

Preferências de usuários pelos serviços públicos ou privados de saúde na capital de Roraima

Preferences of users for public or private health services in the capital of Roraima

Loeste de Arruda Barbosa¹, Safi Salhah², Nathacha Andreza Costa Leal³, Paulo Sérgio da Silva⁴

RESUMO

Objetivo: Identificar as preferências dos usuários pelos serviços de atenção à saúde pública ou privada. Metodologia: Estudo qualitativo, com 15 usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) em 5 Unidades Básicas de Saúde da cidade de Boa Vista-RR, Brasil, mediante entrevista semiestruturada e gravada. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. Resultados: Há um expressivo interesse de ter acesso à saúde complementar privada, sendo os fatores limitadores as condições socioeconômicas. O papel da APS foi compreendido pelos usuários. No entanto, à medida que a complexidade das demandas em saúde aumentava, muitos sinalizaram recorrer aos planos privados. Conclusão: A maioria dos entrevistados expôs preferência pela assistência privada em saúde, com um forte desejo em adquirir planos de saúde privados, porém o maior fator limitador é o aspecto socioeconômico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Planos de Pré-pagamento em Saúde. Saúde Suplementar. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify user preferences for public or private health care services. Methods: Qualitative study, with 15 users of Primary Health Care (PHC) in 5 Basic Health Units of the city of Boa Vista-RR, Brazil, through semi-structured and recorded interview. Thematic content analysis technique was used. Results: There is a significant interest in having access the private complementary health, with the limiting factors being insufficient financial resources. The role of PHC was understood by users, but as the complexity of health demands increased, many signaled to resort to private plans. Conclusion: Most interviewees expressed a preference for private health care with a strong desire to acquire private health plans, but the biggest limiting factor is the socioeconomic aspect.

KEYWORDS: Family Health. Prepaid Health Plans. Supplemental Health. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: janeiro de 2021 – Aceito: novembro de 2021

¹ Universidade Estadual de Roraima (UERR). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2679-5898>. E-mail: loeste.arruda@gmail.com

² Universidade Estadual de Roraima (UERR). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7969-3094>.

³ Universidade Federal de Roraima (UFRR). Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2746-2531>.

⁴

INTRODUÇÃO

Há que se considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de inclusão social integrada aos serviços de saúde e à História do Brasil. Além de ele romper com a divisão assistencial em saúde, fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado ao incorporar importantes conceitos discutidos e apresentados na Declaração de Alma-Ata e na Declaração de Ottawa¹⁻³.

À luz da História, convém ainda destacar que o SUS promoveu uma ruptura com o ineficiente modelo estatal-privatista vigente, principalmente nas décadas de 1960, 1970 e a primeira metade dos anos 1980, fundamentado no modelo assistencial biomédico-previdenciário de cunho privado. Com a promulgação da Carta Magna de 1988, foi estabelecida a primazia do SUS na prestação de serviços de saúde. À vista disso, as Leis Orgânicas da Saúde igualmente surgiram, configurando-se como um regulamento do SUS e da assistência complementar em saúde.

Nesse sentido, a assistência privada em saúde, mesmo após o surgimento do SUS, não desapareceu do Brasil, mas passou a coabitar em caráter suplementar junto aos serviços públicos de saúde⁴. Desde então, tem sido crescente a participação desse setor de saúde no Brasil. De fato, os dados do Cadastro de Beneficiários revelam que, no primeiro semestre de 2017, houve o registro de 47,6 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica e 22,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos⁵.

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, feita em uma perspectiva internacional, mostra que os setores privados são dominados pelos sistemas fragmentados, capitalizados e voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas¹.

Ademais, no que concerne ao modo como se dá a organização do setor privado atualmente, nota-se a existência de uma relação hierárquica. Com efeito, há a hegemonia financeira de corporações multissetoriais sobre hospitais e serviços relacionados, tais como o de terapia e de empresas de planos de saúde⁶.

Essas características dão forma à lógica assistencial privatista, que ainda apresenta uma tímida atuação na perspectiva de promoção da saúde e de prevenção de agravos direcionados a sua clientela. Ao focar nos desvios de saúde instalados, como os serviços ambulatoriais, de pronto atendimento e hospitalares com ênfase para alta complexidade, constata-se que são caracterizados pela atenção curativa e médico centrada.

