dois corolários: por um lado, mostra a importância que a configuração das redes dos indivíduos tem na satisfação das suas necessidades sociais; por outro lado, revela a persistente fragilidade do vínculo de cidadania em Portugal, a precaridade da relação entre os cidadãos e o Estado. O caso dos cuidados de saúde é um bom exemplo para ilustrar estas questões.

## **2. Cuidados de saúde e redes sociais**

A saúde destaca-se das outras necessidades analisadas pelo peso que a provisão estatal ocupa na satisfação das necessidades das famílias.<sup>4</sup> Depois da revolução de 1974, Portugal implantou um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de carácter universal e gratuito, que, apesar dos cortes que tem sofrido desde a década de 80, continua a fornecer serviços à maioria da população. Este sistema oferece cuidados primários, através de uma rede de Centros de Saúde, mais próximos das populações, e cuidados diferenciados, através dos hospitais implantados em alguns centros urbanos.

As entrevistas mostram que, no acesso à saúde, a escolha entre os serviços oferecidos pelo Estado e pelo mercado é a clivagem fundamental. Basicamente, a selecção em torno das duas alternativas faz-se em função de três variáveis: a proximidade

---

<sup>3</sup> Portugal tem a terceira taxa mais alta da Europa de proprietários de alojamento.

<sup>4</sup> A saúde não é uma preocupação fulcral para os entrevistados; o acesso aos cuidados de saúde está longe de apresentar a centralidade que a habitação e o emprego ocupam em termos de recursos familiares. Sem dúvida devido à idade e a condições socio-económicas favoráveis (Blaxter, 1990), a população entrevistada é, de um modo geral, uma população saudável.

geográfica dos serviços, nomeadamente a disponibilidade da oferta pública, os níveis de rendimento familiar e as características da rede relacional da família.

Relativamente à proximidade dos serviços e à disponibilidade da oferta pública, a principal clivagem coloca-se entre as zonas urbanas e as zonas rurais desfavorecidas. Os entrevistados que habitam em áreas do interior rural queixam-se muito da deficiente cobertura do sistema público, nomeadamente da disponibilidade de médicos com um carácter permanente. As pessoas são muito vezes obrigadas a recorrer aos serviços privados devido à ausência de uma oferta estatal com um mínimo de qualidade.

A opção pelo sector privado está, no entanto, condicionada pelos níveis de rendimento familiar. Para as famílias de mais fracos recursos económicos os serviços oferecidos no mercado não se constituem como alternativa ao sector estatal devido ao seu elevado custo. A maioria dos consumidores exclusivos dos serviços públicos são pessoas de rendimentos mais baixos que não têm capacidade económica para entrar na esfera do mercado.

Por último, as características da rede relacional são também um dos factores importantes para perceber as escolhas em termos de cuidados de saúde. A opção por um sistema de cuidados de saúde público ou privado é fortemente influenciada pelos laços que compõem a rede de relações sociais da família. Como se verá de seguida, a natureza dos laços tem impactos diferenciados nos dois sectores. Os laços fracos são mais eficazes no sistema público do que no sistema privado, onde os laços fortes têm uma maior eficácia.

## **2.1. Os serviços públicos**

Apesar da saúde ser o recurso em que é possível detectar uma presença mais forte do Estado, apenas 11 das 60 famílias inquiridas usam o sistema público como forma exclusiva de aceder a serviços de saúde. Na opção pela exclusividade do Estado na prestação de cuidados de saúde é possível identificar dois modelos distintos: por um lado, aqueles que utilizam o sistema público porque não têm capacidade económica para entrar no mercado e, por outro lado, aqueles que têm acesso aos serviços do Estado através da sua

rede social, o que lhes permite aceder a serviços de qualidade sem custos económicos, que eventualmente até poderiam suportar.

Quando existe uma utilização dos dois sistemas, público e privado, em simultâneo, o padrão é o recurso ao sistema público para resolver questões de rotina (constipações, viroses das crianças, prescrição de medicamentos que se tomam regularmente, etc.) e ao sistema privado nas especialidades médicas, cuja imagem, nos serviços públicos, é bastante negativa, quer pelos longos tempos de espera, quer pelas práticas profissionais dos médicos.

A falta de confiança nos serviços públicos é praticamente generalizada a todos os entrevistados, utentes e não utentes. Sendo, como já se afirmou, uma população que tem um contacto reduzido com o sistema, esta avaliação prende-se bastante com “as histórias que se ouvem”, expressão recorrente no discurso dos entrevistados. Uma das suas fontes fundamentais de referência são os pais e sogros. Dado que a geração anterior utiliza com mais frequência os serviços de saúde, as entrevistas revelam que a sua avaliação é determinante nos juízos que os mais jovens fazem dos serviços.

