

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIVIANE GONÇALVES BARROSO

**TEORIA DA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO EM SAÚDE EM
UM SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

BELO HORIZONTE

2017

VIVIANE GONÇALVES BARROSO

**TEORIA DA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO EM SAÚDE EM
UM SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Escola de Enfermagem da UFMG – Doutorado.

Orientadora: Prof.^a Cláudia Maria de Mattos Penna
Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão
dos serviços de saúde e Enfermagem

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Barroso, Viviane Gonçalves

Teoria da construção do vínculo em saúde em um serviço de saúde suplementar
[manuscrito] / Viviane Gonçalves Barroso. - 2017.

148 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Vínculo. 2.Saúde da Família. 3.Sentimentos. 4.Enfermagem. I.Penna, Cláudia
Maria de Mattos. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Tese intitulada “TEORIA DA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO EM SAÚDE EM UM SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR”, de autoria da doutoranda Viviane Gonçalves Barroso, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna
Esc.Enf/UFMG
Orientadora

Prof. Dr^a. Rosane Gonçalves Nitschke
UFSC
Examinadora

Prof. Dr^a. Sônia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá
Examinadora

Prof. Dr^a. Marília Alves
Esc.Enf/UFMG
Examinadora

Prof. Dr^a. Maria José Menezes Brito
Esc.Enf/UFMG
Examinadora

Belo Horizonte, 24 de Maio de 2017.

Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte, MG - 30130-100 – Brasil.
Tel.: (031) 3409-9836 - Fax: (31) 3409-9853

Dedico esta tese a todos aqueles que constituem a minha família, no seu sentido amplo. Se fazem parte dela, é porque estabeleço, com cada um, uma relação de amor.

AGRADECIMENTOS

Quem sou? Que caminhos trilhei? Para onde ainda quero ir?

Esta tese apresenta-me novos caminhos, mostra por onde andei, é um pouco de mim e um tanto de muitos.

Cláudia

Agradeço pela “liberdade orientada”, pela firmeza no direcionamento do caminho e por presentear-me com um referencial metodológico tão coerente com o meu jeito de ser.

Participantes da CASSI

Agradeço pelas relações que estabelecemos. Foram breves, mas intensas e cheias de vitalidade. Sem vocês eu não poderia descobrir tantos tesouros.

Gestores e colaboradores da CASSI

Cada um de vocês está, de certa forma, nesta tese. Por relações estabelecidas, atos de gestão, reuniões intermináveis, atendimentos realizados, palavras enunciadas. Aos que estiveram mais próximos de mim, agradeço por tornarem possíveis as ausências, pelo apoio cotidiano e por compreenderem, por vezes, o meu cansaço.

É fundamental registrar os incentivos formais do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado e Doutorado oferecido pela CASSI.

Pai e Mãe

Agradeço por serem porto seguro, por confiarem no êxito dos meus propósitos e pelas orações. O amor de vocês alcança-me onde estou.

Meu “Anjo”

Agradeço por estar aqui, ao lado, de tantas formas. Oásis nos momentos de deserto. Obrigada pelo afeto, pelo cuidado, pela escuta, pelas ideias.

“Tente, sempre, não se afobar.
Receba o que a vida te der.
Entenda que tudo passa, tudo melhora.
Dê tempo, ao tempo.
Peça a Deus força para dar conta de tudo aquilo que vier.
Tudo passa. Tudo melhora.
E o que é bom fica, mesmo que na memória.”

Vovó Antonieta – Abril de 2012 – Aos 93 anos

Quantas vezes olhei sem notar o tamanho do tesouro que havia. Que o conteúdo apresentado nesta tese possa tornar as relações mais afetuosas, eliminar as distâncias e promover uma vida melhor para todos.

RESUMO

A produção científica tem acompanhado o movimento de valorização da abordagem integral e da subjetividade, no enfrentamento do reducionismo aos aspectos biológicos da doença, e da lógica e dos efeitos da sociedade de consumo, que alcançaram o campo da saúde. Neste sentido, o vínculo constitui-se como fenômeno que relaciona-se aos aspectos subjetivos que contribuem para a adesão ao cuidado. Defendeu-se a tese de que o vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial, passando por aspectos sociais, organizacionais, técnicos e subjetivos, e que apresenta singularidades pertinentes ao Sistema de Saúde Suplementar, mesmo que possam ser replicáveis. O objetivo deste estudo foi desenvolver teorização sobre a construção do vínculo em saúde, na perspectiva dos participantes, em um serviço de Saúde Suplementar. Orientada pelo Modelo de Atenção Integral e pela Estratégia de Saúde da Família, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), desenvolve experiência na Saúde Suplementar brasileira e constituiu-se como instituição privilegiada para a investigação. Foram entrevistados 33 participantes, com idade entre 19 e 97 anos, entre homens e mulheres, caracterizados como vinculados e atendidos pelos serviços próprios da CASSI nas localidades de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Uberlândia e Uberaba, no Estado de Minas Gerais. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o Interacionismo Simbólico foram os referenciais metodológico e teórico do estudo qualitativo realizado. A Teoria da construção do vínculo em saúde, resultado deste estudo, foi constituída a partir de conceitos e subconceitos, organizados em categorias e subcategorias. A primeira categoria, nomeada Pertencimento, trata das referências que levam à confiança na instituição cuidadora, que influenciam, *a priori*, a procura e as interações de cuidado nos serviços. A segunda, nomeada Acolhimento, aborda a confiança no serviço, que decorre da disponibilidade para o atendimento e das respostas obtidas. A confiança no serviço retroalimenta a confiança instituição cuidadora e potencializa a confiança no cuidado. A terceira categoria, Cuidado em Ato, resulta da articulação de atributos pessoais e técnicos à forma orientada e estruturada do fazer nos serviços, que leva à confiança no cuidado e retroalimenta a confiança nos serviços e na instituição cuidadora. Os conceitos que tratam das relações que levam ao estabelecimento do vínculo não se articulam de forma linear. Foram evidenciados subsídios que podem

contribuir para a reorientação da organização da proposta assistencial e das práticas de saúde. Ressaltam-se elementos descritos ligados ao cenário conjuntural da realidade estudada, diferenciando-se do setor público. Os resultados levam a reflexões que suscitam novas hipóteses que complemente ou reforcem o enredo apresentado.

Palavras chave:

Vínculo. Sentimentos. Enfermagem. Saúde da Família. Saúde Suplementar. Teoria Fundamentada nos Dados.

ABSTRACT

The scientific production has accompanied the movement of valorization of the integral approach and the subjectivity, in the confrontation of the reductionism to the biological aspects of the disease, and of the logic and effects of the society of consumption, that reached the health field. In this sense, the bond is a phenomenon that is related to the subjective aspects that contribute to adherence to care. It was defended the thesis that the link in the health services is built in a relational process that occurs in a multifactorial way, through social, organizational, technical and subjective aspects, and that presents singularities pertinent to the Supplementary Health System, even though Can be replicated. The objective of this study was to develop theorization about the construction of the link in health, from the perspective of the participants, in a Supplementary Health service. Guided by the Comprehensive Care Model and the Family Health Strategy, the Bank of Brazil Staff Assistance (CASSI) develops experience in Brazilian Supplementary Health and has established itself as a privileged institution for research. Thirty-three participants, aged between 19 and 97 years, were interviewed, both men and women, who were identified as being tied to CASSI's services in Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Uberlândia and Uberaba, in the State of Minas Gerais. The Grounded Theory and Symbolic Interactionism were the methodological and theoretical references of the qualitative study. The Theory of the construction of the bond in health, result of this study, was constituted from concepts and subconceptions, organized into categories and subcategories. The first category, named Belonging, deals with the references that lead to trust in the care institution, which a priori influence the demand and care interactions in the services. The second, named Reception, addresses the trust in the service, which stems from the availability to the service and the answers obtained. The trust in the service feeds the trusted care institution and enhances trust in care. The third category, Care in Act, results from the articulation of personal and technical attributes to the oriented and structured way of doing in services, which leads to trust in care and feeds confidence in services and the care institution. The concepts that deal with the relations that lead to the establishment of the bond are not articulated in a linear way. It was evidenced subsidies that can contribute to the reorientation of the organization of the assistance proposal and the health practices. We highlight

elements described related to the conjunctural scenario of the reality studied, differing from the public sector. The results lead to reflections that raise new hypotheses that complement or reinforce the presented plot.

Keywords: Attachment. Emotions. Nursing. Family Health. Supplemental Health. Grounded Theory.

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS – Atenção Primária em Saúde

BB – Banco do Brasil

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CEASP – Centro de Assistência ao Pessoal

CPS – Controle Periódico de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IS – Interacionismo Simbólico

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

LISTA DE FIGURAS

A	28
1	46
2	54
3	67
4	72
5	81
6	82
7	90
8	94
9	95
10	115
11	117

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	27
2.1 O Interacionismo Simbólico	27
2.2 A Teoria Fundamentada nos Dados.....	30
2.3 Delineamento da pesquisa.....	32
2.3.1 Cenário da pesquisa.....	32
2.3.2 Participantes da pesquisa.....	35
2.3.3 Métodos de coletas de dados	40
2.3.4 Análise de dados	42
2.3.5 Aspectos éticos	44
3 CONSTITUIÇÕES DE CONCEITOS PARA UMA TEORIA SOBRE VÍNCULO	44
3.1 Categoria Pertencimento – “A CASSI é um pedaço do Banco, um pedaço da gente.”	44
3.2 Categoria Acolhimento – “Eu acho que ser atendido, ter resposta... Ter a minha resposta, ter uma resposta assertiva.”	53
3.3 Categoria Cuidado em Ato – “(...) fazendo uma trilha, de fora pra dentro. E quando eu estiver olhando dentro do serviço, colher os resultados, a partir daquilo que está sendo feito.”	80
3.4 Teoria da construção do vínculo em saúde	114
4 DISCUSSÕES E REVISÃO DA LITERATURA.....	118
4.1 Sobre a categoria Pertencimento.....	118
4.2 Sobre a categoria Acolhimento	121
4.3 Sobre a categoria Cuidado em Ato	124
4.4 Sobre a Teoria da construção do vínculo em saúde.....	130
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES.....	147

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da saúde ocidental tem sido marcado, desde o surgimento da medicina científica moderna, em meados do século XIX, por um forte reducionismo aos aspectos biológicos da doença. Isto levou à valorização do diagnóstico e do tratamento, intensificou a busca pelas causas das doenças e a crença nas tecnologias, distanciando o sujeito do cuidado.

A valorização das experiências e dos contextos de vida no cuidado de saúde foi substituída pela investigação e pelo debate sobre as causas e os tratamentos dos fenômenos patológicos, o que gerou a desvalorização da subjetividade. A construção de saberes e as práticas dos profissionais desviaram-se dos sujeitos em direção à doença, reduzindo-se a visão sistêmica global, a atenção à subjetividade e aos fatores relacionais e socioculturais necessários ao cuidado (SEPPILLI, 2011).

Entretanto, a partir de experiências no campo da promoção da saúde, entre outras, na década de 1970, foi divulgado no Canadá o Relatório Lalonde, que chamou a atenção para a importância do ambiente e para a mudança de comportamentos nos processos de saúde-doença. Retomaram-se os princípios e as práticas de cuidado focadas na abordagem integral do sujeito, considerando a determinação social da doença e as dinâmicas psíquica e subjetiva como intermediadoras entre a esfera relacional e a biológica.

Tornou-se cada vez mais importante o desenvolvimento de estudos que considerassem as culturas científicas e humanísticas e os contextos biológico e histórico-social, em direção às construções empíricas e interpretativas sistêmicas (SEPPILLI, 2011).

A teorização realizada desde as experiências de cuidado que valorizaram a promoção da saúde, o contexto de vida e a subjetividade trouxe contribuições importantes para a reorientação da prática dos profissionais e para a organização dos serviços de saúde.

A identificação e a socialização de resultados, alguns pontuais, e outros sistêmicos, em várias partes do mundo, obtidos como consequência da reorientação do foco de abordagem e da forma de atuação dos profissionais de saúde, têm mobilizado gestores a assumir o propósito de analisar o cotidiano do cuidado, considerando as lacunas existentes, sejam culturais, organizacionais ou outras.

Os caminhos percorridos pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), que pertence ao segmento de autogestão na Saúde Suplementar brasileira, guardam estreita semelhança com o percurso apresentado anteriormente, do desenvolvimento da saúde ocidental.

A CASSI, instituição estudada nesta tese, pautou, por longo período, a organização do seu sistema de serviços de saúde na prestação da assistência focada no diagnóstico e no tratamento da doença. Posteriormente, mediante influências externas e internas, adotou a Atenção Primária em Saúde (APS) como organizadora do sistema, o que vem ocorrendo até os dias de hoje, com diferentes limitadores e importantes avanços.

Com a finalidade de facilitar a compreensão acerca do contexto no qual está inserida a CASSI serão apresentadas, na sequência, informações sobre a Saúde Suplementar brasileira.

A Saúde Suplementar no Brasil foi organizada, desde as primeiras experiências, de forma paralela ao sistema público de saúde, ora com aproximações e maior dependência do serviço estatal, ora com distanciamento do ideário e das políticas públicas. A assistência à saúde ofertada modificou-se, no decorrer do tempo, acompanhando mudanças sociais, relações de trabalho e políticas públicas. Não existe consenso, na literatura, sobre o termo a ser utilizado para designar o setor, sendo comuns a Assistência Médica Suplementar e Atenção Médica Supletiva.

As primeiras configurações do setor são identificadas em 1923, com a Lei Eloy Chaves e a constituição do Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com financiamento tripartite (empregados, empresas e governo), que garantia benefícios como a assistência médica.

Na década de 1940, as Caixas de Assistência e, também, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) constituídos, posteriormente, compravam, basicamente, a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares. Foi em 1944 que ocorreu a criação da CASSI (BRASIL, 2011).

Durante quase 20 anos, de 1940 a 1960, os benefícios assistenciais decorrentes da vinculação às CAPs e aos IAPs eram, praticamente, os únicos, e beneficiavam parte dos trabalhadores formais (UNIDAS, 2005).

A década de 1960, no Brasil, foi marcada pela retomada de investimentos em saúde e pelas primeiras iniciativas privadas na constituição de experiências similares aos planos de saúde, dependentes do setor público para a cobertura de grande parte dos procedimentos.

Segundo Farias e Melamed (2003), desde a década de 1960, era possível observar a formação de empresas médicas com características similares às aquelas do setor supletivo de assistência à saúde. Até o final da década de 1970 essas empresas tinham uma clientela pequena e mantinham alto grau de dependência em relação ao sistema público, estando fortemente influenciadas pelo modelo de assistência médica previdenciária.

Tal dependência, entretanto, foi reduzida devido ao enfraquecimento das relações entre os setores público e privado, o que forçou a iniciativa privada a estruturar-se, ao longo do tempo, em especial na década de 1980, dando origem ao sistema de Saúde Suplementar no Brasil (UNIDAS, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, seguida de sua regulamentação, apresentou, ainda que não esperado, um avanço em cobertura na Saúde Suplementar no Brasil. A proposta de universalização da assistência não veio acompanhada dos investimentos e da qualidade assistencial e do acesso esperados, o que contribuiu para o aumento da procura pelos planos de saúde privados, bem como para a ampliação dos planos empresariais. Esse fenômeno ficou conhecido como “universalização excludente”, que acompanhou, também, o processo neoliberal no Brasil (MALTA, 2004).

Segundo Malta (2004), a política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante; de outro, obedecendo às tendências do projeto neoliberal, as práticas caracterizadas pela exclusão social e pela redução de verbas públicas.

O rápido crescimento do referido sistema não permitiu o adequado monitoramento do funcionamento pelo Estado, desprovido de instâncias de controle social e fiscalização de ações e políticas. A regulamentação do setor, entretanto, iniciou-se em 1998, mediante a Lei nº 9.656, de 1998, e aprofundou-se com a Lei nº 9.661, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A regulamentação evidencia a relevância dos planos e seguros privados como segmento do Sistema de Saúde. Muito se aprimorou, desde então, na perspectiva

da regulamentação do setor, ainda que existam desafios importantes (BRASIL, 1998; 2000).

