

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Individualização social, assistência médica privada e consumo na
periferia de São Paulo

Ricardo de Lima Jurca

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Aurea Maria Zollner Ianni

SÃO PAULO
2018

JURCA, R. L. **Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

RESUMO

Este estudo exploratório teve como objetivo analisar a inserção do indivíduo no campo da assistência médica privada em área de vulnerabilidade socioeconômica e civil em São Paulo, tendo como foco diferentes conformações de riscos e desigualdades no acesso à saúde no local estudado, relacionadas às necessidades de acesso aos serviços de saúde. A partir de um estudo etnográfico foram entrevistados consumidores dos serviços privados de saúde em redes de clínicas médicas populares residentes de Cidade Nova Heliópolis, favela em área de classe média na Região Metropolitana de São Paulo, coberta e equipada pelos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e pelas clínicas médicas particulares. A entrada nos locais de entrevista foi mediada por Agentes Comunitários de Saúde e por integrantes de Movimentos Sociais de Associações de Bairro. Os entrevistados foram selecionados ao longo do percurso do trabalho de campo, e foram realizadas entrevistas abertas em profundidade. Além das informações individuais, as relações entre os indivíduos com acesso à assistência médica privada também foram estudadas e tratadas com ferramentas de análises de redes sociais. As questões teóricas propostas contribuíram para identificar e repensar as premissas e categorias analíticas envolvidas na sociabilidade das redes sociais dos indivíduos com acesso a clínicas médicas populares; a ampliação da incorporação médica tecnológica em diferentes classes sociais; e as transformações essenciais do estatuto do indivíduo que se veem desafiadas pelo cidadão consumidor.

Palavras-chave: Individualização; Serviços de saúde; Periferia; Consumo; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

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

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

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

coloca em evidência, portanto, é a correlação direta entre os negócios privados de impacto social e a população de baixa renda, fenômeno cada vez mais comum na periferia¹ da Metrópole.

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

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

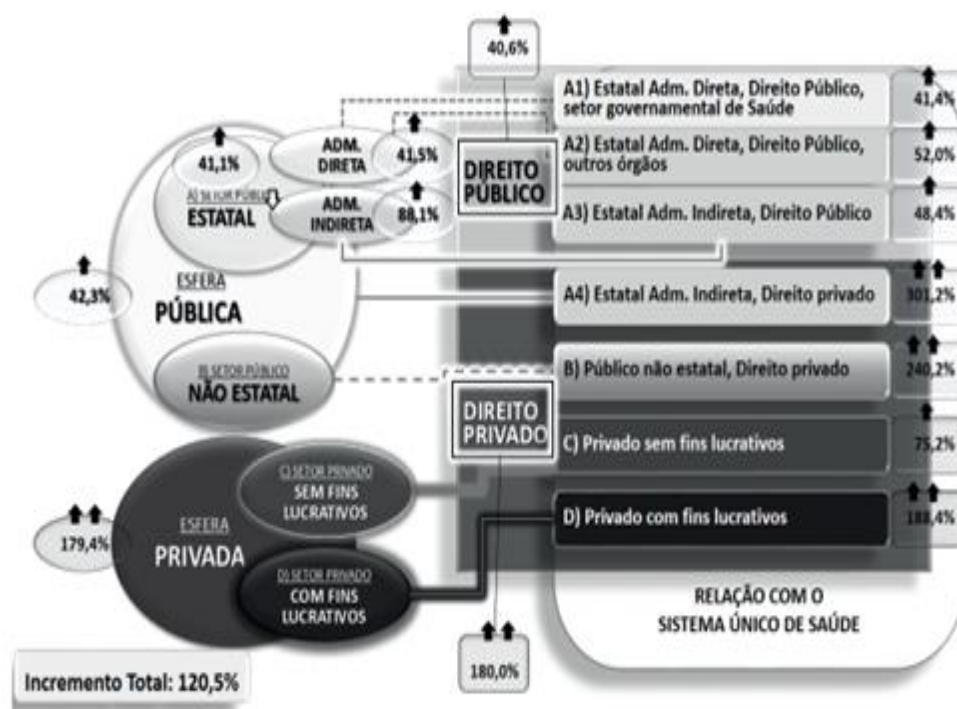
Outro aspecto relevante da reportagem está na frase “entre uma agência bancária e uma loja de departamentos, desponta uma clínica médica que só realiza consultas particulares”. A frase destaca o constante movimento não só do crédito e do comércio mas também do cenário de crescimento de clínicas isoladas, policlínicas e centros de especialidades na periferia de São Paulo. Segundo Viana, Miranda e Silva (2015), essa modalidade faz parte do número de estabelecimentos de saúde do segmento privado

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

com fins lucrativos e estaria mais presente nas regiões Sul e Sudeste, ao passo que teria baixa penetração nos estados do Norte e do Nordeste. “A taxa média de crescimento do segmento, entre 2005 a 2013, foi de 14,9%. O número de estabelecimentos cresceu de 52,5% do total em 2005 para 68,6% em 2013. O aumento foi de 188% no período. Somente na categoria pessoa física o aumento foi de 47,7% para 52,7%” (VIANA, MIRANDA; SILVA, 2015, p. 14).

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

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



Fonte: Viana, Miranda e Silva (2015)

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

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

Paradoxalmente, as tentativas de reação mais orgânicas à força das ameaças de ataque dos denominados arranjos produtivos locais que buscam fomentar a produção industrial, ocorreu lateralmente aos processos de financeirização. A criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) em 2008 bem como a organização de um escritório da Fiocruz na África e o apoio do governo brasileiro à implantação da fábrica de medicamentos em Moçambique, que produzirá antirretrovirais representaram um passo adiante na perspectiva de priorização de investimentos produtivos. Essas iniciativas certamente não foram suficientes para provocar uma onda anti-financeirização. Contudo, parecem ter sido importantes para

descortinar alternativas. Em 2015, soma-se a este cenário a permissão do governo federal à abertura do capital estrangeiro na saúde², na participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:
a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros”(BRASIL, 2016).

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

Nesse sentido é possível observar, de forma estrutural, que as reconfigurações dos sistemas universais de saúde e o surgimento de novas necessidades de consumo correspondem às reformas na organização e prestação dos serviços de saúde. O aprofundamento da globalização acompanhada pelo fortalecimento da massificação do consumo para além do seletivo segmento social de maior renda, por exemplo, traz novos

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

elementos, para a popularização de um novo paradigma de produção, concentração e financeirização do setor de serviços.

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

Porém, desembaraçados da sombra analítica da modernidade, é necessário enfatizar os aspectos da individualização, o que tem a ver com um modo de pensar a produção do indivíduo, estruturalmente na crescente dissolução, ou decomposição do desenho convencional moderno³, que se traduz nas profundas transformações sociais dos padrões vigentes como os comportamentos, as culturas, os valores, a estrutura e o funcionamento do mercado de trabalho, as institucionalidades e as formas políticas, resultando na produção de novas igualdades e desigualdades sociais (IANNI, 2015).