Outro elemento importante na avaliação negativa dos serviços públicos é a comparação estabelecida entre as práticas profissionais dos médicos no sistema público e no sistema privado. As histórias de comportamentos diferenciados do mesmo médico nos dois sistemas abundam, sublinhando-se sempre a prestação negativa nos serviços públicos. A pequena história de Rui Brito ilustra esta posição:

[É] assim, eu não recorro muito porque às vezes estou doente e vou lá para baixo... uma pessoa está uma hora, duas horas à espera, ele chega lá e tome lá um comprimido para a gripe, e pronto. E fica um ou dois dias em casa e já lhe passou. E acabo por não ir. Quando estou com um problema, com uma dúvida no corpo que me preocupe mais um bocadinho, prefiro perder... pronto... se quer que lhe diga, dez contos, e ir a um médico particular. Porque também os da caixa, podem até ter... eu tenho o caso que o meu médico de família... que já fui... há cinco, seis anos fiz um problema... e estava lá dentro do consultório um ou dois minutos se tanto, “qual é o problema?”, “ai não...”, pronto, “podes-te ir embora”. E fui ao mesmo médico a nível particular, e foi uma diferença total, estive quase uma hora dentro do consultório, quis saber a minha vida de trás para a frente, de frente para trás, foi impressionante.



Tal como foi enunciado por Boaventura Sousa Santos (Santos, 1993), e demonstrado por pesquisas empíricas noutras áreas (Hespanha *et al.*, 2000), a relação dos entrevistados com os serviços públicos de saúde revela uma fraca interiorização dos direitos. O acesso ao sistema público não é visto como uma forma de acesso a direitos de cidadania garantidos pelo Estado, mas sim como uma espécie de favor que é prestado a quem não quer ou não pode aceder aos serviços do mercado. As expectativas de obter uma boa assistência no sistema público são extremamente reduzidas, sendo sustentadas pela ideia de que “não se paga, é-se mal servido”. Não se exigem serviços de qualidade porque eles estão excluídos da relação mercantil que a garante à partida. Existe, por parte dos entrevistados, uma “naturalização” da má prestação dos serviços públicos, explicada, por um lado, pela gratuidade ou pelo baixo preço dos serviços, e, por outro lado, pela ausência de uma relação de cidadania. É “natural” não se ser bem atendido porque a representação que os entrevistados têm de si próprios face aos serviços não é a de um cidadão a aceder aos seus direitos mas a de um cliente a quem está a ser feito um favor.

Esta atitude explicará também, parcialmente, o modo como as pessoas activam os seus laços sociais para poderem obter um serviço de maior qualidade. Embora, para quem os possui, os laços fortes, nomeadamente os laços familiares fortes, sejam fundamentais no acesso aos cuidados de saúde, estes funcionam à margem do sistema. No interior dos serviços públicos, os laços fracos são essenciais para conseguir afastar as deficiências do sistema e garantir um acesso facilitado.

As entrevistas realizadas com profissionais que trabalham no Serviço Nacional de Saúde permitem verificar “o outro lado” deste processo de activação de laços fracos. Os entrevistados queixam-se do “assédio” de que são frequentemente alvo por parte de “desconhecidos”, o que revela como neste domínio a fraqueza dos laços é facilitadora da sua activação. A entrevista com Afonso Salgueiro, médico pediatra a trabalhar em exclusividade no sistema público de saúde, é exemplar para analisar o modo como laços fortes e fracos são activados no acesso aos cuidados de saúde:

*E relativamente à saúde... sendo médico deve ter um panorama um pouco diferente das pessoas que eu tenho entrevistado?*

Sim, é capaz de ser um bocado diferente...