Entende-se que um dos grandes desafios da atenção à saúde em tempos de crise econômica, de reformas previdenciárias e de sucessivos cortes de recursos, destinados a esse setor, consiste na valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) como pilar de consolidação de um SUS equitativo, o qual é caracterizado pela participação social, pela melhoria da

qualidade de vida dos grupos populacionais, pelo livre exercício da cidadania e pelo acesso às práticas de cuidar em todos os níveis de atenção.

Dessa forma, falar sobre as preferências dos usuários aos serviços públicos e privados no extremo Norte do Brasil abre passagem para a decodificação de fluxos assistenciais que colocam em relevo os princípios e diretrizes do SUS – um sistema universal que, ironicamente, possui como maior impasse o desafio de se tornar, de fato, um “Sistema Único”, sem haver uma concorrência com os serviços privados. As evidências mostram que o maior risco na assistência em saúde no Brasil é a consolidação de dois subsistemas, com lógicas e referências contraditórias, o público – SUS – para a maioria menos favorecida e o privado, para as classes sociais mais abastadas⁷.

Sendo assim, a busca por respostas capazes de retratar a relação de causalidade estabelecida entre as dificuldades de acesso ao sistema público de saúde e o crescimento da adesão ao sistema de saúde suplementar é impulsionada pelo seguinte objetivo: identificar as preferências dos usuários pelos serviços de atenção à saúde públicos ou privados. Ressalta-se que estudos que envolvam essa vertente ainda não foram explorados no Estado de Roraima, o que torna o presente estudo pioneiro nesse cenário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo. Esse tipo de estudo é caracterizado por se concentrar nas experiências humanas, o que permite conhecer a subjetividade nos multivariados atores sociais⁸.

Esse estudo foi realizado em cinco Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) de diferentes microáreas da cidade Boa Vista, capital do Estado de Roraima, extremo Norte do Brasil. Foram delimitados os seguintes critérios de seleção dos serviços de saúde: a) tempo de funcionamento superior a um ano, justificado pela construção de vínculo entre a população e a equipe de saúde; e b) a autorização do enfermeiro coordenador da UESF para realização da pesquisa.

Este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética Universidade Estadual de Roraima (UERR), parecer n.º 3.311.808. Para preservar o anonimato dos participantes do estudo e homenagear o cenário da pesquisa, seus depoimentos ficaram codificados por bairros da cidade de Boa Vista, não relacionados com os endereços das UESF. Ao todo participaram dessa investigação quinze usuários da UESF.

A partir da chegada do pesquisador nas UESF, foi convidado sempre o segundo usuário que havia recebido atendimento na consulta de enfermagem, do serviço odontológico ou da consulta médica, sendo três usuários por unidade, e nas UESF onde não havia serviços

odontológicos, o terceiro entrevistado convidado foi o primeiro usuário encontrado nos serviços de curativos ou de imunização.

Critérios de inclusão dos participantes: ter tido pelo menos uma experiência assistencial junto à UESF no ano antecedente à data de visita dos investigadores; já ter tido pelo menos uma experiência, em qualquer tempo, no serviço de saúde privado; residir na área adscrita da UESF, além de possuir idade superior a 18 anos. Foram excluídos usuários estrangeiros e os participantes que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi determinada pela saturação dos dados⁹, cuja produção foi realizada no segundo semestre de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e, posteriormente, transcritas pelos autores. O roteiro de entrevista foi composto por perguntas predefinidas e por perguntas improvisadas que permitissem retomar à questão inicial em caso de fuga ao tema ou aprofundar alguma colocação conveniente ao objetivo da pesquisa.

As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos, ocorrendo em locais reservados nas UESF, após o atendimento do usuário, e contiveram perguntas norteadoras que abordavam a percepção do usuário sobre o sistema público de saúde e a assistência privada de saúde, bem como suas preferências por esses sistemas. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Laurence Bardin. Os depoimentos foram separados em unidades de conteúdo com posterior agrupamento em categorias¹⁰.

RESULTADOS

Dos quinze entrevistados, foram doze mulheres e três homens, com média de idade de trinta anos. Quanto à escolaridade, doze participantes declararam possuir ensino médio completo, dois apresentaram nível superior completo e um participante referiu grau tecnológico com especialização. As análises resultaram na criação das seguintes categorias: “Preferência de usuários pelos serviços públicos de saúde”, “Preferência de usuários pelos serviços privados de saúde” e “Uso misto dos serviços públicos e privados de saúde”.