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

Com a retomada do crescimento econômico a partir de 2004, o número de usuários de planos de saúde cresceu em média 5,2%, um crescimento

³ Para Marshall Berman (2007), a modernidade, muito mais do que um período histórico ou uma cultura, é antes de tudo uma experiência particular, uma aventura indissociável, histórica e existencial, na qual os indivíduos se sentem capazes de mudar o mundo que está prestes a mudá-los. A modernidade é o autodesenvolvimento das potencialidades humanas; uma experiência vital e única que lhe permite sentir-se confortável no meio do redemoinho da existência.

consideravelmente superior ao crescimento populacional brasileiro, estimado em 1,44% em 2004 (IBGE, 2010). Como também cresceu a forte vocação para a área assistencial que se explica também pelo tipo de desenvolvimento econômico (pós 2004) das economias sul americanas, com grande participação do consumo privado no PIB, expansão do setor de serviços, fraco desempenho da indústria local e crescimento das exportações de commodities de diferentes tipos (minério, petróleo, carne, produtos agrícolas) (MACHADO; VIANA, 2013).

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

Outra questão desenvolvida naquele trabalho foi que, o acesso à assistência médica através dos planos de saúde privados, gera novas fronteiras institucionais, o que resulta precisamente de sua dependência institucional, no mais campo das regulações sociojurídicas, das ofertas de produtos de consumo, das oportunidades e tendências no acompanhamento médico com diagnóstico e incorporação tecnológica médico-hospitalar. Ou seja, aspectos fundamentais da discussão do tema da individualização institucionalizada, que revelam a forma mais avançada de socialização dependente do mercado, do direito, das instituições médicas, etc.

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

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

Nesse sentido, o espaço-social de Heliópolis contribui muito para compreender o fenômeno das clínicas médica populares, porque expressa a todo tempo, as mudanças

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

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

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

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

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

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

Em segundo lugar, apresentam-se análises, baseadas em resultados provindos da pesquisa de campo com o(a)s usuário(a)s do setor público e privado da região metropolitana de São Paulo, mais especificamente na comunidade da favela de

Heliópolis. A entrada nos locais de entrevista foi mediada por Agentes Comunitários de Saúde ou por informação fornecida por integrantes de associações de bairro.

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

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

Esta tese está dividida em 4 partes e 7 capítulos, além da introdução e das considerações finais.

A primeira parte da tese desenvolve dois capítulos que abordam os métodos e os resultados da pesquisa, a partir da reconstrução dos primeiros passos da pesquisa com o acompanhamento etnográfico do(a)s usuário(a)s. Valendo-nos das multivariadas metodologias executadas durante a pesquisa para compreender a trajetória do indivíduo no campo da assistência médica privada. Como instrumentos foram utilizadas as metodologias de construção de redes sociais articuladas a produção, interpretação e análise do processo de individualização.

Com base em todo material empírico e teórico foram realizadas as análises gerais que me permitiram verificar os limites da rede social construída em Heliópolis durante a pesquisa de campo, além das categorias mais utilizadas. A análise das categorias encontradas pela perspectiva da individualização foi, desde o início da pesquisa, imposta como questão para pensar sobre a implementação das clínicas médicas populares na periferia e a sua expressão no processo de individualização.

Na segunda parte denominada “A assistência médica privada na periferia de São Paulo”, foi reconstruído o cenário do segmento privado de saúde, com fins lucrativos, da modalidade de clínicas, policlínicas e centros de especialidades, nos capítulos “Dr. Consulta” e “Dr. Alegria”. Trata-se de relacionar a expansão da marca de clínicas médicas populares, mais especificamente na região periférica da cidade São Paulo. É aqui que as práticas médicas individuais são produzidas, porque, para além das

consultas e exames, essa prática se desdobra para a produção, o consumo e a circulação de produtos. Ainda neste capítulo descrevo o fundo privado internacional que apoia o empreendimento com impacto social na saúde em detrimento do Sistema Único de Saúde; para alcançar o segmento mais pobre da sociedade brasileira.

Nesta segunda parte, apresento as entrevistas realizadas de maneira mais ampla abordando a chegada da clínica médica popular Dr. Alegria em Heliópolis, descrevendo as impressões do(a)s usuário(a)s e a figura do acesso às clínicas médicas populares com dinheiro ou cartão de crédito. O “Capítulo Dr. Alegria” também aborda um ponto importante do fenômeno de expansão das clínicas particulares de baixo custo, que são as ações das associações locais em parceria com o empresariado do setor privado de saúde com fins lucrativos para a publicidade das clínicas em troca de apoio político. A inserção do indivíduo na produção da saúde contemporânea começa a ser esquematicamente apresentada a partir deste capítulo.

No quinto capítulo, analiso as entrevistas que expressam o resultado da expansão do consumo na terceira parte da tese denominada “Mercado e consumo em Heliópolis”. Observando uma das principais consequências estruturais⁴ do consumo, a que, ao menos em parte, permite compreender o debate, a saber: o fato de que o consumo, diferente dos direitos, se dá no contexto de uma gama diversificada de produtos, produz um sentimento de pertencimento marcado, desde o início, por uma tolerância estrutural realizada pelas diferenças e desigualdades. Ou seja, a ascensão da sociedade de baixo custo cria a ficção da igualdade acrescentando, paradoxalmente, a tolerância à desigualdade e o enfraquecimento das relações sociais.

E finalmente a última parte, “A reconfiguração dos serviços de saúde” examina os aspectos relacionais que implicam na percepção mais pessoal da busca de soluções biográficas para as contradições do Sistema Único de Saúde (SUS). Aqui neste capítulo procuro entender o menosprezo institucional moldando também contextos específicos relacionais onde a ação do(a)s próprio(a)s usuário(a)s acontece. O que interessa é por em relevo o desequilíbrio social que estes relatos deixam transparecer quando as instituições são colocadas em questão, o sentimento compartilhado da falta de uma rede que os proteja e o dinheiro como mediador do conflito institucional. O Capítulo 6 “Entre a UBS e a clínica médica popular” discute algumas análises relacionadas às consequências das mudanças sociais contemporâneas como a aceleração da vida, a

⁴ Entendo por estruturas aqui como condicionamentos fortes e ativos das experiências individuais.

flexibilização do tempo/espço no trabalho e na família, as quais cada vez mais demandam do indivíduo soluções biográficas para contradições sistêmicas. Observo como elas podem impactar o equilíbrio dos indivíduos na vida social entre as instituições e programas sociais.

Ainda nesta parte, descrevo as percepções sobre as mudanças em Heliópolis por parte dos entrevistados e como elas estão associadas com a ideia do processo de individualização, em uma nova matriz sociopolítica de transformação do estatuto do indivíduo a partir da mobilidade das relações sociais e de trabalho, das carreiras profissionais e das proteções ligadas ao estatuto do emprego estreitam os laços com as mudanças políticas pró-mercado em Heliópolis. As investigações sobre políticas de desenvolvimento social na periferia da cidade de São Paulo iluminam a questão sobre o processo das ações dos indivíduos na construção biográfica de duas dirigentes sociais que atuam entre o mercado o Estado.