*Como é que costuma fazer?*

É, é um bocado diferente. Portanto, é assim, por sorte nós não temos tido realmente necessidade de grandes custos com a saúde. Quando eu por alguma razão... o que também não tem sido nada frequente, eu, ou a minha mulher, precisamos de uma observação médica, é sempre alguém que eu conheço a quem telefono, olha estás de serviço, não te importas. O meu filho o ano passado teve uma bronco-pneumonia, tinha um anito na altura. Ou parecia-me a mim que ele devia estar com uma broncopneumonia, e eu não gosto de ser juiz em causa própria, a menos que seja uma situação muito linear, nesse caso não vou pedir opiniões a ninguém. Mas ele tinha febre alta prolongada, e eu não notava nada de anormal, isto vai acabar por precisar de fazer uma radiografia, porque eu não consigo e podia ter chegado ao hospital e dizer assim, ó pessoal, olha o meu filho, e não sei quê, precisa de uma radiografia, e eles pediam, mas eu cheguei aqui e disse à colega que eu conheço, olha, o meu filho tem febre há cinco dias, eu não sei o que é que ele tem, vê, e dá-me... tentamos não influenciar, não é... e portanto, em termos de saúde não tenho tido... também nunca precisei, tirando os partos, as coisas do nascimento dos miúdos nunca nenhum de nós teve que ser internado em nenhum sítio, mentira, a minha filha quando tinha nove meses teve uma infecção urinária, esteve internada cinco dias, mas esteve internada no meio dos outros miúdos no hospital, na enfermaria de pediatria, com a mãe ao pé, portanto, não houve nenhuma... nenhum privilégio particular, tirando isso há coisas que nos facilitam a vida, não é, o meu cunhado há uns dois ou três anos atrás estava com umas dores de cabeça medonhas, vomitava, tinha sinais preocupantes e o médico de família lá estava um bocado atarantado com aquilo, o que é que faz, o que é que não faz, em Trás-os-Montes têm poucos recursos em termos de neurologias para... disse, Rodrigo, vens até cá, chega cá, vou só com ele ao hospital, peço à colega de neurologia, ela vê-o acha que é mais prudente fazer uma TAC, eu conheço as pessoas na Imacentro, chego, dou uma telefonadela em dois dias ele fez... três dias, ele fez o percurso todo que de outra maneira demorava para aí duas ou três semanas na melhor das hipóteses, pronto, o meu sogro quando adoeceu lá com o cancro de estômago, também foi um bocado... nós não sabíamos o que era, mas ele não andava bem, olhe, pegue venha cá passar um fim de semana que falo aqui com os colegas da gastroenterologia, faz a endoscopia diagnosticam e vêem o que é que se passa, no caso dele coitado não serviu de nada, em todo o caso, mas, enfim, não sei se não serviu, porque se doutra maneira ele se calhar andava a passear por salas de espera, como acontece à população em geral e, pronto, em muitas circunstâncias e

nesse aspecto realmente não tenho grandes problemas, em casa temos tido muitos poucos problemas de saúde. Já na família não tem sido muito bem assim, não é, na questão de família, não é. O meu sogro aconteceu-lhe isso, isto foi em 94, que ele morreu, e depois foi a minha irmã, a minha irmã mais nova, ia agora fazer trinta e quatro anos, que morreu há um ano e meio atrás com um tumor, um tumor da pele, um melanoma, que ela já tinha tirado há dez anos atrás aquilo, e ela tinha... e era um sinalito, não ligou nenhuma, e que dez anos depois aparece cheia de metastases no fígado, nos pulmões, por aí fora, no cérebro, e em seis meses morreu. Apesar de não se ter podido fazer mais nada por ela, houve muitas coisas em que foi importantíssimo, quer dizer, primeira fase como é que se faz chegar esta pessoa à dermatologia, saber se ela está... eu pego no telefone, ligo à Mariana, que é a Mariana Figueiredo, olha, o que é que vocês dizem, a probabilidade de sobreviver é quase nula, mas a gente vai fazer o que puder, vem cá, falas com o nosso director de serviço, dois dias depois já ela estava a fazer o início da quimioterapia. Em casa, na fase terminal, foi complicado, houve coisas que eu consegui, que não teria conseguido de outra maneira, por exemplo, consegui ter os analgésicos para a parte terminal, para lhe dar no fim, e coisas do género. E morreu lá em casa, com o marido ao pé, e com a família toda ao pé, a dar-lhe apoio. De outra maneira isto não teria sido possível. Se não aguenta estar em casa vai a um hospital, pronto, e em tudo isto eu acho que como é óbvio o facto de ser médico, eu às vezes até acho que é quase injusto para o resto das pessoas. Mas é importante, não tenho problemas, porque se digo assim, passo ali na sala de espera de urgências estão ali pessoas quatro horas sentadas, e às vezes até são coisas que podiam esperar quinze dias, pronto, podiam esperar, mas é desagradável uma criança estar ali quatro horas, e eu penso assim, se chegar ali um colega meu com o filho eu faço-o estar quatro horas sentado à espera, não faço, a verdade é esta. Eu acho que nesse aspecto... não sei se nas outras coisas também acontece assim, se calhar se eu chegar a um banco que tenha lá cinquenta pessoas para ser atendidas, e se aparecer lá o cunhado de um tipo que trabalha no banco, ele se calhar não vai pô-lo à espera, não, mas isso, mas é um bocado diferente na saúde...