A primeira categoria coloca em pauta a preferência dos usuários pelos serviços públicos de saúde. Cinco usuários preferem ser assistidos pela UESF. Tal escolha pela APS esteve baseada na qualidade da atenção à saúde, na realização de visitas domiciliares, no acolhimento à demanda espontânea, na disponibilidade de profissionais de saúde e pela oferta de insumos gratuitos. Todos os motivos identificados que determinam o uso pelo serviço público de saúde são evidenciados em três depoimentos ilustrativos dispostos a seguir:

“[...] o atendimento, pelo menos aqui, ele é muito bom, eles fazem encaminhamento [...] eles vão à casa, faz o atendimento, então é muito bom.” (Raiair do Sol)

“[...] o posto de saúde, ele é bom, porque você pode ser atendido a qualquer hora. Se

você vir e você precisar, tem um médico de plantão, tem o enfermeiro, tem um medicamento, talvez você não tenha como pagar, mas você tem como adquiri-lo na rede pública.” (Hélio Campos)

“[...] é difícil eu ficar doente. Então uso o posto, não compensa pagar.” (Jardim Canaã)

Na segunda categoria, foram analisados dez depoimentos dos quinze totais, que dizem respeito à preferência dos entrevistados pelos serviços de iniciativa privada. Entre os fatores determinantes para a utilização desta modalidade assistencial, encontram-se: um atendimento mais cortês, segurança em saúde, serviços mais ágeis e com uma maior qualidade assistencial quando comparados com os serviços da UESF, além de relatos acerca da falta de materiais e de medicamentos.

A seguir, são destacados alguns depoimentos ilustrativos que denotam a preferência de usuários pelo serviço de saúde privado.

“No hospital particular [...] o atendimento é melhor, é mais humanizado [...]. Você não precisa esperar tanto como no atendimento público, né?” (União)

“[...] você tendo um plano de saúde é uma segurança [...]. Para você ter uma saúde de mais qualidade. Lá você pode confiar mais [...].” (Jardim Tropical)

“Se todo ser humano pudesse ter um plano particular não precisaria vir no posto de saúde. [...] falta de tudo. Nos postos de saúde, nos hospitais, isso aí tudo é uma falta de respeito com a gente.” (Olímpico)

“Porque mesmo com alguns investimentos, ainda há muita falha. Por exemplo, fazer exame [...] ir para um posto para enfrentar uma fila só para marcar uma consulta [...]. Deviam colocar médico à vontade, pagar bem, porque o dinheiro é nosso. Isso eu *num* vou compreender nunca.” (Jardim Equatorial)

“[...] no momento eu tô desempregada. Um plano seria ótimo para ser atendida em outro lugar.” (Nova Canaã)

“[...] os planos de saúde são muito caros [...] e eu parei de pagar o plano de saúde! Por questões financeira, né? E hoje eu me arrependo porque, mesmo na época que eu cortei, né, começou essa migração de venezuelanos e hoje em dia eu me arrependo de não ter continuado com o plano de saúde dela.” (Alvorada)

Após os entrevistados expressarem suas preferências pela assistência pública ou pela privada, eles foram questionados sobre a possibilidade, ou não, de realizarem o uso misto da assistência pública e da assistência privada, caso dispusessem de planos de saúde privados.

Os resultados da terceira categoria foram apresentados em dois momentos distintos. O primeiro versa sobre a recusa por parte dos usuários ao uso misto de serviços públicos e privados. Sobre isso são apresentadas três falas de usuários que não fariam mais o uso dos serviços das UESF caso lhes fosse oferecida a assistência privada. Os principais motivos para esse posicionamento foram a falta de agilidade na APS e as dificuldades na acessibilidade à assistência em saúde. Percebeu-se também que o fluxo migratório venezuelano aparece como um elemento de destaque. Tudo isso pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

“Antes da imigração venezuelana, não usaria. [...] eu apenas cancelei o plano da minha

filha porque o atendimento era rápido aqui no posto, era rápido. Toda vez que eu precisava do posto de saúde, eu conseguia pra mim, eu conseguia para minha filha. Hoje em dia eu não consigo mais [...]” (Canarinho)