O último capítulo é destinado às conclusões finais, um balanço sobre as consequências da expansão das clínicas médicas populares e o processo de individualização observado em Heliópolis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS - RISCO, INCERTEZA, INDIVIDUALIZAÇÃO

O objetivo, nesta tese, foi compreender como ocorria a ampliação do acesso aos serviços médicos particulares e à incorporação tecnológica médica individual no cotidiano das classes populares, em um espaço urbano dito marginalizado, e que se mostrou tão cheio de potencialidades, desafios, ambiguidades. Para atingir este objetivo, procurei manter-me fiel aos dados, ordenando-os a partir da minha compreensão daquela realidade social e, assim, compor uma linha narrativa e interpretativa que conferisse sentido a eles, de modo a responder ao problema de pesquisa.

Estas considerações finais esboçam um quadro das associações entre as principais categorias de análise surgidas da interpretação das entrevistas, segundo a perspectiva da individualização. O quadro apresentado é ainda muito preliminar, e uma compreensão mais geral das transformações em curso na direção da expansão de rede privada que reduz o SUS a uma espécie de resseguro das operações privadas nas últimas décadas precisa de uma análise estrutural mais aprofundada. Restrinjo-me, então, a recuperar os argumentos principais apresentados no texto para fazer o balanço das consequências da expansão das clínicas médicas populares e os significados sociais do pluralismo mercantil na saúde no cotidiano do(a)s usuário(a)s.

O primeiro argumento trata das clínicas particulares de baixo custo na periferia de São Paulo, entre o SUS e os convênios médicos, para a produção de acesso às tecnologias médicas individuais. Usualmente, o viés economicista para a análise do mercado assistencial de saúde, nos induz a acentuar na análise do sistema privado apenas nos aspectos da demanda. Em contraste costuma-se sublinhar na avaliação do SUS à ampliação da oferta como determinante da extensão de acesso e coberturas. Isso pode ser exemplificado com estudos baseados em informações de inquéritos populacionais que procuram discutir resultados como, por exemplo, aumento do uso de serviços de saúde com as possíveis associações com a existência de unidades de saúde da família (VIACAVA, 2010). Enquanto que a subtração das alterações da oferta, nas análises sobre privatização dos esquemas assistenciais de pré-pagamento e dos serviços de saúde, cede passagem para associações lineares com o poder de consumo dos indivíduos e famílias, as afirmações do tipo, “o mercado privado de assistência à saúde cresce porque a renda dos indivíduos e famílias aumenta” conotam um elevado desprezo

pelas políticas voltadas a estabelecer bases sólidas para a produção e comercialização de serviços e planos privados populares de saúde.

Durante o governo Lula, especialmente no seu segundo mandato, ocorreram transformações estruturais no mercado de saúde suportadas pela capitalização e participação de fundos de investimentos. As estratégias adotadas pelas empresas são singulares, mas apoiam-se na lógica de priorização de resultados de curto prazo, em vez daquelas que seriam muito mais produtivas para o próprio crescimento econômico, como pesquisa, formação e capacitação da força de trabalho e cultivo de relações duradouras com prestadores de serviços e indústrias do setor. O denominador comum da atuação das empresas que foram objeto deste trabalho é a opção pela alternativa mais barata – a compra da capacidade instalada existente. A concentração das empresas nas cidades e regiões com maior renda foi acompanhada pelo aumento dos preços após as aquisições.

Ao focar os indivíduos envolvidos entre as políticas econômicas dos governos e das empresas, a experiência de observação em uma clínica médica de baixo custo busca objetivar e apontar o processo de individualização na busca por acesso individual, mediado pelos serviços públicos e privados de saúde. A inserção do indivíduo nas clínicas médicas populares, aproveitando o vácuo normativo do Sistema Único de Saúde, cria suas próprias regras, estabelece novos vínculos de risco, novos padrões de laços sociais, e produz novas práticas sociais, orienta os princípios neoliberais no campo da saúde individualizada. A contradição posta é que isso não implica em melhoria ou em mais proteção social, mas implica na existência de programas mais fragmentados considerando-se a eficiência e o acesso, em processo reflexivo da modernização brasileira. Essa é uma das faces da condição histórica que tem hoje o indivíduo periférico. A de ter que viver sob mil trajetórias distintas dentro do sistema de saúde. A de ter de lidar, de uma ou outra maneira, e sempre de novo, com e contra as contradições sistêmicas.

Estudar as clínicas médicas de baixo custo (Capítulo - “Dr. Consulta”) é estudar também a sociedade de serviços de baixo custo, ou seja, o processo de desconstrução entre tempo e o espaço em que o funcionamento do mercado se impõe, e assim emerge um novo sentido, marcado pela contínua corrosão dos laços comunitários arraigados na tradição. A tão sonhada liberdade de ir e vir, o movimento autônomo, cobra o seu preço, como reflexo dessa busca imediata por agilidade, em uma época em que a velocidade nos atendimentos médicos começa a ser sinônimo de pronto atendimento. Em outras

palavras, o desembolso direto veio responder a uma necessidade cada vez maior de rapidez, provocada pelas mudanças sociais em curso que instituíram a “pressa urbana”. A relação disso com os processos de individualização é inseparável da velocidade das mudanças dos ritmos de vida das pessoas. A generalização da ideia de mudança permanente como elemento maior da modernidade e a aceleração do tempo mesmo como consequência, ao nível das representações da inserção em uma sociedade complexa, leva à um processo que, no plano propriamente social, seria induzido por uma tripla aceleração (tecnológica, da mudança social, e dos ritmos de vida).

Esta talvez seja a face perversa do capitalismo atual, que permite entender a “estratégia reflexiva de mercado” dos grupos de médicos e empresários, a partir do seu controle sobre o desenvolvimento cognitivo no campo de atividades por eles monopolizados, e gerar estratégias profissionais constantemente novas, favorecendo-se, portanto, dos riscos e situações de ameaça que eles mesmos produzem, expandindo continuamente seu próprio âmbito de atuação, por meio de inovações tecnológico-terapêuticas personalizadas, relacionadas a esses mesmos riscos e ameaças.

Essas estratégias conformam, para além dos efeitos sobre a distribuição da renda, uma política de aumento dos ativos financeiros em detrimento do investimento na expansão real da oferta de ações e serviços de saúde. Paradoxalmente, a justificativa para obtenção de empréstimos junto ao capital estrangeiro é a necessidade de apoiar redes de cuidados de saúde e prestadores de serviços que ofereçam serviços a preços acessíveis de saúde em regiões carentes. A clínica Dr. Consulta, que ocupou parte do espaço perdido pelos planos de saúde durante a crise, e, aos poucos, começou a atrair também a classe A, vai se configurando em uma companhia de gestão de saúde para demandas cada vez mais personalizadas.

Este fenômeno é cheio de paradoxos, e é nele que as práticas biotecnológicas são produzidas e estão inseridas (IANNI, 2007). Na sociedade contemporânea ou pós-industrial - segunda modernidade, modernidade tardia, ou como se queira denominar (GIDDENS; BECK; LASH, 1995) -, essas práticas penetram os seres, as coisas, os objetos, transformando o mundo. Ianni (2007) as denomina "práticas biotecnológicas" porque, para além da manipulação dos seres vivos, essa técnica se desdobra da pesquisa para a produção, o consumo e a circulação de produtos, seres e bens, expandindo-se para todas as esferas da vida planetária, todos os recantos das sociedades, transformando natureza e ambiente, transformando-se em cultura política.