Quando consideramos o cenário internacional, a experiência brasileira na Saúde Suplementar, construída ao longo de décadas, aproxima-se, entre outras realidades mundiais, daquela da Inglaterra e da França, que possuem como ponto marcante a coexistência dos setores público e privado. Como no Brasil, o financiamento da saúde pública é baseado em recursos fiscais, e o cuidado é realizado por prestadores públicos, sendo permitida a atuação da iniciativa privada de forma suplementar, para garantir autonomia das pessoas na escolha (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

De forma semelhante ao modelo brasileiro e ao inglês, no que diz respeito aos recursos fiscais, o modelo canadense difere em relação aos profissionais no sistema público de saúde, já que a assistência é oferecida por prestadores privados. O acesso aos planos privados é garantido por coberturas diferenciadas daquelas oferecidas pelo setor público.

Com diretrizes distintas do formato brasileiro, o modelo alemão caracteriza-se pela atuação privada restrita àqueles que desejam abrir mão da assistência prestada pelo setor público, o que é feito por solicitação formal. Já no modelo norte-americano, a assistência privada é realizada, predominantemente, por meio dos seguros de saúde. O serviço público atende aos idosos e aos carentes em condições de urgência e emergência (FARIAS; MELAMED, 2003).

Retomando o contexto brasileiro, é importante salientar características inerentes ao Sistema Suplementar, no que diz respeito à sua constituição. O setor é formado por empresas (operadoras), organizadas, em sua maioria, em um segmento comercial (medicina de grupo, seguradoras e cooperativas) ou não (autogestão) (UNIDAS, 2005).

Considerando a aplicabilidade do conteúdo nesta tese, a modalidade da autogestão destina-se a empregados ativos, aposentados, pensionistas e seus dependentes, participantes de empresas, associações, sindicatos, fundações, caixas de assistência ou entidades de classes profissionais. Trata-se dos planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o subsegmento não comercial do mercado de planos de saúde. Esse grupo é heterogêneo, incluindo as grandes indústrias de transformação, entidades sindicais, empresas públicas e até empresas com pequeno número de associados. A entidade representativa do

setor, atualmente, é a Unidade Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (MALTA e ALZIRA, 2008; BAHIA, 2001).

As empresas de autogestão podem administrar ou contratar terceiros para administrar os programas de assistência à saúde. Na maior parte dos casos, os custos são divididos com os beneficiários, de forma proporcional ao salário, com desconto em folha de pagamento.

A abrangência e a qualidade da assistência à saúde têm sido amplas nesta modalidade, existindo a possibilidade de implementação de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde voltados para as características e necessidades da população assistida. Trata-se de priorizar os beneficiários nas decisões, com atenção integral e preventiva, e da possibilidade de realizar gestão conjunta da assistência à saúde e da medicina do trabalho, uma vez que existe, também, relação ocupacional. A oferta de programas de atenção à saúde decorrente das condições de risco, com priorização de ações, está presente e é possível pelo conhecimento do perfil de adoecimento da população (UNIDAS, 2005).

É relevante, neste contexto, a percepção da relação entre o público e o privado na saúde, no que se refere ao modelo assistencial, em especial no segmento da autogestão. A ação cuidadora, uma vez que existe responsabilidade pelo cuidado de saúde, implica a adoção de mecanismos de responsabilização, por parte da operadora e dos produtores de serviços, na realização de cuidados específicos, em ação integral, na qual não ocorrem a interrupção e a segmentação do cuidado (MALTA *et al.*, 2004).

A autogestão apresenta condições de organizar o sistema considerando características específicas, no que diz respeito ao cuidado de saúde dos participantes e, em alguns casos, atua de forma semelhante ao preconizado pelo Sistema Único de Saúde, quando se observam algumas diretrizes, como a regionalização e a hierarquização do acesso. Um outro exemplo de aproximação é a escolha da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como organizadora da assistência, o que é realizado, também, pela CASSI.

A síntese registrada na sequência, referente ao percurso realizado pela CASSI na Saúde Suplementar, foi construída com base em informações disponíveis no site da CASSI sobre a história da instituição, e no conjunto de documentos internos que orientam a organização dos serviços próprios, além de existirem

conteúdos apropriados pela pesquisadora no decorrer dos mais de 15 anos de atuação na instituição.

A CASSI, fundada na década de 1940, sempre se configurou como uma das maiores operadoras de autogestão em saúde do Brasil, com, aproximadamente, 800 mil participantes, atualmente. Foi fundada por um grupo de funcionários do Banco do Brasil (BB), com o objetivo de arrecadar recursos financeiros para o ressarcimento de despesas de saúde.

A contribuição financeira para o pagamento de despesas acontece, até os dias de hoje, pautada pelo princípio da solidariedade, valorizado na constituição das regras de funcionamento definidas ao longo do tempo, conforme estatuto. Os funcionários, independentemente da função exercida e do número de dependentes, contribuem com o mesmo percentual vinculado ao salário.

Tal aspecto relaciona-se à possibilidade de que o cuidado, independentemente da condição de renda familiar, aconteça pautado nas diferentes necessidades. As contribuições acontecem, desde então, de forma semelhante para todos os funcionários, não se vinculando ao número de dependentes de cada família, e mediante valor correspondente a um percentual fixo, mesmo com as variações de cargos e salários. Aqueles que utilizam menos, uma vez que contribuem com percentual fixo do salário, acabam por contribuir no custeio do cuidado daqueles que utilizam mais os serviços e/ou benefícios ofertados. O BB, também patrocinador da assistência, efetua aportes regulares pré definidos que variaram ao longo dos anos, conforme as decisões estatutárias. É importante salientar a influência do BB na história da CASSI, inclusive no processo de sua constituição, uma vez que ocorreu por iniciativa de funcionários daquele banco. Atualmente, o BB participa da condução da CASSI, indicando dois dos quatro diretores da instituição.

Cabe ressaltar que a CASSI possui participantes vinculados de formas distintas, com variações de cobertura e benefícios por tipos de planos. Oferece atendimento aos funcionários da ativa e aposentados do BB e seus dependentes, por meio do Plano de Associados, e a seus parentes até terceiro grau, por adesão, pelo Plano CASSI Família.

Em 1996, alicerçada em um novo estatuto, a CASSI assumiu as despesas administrativas e definiu a implantação de um novo modelo assistencial, pautado na Atenção Integral à Saúde. Tratava-se da necessidade de buscar o equilíbrio entre

receitas e despesas e de passar de empresa “pagadora de doenças” (através da cobrança de faturas emitidas pelos prestadores de serviço) para “promotora de saúde”, especialmente por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A decisão de adotar um modelo de cuidado voltado para a promoção da saúde e a prevenção de doenças foi resultado de investimentos em estudos e consultorias que, somados aos conhecimentos produzidos pelos técnicos de saúde do quadro próprio, levaram a CASSI para uma prática distinta daquela dos demais planos de mercado (CASSI, 2001; 2014).

Em 1998, a CASSI definiu pela organização de serviços próprios de APS que, segundo Starfield (2002), é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Tal definição, além de buscar assegurar a sustentabilidade da operadora, foi influenciada, também, pelas discussões internacionais e nacionais sobre a saúde realizadas à época, somadas às definições da ANS, que passaram a apontar para a necessidade de ampliação das ações de cuidado em saúde, em especial aquelas que visassem à melhoria da qualidade de vida dos participantes, além da redução e do controle dos agravos.

O processo de implantação dos serviços próprios para a realização de cuidados básicos de saúde aconteceu de forma gradativa na CASSI, a partir de experiências-piloto em algumas localidades do País. Em 1997, foi inaugurado o primeiro serviço próprio, na cidade do Rio de Janeiro. A chamada CliniCASSI, nome fantasia adotado e utilizado ainda hoje, objetivava potencializar a utilização de recursos humanos contratados pela instituição para a abordagem em saúde focada no novo modelo assistencial. Outras cinco CliniCASSI foram inauguradas em 1998, entre elas aquela da cidade de Belo Horizonte.

Em 1999, criou-se o Conselho de Usuários (um por unidade da CASSI no Brasil), com o objetivo de reunir segmentos diversos para discutir e propor medidas em benefício da saúde da coletividade, importante marco na perspectiva da participação social.

Na década de 2000, a CASSI resolveu rever a forma de atuação dos serviços próprios, que passaram da abordagem focada nas especialidades médicas básicas para aquela pautada na ESF. Além disso, a CASSI iniciou a abordagem organizada através de programas de saúde (Viva Coração, Plena Idade, Bem Viver e outros).

Consideravam-se os principais problemas de saúde da população, a articulação da rede social de apoio, o desenvolvimento de habilidades dos participantes e familiares e a utilização de diferentes iniciativas para aprimorar o relacionamento com os prestadores de serviços (para buscar o desenvolvimento do cuidado de forma integrada e em consonância com as estratégias da instituição) (CASSI, 2014).

Para a organização dos serviços próprios de APS, localizados, atualmente, em cidades com pelo menos 1.280 participantes da CASSI, foi definida a ESF, por sua capacidade de estruturar e racionalizar as ações do sistema. Negri (2002) e Mendes (2002), a Saúde da Família, apesar de não ser a única estratégia de organização da APS, quando se analisam as experiências dos diversos municípios brasileiros, é a de maior abrangência.

Os serviços próprios objetivam prestar a “primeira atenção” aos problemas mais comuns da população e oferecem ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, prioritariamente, responsabilizando-se pelo atendimento de demandas espontâneas e pelo cuidado de determinada população cadastrada. O conjunto de recursos e serviços, incluindo aqueles ofertados pela rede credenciada, constitui o Sistema de Serviços de Saúde da CASSI, com a seguinte missão: Assegurar ações efetivas de atenção à saúde por meio de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, para uma vida melhor dos participantes.

Ressalta-se que os recursos necessários ao atendimento dos problemas de saúde, em especial aqueles que estão fora do âmbito da APS na CASSI (exames laboratoriais, consultas especializadas, internações e outros), são contratados de terceiros, na rede credenciada de prestadores de serviços. O sistema contempla todos os níveis de atenção. A atenção no nível primário engloba os serviços próprios nas localidades onde estão disponíveis; no nível secundário abrange os serviços de diagnose e terapia, e, no nível terciário, envolve os serviços que exigem densidade tecnológica e especialização técnica, como os hospitais de grande porte e de especialidades (CASSI, 2015).

A história da CASSI mistura-se à história desta pesquisadora. Na ocasião da implantação da ESF em Minas Gerais, por meio de processo seletivo, a CASSI buscou, no mercado, profissional com experiência em gestão de serviços de saúde para assumir o processo de reorganização do seu Sistema de Serviços de Saúde no Estado.

Diante de minhas experiências profissionais, exclusivas, até então, à Saúde Pública, a proposta de contribuir na mudança da lógica de atuação dos serviços, em um novo contexto de atuação, foi motivadora e tem proporcionado a oportunidade de vivenciar o amadurecimento de uma proposta assistencial organizada pela APS, com todos os estímulos inerentes ao processo de gestão de pessoas e serviços.

A condução do processo de implantação da ESF em Minas, bem como a gestão estratégica dos serviços próprios, incluindo a identificação e a adaptação de imóveis, a seleção e capacitação dos profissionais, a organização do processo de trabalho e das estratégias de atuação com vistas ao alcance dos resultados pactuados, é responsabilidade assumida por mim. Nas localidades de Belo Horizonte e Juiz de Fora, em função do tamanho dos serviços, a gestão é compartilhada, existindo profissionais responsáveis pelo funcionamento dos serviços.

A proposta desta tese foi constituída mediante reflexões decorrentes de estudos desenvolvidos, anteriormente, e das experiências pessoais de gestão, principalmente na CASSI, na perspectiva do reconhecimento da subjetividade no cuidado e diante da crença nos caminhos que incluem os sujeitos e a dimensão social na determinação dos problemas de saúde. Considerou-se o meu envolvimento como facilitador do acesso e do processo de análise.

Desafios cotidianos de gestão, como o de valorizar a subjetividade dos diferentes atores envolvidos nas ações cuidadoras, somados ao desejo de potencializar a utilização dos serviços e os resultados do cuidado, mobilizaram a proposição deste estudo, que considerou enfrentar a lógica e os efeitos da sociedade de consumo, que alcançaram o campo da saúde, e reunir subsídios que pudessem reorientar a forma de organização dos serviços e as práticas de saúde.

A estruturação de serviços e práticas, a partir de mudanças nos modelos e processos assistenciais, como salienta Favoreto (2008), tem valorizado e ressignificado a figura do sujeito e da intersubjetividade nas intervenções. Porém, a organização dos serviços e o estabelecimento de ações, programas e atividades, com a finalidade de redução de morbidades e ampliação do nível de saúde, só fazem sentido se, de fato, existir a utilização dos serviços por parte da população para a qual são destinados.

Uma vez que os serviços próprios da CASSI estavam organizados de forma alinhada à abordagem que valoriza a subjetividade, urgia identificar e potencializar

tudo aquilo que pudesse ampliar e fortalecer a adesão ao cuidado, levando-se em conta que o acompanhamento mais próximo possibilita o controle das doenças e a redução do risco de complicações.

Considerou-se que o conhecimento da população vinculada (definida e avaliada segundo critérios próprios adotados pela instituição) traria melhores resultados e maior controle das condições de saúde, se comparada a outro grupo, semelhante, mas não vinculado (CASSI, 2017).

Ressalta-se, neste sentido, a importância da análise, segundo o vínculo, uma vez que tal fundamento relaciona-se diretamente à continuidade e à longitudinalidade do cuidado, fundamentais para a melhoria da condição de saúde de determinada população. Particularmente, uma vez que a CASSI optou pela organização de sua APS pela ESF, a constituição do vínculo assume posição de destaque.

As relações estabelecidas na APS assumem relevância, uma vez que a utilização dos serviços nesse nível assistencial, em geral, é desencadeada, basicamente, pelo próprio sujeito, ao contrário dos demais níveis, onde o uso é desencadeado, mais frequentemente, pelos profissionais de saúde, a partir dos encaminhamentos. Embora as interações entre pessoas e profissionais possam ocorrer em diferentes níveis de atenção, é na APS que acontecem com maior profundidade e amplitude (STARFIELD, 2002).

A compreensão do vínculo pode contribuir para a racionalização da assistência à saúde, por evidenciar formas de atuar que resultam em qualidade da ação de saúde ofertada, com a melhor relação custo-efetividade, uma vez que, quando o vínculo se apresenta, é possível identificar e utilizar, com maior assertividade, o recurso apropriado para cada necessidade apresentada.

Tal aspecto estava evidenciado, também, em estudo realizado pela instituição, na medida em que aqueles vinculados à proposta assistencial adotada apresentaram melhor resultado quando se comparou a despesa *per capita* (CASSI, 2017).

A utilização orientada dos recursos, possível quando o vínculo se apresenta, resulta na redução da utilização dos serviços secundários e terciários de forma desnecessária. Starfield (2002) registra que a cultura da procura direta pela população por um especialista e da livre demanda, como símbolo da qualidade da

atenção, própria do Modelo Médico Centrado no atendimento hospitalar, tem repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema.

Diante do apresentado, o vínculo passa a ser, então, o tema central desta tese. Torna-se, neste sentido, fundamental compartilhar a visão de alguns autores sobre o tema.

Segundo Viegas e Penna (2012), o vínculo pode ser entendido como a relação de confiança e responsabilização estabelecida, ao longo do tempo, entre os profissionais de saúde e aqueles que utilizam os serviços. O estabelecimento do vínculo pode ser alcançado na realização dos atos terapêuticos e nas trocas de experiências e saberes, que contribuem para a identificação das sutilezas do cotidiano do cuidado de saúde e, por conseguinte, para a efetividade das práticas em saúde.

Para Montenegro, Penna e Brito (2010), o trabalho em saúde é marcado por singularidades que tornam as relações interpessoais altamente significativas. As práticas dependem de um laço interpessoal forte e decisivo para a concretização do ato de cuidar, o que é esperado pela orientação das práticas e pela organização do trabalho, segundo o princípio da integralidade. A integralidade configura-se um espaço de intersubjetividade que favorece o diálogo entre os profissionais e a definição coletiva da assistência como foco central das ações de saúde.