“Só se fosse um caso muito assim, se precisar mesmo” (Pricumã)

“Porque eu tô aqui desde 7:30 [...] olha o tempo que eu tô perdendo, já são 10:05. Há necessidade disso? Se tivesse organização, planejamento, amor e realmente usassem o dinheiro nos seus devidos lugares o funcionário ganharia bem. Eles estariam satisfeitos, o médico ganharia bem, a população seria atendida e estaria tudo resolvido, mas infelizmente a corrupção estraga tudo. Ai a gente paga esse preço.” (Caimbé)

O segundo momento diz respeito, especificamente, ao uso complementar dos planos de saúde junto ao SUS. Nesta etapa o usuário percebe a assistência privada de saúde como um instrumento complementar aos serviços encontrados nas UESF.

Tais acepções podem ser encontradas nos depoimentos listados a seguir:

“[...] o plano é mais para médico especialista. Mas o posto de saúde é bom porque, assim, você pode ser atendido a qualquer hora.” (Hélio Campos)

“Não é porque eu tenho um plano de saúde que eu vou deixar de mão o posto né. A gente sempre precisa de um posto de saúde perto da nossa casa, tanto que é básico [...] Ali você vai cuidar da sua saúde em si. Você não vai chegar ali morrendo, né? Porque tem muita gente que confunde o posto de saúde com hospital.” (Laura Moreira)

“Tem o motivo que é para o posto e tem o motivo que é de emergência, quando às vezes o posto não te socorre tu vai pelo plano, né?” (Operário)

DISCUSSÃO

Em Boa Vista, existem 34 UBS e 60 equipes para atender uma população estimada de 375.374 habitantes em 2018. A proporção aproximada no município é de 6256 usuários por UESF¹¹. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, Boa Vista ainda não possui uma cobertura suficiente, pois a população adscrita deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas para cada UESF. Portanto, a cidade possui uma população por UESF quase duas vezes maior do que a recomendada¹².

Tal contexto nos possibilita inferir que o acesso à rede de APS ainda é um desafio a ser vencido em Boa Vista e que ser assistido por práticas de cuidar resolutivas nas UESF são barreiras a serem superadas quando se olha para as necessidades de saúde e para as preferências manifestadas pelos usuários.

Nessa perspectiva, é primordial para o fortalecimento do modelo de atenção que a APS esteja como porta de entrada acessível, aberta, e que leve em conta as demandas de saúde dos usuários a partir de ações de cuidado nesse nível assistencial, com o intuito de intervir sobre os determinantes sociais, garantindo a integralidade do cuidado¹³.

A respeito do acesso à “Estratégia de Saúde da Família”, os motivos identificados que

levam à preferência dos usuários pelos serviços da atenção primária envolvem: a) a visita domiciliar; b) a boa qualidade do serviço prestado; c) a não limitação do horário de atendimento e; d) a proximidade das UESF com suas residências. Elementos assistenciais que não são encontrados em mesma medida na assistência privada de saúde suplementar.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à possibilidade de os usuários serem atendidos por enfermeiros e por médicos de maneira satisfatória, o que gerou a preferência pelo serviço público de saúde. Isso porque a realidade de muitas comunidades é pautada no costume de uma escassa cobertura assistencial¹⁴.

Embora, em meio aos aspectos agradáveis identificados na assistência em saúde na esfera pública, este retrato científico também reproduz análises de uma saúde desigual, que nos convida a discutir a preferência dos usuários pelos serviços privados. Um ponto de crítica à UESF diz respeito à dificuldade de acesso pela falta e pela distribuição desigual de profissionais médicos e, também, pela escassez de materiais/insumos, que são os expoentes para o desejo da adesão ao plano privado de saúde^{15, 16}.

Fala-se em desejo porque nenhum usuário no momento da produção dos dados referiu ter plano de saúde privado. Dessa forma, é notória uma representação social de superioridade da qualidade da assistência privada em relação aos serviços ofertados pelo SUS. Ressalta-se que a qualidade percebida é fortemente influenciada pelas relações cordiais dos serviços em detrimento da avaliação técnica e da eficácia dos atendimentos recebidos.

Sendo assim, a relação interpessoal com os profissionais de saúde, a cordialidade, as demonstrações de interesse pela singularidade de cada caso, a disponibilidade para examinar, para dar explicações e para ouvir o usuário compõem o conjunto de requisitos que informam junto à eficácia da intervenção, observada *a posteriori*, a preferência que o paciente elabora diante da qualidade subjetivada no atendimento¹⁷.