*É, é de facto, sabe, é das áreas em que as pessoas se queixam mais.*

Imagino que sim, não é. Mas eu vejo até... pois, exactamente, porque para pessoas amigas, não é, uns amigos meus têm três filhas pequenitas e a irmã da mãe, portanto, uma tia dos miúdos é pediatra, é minha colega, também, e ela diz é o que me safa, porque as miúdas estão sempre adoentadas com gripes e porcarias, quando não está uma, está outra, está sempre alguém adoentado lá em casa, ela diz se eu não tiver alguém do género a quem recorrer que me desenrasque as coisas assim na hora, não fazia mais nada senão consultas marcações, horários, exames, e isto e aquilo, e é muito complicado.

*Mas sem ser a família costumam recorrer muito a si, os seus amigos e conhecidos, para poder ter vias facilitadas?*

Sim. Algumas vezes. Não é muito frequente, não é, mas já aconteceu com alguma frequência. Sei lá, há um ano e meio atrás um amigo meu que faz parte lá do clube onde eu também estou, que ele tinha estado há pouco tempo, e conhecia-o muito pouco, tinha conversado com ele duas ou três vezes na vida se tanto, um tipo para aí da minha idade, tinha um bebé há pouco tempo e telefonou-me para casa. Eu nem sabia que ele que tinha o meu telefone, para pedir se eu arranjava maneira de o filho dele ser visto por um cardiologista pediátrico com alguma rapidez porque tinha um sopro, e não sei quê, quer dizer, e eu, tudo bem, pá, não há problema nenhum, eu falo lá com o tipo, amanhã telefono-te e resolveu-se aquilo tudo em três tempos. Mas de vez em quando... assim até um bocado frequente, com pessoas que eu quase não conheço, não é. E, pronto, e às vezes é... eu pelo menos tenho gosto em procurar fazer alguma coisa para ajudar as pessoas, mas há pessoas que depois acho que perdem um bocado a noção do limite e há algumas pessoas que são perfeitamente... que a partir de certa altura acham que nós conseguimos fazer qualquer coisa, qualquer coisa, tipo então mas tu não conheces ninguém, sei lá, de otorrino, ou que me opere o miúdo às amígdalas mais depressa, e eu digo, conheço pessoas de otorrino mas eles têm listas de espera de dois anos, não têm onde operar, estão carregadíssimos de trabalho não posso lá chegar e operem-me este. “Ai não... ó pá”, mas, sei lá, às vezes fico com a sensação que acham que é má vontade. Mas aparecem frequentemente pessoas assim, que não são da família, a precisar de uma ajuda em coisas desse género, não é todos os dias, nem nada que se pareça, mas aparece.

### ***Os cuidados primários***

As entrevistas revelam claramente as insuficiências da rede nacional de cuidados primários do Sistema Nacional de Saúde. As infra-estruturas existem mas, em determinadas zonas, faltam os profissionais de saúde para assegurar o funcionamento dos serviços. Nas áreas onde isto acontece as pessoas com recursos económicos recorrem ao sistema privado, enquanto para aqueles que não têm possibilidades de aceder à esfera do mercado lhes resta suportar as insuficiências da provisão estatal.

Mas as queixas relativamente ao funcionamento dos centros de saúde não se limitam às zonas com insuficiência de recursos humanos. O longo tempo de espera para aceder a uma consulta é uma acusação generalizada a todos os contextos de entrevista.

Aliás, este é um problema apontado quer pelos utentes quer por aqueles que não utilizam o sistema público. A demora no acesso às consultas é uma das justificações apresentadas com mais frequência por aqueles que não são utentes do sistema para recorrer ao sistema privado em detrimento do público.

Apesar de todos os problemas, a penetração do sistema público nesta área da vida das famílias é notória. Apenas 2 dos 60 entrevistados não têm médico de família atribuído nos serviços públicos. Ambos possuem laços fortes com médicos (familiares, num caso, e amigos próximos, no outro) que lhes resolvem sempre os problemas sem nunca precisarem de recorrer a outras formas de acesso aos serviços de saúde. De sublinhar, no entanto, que em ambos os casos os médicos prestam serviço no sistema público e é através dele que os entrevistados são atendidos, embora por via informal.

No entanto, o facto de as famílias terem um médico de família atribuído não quer dizer que usufruam dos seus serviços. É possível identificar quatro modelos de relação com o médico de família, sendo que o primeiro corresponde a uma ausência de relação, ou seja, o entrevistado tem médico de família, mas apenas para preencher uma espécie de “requisito legal” para “um dia se precisar” e não tem qualquer contacto regular, ou mesmo esporádico, com o centro de saúde. O segundo modelo corresponde a uma relação do tipo administrativo: o médico de família é alguém a quem a pessoa se dirige para prescrição de medicamentos (que, por vezes, outro médico já aconselhou no sistema privado), ou para “passar uma baixa”. A representação do clínico que predomina neste modelo é a de um burocrata que cumpre funções administrativas. Um terceiro modelo, o mais comum junto de quem usa em simultâneo os sistemas público e privado, estabelece uma relação do tipo profissional, médico-paciente, selectiva, em função do motivo pelo qual a pessoa procura cuidados de saúde. O médico de família é visto como alguém que pode resolver apenas problemas triviais como uma gripe ou uma dor ocasional. Como diz uma entrevistada, “só vamos ao médico de família quando já sabemos o que temos”. Finalmente, num quarto modelo, que se encontra sobretudo junto dos utentes exclusivos do sistema público, o médico de família é alguém que acompanha de um modo sistemático a saúde dos