As interações que se dão nas ações de cuidado, ainda segundo Starfield (2002), contribuem para o estabelecimento de relações contínuas e de longa duração, que expressam o vínculo e facilitam, assim, a efetividade da APS. Essas interações são os meios pelos quais as equipes de saúde aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas, e os participantes aprendem a respeito da maioria dos aspectos relacionados à sua atenção.

Os registros teóricos apresentados reforçam a pertinência deste estudo, que considerou as relações estabelecidas no âmbito dos serviços de saúde e centrou no sujeito o objeto da atenção, possibilitando a discussão das diferentes nuances do vínculo, relacionando-as à organização dos serviços.

As relações em questão dizem respeito, especificamente, àquelas vivenciadas nos serviços próprios da CASSI em Minas Gerais, organizados pela APS, orientados pelo Modelo de Atenção Integral e pela ESF.

Os serviços estudados estavam organizados para receber demandas relacionadas à APS, mas não se constituíam como porta de entrada obrigatória do

sistema, o que se observa, por exemplo, na Saúde Pública. Tal aspecto tornou os cenários peculiares, se considerarmos que foram idealizados para se configurarem como a primeira opção de contato em caso de necessidades de saúde, mesmo existindo outras possibilidades de atendimento no sistema.

Como a produção científica, ao propor estudos sobre o vínculo, tem considerado, no âmbito da APS, cenários de práticas organizadas na esfera da Saúde Pública, este estudo procura minimizar tal lacuna, quando se considera o contingente de pessoas assistidas, atualmente, pela Saúde Suplementar no Brasil (mais de 50 milhões de pessoas).

Ressalta-se o pioneirismo da CASSI na organização de serviços com a lógica assistencial abordada, o que a colocou em lugar de destaque quando foram definidos os cenários da pesquisa. A socialização das experiências decorrentes do percurso vivenciado pela CASSI – baseado, por vezes, em fóruns de construção do conhecimento e troca de experiências, tanto em âmbito local e regional quanto nacional e internacional –, confirma a instituição como importante referência para o mercado e para os sistemas e empresas que atuam no setor de saúde, inclusive nos dias de hoje.

É importante salientar o processo de amadurecimento da proposta assistencial da CASSI, que, além de surgir de forma vanguardista no cenário da Saúde Suplementar do Brasil (em algumas localidades, antecedeu, até mesmo, a implantação da ESF na rede pública, como foi o caso da cidade de Belo Horizonte), desenvolveu-se, ao longo do tempo, aprimorando diretrizes, sistemas e processos de trabalho.

Estudar determinada experiência desenvolvida na Saúde Suplementar e, em especial, na CASSI, tornou possível ampliar o conhecimento sobre o vínculo, considerando as relações estabelecidas em um contexto diferenciado, também, no que diz respeito ao acesso às tecnologias e aos recursos disponíveis para o cuidado, uma vez que não existia histórico de represamento de encaminhamentos ou de dificuldade de acesso a consultas, exames e procedimentos.

A compreensão do vínculo, considerando as características da Saúde Suplementar e da CASSI, tornou-se oportuno, ainda, para o fortalecimento das discussões teóricas sobre o tema, visando contribuir para a construção do conhecimento e criando oportunidades para se responderem a questões como as que seguem: Como se constitui o vínculo na APS? O que isso pode significar para o

setor de Saúde Suplementar e para a Saúde Pública? Por que existe a busca pelos serviços de APS disponíveis em algumas localidades, mesmo que esses não se configurem como porta de entrada obrigatória? Por que a utilização dos serviços permanece, ao longo do tempo, mesmo diante de uma rede de serviços ampla e aberta?

As respostas aos questionamentos embasaram a tese aqui defendida, ou seja, a de que o vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial, passando por aspectos sociais, organizacionais, técnicos e subjetivos, e que apresenta singularidades pertinentes ao Sistema de Saúde Suplementar, mesmo que possam ser replicáveis.

Cabe esclarecer antecipadamente que, no estudo realizado, apesar de existirem, nas relações estabelecidas nos serviços de saúde, minimamente, dois sujeitos que interagem (o profissional e o paciente), foram consideradas as “vozes” dos pacientes, uma vez que os profissionais, ao abordarem o vínculo, poderiam trazer aspectos teóricos incessantemente trabalhados e discutidos pela gestão, o que poderia configurar-se como viés de pesquisa.

Assim, foi desenvolvida teorização sobre a construção do vínculo a partir das concepções dos participantes. Ressalta-se a utilização do termo “participante”, de agora em diante, para identificar o paciente/usuário/sujeito, por ser aquele habitualmente utilizado nos documentos e textos de comunicação interna e externa pela CASSI.

Na medida da valorização da subjetividade e das relações estabelecidas no cotidiano do cuidado, em contexto e cenários específicos, buscou-se voltar a atenção para o sujeito e para as vivências concretas das relações em saúde, e desenvolver teorização sobre a construção do vínculo que se estabelece nas relações de cuidado.

Na pluralidade e na diversidade do cuidado, considerando as singularidades e as especificidades que caracterizam o estudo, acontecem vivências e expressões distintas de vínculo, que reforçam a importância da socialização e da aplicação do conhecimento produzido, capaz de contribuir para as práticas e a organização dos serviços de saúde.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo desenvolver teorização sobre a construção do vínculo em saúde, na perspectiva dos participantes, em um serviço de Saúde Suplementar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A valorização da subjetividade e a interação entre participantes e profissionais assumem relevância para que o cuidado aconteça, ao longo do tempo, de forma satisfatória. A adesão às propostas de cuidado – na contramão do que ocorre, em geral, onde ainda é preponderante a abordagem pontual, com foco na doença, e existe fragmentação da assistência – precisa ser discutida no campo da saúde, baseado em estudos sobre o vínculo.

O vínculo com profissionais ou serviços de saúde é estabelecido no processo relacional e, por isso, é repleto de subjetividades e de expectativas. Nesse sentido, o desenvolvimento da teorização sobre o vínculo foi delineado pela pesquisa qualitativa, que, por definição, é aquela capaz de captar e evidenciar situações e conceitos que variam de acordo com a realidade e a diversidade do coletivo de pessoas (POUPART *et al.*, 2010).

A interação, pautada na subjetividade, que decorre e resulta no vínculo e se dá em espaço relacional foi desvelada considerando o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) e o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

2.1 O Interacionismo Simbólico

O referencial teórico escolhido como pano de fundo para a discussão foi o Interacionismo Simbólico, uma vez que a construção do vínculo em saúde é repleta de significados próprios atribuídos pelas pessoas, que se modificam a partir dos contatos sucessivos, de forma processual e relacional.

Tendo em vista o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, ressaltam-se três pressupostos. O primeiro deles é que a pessoa, em face de um fenômeno, age de acordo com os significados que ela atribui a ele, que foi construído ao longo de suas experiências anteriores. No contato com profissionais e serviços de saúde, o que é apresentado pela pessoa resulta de experiências anteriores. O segundo pressuposto refere-se ao processo relacional capaz de modificar os significados anteriores que a pessoa atribuía ao referido fenômeno. O contato é mediado pela troca de símbolos entre a pessoa e os profissionais e serviços de saúde, modificando significados. Por fim, o terceiro pressuposto diz

respeito aos novos significados constituídos a partir da interação. Esses novos significados são utilizados em situações futuras (BLUMER, 1969; CHARON, 2010).

É importante enfatizar que a construção do vínculo tem particularidade no esquema teórico apresentado, pois ele se dá de forma contínua e longitudinal, como uma experimentação permanente dos serviços de saúde.

O processo interacionista, segundo Charon (2010), acontece intermediado por objetos sociais e por ações específicas. São considerados objetos sociais o EU, o OUTRO, a SOCIEDADE, o AMBIENTE e os SÍMBOLOS; ao passo que MENTE, INTERAÇÃO e AÇÃO HUMANA são considerados ações. A Figura A, que segue, retirada do trabalho de Queiroz (2015), demonstra a relação entre os objetos e as ações no Interacionismo Simbólico:

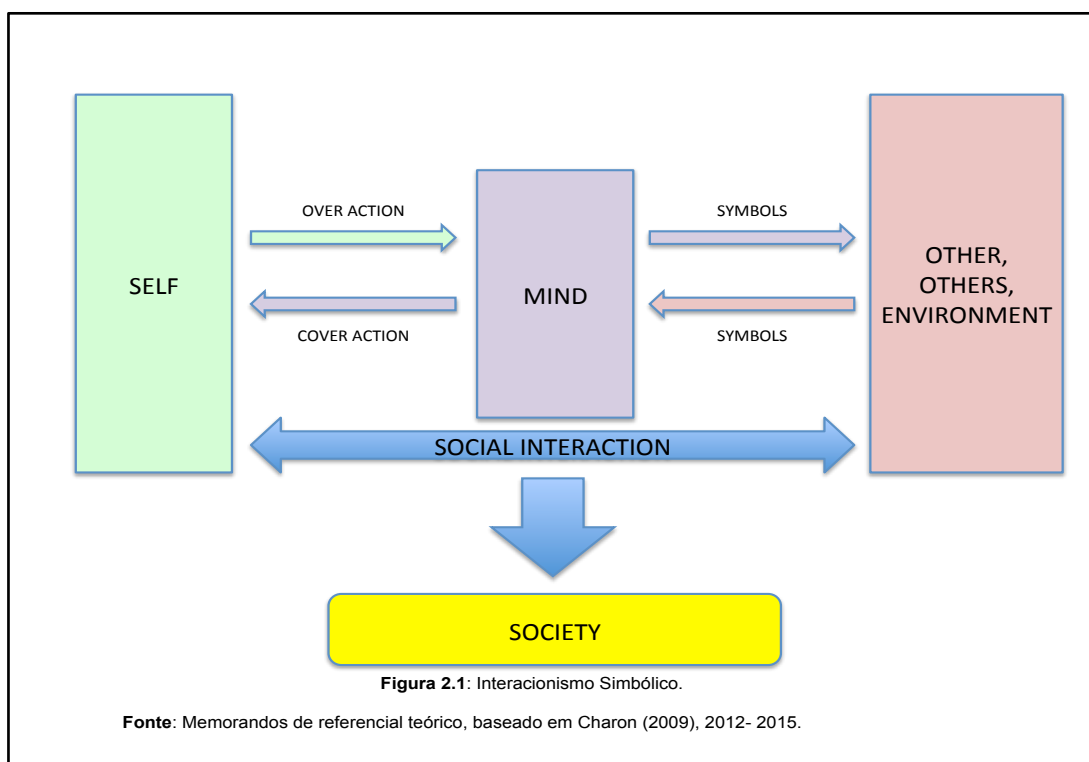


Figura A: Objetos e Ações no Interacionismo Simbólico

Fonte: Queiroz e Penna (2015), baseado na obra de Charon (2010).

É importante registrar que há diferença entre o objeto físico e o social. O objeto físico, antes percebido como é ou está apresentado na natureza, assume, mediante a interação social, significado em uma determinada situação ou ação, passando a figurar como objeto social. Emoções, ideias ou perspectivas de diferentes pessoas podem representar objetos sociais (BLUMER, 1969).

O EU (SELF) é a concepção social do próprio ser humano, que acontece por meio da interação com os significados do outro, nas relações ocorridas no mundo. É ele que permite o controle, a direção e a manipulação da própria vida. É dividido entre o EU, propriamente dito, que é o lado impulsivo, tempestivo, espontâneo, que não atua porque é a interação consigo mesmo; e o MIM, que é o lado interacionista, que, por meio da mediação da MENTE, organiza padrões relacionais, responde e atua.

MENTE, no IS, é o ato de pensar e não deve ser confundido com a inconsciência ou com um órgão distinto. Ela serve como ação para o EU e é quem produz a interação por meio dos símbolos entre o AMBIENTE e os OUTROS e o EU.

A MENTE atua constantemente quando estamos acordados. Existe uma ação da MENTE em direção ao EU que é imperceptível ao outro, como processo reflexivo, e outra ação, visível ao outro, em direção ao AMBIENTE. O processo de pensamento que significa a MENTE envolve observação e recepção do símbolo, transformação em significado, análise e indicação de ação. A reação é mediada por sinais, e não por SÍMBOLOS, e não produz interação (CHARON, 2010; MEAD, 1934).

O AMBIENTE e o OUTRO, no esquema apresentado, representam o outro lado da interação, que sofre a ação humana do EU e que também interage modificando as futuras ações do EU, mediadas pela MENTE.

A SOCIEDADE é o resultado da interação social entre o EU e o OUTRO, que é simbólica e responsável pela criação da cultura e da evolução desta. Ao mesmo tempo em que influencia o EU, também é modificada por ele.

O SÍMBOLO, segundo Blumer (1969), é constituído pela utilização intencional do objeto social, quando se comunica ou se representa algo. Através das palavras, em um sistema de linguagem, utiliza-se o conjunto de instrumentos que constitui a linguagem para ordenar, distinguir, generalizar ou diferenciar a experiência no ambiente.

Ponto importante a ser destacado na perspectiva do IS diz respeito ao próprio pesquisador. Preconiza-se e espera-se que ele interaja com o fenômeno em estudo, oportunizando a evidenciação de novos conhecimentos. Tal interação foi contemplada na proposição do estudo, uma vez que se considerou a atuação da pesquisadora como gestora na instituição, acompanhando cotidianamente o funcionamento dos serviços próprios de atenção primária envolvidos.

Na apresentação e análise de dados realizadas, foi possível identificar que o vínculo é construído no processo interacionista, conforme aspectos teóricos apresentados, além de ser repleto de simbologias que se modificam na interação entre o EU e o OUTRO.

2.2 A Teoria Fundamentada nos Dados

A TFD foi o referencial metodológico utilizado na pesquisa e, assim como descrito em Queiroz e Penna (2015), divide com o Interacionismo Simbólico as seguintes diretrizes: o pesquisador deve sair a campo e interagir com a realidade; deve existir a compreensão de que os fenômenos sociais são complexos e muito variáveis; as pessoas devem ser entendidas como atores sociais importantes que agem baseados em seus significados; existe relação estreita entre estrutura, ação e consequências nos eventos sociais; os fatos evoluem ao longo do processo de análise e devem ser compreendidos nessa perspectiva. Dessa forma, o IS é a sustentação epistemológica da TFD (CLARKE, 2005; CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

A corrente da TFD seguida nesta pesquisa é a desenvolvida por Anselm Strauss (Straussiana), considerado um dos principais seguidores da obra de Blumer, sob o olhar de Juliet Corbin (STRAUS; CORBIN, 2008). A corrente difere da Gleiseriana por reconhecer o papel do pesquisador e sua interação na coleta dos dados, assumindo a premissa da importância deste em toda a produção da TFD.

A TFD difere das outras modalidades de pesquisa qualitativa por ser capaz de gerar teoria com forte embasamento na realidade local, o que lhe é conferido pela sistematização adotada pelo método. Trata-se de um sistema de coleta e análises sucessivas dos dados por meio de três codificações básicas: a Aberta, a Axial e a Seletiva.

A codificação Aberta é o processo analítico inicial, que utiliza a técnica de leitura palavra a palavra e linha a linha, para a geração das categorias iniciais. Delimita suas propriedades (características de uma categoria, o que define e dá significado a essa categoria) e suas dimensões (eixo ao longo do qual as propriedades de uma categoria variam, dando especificação a ela e variação à teorização). Nesse momento, também se faz a primeira aproximação entre as categorias, tentando relacioná-las, definindo as subcategorias pertencentes a elas. É

importante salientar, na fase de codificação Aberta, a utilização de memorandos como ferramentas de registros de notas teóricas ou metodológicas. Os memorandos são utilizados permanentemente na TFD, e não apenas no início da análise, ressalta-se (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os memorandos são notas técnicas do pesquisador elaboradas em todo o processo analítico e têm tanto função reflexiva, na análise dos dados, como operacional, na coleta de dados, ajudando a direcionar o pesquisador na construção da teorização de maneira fundamentada.