Estes significados estão fundamentados majoritariamente nas observações relacionadas às situações vivenciadas pelos usuários, ou de outrem, na saúde suplementar, as quais estiveram atreladas à sensação de segurança em saúde ao se ter um plano de saúde, qualidade e agilidade nos serviços privados.

Por um lado, é evidenciada a segurança produzida pela adesão ao plano de saúde e, por outro, a insegurança presente na condição de usuário do sistema público de saúde, porém, de uma forma geral, a associação plano de saúde/segurança por oposição à associação sistema público de saúde/insegurança constitui o padrão esperado dessas representações¹⁷.

Visto que uma das problemáticas que interferiram na preferência pelo sistema privado de saúde é o acesso aos serviços da APS, é fundamental destacar como elementos de discussão: a dificuldade para marcação de consultas, a necessidade de se chegar às UESF ainda na madrugada para garantir o acesso, falta do profissional de saúde e dificuldades extras

na marcação e na realização de exames pós-consulta.

O contraste entre as condições de acesso no sistema público de saúde e na assistência privada é, seguramente, o ponto mais consensual quando comparamos o discurso dos usuários entrevistados. Os problemas de acesso aos serviços de saúde públicos relacionados à demanda incompatível com a oferta, à resolutividade das ações de cuidar, à estrutura física e aos equipamentos indisponíveis, mostram pontos de fragilidade na universalização e na integralidade das ações da UESF e da APS no país¹⁸.

Embora as condições de acesso não expliquem por si só o deslocamento da clientela do sistema público para os planos de saúde, trata-se de uma situação real que influencia a escolha e preferência em relação ao setor privado. Ainda pode ser constatado que os planos de saúde oferecem a seus clientes um nível de conforto e de comodidade inimagináveis nas representações que, em algum grau, são engendradas por suas próprias experiências no sistema público¹⁷.

Essas especificidades do setor privado remetem ao interesse dos usuários em possuir planos de saúde, e não os têm devido a questões financeiras. Verifica-se que, embora a maior parte dos atendimentos em saúde tenham ocorrido nos serviços do SUS, a maioria dos usuários explicita o desejo de acesso à saúde complementar privada e o principal impeditivo é o aspecto socioeconômico relacionado à carência de recursos financeiros.

A pobreza é apresentada como um fenômeno multidimensional e deve levar em conta características políticas, culturais e sociais que influenciam no bem-estar dos indivíduos. Surge a necessidade de ampliar o escopo das análises da pobreza em Roraima e na região Norte, não apenas pela ótica da renda, mas sim com uma abrangente lente social^{19,20}.

Quando se coloca em debate a pobreza em interface ao acesso aos serviços de saúde, no estado de Roraima, é possível identificar qualificadores que apontam para preferência dos usuários aos serviços privados, sobretudo pela dificuldade de acesso às UESF, em parte, influenciado ao agravamento da crise migratória representado pela chegada de milhares de venezuelanos no extremo Norte do país.

De fato, estudos mostram que a imigração venezuelana para Roraima tem impactado na dinâmica dos serviços não só da APS, mas em toda a rede de saúde. Seus reflexos têm sido sentidos na forma de sobrecarga nas estratégias de cuidado em saúde, no acesso aos serviços de saúde, no trabalho de promoção da saúde, entre outros^{21, 22, 23}. Contudo, o que se destaca em relação aos migrantes e aos refugiados no Brasil é o acesso universal ao SUS na APS principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família, o que representa um grande avanço nos processos de inclusão iniciado com a Constituição Federal de 1988²⁴.

Com essas considerações, infere-se que a facilidade de acesso aos serviços oferecidos pelo setor privado exerce um efeito persuasivo na cativação da clientela, sobretudo na

população que tem o SUS como referência objetiva de assistência médica. Para além das questões de comodidade ou de desconforto, as condições de acesso identificadas com os planos de saúde agregam outro elemento ainda mais importante para os usuários, a garantia de que obterão atendimento médico quando necessário¹⁷.