diferentes membros da família, que muitas vezes acompanha o utente desde criança, e conhece bem a história familiar. Neste modelo, o clínico é, muitas vezes, considerado “um amigo”, alguém a quem se pode recorrer sempre que é preciso e em qualquer circunstância. Esta relação permite, por vezes, estabelecer um laço facilitado do acesso a outros domínios dos serviços públicos de saúde.

Em qualquer dos modelos estamos longe de uma representação tradicional do médico em que predominam a submissão, a deferência e a empatia com os procedimentos do profissional (Hespanha, 1987). Pelo contrário, na população entrevistada prevalece uma imagem crítica do médico de família. Para tal parece contribuir, mais do que as práticas individualizadas dos profissionais, a sua inserção num sistema bastante desvalorizado. A relação desenvolvida com os médicos de família é, em geral, do tipo horizontal e profissional, como Maria José Hespanha já detectava no seu estudo, junto das camadas mais jovens e urbanizadas (1987).

### ***Os cuidados diferenciados***

É no domínio dos cuidados diferenciados que as variáveis que influenciam a opção entre público e privado têm maior peso. Disponibilidade da oferta pública, níveis de rendimento familiar, e características da rede relacional da família operam aqui em sentidos diversos.

Por um lado, em certas zonas do país os serviços públicos, nesta área, são ainda mais deficitários do que nos cuidados primários. Nesses locais, a escassez da provisão estatal obriga os utentes, quer a longas deslocações, quer a longos tempos de espera que os remete para a esfera privada. Por outro lado, mesmo onde a disponibilidade desses serviços é maior, as queixas sobre a demora das consultas e a fraca qualidade dos serviços prevalecem. As acusações ao sistema público relativamente aos cuidados diferenciados são ainda mais generalizadas do que relativamente aos cuidados primários. Apenas os baixos rendimentos familiares ou a existência de laços que permitam um acesso facilitado ao

sistema mantêm os indivíduos exclusivamente no sistema público. Desde que tenham rendimentos suficientes, a tendência geral é para procurar o sistema público para questões de rotina e o sistema privado para as diversas especialidades clínicas. No entanto, esta procura de serviços de saúde com melhores garantias de qualidade obriga muitas famílias a fazer sacrifícios financeiros. Como afirma uma entrevistada “vão-se os anéis, ficam os dedos”.

Como já foi referido, as características da rede relacional da família são determinantes para usar o sistema público no domínio dos cuidados diferenciados. Se existirem laços fortes que liguem a pessoa ao sistema, ela e a família podem usufruir de serviços de qualidade sem quaisquer custos. No entanto, embora a força dos laços seja sempre importante para aceder aos recursos de uma forma mais facilitada, a importância dos laços fracos no acesso aos cuidados diferenciados é de sublinhar. Basta ter um conhecimento superficial de alguém que trabalhe no interior do sistema para se ter o acesso franqueado e rodear os obstáculos que em geral afastam as pessoas dos serviços públicos. Quando há uma ligação informal com o sistema as queixas desaparecem e são abundantemente referidas as qualidades dos profissionais e dos serviços prestados.

Outro tipo de laço que permite penetrar no sistema público com garantias de um atendimento de qualidade é uma relação entre paciente e médico estabelecida no mercado dos serviços de saúde. Conhecer um médico no sistema privado que trabalha também no público permite usufruir das vantagens dos serviços fornecidos pelo Estado sem ter que suportar as suas deficiências. Neste aspecto, é relevante observar como César Almeida justifica a opção pelo sistema privado como uma forma de aceder ao sistema público:

Isto é assim, a gente se tiver um médico particular cá por fora, e ele esteja no hospital, é tudo extremamente fácil depois no hospital, não é? A dificuldade é se a gente vai ao médico directamente ao hospital e não tinha médico cá fora, não é? Eu vi, por exemplo, lá, uma ou duas situações, quer dizer, que a mim me revoltava e não era nada comigo, não é, mas, pronto... quer dizer... pronto... é aquela agressividade com as pessoas, o alheamento completo, quer dizer, o tratamento não tem nada a ver, não é, o tratamento não tem nada a ver, é quase uma obrigação ter-se médico particular, não é? Penso eu.