A manipulação dos seres vivos não é prática social nova. O que se destaca como novo, nos dias atuais, é a dimensão em que isto ocorre, seja na quantidade de procedimentos, seja na qualidade das intervenções. Em fins do século passado já se anunciava o século XXI como o século da biotecnologia (IANNI, 2007). No contexto das mudanças sociais contemporâneas, há uma busca individual para o enfrentamento dos riscos em saúde no mercado de serviços de saúde, mediado pela medicina e seu aparente controle sobre os mecanismos para evitar ou neutralizar os riscos à saúde (BECK, 2010). Isso promove um reducionismo individualizante, biomédico e patológico das questões sanitárias e do processo saúde-doença, que abre terreno fértil à visão de saúde como cuidado médico individual (GREENE; LOSCALZO, 2017).

Como afirma Ianni (2007), se por um lado o desenvolvimento biotecnológico resulta da expansão dos conhecimentos científicos e tecnológicos, desencadeando fatos novos e processos inovadores, por outro, e na mesma medida, abre cenários desconhecidos, gerando medo, incertezas, inseguranças, incompreensões, fazendo emergir múltiplas questões, não apenas de caráter privado, mas também de caráter público: quem tem poder para decidir sobre os seres, as coisas, os objetos e viventes? Quem dimensiona ou regula os riscos, com base em quê? A biotecnologia e sua vasta utilização constituiu-se, nesse sentido, em uma questão não apenas da esfera privada da vida humana, mas simultaneamente em questão pública, de saúde pública, coletiva.

Um processo que facilmente pode ampliar-se para descrever o desafio do(a) usuário(a)s no sistema de saúde, posto que entre o biológico e o social eles percebem com força até que ponto os coletivos se sentem responsáveis por seu destino pessoal. E nesse sentido o indivíduo pode compreender-se como o produto de um paradoxal trabalho institucional. Ressalta-se aqui as consequências do fenômeno da expansão de clínicas médicas populares exploradas como mercadoria política descritas no Capítulo – “Dr. Alegria”. De forma precária, consultas e exames circulam em faixas com o objetivo de criar um mercado, cuja existência depende de uma “demanda social”, isto é, da adesão comum (ou pelo menos ambígua ou parcial) da população à sua legitimidade, que resulta do fato de compartilharem uma mesma representação social, a saber: da saúde como assistência médica individual. Provar que é possível ter clínicas médicas particulares dentro de Heliópolis assume em si um papel de afirmar que, afinal, pode ou é “um bairro como qualquer outro”. Ao se chegar a essa dimensão, unem-se e interagem as várias esferas interpretativas, em que a figura do acesso à clínica médica particular assume um papel nas relações sociais intersubjetivas e inclusive as transforma.

O segundo conjunto incorpora o mercado e o consumo às companhias de gestão da saúde, como se autodenominam, agem fundamentalmente na expansão dos negócios sociais com fins lucrativos. E os assuntos políticos vão ao mercado ou, pelo menos, isso é visto como uma possibilidade viável e legítima, para os indivíduos assumirem individualmente os riscos e as situações econômicas que os confrontam em contextos de crises socioeconômicas. Além disso, em muitos relatos, o consumo aparece como a primeira possibilidade consistente de confronto individual com os problemas do cotidiano.

Viver a própria vida equivale a resolver no plano biográfico as contradições do sistema. A expansão do direito individual em detrimento do direito coletivo começa por explicar o processo de escolhas sob a dinâmica do consumo. O desafio moral e político que hoje enfrentamos é mais prosaico: envolve repensar o papel e o alcance do mercado de consumo nas políticas sociais, nas relações humanas, e na vida cotidiana.

No Capítulo - “A ascensão da sociedade baixo custo”, vimos que se inculcou, assim, a ideia sutil de valores conservadores e de atitudes pró-mercado, de sujeitos-cidadãos que devem ser fortemente responsabilizados por seu destino pessoal (impulso à iniciativa privada, empreendedorismo). Os relatos descrevem as adversidades principalmente quanto às insuficiências monetárias que empurram os indivíduos para o endividamento. As consequências, contudo, têm incidências profundas ao nível local, em suas próprias vidas pessoais. Frente a uma sequência de mudanças econômicas nacionais faz-se necessário estar sempre alerta. O discurso neoliberal é consistente com o enfoque adotado pelas políticas públicas, pois, o(a)s usuário(a)s seriam orientados para comportamentos, derivados precisamente desses princípios neoliberais, guiados pela lógica do fortalecimento de capacidades individuais de acesso, para que possam enfrentar as suas próprias adversidades e superar os contextos de crise socioeconômica.

No entanto, é possível notar uma alteração na percepção social da sociedade de baixo custo, de sua compreensão como injustiça social, a partir da qual as autoridades públicas tiveram que dar conta desse problema, a ideia de sociedade de baixo custo como responsabilidade individual, onde os pobres devem cuidar de si mesmos e tomar as insuficiências do sistema público para si. Neste quadro, as histórias dos entrevistados são uma forte avaliação do esforço individual e de autonomia, fazendo as coisas por si mesmas, sem a ajuda dos outros. Na verdade, isso permite afirmar, a partir dos vínculos associados aos produtores e consumidores dos negócios em saúde, que a produção de riscos não compreende uma exceção, mas se torna um estado de normalidade e, assim,

motor de uma grande transformação da sociedade e da política. O abandono de uma matriz coletiva de enfrentamento dos contextos de crise e a consequente transferência dessa tarefa para os indivíduos, por exemplo, foram acompanhados por uma série de discursos e normatividades promovidas no nível institucional que fornecem justificativas e legitimações simbólicas para essas transformações, que tomam expressões neoliberais. Quando o consumidor é instigado a participar da criação do serviço particular médico, seja da perspectiva material, do desenho do próprio produto ou negócio, seja da perspectiva simbólica, da atribuição de sentido na produção e consumo da saúde.

O sentido neoliberal das políticas sociais em Heliópolis, onde destaca-se a centralidade do mercado e do consumo na provisão de bem-estar, influenciou uma individualização das formas em que sujeitos vulneráveis assumem suas incertezas e riscos. O risco assume aqui a conotação de categoria estruturante da “modernidade” e abrange, para além das ameaças objetivamente existentes, os processos e os mecanismos sociais de percepção, decodificação e prevenção, decorrentes das próprias escolhas civilizatórias. Nesse caso, já não se trata de alcançar efetivamente algo “bom”, mas tão somente de evitar o pior.

Nesse sentido os percursos biográficos dos indivíduos tornam-se reflexivos, ou seja, passam a ser delineados pela escolha, elaboração e autoconfrontação, não sendo mais atribuídos – única e exclusivamente – por estruturas sociais como a classe social, a família nuclear, a divisão sexual dos papéis sociais. Os eixos que eram a base da sociedade industrial já não oferecem parâmetros ordenadores efetivos.