A codificação Axial tem por objetivo começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação Aberta. Ela finaliza a definição conceitual das categorias por meio da organização de suas propriedades e dimensões (processo que se inicia na codificação Aberta). Esta codificação identifica a variedade de condições, interações e consequências associadas ao fenômeno, além de relacionar as subcategorias às categorias conceituais principais. Nesse momento determinam-se as declarações relacionais entre as categorias, quando é possível determinar a saturação dos dados nestas, indicando a finalização do processo de coleta de dados. A construção de diagramas (estruturas teóricas diagramadas) é uma ferramenta importante nessa fase da codificação, pois facilita ao pesquisador o processo de estabelecer relações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação Seletiva permite, dando seguimento ao realizado na codificação Axial, a integração de dados em direção à elaboração da teoria. Os dados são analisados de forma refinada, sendo estabelecidas relações entre eles, em uma perspectiva de pontos de redes relacionados de forma sistêmica. Essa etapa possibilita a identificação da categoria central da teoria e, a partir desta, estabelece-se a relação das demais categorias, com o ponto central, concebendo o que se denomina “paradigma de análise”. Na codificação Seletiva busca-se a identificação de possíveis falhas de interpretação, além do desenvolvimento e da exploração de categorias menos trabalhadas. O processo acontece em direção à consistência e à validação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Cabe ressaltar que há um processo de amostragem diferenciado para cada tipo de codificação. Na amostragem aberta coletam-se os dados iniciais da pesquisa para a codificação Aberta. Trata-se de amostragem inespecífica, definida pelas diretrizes iniciais do projeto de pesquisa.

A amostragem relacional e variacional, ao contrário da aberta, apresenta seletividade na escolha dos participantes por parte do pesquisador, que busca

informações a respeito das primeiras codificações realizadas durante o processo de codificação Aberta, buscando validar a construção das primeiras categorias e de suas propriedades e dimensões.

A amostragem discriminada atende às necessidades da codificação Seletiva, na qual o pesquisador busca informações específicas que possam suprimir dúvidas ou inconsistências no esquema teórico que já está elaborado.

A pesquisa sobre o vínculo, neste estudo, passou pelas fases de codificação previstas na TFD (Aberta, Axial e Seletiva), por meio da amostragens com os mesmos nomes, como abordado no delineamento e no desenvolvimento do estudo, descritos a seguir.

2.3 Delineamento da pesquisa

2.3.1 Cenário da pesquisa

O estudo pretende estabelecer teorização sobre o vínculo em cenários de pesquisa que se enquadram no âmbito da Saúde Suplementar brasileira, especificamente na CASSI, instituição do segmento de autogestão. A CASSI iniciou a organização do Sistema de Serviços de Saúde tomando como referência a Atenção Primária como organizadora do sistema, o Modelo de Atenção Integral e a Estratégia de Saúde da Família como referências assistenciais.

Em Minas Gerais, a proposta foi iniciada na cidade de Belo Horizonte (2003) e, posteriormente, nos serviços próprios das localidades de Juiz de Fora e Montes Claros (2006), Uberlândia (2009) e Uberaba (2010). Os referidos serviços, no total de cinco, constituem aqueles elegíveis para o estudo. Neles, atuam as equipes de Saúde da Família que assistem os participantes que compuseram a amostra delimitada. O serviços próprios localizados em Minas Gerais, por serem aqueles sob a gestão da pesquisadora, foram escolhidos pelo aspecto facilitador do processo.

Os serviços estão estabelecidos em cidades que se configuram como “polo regional”, que possuem características distintas de acesso a serviços de saúde, culturais, de tempo de implantação, etc., que refletem as variações regionais (Centro, Zona da Mata, Norte de Minas e Triângulo Mineiro), o que contribui para a variabilidade prevista na TFD. O número de participantes das cinco unidades da CASSI varia entre 1.280 e 18.000, aproximadamente.

O cuidado de saúde prestado pelas equipes nos serviços próprios é realizado baseado em protocolos de cuidados desenvolvidos pela instituição, estabelecidos para doenças prevalentes, que se relacionam, em sua maioria, ao risco cardiovascular (diabetes, hipertensão e dislipidemia, por exemplo) ou aos outros problemas relevantes na perspectiva populacional, como o estresse e a obesidade. Estão estabelecidos protocolos, também, para o Controle Periódico de Saúde (CPS), mediante necessidades identificadas ao longo da vida, por gênero, idade e outras (por exemplo, a gestação). Foram estabelecidos parâmetros de excelência a serem alcançados, traduzidos por índices que possibilitam o monitoramento do controle das doenças, por exemplo, fundamentados na Prática Baseada em Evidências. A APS, da forma apresenta-se no modelo canadense, influencia a atuação cotidiana dos profissionais nos serviços próprios da CASSI, uma vez que são utilizadas, na medida em que as necessidades se apresentam, ferramentas de abordagem familiar idealizadas naquele modelo (FIRO, PRACTICE, Ciclo de Vida, Conferência Familiar e Genograma, por exemplo).

São realizados treinamentos sistematizados, teóricos e práticos, que objetivam a padronização e a qualidade do cuidado ofertado pela CASSI em seus serviços próprios. As equipes são continuamente treinadas, inclusive considerando as necessidades técnicas decorrentes do perfil da população assistida. São padronizados os programas “Oficina da Estratégia de Saúde da Família”, realizado para todos os colaboradores, e o “Curso Básico de Saúde da Família”, cujo público-alvo são os profissionais das equipes assistenciais.

Após o cadastramento na ESF, o participante é acompanhado pela equipe de saúde que passa a se corresponsabilizar pelo cuidado de saúde de determinada população. O cadastramento é seguido, via de regra, por atividades coletivas padronizadas, nacionalmente (Dia da Saúde e Grupo de Vida Saudável), que objetivam a manutenção do contato do participante com os serviços próprios nos primeiros dias após o cadastramento e possibilitam reforçar a lógica do cuidado através da ESF.

As diretrizes estão organizadas em um denso conjunto de documentos, elaborados mediante discussões que se deram, ao longo do tempo, por diferentes atores, que orientam, teoricamente e administrativamente, a organização e o funcionamento dos serviços próprios da CASSI. A avaliação tem sido realizada através do acompanhamento do cumprimento de metas estabelecidas em Planos

Operacionais. Os resultados alcançados, apresentados através de metodologia própria, geram pontuação que contribui para a visão dos processos adotados e dos resultados de saúde.

Em cada contexto e localidade, essas diretrizes são transformadas em ações concretas que, a partir de estratégias e das escolhas de gestão, visam a atos de cuidado orientados, por exemplo, pela abordagem integral, pela promoção da saúde e prevenção de doenças, e pela humanização do cuidado. As vivências de cuidado nos serviços próprios constituem importante substrato para este e outros estudos.

Os serviços funcionam em instalações próprias ou alugadas, no formato de ambulatório de atenção básica, com variações estruturais decorrentes do número de participantes residentes em cada localidade. As estruturas físicas variam de acordo com o porte de cada serviço, mas possuem, minimamente, recepção/sala de espera, salas de atendimento e sala de multiuso, além de banheiros, copa, local para guarda de materiais e expurgo.

A estrutura assistencial contempla, em todos os casos, profissionais terceirizados que responsabilizam-se pela limpeza dos serviços e pela orientação do acesso, nos casos de Belo Horizonte e Juiz de Fora, nas garagens e portarias. Auxiliares Administrativos realizam o atendimento presencial e telefônico nas recepções. As equipes assistenciais são formadas por médico de família (jornada de seis horas), médico (jornada de quatro horas) e enfermeiro (jornada de oito horas). Conforme o porte dos serviços, há técnicos de enfermagem e/ou psicólogo e/ou nutricionista (todos com jornada de oito horas) e assistente social (jornada de seis horas). Além do porte dos serviços, o acionamento da equipe ampliada leva em conta as necessidades epidemiológicas da população assistida. Os profissionais administrativos e técnicos são captados por meio de publicação de edital de seleção e selecionados em processo que considera formação, experiência profissional, conhecimento técnico, e atitudinal.

Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas (com variações no horário de expediente, em cada localidade, com margem de uma hora, para mais, no início, ou para menos, no final), com agendamento prévio, na maioria das vezes, ainda que existam profissionais disponíveis para a acolhida das situações não agendadas (médicos de demanda espontânea). Os atendimentos duram, em média, 25 minutos, referência para a organização das agendas. Existem indicadores de gestão que contribuem para o acompanhamento dos parâmetros e os

resultados dos atendimentos como, por exemplo, a Taxa de Ocupação da Capacidade Instalada, a Cobertura de Consulta com o Médico de Família, a Taxa de Hipertensos Controlados e o índice de Rastreamento do Câncer de Mama. Quando não é possível a resolução dos problemas de saúde pelas equipes, os atendimentos são complementados através da rede credenciada, a partir de encaminhamentos.

São realizados atendimentos individuais e/ou familiares, pautados nas premissas assistenciais padronizadas, com o apoio de ferramentas de abordagem familiar. Também acontecem Atividades Coletivas focadas na promoção da saúde e na prevenção de doenças, que buscam a mudança de hábitos e de comportamentos não saudáveis, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Tais atividades são realizadas conforme metas estabelecidas para cada serviço, considerando o porte e a disponibilidade de profissionais, pelo menos uma vez ao mês, focadas em públicos específicos baseados no(s) objetivo(s) de cada atividade proposta.

Retoma-se o fato de os serviços próprios não configurarem porta de entrada obrigatória do sistema.

2.3.2 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram aqueles cadastrados e vinculados às equipes de Saúde da Família dos serviços próprios de Atenção Primária da CASSI, em Minas Gerais.

Para a caracterização do vínculo, fenômeno estudado, foi solicitado que os profissionais que atuavam em cada serviço próprio indicassem, em conjunto, pelo menos dois participantes, previamente considerados vinculados, por faixa etária estabelecida e gênero. Partiu-se das vivências de cuidado, da assistência realizada para cada participante, considerando o esperado para cada faixa etária e gênero, da participação em atividades coletivas, da compreensão dos profissionais sobre o vínculo e do conceito de vínculo adotado na CASSI, que se refere ao estabelecimento de relações claras e próximas com os participantes, fazendo com que as equipes sejam a referência e fontes de solução nos problemas de saúde (CASSI, 2001).

Para os participantes indicados pelas equipes, foi estabelecido perfil de utilização dos serviços próprios (tipo de plano, frequência de utilização nos últimos três anos, tipos de atendimentos, profissionais envolvidos no cuidado, utilização de

benefícios, como o de medicamentos e aqueles decorrentes dos Programas de Atenção Domiciliar e Atenção aos Crônicos, além da participação em atividades coletivas). O perfil contribuiu para qualificar a listagem dos possíveis participantes-alvo, que foi tratada pela pesquisadora para a identificação daqueles participantes que poderiam compor as diferentes amostragens e variações previstas na TFD. Buscou-se privilegiar a variação dos atendimentos, considerando os diferentes profissionais da equipe, além da variação por equipe, gênero, idade, tipo de plano, vínculo direto ou indireto com o BB, funcionário da ativa ou aposentado, tendo sido realizada escolha, sempre que possível, daqueles que vinham utilizando o serviço com maior regularidade, ao longo do tempo. Os participantes foram organizados por ordem prioritária de escolha, e a listagem foi utilizada a cada novo participante entrevistado. No caso de Belo Horizonte, onde existe mais de uma Equipe de Saúde da Família, considerou-se a definição de que todas as cinco equipes deveriam possuir, pelo menos, um representante no estudo.

Foram entrevistados 33 participantes, sendo quatro homens e cinco mulheres com idade entre 19 e 39 anos; quatro homens e cinco mulheres com idade entre 40 e 59 anos; quatro homens e seis mulheres entre 60 e 79 anos e três homens e duas mulheres com idade entre 80 e 97 anos. Foram doze os entrevistados em Belo Horizonte, nove em Juiz de Fora, cinco em Uberlândia, cinco em Uberaba e dois em Montes Claros. Para favorecer a percepção qualitativa dos entrevistados, seguem breves resumos sobre cada um: Cassiano 1: 85 anos de idade, funcionário do BB, possuía 63 anos de adesão ao plano de saúde da CASSI e estava cadastrado na ESF desde 2005. A esposa, e dois irmãos eram também cadastrados na ESF. Cassiana 2: esposa de funcionário aposentado do BB, com 95 anos de idade, estava aderida ao plano por mais de 21 anos e cadastrada na ESF, desde 2007. Cassiana 3: Também esposa de funcionário BB, com 70 anos, possuía vivência de cuidados domiciliares prestados pela CASSI ao marido e à tia. Estava cadastrada na ESF, desde 2008. Cassiano 4: 54 anos, foi funcionário do BB por 37 anos e estava cadastrado na ESF, desde 2013. Possuía histórico de acompanhamento também em saúde mental, referindo vivências significativas de utilização da rede credenciada, concomitante ao cuidado no serviço próprio. A irmã, funcionária do BB, estava também cadastrada na ESF. Cassiana 5: Com 56 anos de idade, estava cadastrada na ESF, desde 2004 e tinha adesão ao plano CASSI, desde 1982, por ser funcionária do BB. Trabalhou em processos de trabalho relacionados a CASSI

quando esta ainda era um departamento do BB. Possuía histórico de atendimentos pela equipe multiprofissional da ESF, em especial com a nutricionista. Cassiana 6: Filha de funcionários do BB (pai aposentado e mãe na ativa), com 22 anos de idade, foi cadastrada na ESF em 2009. Possuía histórico de acompanhamento multidisciplinar e vivenciou a ampla utilização do plano CASSI pelos demais familiares. Cassiano 7: Com 77 anos de idade, foi cadastrado na ESF em 2006. Funcionário do BB, desde 1962, considerava-se bastante saudável e compartilhou vivências relacionadas ao acompanhamento da esposa, também cadastrada na ESF, em inúmeras cirurgias e procedimentos realizados por meio do plano de saúde da CASSI. Cassiano 8: 40 anos, funcionário do BB, desde 2007, foi cadastrado na ESF quando da realização de exame ocupacional, em 2008. Anteriormente, desde 2000, pertencia ao plano em função da irmã, funcionária do BB. Cassiano 9: Participante de 28 anos, funcionário do BB, desde 2010. Referiu, concomitantemente, acesso ao plano de saúde de outra operadora, utilizando recursos de ambos os planos, segundo conveniência. Cassiana 10: 28 anos, esposa do Cassiano 9, funcionária do BB, desde 2012, mesma época que iniciou o acompanhamento na ESF. Referiu acesso a plano de saúde de outra operadora, além daquele da CASSI. Cassiana 11: 26 anos, estava vinculada ao plano por ser filha de funcionária do BB. Ao fazer 24 anos, optou por permanecer no plano pela modalidade CASSI Família. Cassiano 12: 51 anos, funcionário do BB desde 1987, a época da entrevista gestor de agência, recebia atendimento multidisciplinar na ESF, onde os demais membros de sua família (esposa e filhos) eram também assistidos. Cassiana 13: 49 anos, ligada ao plano CASSI desde 1998, através do sogro, funcionário aposentado do BB. Possuía histórico de acompanhamento na ESF, em especial com a equipe de enfermagem. Cassiana 14: 62 anos de idade, funcionária aposentada do BB, utilizava benefícios do Programa de Assistência Farmacêutica. A filha da participante era assistida pelo Programa Bem Viver, destinado às pessoas com necessidades especiais. Cassiano 15: Aposentado do BB, realizava acompanhamento pela ESF juntamente com os demais membros da família. Participou de muitas atividades coletivas e referiu situações de atendimento no SUS. Era, à época da entrevista, membro do conselho de usuários da CASSI. Cassiano 16: 84 anos, viúvo, morava sozinho. Aposentado do BB, era acompanhado pela ESF e possuía histórico de atendimentos domiciliares. Cassiana 17: Esposa de funcionário aposentado do BB, com 81 anos, foi beneficiária do Programa de