É possível concluir que a opção pelo Estado ou pelo mercado na área dos cuidados diferenciados é grandemente devedora da configuração da rede relacional da família, da sua capacidade de activar laços, fortes ou fracos, de carácter social ou profissional, com elementos que integram o sistema público de saúde. Os laços informais iludem as formalidades burocráticas, modificam a forma de prestação dos cuidados e quebram barreiras entre sistema público e privado. Sendo a rede de relações sociais fundamental no acesso aos cuidados de saúde, o sistema “não é público nem privado”, como revela a entrevista de André Pais:

*Na área da saúde vocês costumam recorrer aos serviços públicos ou como tem...*

Sempre, aliás os meus filhos todos nasceram sempre nas maternidades públicas, nunca privadas. Apesar de o meu sogro ser uma pessoa ligada até... na ginecologia e tudo, mas não.

*Mesmo na gravidez?*

Na gravidez não, na gravidez não, porque não precisávamos, na gravidez portanto, o meu sogro como é ginecologista, os primeiros tempos acompanha ele e depois foi... A minha mulher foi para obstetras associadas ao meu sogro, portanto, amigas, pessoas amigas, portanto, não nos cobravam, portanto, não é, só para dizer, nem era privado nem era público...

*E hoje em dia com a pediatria como é que fazem, também têm amigos ou...*

Temos, temos um privilégio também aí, nós temos tido muitos privilégios, não é, como pode ver. É assim quando a minha filha mais velha, a médica que por acaso estava ao serviço à maternidade que era a pediatra de serviço foi lá ver, não é, o bebé, ver aquelas coisas e criou-se uma grande empatia entre ela e a minha mulher, e a partir daí ficaram... sempre falaram, quando saímos da maternidade fomos ter com ela e fomos lhe pedir qual era a morada dela, se ela tinha consultório que gostávamos de continuar a contar com o serviço dela e ela disse que consultório, mas que também dava na maternidade, não é, que trabalha lá. E portanto, nesta primeira fase vocês venham aqui que eu atendo-vos, e tal, numa de simpatia.

De sublinhar, ainda, que a activação dos laços da rede familiar com pessoas que integram o sistema público de saúde é fundamental não só na definição das preferências dos utentes, mas também, e essencialmente, na avaliação que fazem dos serviços públicos.



Os entrevistados que têm acesso ao sistema estatal por via informal são, em geral, tão efusivos nos seus elogios aos cuidados que lhes são prestados como o são os restantes nas suas acusações.

## **2.2. Os serviços privados**

Os serviços privados são essencialmente procurados nas especialidades médicas. Algumas delas são quase na totalidade asseguradas pelo sistema privado, mesmo para aqueles que são utentes mais frequentes do sistema público, como é o caso da medicina dentária, a oftalmologia ou a pediatria. As longas esperas, no caso das duas primeiras, são o grande motivo para o recurso ao sector privado.

No caso da pediatria, os argumentos são diferentes. Se os adultos usam os serviços públicos para a rotina e os privados para os casos excepcionais, no caso das crianças o recurso ao sistema privado faz-se de uma forma sistemática e para procedimentos de rotina. Dos 49 entrevistados com filhos, 29 usavam serviços privados de pediatria para seguir o desenvolvimento dos filhos. Mesmo quando utilizam maioritariamente o sistema público, as famílias optam pelo sistema privado na saúde infantil. O forte investimento emocional e material que estes casais fazem nos filhos tem nesta opção um dos seus indicadores. O argumento “com as crianças é diferente” é o mais ouvido para justificar que se procurem os cuidados pediátricos privados em detrimento dos públicos. Mesmo quando os recursos económicos são escassos, os pais não se importam de fazer sacrifícios para que as suas crianças possam usufruir daqueles que pensam ser os melhores cuidados de saúde.

A avaliação dos cuidados prestados pelos serviços privados é, em geral, bastante mais favorável do que a relativa aos serviços públicos. A rapidez no atendimento é, sem dúvida, o aspecto mais valorizado nos serviços privados, enquanto as principais queixas se prendem com os preços dos serviços. As pessoas dirigem-se aos serviços privados de saúde com uma atitude muito diferente da que assumem perante os serviços públicos. A aceitação passiva da má qualidade no sector público, sustentada pela quase gratuidade dos serviços, é substituída, no sector privado, por uma atitude mais crítica e reivindicativa, sustentada

pela relação mercantil. Apesar da avaliação das prestações dos serviços privados ser essencialmente positiva, como já se referiu, os profissionais deste sector também não estão isentos de críticas. Alguns entrevistados relatam histórias de diagnósticos errados e exemplos de más práticas clínicas. Acontecimentos tanto mais valorizados quanto as expectativas face ao desempenho dos profissionais de saúde na esfera privada é mais elevada.