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

No final das contas, a relação entre as percepções individuais e intersubjetivas e o acesso à saúde particular é uma relação complexa, ambígua e cheia de imperfeições. Nos últimos 10 anos, como consequência do crescimento da demanda da população pelo serviço de saúde, o governo brasileiro teve que aumentar seus gastos com a rede do SUS, aumentá-la através de investimentos adicionais e começar a contratação de instituições privadas para prover serviços que a rede do SUS não oferece. Certamente o

acesso não é uma solução idílica e utópica para os problemas sociais de Heliópolis, nem de mero reflexo do neoliberalismo no espaço urbano (Capítulo - “Entre a UBS e a clínica médica popular”). Embora o significado de alguns programas, como o PSF, seja orientado para objetivos valiosos, como a diminuição da desigualdade, da vulnerabilidade e da pobreza, existem efeitos indesejáveis expressos nas modalidades de construção do sujeito, mantendo e reproduzindo um discurso que afasta o assunto do significado coletivo da comunidade e do Estado.

O terceiro conjunto de argumentos, que me parece o mais explicitamente observável, menos compreensível nos debates e menos comentado na literatura, é aquele que sugere a inseparável reconfiguração da proteção social no Brasil por meio de uma estratégia dissuasiva na direção da ação coletiva. O desinteresse crescente pelos assuntos públicos prepara terrenos mais ou menos exclusivos para os interesses privados, fenômeno este que favoreceu a entronização da soberania do mercado como princípio geral e automático de regulação das relações sociais.

No âmbito dos princípios neoliberais da abordagem de vulnerabilidade e gestão de riscos, pode-se perguntar: quais são os significados que isso transmite e o que questionam os beneficiários de política social? Como Dardot e Laval (2016) ressaltam “uma das características distintivas do discurso neoliberal estão relacionadas a uma nova construção de assunto que atraia a capacidade de agência, exaltando as dimensões do esforço individual e do empreendedorismo”. Em suma, os autores falam sobre “fazer-se uma empresa” e, portanto, administrar suas capacidades e recursos para a conformação de sua própria identidade. Este tipo de significado é encontrado nas narrativas das entrevistas mais aprofundadas do Capítulo - “O trabalho e o consumo: coexistências”.

A partir da perspectiva da individualização, é a ideia da generalização do princípio da competência em todos os níveis da vida social, o que faz do êxito social um dos grandes pilares deste novo tipo de sociedade. O indivíduo deve, pois, constantemente, inclusive em contexto de crise socioeconômica quando obviamente utiliza uma clínica particular de baixo custo, preencher as lacunas de acesso aos serviços de saúde ou substituí-las. Isso fica mais evidente dada a inconsistência posicional dos indivíduos, assim como a maneira particular com que as mesmas clínicas ganham espaço na gestão de suas vidas. O indivíduo é obrigado a enfrentar diversas contingências de maneira profundamente pessoal, inclusive quando recorre a certos repertórios institucionais ou redes sociais em contextos de crise socioeconômica. É a

partir daqui que, progressivamente, uns e outros atravessam seus caminhos: procuram apoio; encontram ou não insumos nas instituições; enfrentam estereótipos de identidade e são marcados e desmarcados das pressões do seu papel.

Desta forma, como é possível apreciar nas histórias já expostas, observa-se, por um lado, um conjunto de valorizações do indivíduo, um desprezo progressivo pelo relacionamento estabelecido com as normas institucionais, em virtude dos significados associados à gestão de suas vidas. E, por outro lado, há uma desconfiança em relação ao coletivo e aos "outros" em geral. Existem poucos casos em que é possível recorrer ao bairro, à comunidade ou o Estado para resolver os problemas que os afligem. Em outras palavras, as ações realizadas pelos indivíduos, sejam elas nas redes sociais ou nos casos de natureza institucional, são ações que carregam uma rejeição: o que é valorizado é o confronto individual, e acima de tudo privado, de problemas socioeconômicos ou de saúde.

No fundo, mais do que um individualismo institucional, o que é observável é uma individualização social. É a partir da sociabilidade, e graças às suas habilidades relacionais, que o indivíduo assume a sua existência e afirmam cotidianamente suas possibilidades. O usuário estrutura-se a partir da vida social, na sua dinâmica e nas suas trocas. É uma situação que socialmente produz um indivíduo que tem que se responsabilizar por si mesmo de uma maneira particular, contando constantemente, dado o tempo de trabalho das instituições, com suas relações interpessoais. Assim, o indivíduo é um indivíduo relacional, como vimos por diferentes perspectivas (ascensão social, inconsistência posicional, a centralidade das redes de influência, a especificidade do papel de suporte da família, o trabalho e o consumo), e a dimensão relacional é vivida como um recurso básico, embora submetida a fortes tensões e contradições. O indivíduo deve se perceber como um elo relacional e se constituir como um produtor de relacionamentos. É neste sistema de produção de si mesmo que a sua possibilidade social é desempenhada: desvendar situações assimétricas de poder, enfrentar os labirintos e caprichos das instituições e buscar oportunidades em meio às formas sociais líquidas e transitórias.

Ao apresentar os dados e os resultados, não só o fiz como alusão às entrevistas, como também na tentativa de trazer o leitor para perto de Heliópolis, para aproximá-lo das minhas vivências na favela e de como eu as compreendi e interpretei. Desse modo, naquela parte do texto, ora faço descrições detalhadas de Heliópolis, ora faço

interpretações de fatos, acontecimentos ou falas dos entrevistados. Entre as muitas dificuldades para situar o tema da trajetória dos indivíduos nas clínicas médicas de baixo custo, especialmente na temática das relações entre o público e o privado no sistema brasileiro de saúde, destacam-se: o desencaixe temporal dos processos de privatização que estruturam o cenário de pluralismo mercantil na assistência à saúde e o esvaziamento dos conteúdos históricos das políticas públicas entre o estado e o mercado. Os constrangimentos gerados, especialmente quando contextualizados no novo ciclo de crescimento econômico e da mobilidade social nos anos 2000, inclinam as tendências e os prognósticos do segmento institucional da saúde privada, ditada pelas novas necessidades de consumo e acessos fragmentados aos serviços de saúde.

Nesse sentido, é significativo observar que as clínicas médicas de baixo custo fazem atendimentos de média e baixa complexidade, o que amplia a substituição da hierarquização em níveis de complexidade assistencial por arranjos de atendimentos médicos particulares. Em tal perspectiva, a capacidade regulatória estatal não existe, mas se daria principalmente pelo controle indireto da maior parte dos serviços de saúde públicos e da produção de insumos.

Pouca atenção tem sido conferida às mudanças sociais contemporâneas e ao tecido social que confere mudanças radicais à busca do(a)s usuário(a)s por atendimento clínico e laboratorial, quando se imputa aos processos de privatização na saúde total dependência de tendências e agentes internacionais. Dizer que o crescimento econômico deve-se à conjuntura econômica mundial, ainda que espúria, e estabelecer uma relação causal entre este e os movimentos setoriais, provoca menos sensibilidades do que considerar os diversos tipos de intermediários e intermediações que as traduzem e reinterpretam em solo nacional.

A favela de Heliópolis, que inicialmente foi organizada em torno da luta por moradia, vive um momento de crescimento e desenvolvimento do território, sobrepondo demandas sociais, agentes organizadores e disputas de poder que tornam a complexidade do espaço social ainda mais fascinante. Concluí que o espaço de Heliópolis é organizado a partir da multidimensionalidade de ordem urbana, política, cultural e mercadológica, que me levou a entender que não é possível reduzir a favela à precariedade, ainda que se faça presente nesse espaço.