Atenção aos Crônicos da CASSI, além de realizada acompanhamento no serviço próprio. Cassiana 18: 74 anos, esposa de funcionário aposentado. Utiliza serviço próprio de localidade com reduzido número de participantes CASSI. Referiu utilização da rede credenciada, juntamente com o acompanhamento pela ESF. Cassiano 19: 65 anos, funcionário aposentado do BB. A filha realizada acompanhamento de saúde por apresentar necessidade especial. Cassiana 20: 64 anos, esposa de funcionário aposentado do BB. O neto possuía plano CASSI Família pago pelo avô e era acompanhado, também, pela equipe da ESF. Cassiano 21: Filho de bancário, era, também, funcionário do BB. Possuía 37 anos de idade e iniciou o contato na ESF a partir da realização de exame ocupacional. Cassiana 22: Era, à época da entrevista, membro do conselho de usuários da CASSI. Aposentada do BB, possuía 65 anos. Possuía três filhos que utilizavam a CASSI, um deles em serviço próprio localizado na cidade de Brasília. Cassiana 23: 24 anos de idade, filha de funcionaria da ativa do BB. Coberta pelo plano CASSI desde o nascimento, nunca experimentou serviços de outra operadora ou da saúde pública. Cassiano 24: 66 anos de idade, vinculado ao plano por ser marido de funcionária do BB, desde 1987. Beneficiário do Programa de Assistência Farmacêutica. Antes de participar do plano CASSI era assistido pelo SUS ou realizava atendimentos particulares. A filha, com mais de 24 anos, aderiu ao CASSI Família após perder a condição de dependente do Plano. Cassiana 25: Esposa de funcionário aposentado do BB, possuía 78 anos de idade. Beneficiária do Programa de Assistência Farmacêutica, perdeu o marido recentemente, referindo importante apoio recebido da equipe ESF. Cassiano 26: 85 anos, aposentado do BB. Esposa, filha e netas também participantes CASSI. Beneficiário do Programa de Assistência Farmacêutica. Referiu atendimento pela rede credenciada, concomitante ao acompanhamento pela ESF. Cassiana 27: Neta e filha de funcionários do BB, é funcionaria da ativa. Possuía 53 anos de idade. Esposo e filho eram também assistidos pela CASSI. O primeiro contato com o serviço próprio ocorreu em função de exame ocupacional. Beneficiária do Programa de Assistência Farmacêutica. Cassiana 28: 32 anos de idade, funcionária do BB na ativa, foi acompanhada pela ESF em dois serviços próprios distintos, no Estado. Cassiano 29: 38 anos, funcionário do BB da ativa, foi acompanhado pela ESF em dois serviços próprios distintos, no Estado. Cassiana 30: 48 anos, funcionária do BB da ativa, com histórico de gestão na CASSI. Família acompanhada pela ESF. Vivenciou assistência em distintos serviços próprios.

Cassiano 31: 42 anos. Possuía histórico de gestão na CASSI. Família assistida pela ESF. Vivenciou assistência nos serviços próprios em estados distintos. Cassiano 32: 43 anos, funcionário do BB na ativa. Família acompanhada pela ESF. Vivenciou assistência em distintos serviços próprios. Cassiana 33: 43 anos. Possuía histórico de gestão na CASSI. Vivenciou assistência nos serviços próprios em estados distintos.

Os participantes, em sua maioria, compuseram o grupo relativo à amostragem aberta. Na amostragem seletiva, dois dos entrevistados foram selecionados por terem sido usuários de dois serviços próprios no Estado (Cassiana 28 e Cassiano 29). Um deles foi citado de forma contundente por outro participante entrevistado, uma vez que o cuidado de um articulava-se com o cuidado do outro. Ambos eram acompanhados pelos profissionais dos serviços com perfil compatível com o de participante vinculado, na avaliação das equipes e na análise da pesquisadora. Os quatro outros entrevistados em função da amostra seletiva foram escolhidos por serem, além de participantes e usuários dos serviços próprios, gestores que estiveram envolvidos com o processo de implantação e/ou gestão da Estratégia de Saúde da Família na CASSI. Tal decisão foi apoiada pela importância de serem aprofundados aspectos organizacionais ligados ao estabelecimento do vínculo, identificados em muitas das entrevistas realizadas. Cabe ressaltar que, apesar da participação desta pesquisadora na gestão dos serviços próprios, não existia relação próxima com os participantes que compuseram a amostragem aberta. A relação com os gestores da amostragem seletiva, por sua vez, foi caracterizada, anteriormente às entrevistas, por trocas relativas ao trabalho desenvolvido.

O número total de participantes pesquisados foi alcançado levando-se em conta as etapas de desenvolvimento da pesquisa e os aspectos particulares da TFD, até a saturação dos dados (quando qualquer novo incidente não mais acarretou a reformulação dos conceitos e das categorias, e os limites da aplicação e da generalização possível dos conceitos foram demarcados). A variação alcançada, no que diz respeito aos cenários de coleta e ao perfil dos participantes, foi ao encontro da necessidade de ampliar a variedade dos dados entre propriedades e dimensões, constituindo o paradigma de análise previsto na TFD e favorecendo o ordenamento conceitual (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Quanto ao registro de trechos de falas dos participantes no decorrer da tese, foram utilizados, para fins de anonimato, os termos “Cassiana” e “Cassiano”, criados

em analogia àqueles que utilizam os serviços da CASSI. A numeração sequencial (de 1 a 33) identifica cada participante pela ordem em que foram realizadas as entrevistas, e os artigos “a” e “o”, o gênero. A idade dos participantes foi informada para complementar a identificação dos sujeitos.

2.3.3 Métodos de coleta de dados

Para a construção da teoria, a coleta foi realizada por meio de entrevista, que é considerada o principal método na TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008). As entrevistas apresentaram a experiência construída diante do fenômeno estudado, considerando a história de utilização dos serviços de saúde pelo participante.

Sobre a entrevista, salienta-se o fato de ser método capaz de oferecer todas as perspectivas para que o informante possa se sentir seguro e ter a espontaneidade necessária para enriquecer a investigação. Neste estudo, a entrevista foi aberta e, como premissa do Interacionismo Simbólico e da TFD, de caráter epistemológico por dar conta do ponto de vista dos atores envolvidos (MEAD, 1934; BLUMER, 1969; GLASER; STRAUSS, 1967). Pode ser definida, ainda, como intensiva, o que, segundo Charmaz (2009), permite o exame detalhado de determinada experiência ou de determinado tópico, esclarecendo a interpretação de cada pessoa sobre a sua experiência.

As entrevistas foram agendadas (dia, horário e local), por meio de contato telefônico realizado pela pesquisadora, oportunidade em que esclareceu-se, inicialmente, o objetivo da pesquisa. Os locais para a realização das entrevistas (residência do participante, agência do BB ou CliniCASSI) foram escolhidos pelos participantes. Quando realizadas no interior do Estado, as entrevistas ocorreram nas oportunidades de viagens a trabalho da pesquisadora, também com agendamento prévio. Quando da realização das entrevistas, houve oportunidade de contextualizar a pesquisa, retomando-se o seu objetivo, e esclarecer dúvidas existentes. As entrevistas aconteceram, inicialmente, em Belo Horizonte e Juiz de Fora, pela facilidade de acesso. Na sequência, foram entrevistados aqueles participantes da localidade de Uberaba. Nas entrevistas finais, já caminhando para a saturação dos dados, foram realizadas as entrevistas dos participantes residentes em Uberlândia e Montes Claros.

Para o início das entrevistas, foi utilizada questão introdutória semelhante para todos os entrevistados. O objetivo era quebrar o contexto formal do momento, introduzir o tema estudado de forma subliminar e remeter os participantes à história de relacionamento com a CASSI, podendo evocar memórias e sentimentos experimentados ao longo do tempo, importantes para a elaboração da teoria, considerando a perspectiva relacional e temporal do vínculo. Dessa forma, os entrevistados foram convidados a falar um pouco sobre como a CASSI se tornou parte da história de cada um.

De forma sequencial, foram utilizadas outras questões norteadoras que abordavam o primeiro contato com o serviço próprio e as impressões do atendimento, bem como tratavam daquilo que os mobilizava para os retornos subsequentes. Essas questões, consideradas “chave”, foram utilizadas em praticamente todas as entrevistas.

No decorrer do processo, a partir da imediata análise, conforme previsto na TFD, foram incluídas nas entrevistas questões que objetivavam validar impressões ou elucidar aspectos evidenciados na entrevista anterior. Assim, as perguntas norteadoras foram sendo ampliadas e eram utilizadas de forma mais livre, baseadas na percepção da pesquisadora. Questões secundárias foram também utilizadas e, geralmente, resultavam da necessidade de aprofundamento, considerando o conteúdo expressado pelos participantes em respostas anteriores às questões norteadoras. Por vezes, tendo em vista a forma subjetiva de condução das entrevistas, as questões secundárias também eram utilizadas livremente. Novas questões foram incorporadas no decorrer da pesquisa, em especial na etapa de amostragem seletiva, o que decorreu da necessidade de elucidação de pontos diversos, considerando a TFD.

Para a elaboração das questões foi importante, além do método de análise previsto na TFD, os registros realizados no memorando. Os registros continham sentimentos experimentados antes da realização de cada entrevista (expectativas), percepções e sentimentos vivenciados no decorrer destas, notas teóricas, notas metodológicas e reflexões. As inquietações e lacunas alimentaram, substancialmente, o processo de elaboração de novas questões para as entrevistas subsequentes.

O conjunto final de questões utilizadas ao longo das entrevistas, norteadoras e/ou secundárias, está apresentado no Apêndice A. Elas expressam o conjunto de

questões que permearam as entrevistas, em todas as etapas do processo. No momento final da entrevista, os participantes eram questionados sobre o desejo de retornar a alguma questão ou de realizar algum comentário ou questionamento, o que finalizava a entrevista.

2.3.4 Análise de dados

A análise dos dados, considerando a TFD, foi iniciada logo após a primeira entrevista, por meio de categorização inicial. O processo foi mantido, entrevista a entrevista, passando pelas etapas seguintes, até a construção final da teoria. A análise passou pelas fases de descrição e de ordenamento conceitual, com a consequente construção da teoria, na fase final (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996; STRAUSS; CORBIN, 2008), obedecendo à sequência de codificações, iniciando pela Aberta, passando pela Axial e finalizando com a Seletiva, conforme abordado, anteriormente, quando da descrição da escolha metodológica (TFD) para elaboração da tese.

Todas as entrevistas foram analisadas com a ajuda de dicionário, o que contribuiu para a identificação do(s) sentido(s) atribuído(s) às palavras utilizadas, no contexto, pelos participantes. As palavras foram agrupadas em um documento virtual próprio, com o significado atribuído, o que facilitou o processo de consultas subsequentes, uma vez que muitas delas eram repetidas pelos participantes, em um mesmo contexto, e possuíam, por conseguinte, o mesmo sentido. Ao final, o acúmulo de palavras resultou em um pequeno “dicionário” próprio da pesquisa, decorrente das palavras compartilhadas pelos participantes nas entrevistas.

As ideias expressadas, identificadas no processo de análise linha a linha e parágrafo a parágrafo, foram registradas em categorias iniciais, seguindo os significados e especificidades. Num processo dinâmico de experimentação de aproximações relacionais entre as categorias, foram reforçadas e criadas novas categorias e delimitadas subcategorias. A cada entrevista foram construídas novas relações entre as categorias e subcategorias, somando-se o encontrado em cada análise, uma a uma, à construção geral. Assim, os dados foram agrupados e reagrupados inúmeras vezes, em direção à identificação da categoria central.

Foi importante a utilização do conteúdo dos memorandos ao longo do processo de elaboração da teoria. Eles contribuíram para a reconstituição das

circunstâncias da entrevista e das sensações experimentadas, mas sobremaneira para a preparação das entrevistas seguintes, uma a uma, a partir das notas analíticas e teóricas. Os memorandos contribuíram para o aprofundamento das análises, considerando as categorias, suas dimensões e propriedades. Questionamentos levantados no decorrer do estudo, como aquele relativo ao impacto do tempo de cadastramento no estabelecimento do vínculo, por exemplo, foram esclarecidos por meio de dados apresentados por participantes com menos tempo cadastramento. A identificação dos novos dados apresentados em uma determinada entrevista, bem como a confirmação de dados já evidenciados em entrevistas anteriores, bem como a ênfase a “informações chave” também eram possíveis através dos memorandos.

As subcategorias e categorias, bem como as relações entre elas, foram representadas, ao longo do processo, por inúmeros e diferentes diagramas que se modificaram, acompanhando o movimento das análises. Os diagramas contribuíram, substancialmente, para a expressão das categorias evidenciadas e para a teorização elaborada. As relações identificadas foram expressas através de diagramas simples, em cada entrevista e, posteriormente, de forma mais complexa, por diagramas secundários, até aqueles que foram adotados, ao final, para representar as categorias finais e a teoria. As subcategorias e categorias, e as relações entre elas, representadas nos diagramas, foram salientadas, posteriormente, no texto, através da fonte em caixa alta, de forma a chamar a atenção para o que foi considerado na construção dos conceitos. Os diagramas apresentados nesta tese são resultados de inúmeros outros, constituídos ao longo do percurso, que, apesar de relevantes para o processo de construção, não contribuiriam substancialmente para a apreensão da teoria e, por isso, não constam neste documento.

Os dados apresentados nas categorias e na teoria, ao final, correspondem, então, ao construto resultante das etapas de codificação e elaboração final da teoria, a partir das entrevistas dos participantes cadastrados na Estratégia de Saúde da Família da CASSI, em Minas Gerais.

2.3.5 Aspectos éticos

As entrevistas foram gravadas por meio de mídia eletrônica, para favorecer o processo de análise, e efetuadas após a autorização pelos participantes da CASSI,

por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (apresentado no Apêndice B), como previsto pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer número 36.741, de 13 de junho de 2012. A CASSI, igualmente, autorizou a sua realização e a divulgação, que foi desenvolvida com incentivos do Programa de Pós-Graduação da instituição.

3. CONSTITUIÇÕES DE CONCEITOS PARA UMA TEORIA SOBRE VÍNCULO

Constituir conceitos decorre de todas as etapas de codificação previstas na TFD.

Foram diversas as relações estabelecidas entre os diferentes códigos, de forma processual, até a identificação dos conceitos finais. À medida que emergiam, as relações eram incorporadas, organizadas e reorganizadas em diagramas, até a constituição e a validação dos conceitos finais.

A partir dos códigos analisados e dos dados evidenciados, os conceitos foram didaticamente estabelecidos e nomeados, constituindo-se categorias. Estas, além de nomeadas pelo conceito que representam, foram identificadas por códigos *in vivo*, por evidenciarem o conteúdo explicitado.

Os códigos apresentados nas diferentes seções foram organizados em ordem numérica crescente.

Desta forma, foi possível verificar o enredo da teoria, que é apresentada nas categorias e nas subcategorias seguintes e, ao final da sessão, fundamentada no tema central desse estudo, o vínculo.

3.1 Categoria Pertencimento – “A CASSI é um pedaço do Banco, um pedaço da gente.”

O grupo de participantes da CASSI é constituído por funcionários do BB, da ativa ou aposentados, seus dependentes e familiares. Existe, por conseguinte, especificidade a ser salientada quando se considera que a utilização do Sistema de Serviços de Saúde da CASSI decorre da relação existente entre os participantes e o BB e, a partir desta, com a CASSI.

No que diz respeito à saúde, os participantes da CASSI diferem das pessoas da sociedade, em geral, por pertencerem a grupo social que possui acesso a uma assistência específica, mediante benefício formal, relacionado ao vínculo ocupacional com o BB. Tal grupamento de participantes se distingue de outros, ainda, pelo fato de poder acessar os serviços próprios, entre outros recursos assistenciais, do Sistema de Serviços de Saúde da CASSI.

Os participantes estabelecem, entre si, relações diversas, inclusive decorrentes das necessidades de cuidado, nas quais são compartilhadas e potencializadas as referências oriundas do relacionamento com o BB e com a CASSI, ao longo do tempo.