Apesar do acesso aos serviços privados de saúde se fazer, sobretudo, com base numa relação mercantil, as opções não se situam à margem das redes sociais. A intervenção das redes de relações sociais opera a dois níveis: no tipo de acesso ao sistema e nas escolhas realizadas no interior do sistema.

Relativamente ao acesso ao sistema, os tipos de laços, fortes ou fracos, agem aqui de uma forma distinta do acesso ao sector público. Um acesso privilegiado aos serviços privados só se consegue através de laços fortes. Apenas relações próximas de parentesco ou amizade conseguem, no sistema privado, aquilo que os laços fracos conseguem no sistema público. A relação mercantil prevalece no sistema privado sobre qualquer laço que não seja de grande proximidade, pelo que apenas os laços fortes de parentesco ou amizade conseguem quebrar a força do lucro. Os únicos a obter privilégios no sector privado, como seja a gratuidade dos serviços (consultas, prescrições, atendimento telefónico ou no domicílio), são os entrevistados que têm familiares ou amigos próximos profissionais de saúde.

No acesso ao sistema privado, os laços fracos são importantes sobretudo no aconselhamento das vias a seguir e dos profissionais a contratar. As relações familiares, de amizade, de trabalho, de vizinhança e de conhecimento são fundamentais nas escolhas realizadas no sector privado. Se, no sector público, a selecção do profissional de saúde é feita pelo próprio sistema, no sector privado a liberdade de escolha é muito ampla e é, em geral, condicionada pela rede social da família. A escolha de um médico no sector privado é fortemente influenciada por conselhos e informações de familiares, amigos, colegas, vizinhos ou conhecidos, podendo muitas vezes assumir mesmo a forma de pressão no sentido da procura do sector privado ou de um determinado profissional.

### **3. Considerações finais**

A análise da morfologia da rede activada no acesso à saúde não revela uma orientação preferencial clara, como se pode verificar para outros recursos. Tirando os cuidados informais (de que não falei aqui), cuja satisfação é nitidamente orientada para a rede de parentesco, no acesso aos cuidados de saúde, prestados pelo Estado ou pelo mercado, os indivíduos e a suas famílias accionam indiferentemente relações familiares, de amizade ou conhecimento. O que determina a activação do laço é a posição do elemento da rede no interior do sistema de saúde. A importância do estatuto dos intermediários, sublinhada nos estudos de Granovetter para o acesso ao emprego (Granovetter, 1973 e 1982; Degenne e Forsé, 1994), revela-se também no acesso aos cuidados de saúde.

Os elementos polarizadores das redes informais de acesso aos cuidados de saúde são os actores que fazem parte do sistema de saúde, público ou privado. Numa família em que exista alguém com uma profissão relacionada com o sector, essa pessoa passa a ser o elemento por quem passam todos os assuntos nesta área: opiniões, escolhas, caminhos a seguir, consultas e terapêuticas no caso de ser um médico. Quanto mais forte for a posição do elemento no interior do sistema, maior a sua capacidade de obter privilégios para quem com ele se relaciona, por um lado, e, por outro, de influenciar e orientar essa pessoa relativamente aos seus cuidados de saúde.

Laços fortes e fracos têm um papel estruturante no acesso ao sistema de saúde, mas a sua eficácia é distinta no sistema público e privado. Os laços fortes são igualmente eficazes nos dois sistemas; os laços fracos apenas o são no sistema público. No sistema privado, os laços fracos são usados essencialmente no aconselhamento.

Os laços fortes, familiares ou de amizade, permitem sempre um acesso mais facilitado e de qualidade do que os laços fracos, no sistema público ou privado. Ter um familiar ou amigo próximo que seja, por exemplo, médico, gera nos entrevistados uma sensação de despreocupação com os assuntos relativos à saúde, ao mesmo tempo que lhes inspira uma sensação de confiança em caso de problema. Os laços fortes garantem que o

indivíduo poderá sempre aspirar a um nível de cuidados superiores ao padrão médio do sistema.

No sistema público, no entanto, os laços fracos conseguem muitas das facilidades obtidas pelos laços fortes. Uma acessibilidade mais fácil, menos tempo de espera, melhor atendimento são expectativas criadas e correspondidas quando se accionam laços fracos no interior do sector estatal. As entrevistas mostram como basta accionar um “conhecimento” dentro do sistema para que ele se agilize e melhore a qualidade. A importância dos laços fracos no acesso aos serviços públicos revela algumas especificidades face à sua utilização noutros domínios. Por um lado, embora predominem as cadeias curtas de relações, as cadeias longas são também utilizadas com igual eficácia. Por outro lado, a importância do estatuto do intermediário é aqui bastante relativizada. As entrevistas descrevem situações de acesso facilitado ao sistema hospitalar conseguidas através de pessoas sem grande poder na hierarquia funcional, como por exemplo os funcionários administrativos.