Além do mais, as decodificações pensadas pelos usuários do SUS apontam para um descontentamento relacionado às vulnerabilidades na eficiência e à lentidão da assistência prestada nas UESF. Em sua maioria, os usuários relataram que, em uma possível oportunidade de aquisição de planos de saúde, abandonariam o uso do sistema público de saúde devido a não terem suas necessidades de saúde assistidas. Dessa forma, se por um lado, os usuários não têm recursos para dispor de assistência privada, por outro, seu direito de saúde não consegue ser efetivado pelos entraves analisados em suas experiências de cuidado na UESF.

Baseado nisso, é reconhecido que o sistema público de saúde brasileiro, representado pelo SUS, ainda apresenta dificuldades para atender grande parcela da população, o que possibilita a consolidação do sistema suplementar diante das lacunas existentes nesse segmento. Essa situação origina reflexos de desigualdade na assistência à saúde, comprometida pela visão lucrativa de determinadas operadoras. Como consequência, nota-se a exclusão de parte da população desassistida em relação à saúde, dado que não recebe nem o atendimento público garantido na Carta Magna e nem a adequada assistência à saúde no âmbito suplementar²⁵, muitas vezes por falta de recursos financeiros.

Vale lembrar ainda que, ao optar apenas pela saúde suplementar, o usuário acaba perdendo a integralidade da assistência em saúde, haja vista o sistema privado atuar de modo mais fragmentado, verticalizado, com reduzida abordagem interdisciplinar e, sobretudo, com um olhar biomédico. Em contrapartida, é o SUS que trabalha com uma abordagem integral, universal e com foco em promoção da saúde e prevenção dos agravos.

É preciso reconhecer o papel da APS e sua eficiência diante de procedimentos de saúde de baixa densidade tecno-assistencial, com um foco em tecnologias leves. Segundo Merhy e colaboradores (2019)²⁶, há tecnologias chamadas *leve-duras*, que correspondem aos saberes estruturados das profissões da saúde – que, em parte, são *duras*, porque são produzidas e disponibilizadas a priori, mas, em parte, são *leves* porque podem ser usadas de modo singular a depender da situação e do encontro; e há as tecnologias leves que correspondem a tudo que é utilizado para favorecer o encontro – escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros.

Os usuários compreendem mais os cuidados realizados nas UESF com generalistas quando comparados às consultas realizadas nos planos de saúde privados. No entanto, quando a necessidade de saúde incide em questões ambulatoriais específicas, hospitalares e

emergenciais, os usuários expressam sua preferência em recorrer ao setor privado.

Nesse prisma, há que se considerar um predomínio da oferta da rede SUS em especialidades associadas à realização de procedimentos caros, mas também não em sua integralidade. Conseqüentemente, o gargalo do SUS não é, como dizem, a “alta e média complexidade” e, sim, as políticas de divisão público-privada de procedimentos, de ações e de valores de remuneração orientada por interesses particulares. Desse modo, é importante destacar que a inoperância do setor público, nesses níveis de atenção, permite grande rentabilidade ao setor privado, em um mercado em constante expansão⁷.

Limitações do estudo e sugestões para trabalhos futuros

As considerações que aqui foram destacadas são desafiadoras e retratam um contexto atravessado por constantes mudanças de ordem sociocultural. Isso porque cotidianamente se incidem questões migratórias que invariavelmente produzem efeitos ainda não mensurados com mais profundidade nos serviços de saúde pública da capital de Roraima, Boa Vista, e conseqüentemente podem determinar as escolhas da população brasileira pelo setor público ou privado.

Nessa perspectiva, tais argumentações, ao mesmo tempo que limitam o estudo, pois os usuários tocaram por várias vezes na questão migratória, consolidam-se como uma oportunidade para a realização de investigações com abordagens metodológicas multivariadas, a considerar o objeto: “Efeitos do fluxo migratório na rede de APS de Roraima”.

Um caminho investigativo que pode ser seguido por profissionais da saúde e das ciências sociais, principalmente para (des)construir o pouco que se sabe sobre esse fenômeno e seus impactos nas escolhas dos usuários pelos serviços públicos e/ou privados de saúde. Certamente, este momento do estudo permite um convite também a rever questões metodológicas e nos autoriza a afirmar que, quando se coloca em diálogo os setores público e privado, o número de participantes envolvidos no estudo não autoriza generalizações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Haja vista a convicção de que é preciso continuá-lo, este estudo incorporou predileções de usuários de Roraima pelos serviços de saúde em estreito diálogo entre o setor público e o setor privado. Uma missão ousada e que exigiu um equilíbrio nos conteúdos advindos dos seus depoimentos para pensar aspectos macro e micropolíticos na produção de cuidado em saúde.