Tais referências, evidenciadas pelas imagens acerca das instituições, contribuem para o estabelecimento de relações pautadas na confiança na instituição cuidadora (a CASSI), mesmo antes de as oportunidades de atendimento à saúde se concretizarem nos serviços próprios.

A Figura 1 representa a categoria Pertencimento, que trata da possibilidade singular de cuidado dos participantes nos serviços próprios da CASSI, pelo fato de pertencerem à comunidade ligada ao BB, e apresenta as referências oriundas desse pertencimento que, compartilhadas e potencializadas, ao longo do tempo, fomentam a confiança na instituição cuidadora e predispõem à utilização dos serviços próprios.

O conceito de pertencimento, segundo o dicionário, contribui para a compreensão da categoria Pertencimento, pois significa o mesmo que “pertença” e esta, por sua vez, pertencer, “ser parte de” (FERREIRA, 2004). **A categoria “Pertencimento” refere-se à existência de “laço” estabelecido entre os participantes e a instituição cuidadora, pelo fato de existirem referências que levam à confiança e que influenciam, a priori, a procura e as interações de cuidado nos serviços próprios, ao longo do tempo.**

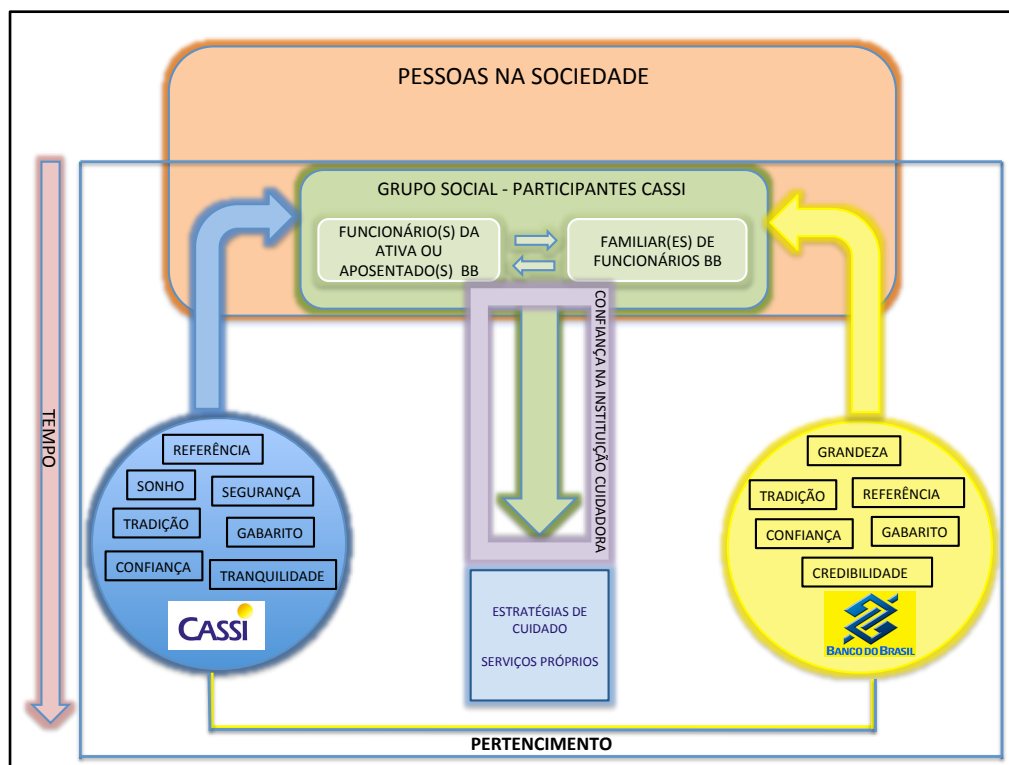


Figura 1: Pertencimento

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

Os códigos que seguem contribuem para a percepção da **RELAÇÃO** existente **ENTRE A CASSI E O BB**. A **RELAÇÃO ENTRE AS INSTITUIÇÕES** contribuiu para a constituição da identidade do **GRUPO SOCIAL DE PARTICIPANTES CASSI**.

A CASSI começou a fazer parte da minha vida devido o B., o meu marido, ser do Banco. Então já faço parte né, da CASSI. (Cassiana 3, 70 anos)

Meu pai é aposentado do Banco do Brasil e minha mãe ainda é gerente na ativa. Aí, foi por causa disso, lá em casa sempre foi CASSI. (Cassiana 6, 22 anos)

(...) através da matrícula dela, nós passamos a fazer parte do Plano Cassi Família, (...) e depois minha cunhada fez também (...), e somos até hoje parte da "família CASSI". (Cassiana 13, 49 anos)

Eu entrei para o banco em 1955, (...), quase 60 anos de CASSI lá em casa. (...) Eu sou muito agradecido à CASSI, a vida de muita gente e a nossa vida desde que eu entrei para o Banco. (Cassiano 16, 84 anos).

As variadas possibilidades de acesso dos participantes à CASSI, exemplificadas pelos códigos apresentados, possibilita a identificação do conjunto de pessoas que constitui o GRUPO SOCIAL que se relaciona com a instituição.

Além disso, os códigos possibilitam a percepção de PERTENCIMENTO experimentada pelos participantes, que se identificam como parte de GRUPO SOCIAL, constituído em torno da CASSI, comum a todos.

O relacionamento com a CASSI significa fazer parte de algo que é familiar, relacionando-se ao sentimento de pertença.

Nos códigos seguintes, a noção de convivência é apresentada. O RELACIONAMENTO ENTRE OS PARTICIPANTES contribuem para a identificação do sentido de comunidade.

Me apresentei no Banco, fiz assim uma amizade muito grande com o meu gerente e gostava de muitos... de todos os meus colegas. (...). Tudo que eu precisava na CASSI eu recorria às pessoas de lá. Então, eu fiquei assim muito ligado a CASSI, sabe? (Cassiano 1, 85 anos)

Isso é bom, eu gosto de convivência. Então, qualquer coisa, qualquer vinculozinho que eu tenha na CASSI, assim eu gosto. (Cassiana 2, 95 anos)

(...) eu sinto até falta de falar com elas. É assim, é uma família pra mim. (...). Outro dia encontrei um paciente... que tem ligação com vários da CASSI, que eram colegas do Banco lá. (Cassiana 3, 70 anos)

Eu acredito que aquelas que vem aqui, são aquelas pessoas que pensam como eu, que acreditam na CASSI, que quer ter essa identidade, relação mais forte, mais sólida. (Cassiano 15, 64 anos)

O Banco do Brasil e os serviços próprios da CASSI são espaços de interação, o que amplia o sentimento de PERTENCIMENTO ao grupo.

São estabelecidas RELAÇÕES entre as pessoas, seja no ambiente do trabalho no Banco do Brasil, seja nas oportunidades de cuidado, que potencializam o sentimento de PERTENCIMENTO.

As entidades ESTÃO LIGADAS ENTRE SI, LIGAM AS PESSOAS, possibilitam a convivência que une iguais, conferindo identidade ao GRUPO SOCIAL DE PARTICIPANTES CASSI.

As ESTRATÉGIAS DE CUIDADO organizadas nos SERVIÇOS PRÓPRIOS potencializam o RELACIONAMENTO ENTRE OS PARTICIPANTES. A atividade coletiva, além de momento de cuidado, é importante oportunidade de encontro, motivo pelo qual é destacada.

(...) quando faz reunião lá pra aquelas coisas... É... negócio de conversa, né? Pra conversar... encontros. Você encontra uma turma de pessoas e troca assuntos, e tudo (...). (Cassiana 2, 95 anos)

E olha, vou te falar uma coisa, tem várias que participam desse encontro lá na CASSI, palestras, inclusive eu fui. Esse do carnaval, que foi a última que eu fui. Então vários perguntam: “G. quando é que vai ter? Você tem que ir, você tem que ir”. (Cassiana 3, 70 anos)

Fazia umas reuniões de aposentados, eu achava muito bom né, viagem né. Você podia conversar com outros colegas aposentados. (Cassiano 7, 77 anos)

A minha agência participou de um programa da CASSI, acho que Agência Saudável, (...), então esses encontros foram interessantes para compartilhar (...). (Cassiano 9, 28 anos)

Já participei de caminhada, já participei diversas vezes (...), levo as pessoas da família para participar de palestras comigo (...). ... porque lá você encontra com outras pessoas (...). (Cassiana 14, 62 anos)

A sensação que eu tenho é que eu estou no meio de uma família. Que a relação das pessoas ali vira uma relação de, é... de um vínculo. (Cassiana 33, 43 anos)

As atividades coletivas tornam-se local de encontro e espaço de compartilhamento, ampliando a identificação de pares e a percepção do PERTENCIMENTO, uma vez que existem contatos com outros participantes ligados ao Banco do Brasil e à CASSI.

Além de espaço para a abordagem e a discussão de temas relacionados ao cuidado de saúde, as atividades coletivas assumem a importância de oportunizarem o contato e fomentarem a conversação, que fortalece a identidade do GRUPO e amplia a pertença.

OS SÍMBOLOS QUE CONSTITUEM A IMAGEM DO BB, identificados no conjunto de códigos que seguem, contribuem para a percepção do sentimento de CONFIANÇA estabelecido em relação à INSTITUIÇÃO CUIDADORA, que decorre, também, da imagem do BB.

(...). Banco do Brasil, nossa senhora né? Era o grande e como sempre foi e será sempre, né? Que a CASSI e o Banco do Brasil são entidades, né? Que não tem nada igual na.... Não tem nada igual no mundo. CASSI pra mim é um sonho. (Cassiano 1, 85 anos)

Tá um pouco ligado com o Banco, de achar que, com o Banco, a gente vai ter uma... sei lá, tradição. Mas questão dessa tradição do Banco, ter esse gabarito todo (...),eu tenho essa imagem dela também. Essa imagem muito boa da CASSI, sabe? (Cassiano 4, 54 anos)

Sempre foi a referência que a gente teve. É um plano muito bom, assim, pelo que as pessoas falam, todo funcionário do Banco do Brasil tem benefício. As pessoas de outros bancos falam “Banco do Brasil que é essa mamata e tal”. A gente confia porque é vinculado ao Banco, né? (Cassiana 6, 22 anos)

Eu confio no Banco em termos de saúde (...). (Cassiano 15, 64 anos)

De fato, os participantes identificam-se como parte de determinado GRUPO SOCIAL e trazem consigo referências específicas, relacionadas ao fato de pertencerem a esse GRUPO, ligada ao BB. As referências caracterizam e extrapolam o Banco, misturando-se àquelas relacionadas à própria CASSI.

A imagem da CASSI é fortemente associada à IMAGEM DO BANCO, uma vez que esta foi criada em função da organização dos funcionários do BB, consolidando-se, posteriormente, como benefício da instituição bancária. A CASSI surge do desejo de determinado grupo de funcionários e torna-se benefício concreto e formal.

As referências remetem à posição do BB no mercado, ao longo de anos. Os símbolos relativos ao BB, que representam, essencialmente, a solidez e a perenidade, são transferidos para a CASSI.

Assim, a percepção de GRANDEZA, TRADIÇÃO, REFERÊNCIA, CONFIANÇA, GABARITO e CREDIBILIDADE, relativas ao BB, são associadas à

imagem da CASSI. A imagem do BB reforça a CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA.

A CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA decorre, também, de referências relacionadas a ela mesma. Os SÍMBOLOS QUE COMPÕEM A IMAGEM DA CASSI, possíveis de serem identificados nos códigos que seguem, favorecem o entendimento do apresentado.

A gente gosta sempre de ter um porto de segurança, um vinculozinho em alguma coisa que você possa confiar. CASSI é esse porto que você sente que se precisar de alguma coisa, você tem a CASSI, um ponto de referência, você pode estar lá. A CASSI é um porto de segurança. (Cassiana 2, 95 anos)

Eu nunca tive outro plano, então não vou julgar, mas por parente falando, que ainda vira e fala: “você está louca? Essa CASSI é uma coisa de louco! (...)” eu acho que todo mundo gosta da CASSI, eu nunca vi ninguém reclamando. (Cassiana 3, 70 anos)

Desde que eu entrei para o Banco que eu achei que foi a maior segurança que eu tive, com a CASSI, entendeu? Pra mim foi uma tranquilidade. (Cassiano 7, 77 anos)

A IMAGEM DA CASSI é constituída da simbologia relacionada ao BB, mas, também, por outras referências, que decorrem da visão da própria instituição no mercado de saúde e das vivências de cuidado. A visão dos outros corrobora aquela dos participantes, que remetem para a REFERÊNCIA da instituição como operadora de saúde.

A CASSI é associada aos sentimentos de SEGURANÇA, CONFIANÇA e TRANQUILIDADE. É colocada como SONHO e REFERÊNCIA no que diz respeito ao cuidado de saúde, possuindo TRADIÇÃO e GABARITO na visão dos participantes.

A proximidade entre os participantes e a CASSI, conforme evidencia-se nos códigos que seguem, decorre, também, da apropriação da instituição pelos participantes, em especial por aqueles que são ligados diretamente ao BB, funcionários da ativa ou aposentados.

A CASSI é um pedaço do Banco, um pedaço da gente. Nós é que contribuímos, da mesma forma que fundamos a CASSI. (Cassiana 5, 56 anos)

Pra mim, uma das coisas mais importantes do Banco é a CASSI. (...), porque isso é um diferencial criado por nós funcionários (...). (Cassiano 29, 38 anos)

Eu acredito na CASSI. Eu sou um grande admirador e dou crédito à CASSI. Eu acho que ela foi criada pra nós, tudo que ela faz é pra nós. (...). A percepção dela é a mesma, um pouco diferente porque ela não vivenciou o Banco, como eu, mas ela tem boa percepção da CASSI. (Cassiano 15, 64 anos)

As histórias pessoais misturam-se àquelas das instituições. São compartilhadas, valorizadas e tornam ainda mais familiares e pessoais as relações estabelecidas com a CASSI (a história pessoal é parte da história da instituição).

Existe a percepção de que a CASSI foi fundada e criada pelos participantes, para ser utilizada por eles, o que faz com que cada um se sinta como dono, legítimo, de parte.

Tal percepção amplia o valor atribuído à CASSI, favorecendo o sentimento de PERTENCIMENTO e corroborando a CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA. Fomenta-se a participação e envolvimento, inclusive nas oportunidades relacionadas ÀS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

O sentimento de PERTENCIMENTO experimentado pode ser identificado, ainda, nos códigos que seguem. Ele reflete-se no zelo com a instituição cuidadora.

(...) e também nunca abusei da CASSI. (Cassiano 1, 85 anos)

(...) você tá fazendo exercício comigo, não tá tendo retorno, vem aqui pra ficar sentada, não acho justo, porque a CASSI tá pagando aquilo. Não acho certo a CASSI ficar pagando (...). Porque desse carinho que eu tenho com a CASSI, e respeito em primeiro lugar. (Cassiana 3, 70 anos)

(...). E eu acho esses cuidados importantes tanto pra mim quanto pra CASSI. Eu me cuidando eu não vou adoecer, ela não vai gastar comigo, né? (...). Estou preocupada com o futuro da CASSI. (Cassiana 5, 56 anos)

(...). Então a gente sabe que a concorrência aí fora é muito grande, e tudo (...). O custeio, então, é isso que me preocupa mais, e deixa a gente um pouco intranquilo e responsável quanto ao futuro da CASSI. (Cassiano 7, 77 anos)

Eu acho que tem que estar atento, que talvez a CASSI tenha que orientar as pessoas, olha aqui o que vocês estão assinando, porque é tanta guia, e às vezes é cara, (...) A gente vive num País com tanta corrupção, com tanta roubalheira, então isso pode comprometer o nosso Plano. (Cassiano 12, 51 anos)

Já usei o serviço público, seu eu puder evitar gasto da CASSI, eu vou buscar o serviço público. Já fiz isso e não tem muito tempo não. (...). Desonerar sim, se tiver algum remédio que o serviço público me ofereça, eu vou deixar de utilizar a CASSI. (Cassiano 15, 64 anos)

Por se sentirem próximos, como “donos”, e por valorizarem a CASSI, os participantes respeitam e preocupam-se com a instituição.