Essa heterogeneidade encontrada em Heliópolis me fez perceber que a imagem da favela como espaço estático, que visto de longe parece estar esquecido pelo poder público, pela cidade e pela sociedade, não condiz com a realidade. A favela de

Heliópolis é um espaço em constante movimento, não só de pessoas e objetos, mas também destas heterogeneidades que, a todo o momento, se complementam, se sobrepõem, se modificam, se contradizem.

Contudo, essa heterogeneidade encontrada se limita ao contexto de uma favela como Heliópolis: bem localizada, com alta densidade populacional, infraestrutura urbana básica, diferentes movimentos sociais ativos, acesso a transportes públicos, mercado interno desenvolvido. Provavelmente, esse é um contexto “privilegiado” entre as favelas paulistanas. Acredito que, em outras favelas, questões de necessidades básicas se fazem tão latentes ainda que o espaço acabe sendo organizado em torno delas. Ademais, Heliópolis tem um histórico de luta social intensa, que pode não ser encontrado em outras favelas.

Assim, ao escrever as últimas palavras deste documento que parece ter um peso tão grande ao ser chamado tese, concluo que, mais importante que o texto em si, foi a trajetória até aqui percorrida. Logo no início, a participação no grupo de pesquisa “Teoria Social, Mudanças Contemporâneas e Saúde” possibilitou o acesso a leituras, conversas, discussões e debates e que me inquietavam. Como afirma Ianni (2012), problematizar as questões envolvidas nos processos de individualização e de crise das instituições políticas modernas é, nesse momento, crucial, pois elas condicionam e determinam a produção da saúde em sentido amplo e no campo da Saúde Pública, em particular. “Nesse sentido, cresce o interesse pela temática da proteção social, não aquela do sistema de seguridade social, ou da sua sustentabilidade econômico-financeira, etc., mas o que pode vir a ser proteção social hoje, para pessoas que vivem num contexto de individualização crescente do corpo social em um mundo de inseguranças autoproduzidas, e qual deve ou pode ser o papel da Saúde Pública nesse novo contexto” (IANNI, 2012, p. 170).

Sobre a perspectiva do grupo gostaria de destacar que a existência de um conjunto comum de questões não é apenas uma estratégia de pesquisa, é também uma aposta política. O é porque, diante da crescente fragmentação da sociedade em grupos religiosos, étnicos, de classe, gênero ou de idade, defende a ideia de uma comunidade de experiências além de todas essas clivagens. A evidência e a comunidade de experiências em que se baseia não se deduzem do que é comumente entendido pela “política”, mas, pelo contrário, procuram redefinir a política no calor da experiência.

Nesse sentido, a perspectiva da sociologia da individualização deve coparticipar no trabalho de produção de novos entendimentos no campo da Saúde Coletiva e de

conceitos capazes, por um lado, de afirmar o horizonte de unidade de uma sociedade, e por outro, de desvelar o conflito entre os indivíduos. A perspectiva da individualização é uma tentativa nessa direção; uma direção que permita compreender os desafios que nos convocam e, apesar de tudo, que nos diferencia e desigual, introduzindo assim, um debate político de nova natureza.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ALVES, J. Clínicas particulares de baixo custo ganham espaço na crise econômica. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 31 jul. 2017. Notícias.

ALVES, T. Dr. Consulta: uma revolução no setor da saúde. **Época: Negócios**, Rio de Janeiro, Set. 2016. Caminhos para o Futuro. Saúde.

ARAÚJO, K.; MARTUCCELLI, D. “La inconsistência posicional: um nuevo concepto sobre la estratificación social”, **Revista Cepal**, nº 103, abril, p. 165-178, 2011.

ARENDRT, H. Origens do totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ARROW, K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **American Economic Review**, Pittsburgh, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

ANCONA LOPES, T. **Responsabilidade Civil na Sociedade de Risco**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos de saúde (2003-2013)**. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2013. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informatica_06_2012.pdf. Acesso em: 04 dez 2015.

ARRETICHE, M. (Org.) **Trajetórias das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. 1. Ed. São Paulo: Editora Unesp; CEM, 2015.

ASPEN NETWORK OF DEVELOPMENT ENTREPRENEURS; LGT VP; QUINTESSA PARTNERS. **Mapping the Impact Investing Sector in Brazil: Summary of findings**. S.l., 2014. Disponível em: http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/pubs/ImpactInvestingStudy_FINAL_VERSION_ENGLISH.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BAHIA, L. **Risco seguro e assistência suplementar no Brasil**. Texto base. 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/operacao_sistema/FF1.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2015

BAHIA, L. Saúde em banho maria. In: MAGALHÃES, J. P. A. et al. **Os anos Lula**: contribuições para um balanço crítico, 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 351-368.

BALMANT, O. Médicos do Sírio e do Einstein abrem clínica particular em Heliópolis. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 22 jul. 2012. Notícias.

BANKS-LOUE, S. How a small clinic is having a big impact on healthcare in Brazil. **Forbes**, 26 set. 2017. BrandVoice. Disponível em: <<https://www.forbes.com/sites/oracle/2017/09/26/how-a-small-clinic-is-having-a-big-impact-on-healthcare-in-brazil/#689870fa3ab5>>. Acesso em: set. de 2017.

BAUDELAIRE, C. **Poesia e Prosa**. São Paulo: Editora Nova Aguilar S. A, 1995.

BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Zahar, 2008a.

_____. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008b.

BECK, U. A reinvenção da política. In: BECK, U.; GUIDDENS, A.; LASH, S. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora UNESP, 1997. p. 11-87.

_____. **Un nuevo mundo feliz**: La precariedad del trabajo en la era de la globalización. Barcelona: Ed. Paidós, 2007.

_____. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo, Editora 34, 2010.

BECK, U; BECK-GERNSHEIM, E. **Individualization**: Institutionalized individualism and its social and political consequences. Newbury Park: Sage, 2001.

BERGAMASCO, D. Doutores da periferia: como o administrador Thomaz Srougi criou, a partir da favela de Heliópolis, uma rede de clínicas com consultas a 80 reais. **Veja SP**, São Paulo, 14 nov. 2014. Cidades. Disponível em: <<https://vejasp.abril.com.br/cidades/thomaz-srougi-clinica-medica/>>. Acesso em: ago. 2014.

BERMAN, M. **Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BIRN, E. A.; BROWN, T. M. **Comrades in Health**: U.S. Health Internationalists, Abroad and at Home. Rutgers University Press, 2013.

BIRN, A. E. **Philanthrocapitalism, past and present**: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda. Hypothesis, 2014.

BOCH, J., ROTONDARO, A., MEYNHARDT, T. **Dr.Consulta - The Entrepreneurial Challenges of Impact Investing in Healthcare for the Base of the Pyramid in Brazil**. Impact Investing, 2014. Disponível em: <<http://www.impactinvesting.com.br/#!casestudies/c11q>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORINI, G. Por que tecnologia não foi o primeiro foco da rede Dr. Consulta. **ITForum365**, S.l., 17 out. 2017. Startups.

BRAGA, R. **A política do precariado**: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boitempo, 2012.

BRASIL. SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS. **Cartilha Vozes da Classe Média**. Brasil, 2012.