A decodificação dos usuários pelos serviços públicos de saúde abriu a passagem para tocar em aspectos da rede de atenção em saúde, com ênfase nas preferências dos usuários da

APS entre os seus serviços (públicos) e a assistência privada em saúde, perpassando por alguns elementos, como: acesso; visitas domiciliares; agilidade do atendimento; estratégias de cuidado; migração; recursos tecnológicos; atendimento médico; prevenção e promoção da saúde; agilidade dos serviços; e, sobretudo, aspectos socioeconômicos que tiveram uma posição de destaque entre as preferências estudadas.

Com a certeza do inacabado, acredita-se que estas identificações e significados, versados sobre a preferência pelos serviços de saúde pública e/ou privada, possam contribuir para a população organizada em conselhos de saúde, para estudantes, para professores, para profissionais e para gestores de saúde na consolidação de um SUS equitativo, universal e que atenda às necessidades integrais da população do hoje e do amanhã.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av.* 2013 [acesso em 2022 ago. 22]; 27(78): 27-34. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>
2. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015 [acesso em 2022 ago. 22]; 372(23): 2177-2181. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc1509056>
3. Rocha RM, Padilha MA. Um debate possível: o saber fazer da promoção da saúde. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2016 [acesso em 2022 ago. 22]; 18(4): 4-6. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/download/16722/11554>
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
5. Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS). Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2017.
6. Sestelo JAF. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 [acesso em 2022 ago. 22]; 23(6): 2027-2034. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>
7. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm.* 2014 [acesso em 2022 ago. 22]; 23(2): 417-425. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
8. Benjumea CC. La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. *Texto Contexto Enferm.* 2015 [acesso em 2022 ago. 22]; 24(3): 883-90. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720150001150015>
9. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018 [acesso em 2022 ago. 22]; 52(4): 1893-1907. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. São Paulo: Almedina; 2011.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]. 2018 [acesso em 2021 ago 19]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/boa-vista/panorama>
12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a

- Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União 21 set 2017 [acesso em 2021 ago 19]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031?inheritRedirect=true>
13. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. *Rev Bras Enferm.* 2019 [acesso em 2022 ago. 22]; 72(2): 367-374. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>
 14. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *SocSci Med.* 2000 [acesso em 2022 ago. 22]; 51(11): 1611-1625. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
 15. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016 [acesso em 2022 ago. 22]; 21(9): 2719-2727. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>
 16. Limão NP, Ferreira Filho JCC, Protásio APL, Santiago BM, Gomes LB, Machado LS et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2016 [acesso em 2022 ago. 22]; 29(1): 84-92. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p84>
 17. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001 [acesso em 2022 ago. 22]; 6(2): 405-416. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200010>
 18. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2013 [acesso em 2022 ago. 22]; 22(1): 36-42. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100005>
 19. Silva AF, Araujo JA, Campelo GL, Vasconcelos JC, Silva JCD. Análise da pobreza multidimensional no Brasil. In: *Anais do 42. Encontro Nacional de Economia; 2014; Natal, (RN). Natal: Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia; 2016* [acesso em 2022 ago. 22]. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/26860/1/2016_art_afsilva.pdf
 20. Silva AF, Sousa JS, Araújo JA. Evidências sobre a pobreza multidimensional na região Norte do Brasil. *Rev Adm Pública.* 2017 [acesso em 2022 ago. 22]; 51(2): 219-239. Disponível em: https://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/26860/1/2016_art_afsilva.pdf
 21. Silva PS, Arruda-Barbosa L. Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 ago 19]; 11(2). Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.3091>
 22. Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Souza ILL. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saude Soc* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 ago 19]; 29(2): e190730. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730>
 23. Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 ago 19]; 24: e190807. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190807>
 24. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saude Soc.* 2018 [acesso em 2022 ago. 22]; 27(1): 26-36. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>
 25. Moraes DA, Maluf F, Tauil PL, Portilho JAC. Precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar: uma análise bioética. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019 [acesso em 2022 ago. 22]; 24(3): 705-714. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01972017>

26. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 ago 19]; 43:70-83. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>