A responsabilidade na utilização dos recursos é caracterizada pela forma justa, correta, atenta, não abusiva e respeitosa, referida no comportamento dos participantes, diante da necessidade de sua utilização.

Os cuidados com a instituição decorrem da percepção da pertença. Os participantes sentem-se responsáveis pela instituição cuidadora e demonstram tal responsabilidade através de expressões que representam a utilização zelosa dos recursos, comum a todos.

As referências dos participantes em relação ao BB e à CASSI, decorrentes das vivências e/ou do compartilhamento dessas, resultam em predisposição para a utilização dos serviços próprios e para o estabelecimento de relações produtivas de cuidado.

A CONFIANÇA QUE RESULTA DO FATO DE SE PERTENCER A DETERMINADO GRUPO SOCIAL, E DAS REFERÊNCIAS RELATIVAS ÀS INSTITUIÇÕES QUE CONSTITUEM TAL GRUPO, antecede a experiência do cuidado, possui raízes anteriores às vivências dos cuidados ofertados e mobiliza para o cuidado, favorecendo, *a priori*, o estabelecimento do vínculo.

Importante considerar que o “grau” de CONFIANÇA na CASSI pode variar de acordo com a intensidade do sentimento de PERTENCIMENTO e com as histórias

vivenciadas, por cada participante, nos contatos relacionados à assistência à saúde. O TEMPO é fator que potencializa, também, o sentimento de PERTENCIMENTO.

Assim, participantes mais idosos, com maior TEMPO de vinculação à CASSI, por exemplo, bem como aqueles que necessitaram de assistência com maior intensidade, por precisarem de mais cuidados, podem sentir-se mais confiantes na instituição cuidadora. As experiências e vivências, por serem singulares, podem resultar em diferentes “níveis” de pertencimento e, por conseguinte, influenciar, mais ou menos, o estabelecimento do vínculo.

O vínculo é influenciado por se confiar, previamente, na capacidade de realização da assistência à saúde pela CASSI e relaciona-se ao fato de os participantes pertencerem a determinado contexto e valorizarem tal pertença.

O PERTENCIMENTO que favorece o vínculo é conceituado, por fim, como aquele sentimento que identifica os PARTICIPANTES DA CASSI como parte legítima de determinado contexto e GRUPO SOCIAL, nos quais SÍMBOLOS expressam valores, tornando-os, simultaneamente, cuidados e corresponsáveis pelo cuidado da instituição cuidadora; e relaciona-se com o vínculo por predispor e favorecer, ao longo do TEMPO, a CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA, e o estabelecimento de RELAÇÕES, mediante vivências das ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

3.2 Categoria Acolhimento – “Eu acho que ser atendido, ter resposta... Ter a minha resposta, ter uma resposta assertiva.”

Partindo, inicialmente, do discutido na categoria Pertencimento, recorde-se a movimentação dos participantes para o cuidado nos serviços próprios, decorrente do fato de pertencerem a determinada comunidade, onde são compartilhadas referências que conceituam a instituição cuidadora e influenciam, pela relação de confiança, a procura pelos serviços, favorecendo o estabelecimento do vínculo.

A partir daí, uma vez que confiam na instituição cuidadora, na ocorrência de problemas de saúde, os participantes dirigem-se aos serviços próprios na expectativa de que sejam atendidos e que existam respostas para tais problemas.

Trata-se, em sua maioria, de ocorrências relacionadas aos problemas de saúde vivenciados pelos participantes ou às situações de cuidado deles decorrentes

(prescrição e/ou autorização de medicamentos, autorização e/ou realização de procedimentos e outras demandas, inclusive as de caráter administrativo).

Quando surgem esses problemas, são trazidas à tona expectativas em relação ao acolhimento nos serviços próprios, mais especificamente à disponibilidade para o atendimento (acessibilidade) e à capacidade de responderem às demandas apresentadas (resolutividade).

A acessibilidade e a resolutividade serão tratadas em subcategorias específicas, que compõem a categoria Acolhimento.

A categoria Acolhimento refere-se à confiança nos serviços próprios, estabelecida em função da credibilidade que decorre do atendimento de expectativas, na ocorrência de problemas de saúde, diante da disponibilidade para o atendimento (acessibilidade) e das respostas obtidas (resolutividade).

Assim, conforme demonstrado na Figura 2, a confiança pré-existente na instituição cuidadora mobiliza para o cuidado, nos serviços próprios, diante dos problemas de saúde. Ao longo do tempo, no contexto de confiança prévia na instituição e, a partir do atendimento de expectativas acerca da disponibilidade para o atendimento (acessibilidade) e da capacidade de responder às demandas (resolutividade), estabelece-se a confiança nos serviços próprios.

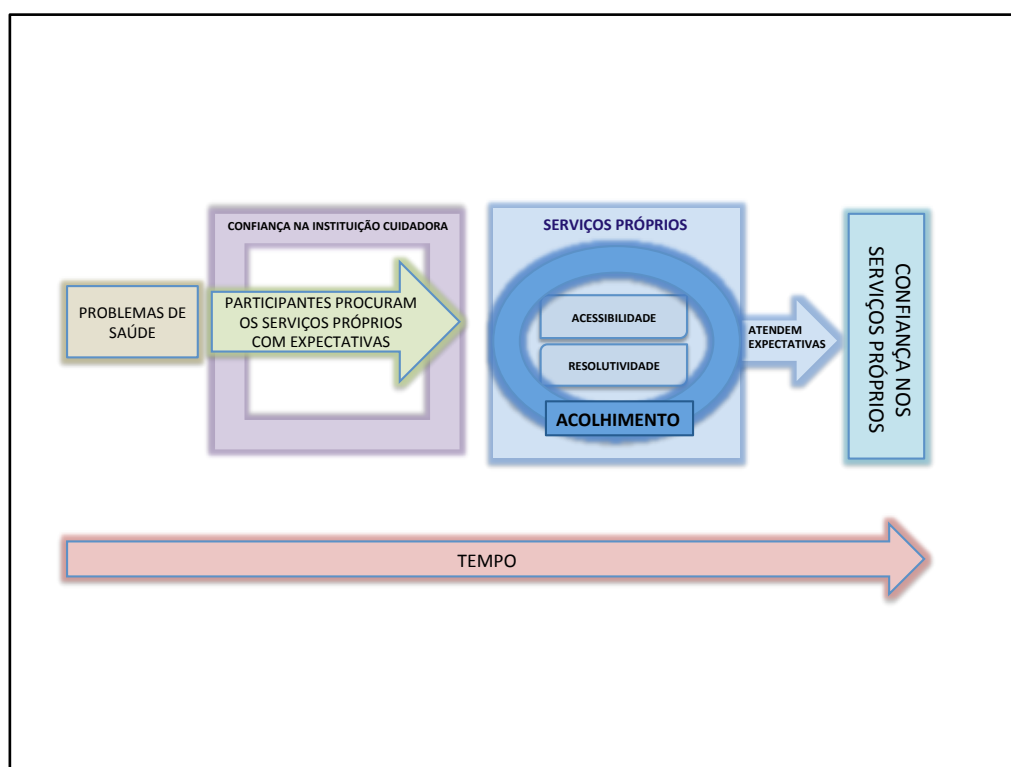


Figura 2: Acolhimento

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS promove o estabelecimento de relações produtivas de cuidado e, por conseguinte, favorece o vínculo. Além da CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA, que decorre do sentimento de pertencimento, identifica-se que há uma CONFIANÇA advinda das EXPECTATIVAS ATENDIDAS quando os serviços são acessados e os participantes sentem-se ACOLHIDOS.

Evidencia-se a PROCURA PELOS SERVIÇOS PRÓPRIOS, ao longo do TEMPO, mediante a CONFIANÇA dos participantes na INSTITUIÇÃO CUIDADORA e NOS PRÓPRIOS SERVIÇOS.

Os códigos que seguem contribuem para a percepção da existência de EXPECTATIVAS relacionadas à ACESSIBILIDADE. Os serviços estão ao alcance dos participantes, diante das necessidades.

Eu procuro a CliniCASSI..., qualquer coisa, problema assim de saúde. (...).
Nunca recebi um não da CASSI. (Cassiano 1, 85 anos)

(...) quando eu precisava, ela sempre estava ali. (Cassiana 2, 95 anos)

(...) eu não abro mão, qualquer coisa, primeiro lugar pra mim a CliniCASSI.
(...) eu vou atrás do que vocês encaminham. (...). A N. liga pra mim e fala: “eu estou precisando de um médico assim”. Eu falo: liga para a CASSI que eles vão te atender. (Cassiana 3, 70 anos)

Isso tudo é um diferencial. Acho que é um conjunto, tanto o espaço físico, quanto ter horários, quanto o atendimento, tudo é importante. (Cassiana 13, 49 anos)

Eu procuro para todo problema de saúde que eu tenho. Qualquer problema eu dou preferência para marcar na CliniCASSI, antes de procurar um pronto socorro, por exemplo. (Cassiano 21, 37 anos)

Então assim, passa mesmo a fazer parte. Eu não imagino “X” sem a CliniCASSI. É uma referência pra mim. Eu acho que é pra todo mundo que usa. Acho que seria ficar sem pai sem mãe sem a Clínica. (Cassiana 22, 65 anos)

Sempre... como se diz, até com um resfriado em procuro vir aqui. Eu sempre recorro a vir aqui. (Cassiana 23, 24 anos)

(...) ajuda, tenta ajudar, o que pode, o que não pode. Todos eles. (...). Sempre a gente tá em contato aqui. (Cassiano 24, 66 anos)

CliniCASSI... assim... é um local certo. Porque eu sempre procurei. (Cassiano 26, 85 anos)

Existem EXPECTATIVAS relacionadas à RESOLUTIVIDADE. Os serviços oferecem as respostas esperadas pelos participantes.

Ir lá e ver isso... significa que o Plano está funcionando. Significa o atendimento da minha expectativa, uma coisa básica né? (Cassiano 4, 54 anos)

Olha, é... é o seguinte, a confiança. O pessoal aqui sempre procura dar a orientação correta. (...). A gente gosta de ter respostas. Quando joga a gente para o segundo plano, isso pode me distanciar. (Cassiano 19, 65 anos)

Certamente eu tenho feito a escolha de usar a CliniCASSI porque eu tenho encontrado as respostas que eu procuro lá. (Cassiana 30, 48 anos)

Eu acho que ser atendido, ter resposta... Ter a minha resposta, ter uma resposta assertiva. (Cassiano 31, 42 anos)

É muito ruim a pessoa falar que foi atendida fora da expectativa dela. Ela quer ser acolhida de um jeito diferente. Quer se sentir cuidada. E se eu pertencço a esse lugar, esse lugar tem que me fazer sentir pertencida a ele também. (Cassiana 33, 43 anos)

Os PARTICIPANTES PROCURAM POR ATENDIMENTO, diante de PROBLEMAS DE SAÚDE, em um contexto onde há a CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA e, também, CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS, decorrente da disponibilidade para o atendimento (ACESSIBILIDADE) e das respostas para as diferentes demandas (RESOLUTIVIDADE).

Os SERVIÇOS PRÓPRIOS são a referência para os PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. Estão disponíveis para o ACOLHIMENTO, sendo o lugar a ser procurado quando as demandas se apresentam.

O ACOLHIMENTO é identificado na atitude dos profissionais que organizam o ambiente para receber os participantes. Os códigos que seguem ilustram a sensação de bem estar e o atendimento personalizado experimentado nos serviços próprios.

Sempre que eu vou lá é uma festa, tudo pronto pra mim. Eu gosto do ambiente da CASSI, gosto das pessoas que trabalham na CASSI. As pessoas que trabalham lá parece que se esforçam para que o cumprimento do trabalho seja a nossa satisfação. (Cassiano 1, 85 anos)

Eu me sinto bem demais. Eu me sinto como se eu estivesse entrando numa sala assim, num auditório. (...). É um lugar que eu me sinto bem. Eu tenho um carinho muito grande, porque é bom dia, boa tarde, (...), então eu me sinto bem lá dentro. (Cassiana 3, 70 anos)

A gente sente uma preocupação das pessoas com a gente, e isso foi bom. Logo quando a gente chega. Eu considero mais pessoal... (Cassiano 9, 28 anos)

A acolhida deles é muito boa, eles são assim, cabeça aberta, alto astral. Isso eu acho muito importante nessa área, porque às vezes você já não está tão bem (...). (Cassiana 13, 49 anos)

O atendimento... eles sempre são muito simpáticos, sempre são muito agradáveis. E uma coisa que eu acho legal é que sempre que a gente chega, até primeira vez, eles sempre sabem quem somos nós. (Cassiana 23, 24 anos)

Esse atendimento personalizado, humanitário. Do pessoal lá te tratar como ser humano e não como uma matrícula, como um número. (Cassiana 27, 53 anos)

O ACOLHIMENTO relaciona-se ao bem estar reportado pelos participantes, quando se referem ao momento de chegada aos serviços próprios. Decorre da

associação da estrutura, compatível com os atendimentos a serem realizados, à forma como são recebidos pelas pessoas, de forma geral.

Os códigos que seguem, corroboram a visão acerca da perspectiva organizacional do atendimento, que trata da forma de ACOLHER e COLOCAR-SE DE FORMA DISPONÍVEL, definida para os serviços. São destacadas as atitudes dos profissionais que estão na linha de frente do atendimento.

Aquele porteiro lá em baixo, também. Ele sempre foi muito agradável, (...), esse negócio todo. Aquela maneira de eu chegar na CASSI e ser tão bem recebido por todos os funcionários. (Cassiano 1, 85 anos)

Quando eu chego sou bem atendida desde a portaria. Eles fazem tudo... Arrumam tudo que eu peço. (Cassiana 2, 95 anos)

Eu me sinto bem desde a hora que eu ponho o pé ali na portaria, aquele carinho dos porteiros, faxineiras. As receptionistas lá, que eu nunca vejo nenhuma que não cumprimenta, que não ri. Isso que é importante demais. Isso tudo é orientação de vocês lá, eu sei. (Cassiana 3, 70 anos)

É um ambiente que eu até gosto, sempre gostei de lá. Acho que o atendimento lá daquelas meninas que ficam na recepção é muito bom. (Cassiano 4, 54 anos)

Faz-se uma referência importante aos profissionais terceirizados que realizam a limpeza e que prestam atendimento em locais que dão acesso aos serviços (garagem, portaria), e aos auxiliares administrativos que atuam nas recepções dos serviços, o que leva à visualização do ACOLHIMENTO, desde o momento da chegada aos serviços, e durante a permanência nele.

Além disso, o ACOLHIMENTO não se relaciona ao perfil de determinado profissional, especificamente, mas diz respeito a todos. o modo orientado como os “serviços” acolhem é notado.

A atitude de busca pelo cuidado se dá na medida em que existe CONFIANÇA e sentimento de pertença. Os serviços fazem parte do cotidiano do cuidado. Os dados seguintes evidenciam a utilização dos serviços ao longo do TEMPO.

(...) já faz muito tempo que eu vou a CliniCASSI, já tem muitos anos. (Cassiana 2, 95 anos)

Mas que eu tenho uma história com a CASSI já tem 35 anos. Então começou eu acho que é Tamoios, ali perto do Dr. G., depois foi pra Guarani, depois dali foi pra lá. Quanto tempo que a CliniCASSI está na Raja Gabaglia? Tem mais de uns 10, 15 anos, não? (Cassiana 3, 70 anos)

Especialmente depois da aposentadoria, aí eu estou muito mais ligado a CASSI. A CliniCASSI, daqui pra frente, cada vez mais eu vou precisar dela (...). (Cassiano 15, 64 anos)

Eu calculo que em janeiro de 56 eu já estava na CASSI. E... passa esses anos todos na CliniCASSI. (Cassiano 16, 84 anos)

Ah não, tem mais. Ixi... Deve ter uns... ah eu não sei ao certo não, mas desde que a CliniCASSI aqui começou. Tem anos, né? (Cassiana 20, 64 anos)

O TEMPO de relacionamento com os serviços próprios confere maturidade ao sentimento que os participantes experimentam acerca da ACESSIBILIDADE e da RESOLUTIVIDADE dos serviços.