BRASIL. MPF – Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. GT-Saúde. **Nota técnica nº8/2016**, de 13 de Outubro de 2016. ADI 5435 – Art. 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015 – Conversão da Medida Provisória nº 656/2014. Brasília, 2016.

CAMBRICOLI, F. ‘Órfãos’ dos planos lotam clínica popular. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 12 jun. 2016. Notícias.

CARDOSO, F. H.; SINGER, P.; CAMARGO, C. P.; KOWARICK, L. Cultura e participação na cidade de São Paulo. **Cadernos CEBRAP**, n. 14, São Paulo, 1973.

CASTEL, R. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 9. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

COHN, A.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K. A. De como PSF entrecruza as dimensões públicas e privada da vida social. COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS**: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 141-167.

COHN, A. Saúde e Desenvolvimento Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 41-47, 2009.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 8, n. 1, p. 09-18, 2003.

COMINI, G.; BARKI, E.; AGUIAR, L. T. O novo campo dos negócios com impacto social. In: IZZO, D. et al. **Negócios com impacto social no Brasil**. São Paulo: Editora Peirópolis, 2013. p. 41-64.

CREDIT SUISSE AG RESEARCH INSTITUTE. **Investing for Impact: How social entrepreneurship is redefining the meaning of return**. Geneva: Credit Suisse, 2012. Disponível em: < http://www3.weforum.org/docs/WEF_investing_for_impact.pdf >. Acesso em: 19 mar. 2015.

CUNHA, N. V.; FELTRAN, G. S. (Org.) **Sobre periferias**: novos conflitos no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Lamparina: FAPERJ, 2013.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, B. P. C.; SILVEIRA, F. G.; BERTASSO, B.; MAGALHES, L. C. F.; SERVO, L. M. S. As Pesquisas de Orçamentos Familiares no Brasil. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; ALMEIDA, T.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Ipea: Brasília, v. 2, 2007.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, E. (Org.) **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, p. 103-115, 1994.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOUGLAS, M. O mundo dos bens, vinte anos depois. **Revista Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 17-32, dez. 2007.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais do Regime militar brasileiro: 1964/84. In: SOARES, G. A. D.; D'ARAUJO, M. C. (org.) **21 anos de regime militar: balanços e perspectivas**. Rio de Janeiro: FGV, 1994. p. 271-306.

DR.CONSULTA no programa Como Será? da rede globo. **Canal dr.consulta no Youtube**. 12 set. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ojIOGpwfTIs>>. Acesso em: set. de 2016.

EMIRBAYER, M. Manifesto for a relational sociology. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 103, n. 2, p. 281-317, 1997.

ENTREVISTA DR.ALEGRIA na rádio Heliópolis. Plano A. Soundcloud. 27 mar. 20105. Disponível em: <<https://soundcloud.com/planoapp/entrevista-dr-alegria-na-radio-heliopolis>>. Acesso em: ago. 2015.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

EVERS, T. Identidade: a face oculta dos movimentos sociais. **Novos estudos Cebrap**, São Paulo, n.4, abr. 1984.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FELTRAN, G. **Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo**. São Paulo: Editora Unesp: CEM: Cebrap, 2011.

FELTRAN, G. O Valor dos Pobres. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 495-512, Set./Dez. 2014.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Dominus, 1965.

FILGUEIRA, F. **Tipos de Welfare State y reformas sociales en América Latina: eficiência, residualismo y ciudadanía stratificada**, Seminário A Reforma da Administração pública no Brasil, 1999. www.inau.gub.uy/biblioteca/modelo%20figueroa.pdf. Acesso em: jan. 2017.

FONSECA, E. Entrevista com Thomaz Srougi. **Panorama Mercantil**, S.l., 18 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.panoramamercantil.com.br/sempre-questionei-o-papel-do-governo-thomaz-srougi-fundador-do-conjunto-de-clinicas-dr-consulta/>>. Acesso em: nov. 2015.

FONTENELLE, I. A. **O nome da marca: McDonald's, fetichismo e cultura descartável**. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. Prosumption: as novas articulações entre trabalho e consumo na reorganização do capital. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 51, n. 1, p. 83-91, jan/abr 2015.

GARCIA, Leila Posenato et al . Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1425-1434, May 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501425&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.07092014>.

GEORGES, I. Informalidades do Estado e dispositivos de ordenamento: uma abordagem territorial, setorial e comparativa, comunicação oral, In: Encontro Anual da ANPOCS, 38., 2014, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ANPOCS, 2014.

GEORGES, I.; SANTOS, I. G. **As 'novas' políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência: produção local do serviço e relações de gênero**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.

GLOBAL IMPACT INVESTING NETWORK, (2014). **Impact Investment Profile**. Disponível em: <<http://www.thegiin.org/cgi-bin/iowa/resources/profile/15.html>>. Acesso em: 5 mar. 2017:

GRABER, D. **Dívida: os primeiros 5.000 anos**. São Paulo: Três Estrelas, 2016.

GREENE, J. A.; LOSCALZO, J. Putting the Patient Back Together – Social, Medicine, Network Medicine, and the Limits of Reducionism. **New England Journal of Medicine** 377; 25 nejm.org. December 21, 2017.

GUIMARÃES, N. A. A procura de trabalho: uma boa janela para mirarmos as transformações recentes no mercado de trabalho? **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 93, p. 123-144, jul. 2012.

HERZOG, A. L. Os novos capitalistas. Com 46 bilhões de dólares nas mãos, uma nova geração de investidores criou uma fórmula para melhorar o mundo sem perder de vista o retorno financeiro. **Revista Exame**. Gestão/Sustentabilidade. 14 mai. 2014.

IANNI, A. M. Z. Biotecnologia e Saúde Pública: universalidade, equidade e autonomia. **BIS-Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 42, p. 22-24, ago. 2007.

_____. Entre o Biológico e o Social. Um Estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia 1990-2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 24-42, mar. 2008.

_____. **Mudanças sociais contemporâneas e saúde: um estudo sobre teoria social e Saúde Pública no Brasil**. Tese (Livre docência). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

_____. A política posta em questão: o sucesso do 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. **Saúde Soc**, São Paulo, v.24, supl.1, p.13-18, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Um panorama da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAPPE, A. **Las aventuras de la mercancia**. Logroño: Pepitas de calabaza, 2016.

JUNIOR, I. F. B.; FERREIRA, M. P.; SILVA, Z. P. Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 5-18, jul./dez. 2008.

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

KIMAKOWITZ, E.; LUCENA, L. (Org.). **Collection of Course Papers from Impact Investing: Redefining the Meaning of Return**, St. Gallen, 2015

KOWARICK, L. **Capitalismo e Marginalidade na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

_____. **A espoliação urbana**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil**. São Paulo: Editora 34, 2009.

LAGUNA, E. Ineficiência do sistema abre espaço a startups. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 14 out. 2016. Economia & Negócios.

LATOUR, B. **Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia**. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

LAZZARATO, M. **La Fabrique de l'homme endetté: essai sur la condition néolibérale**. Paris: Éditions Amsterdam, 2012.