No sistema privado esta eficácia dos laços fracos perde-se. Aqui apenas os laços fortes conseguem obter privilégios. O sistema de lucro não se compadece com “conhecimentos”. Como já foi referido, o papel dos laços fracos relativamente ao sector privado prende-se sobretudo com o aconselhamento e encaminhamento. A experiência, o contacto, o conhecimento de alguém, próximo ou distante em termos relacionais, podem ser decisivos quer na simples opção pelo sistema privado, quer na escolha de um determinado profissional no interior do sector privado. O caso dos pediatras é talvez o mais expressivo no universo das entrevistas. A necessidade de uma referência informal parece sobrepor-se a qualquer outro argumento que sustente a opção seguida. A totalidade das escolhas de pediatras dos entrevistados foi realizada com base em conselhos de familiares, amigos, colegas, vizinhos ou conhecidos.

Relativamente à acção dos laços fracos há ainda um traço que vale a pena sublinhar. O estabelecimento de laços fracos no interior do sistema privado, nomeadamente a relação doente-médico, permite obter garantias no acesso ao sistema público quando o profissional de saúde trabalha nos dois sistemas. Esse é, aliás, um dos

motivos apontados para a opção pelo sistema privado na procura de cuidados de saúde – os contactos com a classe médica neste sistema permitem depois abrir as portas do sistema público com garantias de qualidade e sem os custos monetários do privado. A promiscuidade entre os dois sectores, apontada como uma das características do sistema de saúde português, tem, pois, no funcionamento das redes sociais um dos seus principais motores e, simultaneamente, pilar de sustentação.

A análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos. Os indivíduos conseguem através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade. As deficiências da provisão dos cuidados públicos são colmatadas pela das relações informais.

Esta conclusão permite-nos corroborar mais uma vez a tese de uma sociedade providência forte para um Estado-Providência fraco; no entanto, chama também a atenção, de novo, para a reprodução das desigualdades sociais que este modelo implica. A acção das redes sociais funda-se nas obrigações tecidas no interconhecimento. Deste modo, elas são simultaneamente inclusivas e excludentes: protectoras para quem faz parte, mas indiferentes para quem está fora. A provisão estatal de bem-estar, fundada sobre o princípio da universalidade e da igualdade, pretende reduzir estas desigualdades. Quando não cumpre o seu papel e abre o caminho à acção das redes sociais, o Estado está ele próprio a gerar desigualdades.

## Referências Bibliográficas

- Andreotti, Alberta *et al.* (2001), “Does a Southern European Model Exist?”, *Journal of European Area Studies*, 9(1), 43-62.
- Blaxter, Mildred (1990), *Health & Lifestyles*. Londres e Nova Iorque: Tavistock/Routledge.
- Carreira, Henrique Medina (1996), *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Degenne, Alain; Forsé, Michel (1994), *Les Réseaux Sociaux*. Paris: Armand Colin.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Ferrera, Maurizio (1996), “The ‘Southern Model’ of Welfare in Social Europe”, *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37.
- Granovetter, Mark S. (1973), “The Strength of Weak Ties”, *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380. (republicado em Samuel Leinhardt (org.) (1977), *Social Networks. A Developing Paradigm*. Nova Iorque: Academic Press, 347-367.
- Granovetter, Mark S. (1982), “The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited”, in Peter V. Marsden; Nan Lin (orgs.), *Social Structure and Network Analysis*, Beverly Hills, Sage, 105-130.
- Hespanha, Maria José Ferros (1987), “O corpo, a doença e o médico. Representações e práticas sociais numa aldeia”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 195-210.
- Hespanha, Pedro *et al.* (2000), *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Hespanha, Pedro; Ferreira, Claudino; Portugal, Sílvia (1997), “The Welfare Society and the Welfare State. The Portuguese Experience”, in Roche, Maurice; van Berkel, Rik (orgs.), *European Citizenship and Social Exclusion*. Aldershot: Ashgate, 169-183.
- Mozzicafreddo, Juan (1992), “O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias”, *Sociologia - Problemas e Práticas*, 12, 57-89.

Roche, Maurice; van Berkel, Rik (orgs.) (1997), *European Citizenship and Social Exclusion*. Aldershot: Ashgate.

Santos, Boaventura de Sousa (1993), “O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português”, in *Portugal: um Retrato Singular*. Porto: Afrontamento.