LEME, A.; MARTINS, F.; HORNBERGER, K. **The state of impact investing in Latin America**. Bain & Company, 2014. Disponível em: <<http://www.bain.com/publications/articles/the-state-of-impact-investing-in-latin-america.aspx>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

LGT Venture Philanthropy, **Dr. Consulta neue Portfolio Organisation in Brasilien**. Zurich: LGT, 2014a. Disponível em: <<http://www.lgtvp.com/NewsCollection/News/2014/Dr-Consulta-new-portfolio-organization-inBrazil.aspx>>. Acesso em: 5 mar. 2017:

LGT Venture Philanthropy. **Call for Impact**. Zurich: LGT, 2014b. Disponível em: <http://www.lgtvp.com/lgt/files/87/87f7e9b4-4469-42eb-be7b-cd07339f8246.pdf>.

Acesso em: 5 mar. 2015:

LGT Venture Philanthropy. **LGT Venture Philanthropy: Portfolio Overview**. Zurich: LGT, 2014c. Disponível em:

<<http://www.lgtvp.com/lgt/files/ba/ba7f5d4f43fc45b6af5d-ad76766651c9.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2017:

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3. Ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

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

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

MARQUES, E. **Redes Sociais, Segregação e Pobreza**. São Paulo: Editora Unesp: Centro de Estudos da Metrópole, 2010.

MARQUES, E. Introdução – São Paulo: transformações, heterogeneidades, desigualdade. MARQUES, E. (Org.) **A metrópole de São Paulo no século XXI: espaços, heterogeneidades e desigualdades**. São Paulo: Editora Unesp, p. 1-17, 2015.

MARQUES, E.; BARBOSA, R. J.; PRATES, I. Transformações socioeconômicas e grupos sociais. In: MARQUES, E. (Org.) **A metrópole de São Paulo no século XXI: espaços, heterogeneidades e desigualdades**. São Paulo: Editora Unesp, p. 21-43, 2015.

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

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

MARTUCCELLI, D; SINGLY, F. de. **Las sociologias del individuo**. Santiago: LOM Ediciones, 2012.

MEIRELLES, R; ATHAYDE, C. **Um país chamado favela**. São Paulo: Editora Gente, 2014.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, A. N.; IANNI, A. M. Z.; FEUERWERKER, L. M. C. **Mudanças contemporâneas na economia, na sociedade e na produção da saúde**. Relatório Final - Fapesp - Processo nº 2011/50020-2. São Paulo, 2012.

MISSE, M. As ligações perigosas: mercado informal ilegal, narcotráfico e violência no Rio, **Contemporaneidade e Educação**, Salvador, v. 1, n. 2, p. 93-116, 1997.

NOGUEIRA, M. A. Bem mais que pós-moderno: poder, sociedade civil e democracia na modernidade periférica radicalizada. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 43, n. 1, p. 46-56, 2007.

OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia**: políticas de dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999. p. 55-81.

OLIVEIRA, F. Política numa era de indeterminação. In: OLIVEIRA, F.; RIZEK, C. S. (Org.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo, 2007.

OLIVEIRA, F. **Crítica à razão dualista**: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo, 2013.

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

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Health Observatory Data Repository**, Geneva, 2011b.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. **Corpo em evidência**. A ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

OST, S.; FLEURY, S. O mercado sobe o morro: a cidadania desce? Efeitos socioeconômicos da pacificação no Santa Marta. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 635-671, 2013.

PAUGAM, S. **L'exclusion, l'état des savoirs**. Paris: Éd. La Découverte, 1996.

POCHMANN, M. **O mito da grande classe média**: capitalismo e estrutura social. São Paulo: Boitempo, 2014.

POSTONE, M. **Tempo, trabalho e dominação social**: uma reinterpretação da teoria crítica de Marx. São Paulo: Boitempo, 2014.

RIFKIN, J. **Sociedade com custo marginal zero**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2016.

RITZER, G. **La McDonadización de la sociedad**: un análisis de la racionalización en la vida cotidiana. Barcelona: Editorial Aírel S. A., 1996.

RIZEK, C. S. Trabalho, moradia e cidade: zonas de indiferenciação? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 41-49, fev. 2012.

RIZEK, C. S. Faces do lulismo: políticas de cultura e cotidiano na periferia de São Paulo. In: SINGER, A.; LOUREIRO, I. **As contradições do lulismo**: a que ponto chegamos? (Org.) São Paulo: Boitempo, 2016. p. 185-219.

RODRIGUES, L. **Industrialização e atitudes operárias**. São Paulo, Difel, 1970.

SADER, E; PAOLI, M. C. Sobre 'classes populares' no pensamento sociológico brasileiro (Notas de leitura sobre acontecimentos recentes). In.: CARDOSO, R. C. L. (Org.) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. p. 39-65.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, L. G. **Politizar as novas tecnologias: o impacto sociotécnico da informação digital e genética**. São Paulo: Ed. 34, 2011.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. 5. Ed. São Paulo: Edusp, 2014.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto: Afrontamento, 1994.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

SHELLER, F. Com aportes de R\$300 milhões, Dr. Consulta prepara forte expansão. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 26 out. 2017. Economia & Negócios.

SCHWAB FOUNDATION FOR SOCIAL ENTREPRENEURSHIP. **Social Investment Manual: an introduction for social entrepreneurs**. Geneva: Schwab Foundation for Social Entrepreneurship, 2011. Disponível em: <<http://www.schwabfound.org/content/social-investment-manual>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**. Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio/São Paulo, Record, 1999.

SENNETT, R. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio G. (Org.). **O fenômeno urbano**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

SIMMEL, G. **Filosofia del dinero**. Albolote: Comares, 2003.

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

SOUZA, J. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

_____. **Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora?** 2. Ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

TEIXEIRA, C. F. e PAIM, J. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.29, n. 71, p. 288-283, 2005.

TEIXEIRA, F. S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: _____. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editor, 1989. p. 17-46.

TELLES, V. da S. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina (Org.) **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, p. 43-53, 1994.

THOMAZ SROUGI: the case of Dr. Consulta. **Canal University of St. Gallen Hub São Paulo no Youtube**. 19 maio 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=s36p2jp42-Q>>. Acesso em: maio 2015.

TOURAINÉ, A. Industrialisation et Conscience Ouvrière à São Paulo, **Sociologie du Travail**, Paris, v. 3, n. 4, out-dez. 1961.

VAN VELSEN, J. A análise situacional e o método de estudo de caso detalhado. In: BELA FELDMAN-BIANCO (org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010. p. 437-468.

VASCONCELOS, I. F. G. G.; ALVES, M. A.; PESQUEUX, Y. Responsabilidade social corporativa e desenvolvimento sustentável: olhares habermasianos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 148-152, 2012.

VELAZCO, D & TOMMASI, L. A produção de um novo regime discursivo sobre as favelas cariocas e as muitas faces do empreendedorismo de base comunitária. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, São Paulo, n. 56, p. 15-42, 2013.

VIACAVA, F. 2010. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 96, p. 12-19, ago. 2010.

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

WAHL, W. **The rise and fall of the Welfare State**. London: Pluto Press, 2011.

WAGSTAFF, A, VAN DOORSLAER, E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. 10.1002/hec.776 **Health Econ.**;12(11): 921-934. 2003.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis - Methods and Applications**. Structural Analysis in the social sciences. v. 8. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.