Na recorrência de contatos exitosos para o cuidado de saúde, constitui-se a história de cuidado de cada participante, alimentando-se a CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

Merece atenção o fato dos PROBLEMAS DE SAÚDE de natureza biológica, como evidenciam os próximos dados, serem os desencadeadores iniciais da PROCURA PELOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

A única coisa que eu tinha era um problema de glicose e às vezes tinha que dar uma certa... um certo cuidado mais nela. (Cassiano 1, 85 anos)

Bom, quando eu fiquei doente eu procurei a CASSI. (Cassiana 2, 95 anos)

(...) Deixa eu lembrar aqui... Foi problema de saúde. Eu tive uma... Eu descobri um..." (...). Eu precisei de referência (...), aí eu tive que procurar a CASSI. (...) Depois, fiquei um ano de licença, eu tive que procurar a CASSI. (Cassiano 4, 54 anos)

Fui lá mal mesmo, com quadro de gastrite, esofagite, refluxo (...). A minha irmã já fazia uso né, falava bem, mas eu nunca precisei. Só quando eu precisei que eu fui (...). (Cassiano 8, 40 anos)

(...) a partir da gravidez da minha esposa nós começamos a utilizar com mais frequência (...) (Cassiano 15, 64 anos)

(...) foi que eu tive um problema de mama, um nódulo, então eu tive que fazer acompanhamento, tinha que ir lá buscar os remédios, então foi o meu primeiro contato lá. (Cassiana 17, 81 anos)

Em geral, quando os PROBLEMAS DE SAÚDE que levaram os participantes a iniciarem os cuidados se apresentaram, os participantes reconheceram os SERVIÇOS PRÓPRIOS COMO LOCAL PARA SEREM ACOLHIDOS.

Os problemas que iniciaram a história de cuidado foram, de forma expressiva, de natureza biológica. Os participantes procuraram pelos serviços, inicialmente, diante de situações de adoecimento. A possibilidade de se discutirem, no âmbito dos serviços, outros tipos de necessidades que não as biológicas não é percebida pelos participantes, a princípio.

Quando o foco não é a doença, associa-se a abordagem, em geral, a conversar sobre algo que não apresenta “seriedade”, e minimiza-se a oportunidade de cuidado que é considerada corriqueira. Os dados, abaixo, identificam o questionamento existente sobre a necessidade de cuidado quando não são evidenciados problemas de saúde.

Eu não sei se é por causa do tempo, por causa da quantidade de tarefas que ele tem, atualmente. Eu sei que ele fala: “Ah mãe, não estou sentindo nada, pra que que eu vou ao médico?”. (Cassiana 13, 49 anos)

É... porque a gente procura mais quando tá doente, né? Meu esposo até conversa mais. Problema lá de casa. Eu venho mesmo pra consultar, pra cuidar da doença. (Cassiana 20, 64 anos)

A gente compartilha mais é através da doença. Ele tenta, mas eu quero saber como é que, qual a possibilidade de cura, se joga para a cirurgia, o que é que vai acontecer lá na frente, se tem tratamento. A gente tem que especular bastante, mas o meu foco é a doença. (Cassiano 24, 66 anos)

Ah... eu não sou capaz de dizer nenhum... a não ser doença. Porque eles falam, mas eu não vou frequentar aqui para bater papo não é? (Cassiano 26, 85 anos)

A maioria não olha com os olhos que eu vejo, que é uma coisa preventiva, entendeu? Quando chega a ir lá é porque precisou de um atestado ou está morrendo. (Cassiana 27)

A gente procura quem a gente acha que vai resolver o problema: “Tô me alimentando mal, quero emagrecer, então vou no nutricionista. Tô com a mão descascando, vou ao dermatologista. Na verdade é um, até uma cultura assim, a gente aprende. (Cassiana 28, 32 anos)

Os problemas que levaram, inicialmente, aos serviços próprios são, em sua grande maioria, relacionados ao diagnóstico e ao tratamento das doenças, o que remete à influência, na cultura de utilização dos serviços de saúde, do Modelo Biomédico. Além disso, o cuidado, pautado nesse Modelo tende a ser fragmentado, identificando-se a necessidade de um especialista para cada tipo de problema.

Uma vez que a utilização dos serviços próprios está influenciada pela cultura que associa a procura à existência de uma demanda concreta, quando não está evidenciado um problema, questiona-se a necessidade de outros tipos de abordagem que possam se relacionar ao cuidado.

Com o TEMPO, entretanto, na recorrência de vivências de cuidado, os participantes modificam a percepção sobre as possibilidades de cuidado, buscando realizar um acompanhamento mais regular.

O B. que é o meu marido, ele já fazia acompanhamento dentro da CASSI. Eu falei: “Oh gente, eu tenho que mudar, fazer pra mim também (...). (Cassiana 3, 70 anos)

É porque minha mãe teve alguns problemas de saúde, de alteração, coisa boba assim. Aí eles sugeriram a médica de família, e aí todos nós passamos a ser atendidos acompanhados lá. Regularmente assim. (Cassiana 6, 22 anos)

Quando eu tenho alguma dúvida sempre procuro o médico da CliniCASSI. Se eu tenho que fazer uma cirurgia, se eu fiz o exame... para ouvir a opinião

do médico de família, né. Agora mesmo a gente vai ouvir a opinião da doutora. (Cassiano 7, 77 anos)

Hoje, graças a Deus, é pra fazer acompanhamento mesmo, preventivo, então, pelo menos duas a três vezes por ano, eu vou... que eu comecei a ter um controle mais sistemático. (...). (Cassiano 8, 40 anos)

(...) nós utilizamos no pré natal, no nascimento do menino, no acompanhamento da criança. Daqui pra frente eu vou precisar cada vez mais, a idade vai chegando e você tendo necessidade de acompanhar. (Cassiano 15, 64 anos)

Eu não tenho tido problema nenhum de saúde. Então, eu tenho procurado só esses exames de rotina, pra confirmar se está tudo bem. (...) a gente passa por aqui porque já acostumou aqui. (Cassiano 19, 65 anos)

Meu neto, quando precisa, é atendido aqui. Ele é acompanhado. (Cassiana 20, 64 anos)

Por exemplo, teve uma época que eu estava com a pressão desregulada. Eu vinha aqui todo dia cedo e à tarde. Ela media pra mim, anotava, media, anotava, até nós controlarmos isso. Cuidou de mim. (Cassiano 24, 66 anos)

Eu prefiro ter essa prevenção de procurar. Igual eles orientam. Então, eu aproveito para acompanhar. Mas se acontecer alguma coisa nesse intervalo, se acontecer um mal estar, com certeza eu tô procurando a CliniCASSI. (Cassiana 27, 53 anos)

Hoje é a minha primeira escolha quando eu tenho uma necessidade de saúde e isso replica nos meus filhos, na minha família. Eles já são acompanhados. (Cassiana 30, 48 anos)

A partir de novos contatos com os serviços, posteriormente, incorpora-se a ideia de acompanhamento, da possibilidade de ser referência para a emissão de opinião, uma vez que a rotina proposta para o cuidado, através do Plano Terapêutico, estabelecido de forma longitudinal, leva à conscientização acerca da importância da regularidade, da prevenção e do controle da condição de saúde.

Os contatos recorrentes, decorrentes de problemas, e, somada a eles, a proposta de monitoramento do cuidado, ampliam a visão do participante acerca da ACESSIBILIDADE e da RESOLUTIVIDADE dos serviços próprios.

Destaca-se a importância dos exames ocupacionais realizados nos serviços próprios como deflagradores do cuidado. Os códigos que seguem contribuem para a percepção de situações em que o processo de cuidado foi iniciado pela realização de tais exames.

O meu relacionamento com a CASSI começa com o Periódico. Eu era muito nova e, graças a Deus, não tinha problema de saúde. Então, começa com o periódico. (Cassiana 5, 56 anos)

Na CliniCASSI, o primeiro contato meu foi exame admissional, em dezembro de 2007. Posteriormente eu entrei para a ESF, em 2008, aí em comecei a ter contato com a CliniCASSI mesmo. (Cassiano 8, 40 anos)

Então... tenho quase certeza que foi quando eu fiz o concurso, tem que fazer o Exame Admissional. (...) Eu fui lá mais nas vezes que foram os exames anuais. (Cassiano 9, 28 anos)

Eu utilizo basicamente uma vez por ano, no meu Exame Periódico. (...). De uns anos pra cá eu fui convidado a fazer parte do programa Saúde da Família, né, mas uso muito pouco, porque eu tenho assim hábitos que eu considero saudáveis. (Cassiano 12, 51 anos)

Foi no Exame Periódico (...), e o exame nosso começou a ser feito pelos médicos da CASSI, foi então que eu comecei a ter um maior contato com a CliniCASSI. (Cassiana 14, 62 anos)

Minha mãe falou pra eu ir lá, fazer uma ficha. Ela, como já fazia os Exames do Banco todo ano, ela já conhecia as pessoas, os funcionários. (Cassiana 23, 24 anos)

Foi quando o EPS passou para a CliniCASSI. Eu vi que tinha um interesse maior. Eu senti o interesse de pesquisar. Ele fazia todas as medições, mas eu senti o lado mais humano. Me comprometi com o EPS. Ali eu senti que a CliniCASSI foi a melhor coisa que aconteceu em "X". (Cassiana 27, 53 anos)

Lá na CliniCASSI o Periódico é diferente. O Exame Periódico me marcou. A gente acaba ficando meio condicionado a buscar o acompanhamento de saúde através dos Periódicos, querendo ou não. (Cassiana28)

Se eu não me engano, em 2006. Que eu usei lá para Exame Periódico. Usei para todos os Exames Periódicos. Minha esposa quando precisa usa, leva meu filho.... (Cassiano29)

Ah... o meu primeiro atendimento na CliniCASSI, eu lembrei aqui agora, foi no meu admissional. E foi uma impressão, foi uma... vamos dizer assim, um atendimento calmo. Mas eu fui examinada, sabe? Eu senti que eu fui examinada, que realmente foi feito um atendimento médico. (Cassiana 33, 43 anos)

É importante destacar que grande parte do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), estabelecido pelo BB, é terceirizado para a CASSI. Dessa forma, os atendimentos ocupacionais, em especial o Exame Periódico de Saúde (EPS), configuram-se como impulsionadores de contato com os serviços próprios, deflagrando, por vezes, o processo de cuidado dos funcionários do BB na ativa.

Além de configurar-se como oportunidade que inicia o contato com os serviços, o exame tem importância, também, no acompanhamento da condição de saúde, sendo utilizado pela CASSI para o cuidado integral, que inclui o olhar ocupacional.

O Exame periódico realizado, anualmente, favorece o contato regular e o relacionamento com os serviços próprios. A necessidade de realização dos exames ocupacionais também acontece no contexto de EXPECTATIVAS que são atendidas na medida em que os participantes são ACOLHIDOS NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

A CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS é demonstrada, também, quando se percebe, nos códigos analisados, que a troca de profissionais não altera a segurança no cuidado e não resulta em ruptura do relacionamento dos participantes com os serviços. Ao serem perguntados sobre a vivência de situação de troca de profissional ou sobre tal possibilidade, os participantes expressaram a CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

Assim, eu não ficaria só por causa da Dra. L. A gente ficaria porque é cômodo, tem estacionamento, é perto, consegue consulta de urgência, sabe que é bom, fora que é do Plano CASSI. (Cassiana 6, 22 anos)

É lógico que um pouco você sente, mas pra mim não teve problema nenhum não. A E. me acompanha agora, não senti nenhum “baque” não. (Cassiano7)

Seria ruim... mas seria bem recebido também. Sempre que eu precisar eu venho na CliniCASSI. (Cassiana 20, 64 anos)

Eu ia ficar triste, chateado, mas não iria fazer nada não. Viria ser atendido, normalmente. (Cassiano 26, 85 anos)

Nas situações em que os profissionais de saúde se desligam da instituição, não é identificada fragilização da CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS. Ainda que ocorra a comparação entre o profissional que assistia e aquele que vai assistir e que possa haver uma certa necessidade de adaptação, há o propósito, do participante, de estar aberto a uma nova experiência.

Tem que esperar acontecer. Porque às vezes a pessoa vai ser tão atenciosa quanto ela. Eu já tive outras pessoas lá, que eu tenho lembranças espetaculares. (Cassiana 13, 49 anos)

(...). Eu gosto de ver pra crer, entendeu? Então, se chegar outro eu vou fazer a mesma coisa. Só que ai, eu vou ser mais exigente, porque vou fazer um paralelo, vou comparar. Eu acho que é o normal, mas não vou deixar de vir. (Cassiana 22, 65 anos).

Substituir essas duas profissionais seria uma grande perda. Eu iria naquela de São Tomé, ver pra crer. (Cassiana 27, 53 anos)

Eu acho que poderia ser um problema, mas acho que tem contorno. O profissional tem que ser bom tecnicamente e falar: “Você gostou muito do Dr. fulano, né? Mas eu posso ser tão bom quanto ele.”. Não reforçar um lado de negação. Trazer uma referência nova. (Cassiana 33, 43 anos)

A relação estabelecida pelos participantes com um determinado profissional não altera a CONFIANÇA, que é ATRIBUÍDA AOS SERVIÇOS, e não diretamente às pessoas. O fato de haver um histórico de cuidados é fator que favorece a confiança no cuidado a ser oferecido.

(...) eu posso vir, experimentar. (...). Até porque meu histórico fica aqui, não fica com o Dr. A ou B. Então eu acho que poderia ter confiança (...).
(Cassiana 11, 26 anos)

Se o outro médico tivesse a mesma qualidade, especialmente técnica, seja ele quem for não tem nenhum tipo de restrição não, até porque na CliniCASSI tem meu histórico. (Cassiano 21, 37 anos)

Eu apostaria com um pouco de receio, provavelmente no início. Mas a CliniCASSI tem meu histórico, então eu manteria por causa disso.
(Cassiana 23, 24 anos)

Quando há mudanças, os participantes demonstram ter confiança no profissional que será designado para realizar o atendimento dos participantes ou, pelo menos, EXPECTATIVA de que ele pode atender ao esperado. As EXPECTATIVAS CONFIRMADAS, levam à CONFIANÇA NOS SERVIÇOS.

A CONFIANÇA estabelecida não se relaciona a um ou outro profissional, especificamente. DIZ RESPEITO AOS SERVIÇOS que, ao longo do TEMPO, ATENDERAM ÀS EXPECTATIVAS e ACOLHERAM os participantes. Facilidades estruturais são evidenciadas por garantirem certo conforto, o que favorece a procura dos serviços.

Os dados apresentados evidenciam a possibilidade de relação de CONFIANÇA estabelecida com os SERVIÇOS, sem que esta resulte, necessariamente, de uma relação de confiança com o profissional. Para tal, os serviços devem ACOLHER e ATENDER ÀS EXPECTATIVAS dos participantes, relativas à ACESSIBILIDADE e à RESOLUTIVIDADE, detalhadas nas subcategorias que se seguem.

Os SERVIÇOS PRÓPRIOS são a referência quando existem determinados PROBLEMAS DE SAÚDE. A utilização dos serviços como opção, a cada vez que

um novo problema se apresenta, ao longo do TEMPO, configura-se como postura do participante que se concretiza diante da disponibilidade para o atendimento.

Tal disponibilidade, identificada como ACESSIBILIDADE, é evidenciada, nesta tese, por distintas perspectivas, que se relacionam à dimensão organizacional dos serviços próprios.

Conforme demonstra a Figura 3, a ACESSIBILIDADE é percebida quando os participantes procuram pelos serviços e relaciona-se à DISPONIBILIDADE DA AGENDA, à DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS (aquela que decorre de uma determinada forma de atuar, de acordo com premissa que orienta os serviços) e, também, à COMPATIBILIDADE DA ESTRUTURA.

A ACESSIBILIDADE, uma vez existente, contribui para o ATENDIMENTO DAS EXPECTATIVAS DOS PARTICIPANTES e para o estabelecimento da CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS.

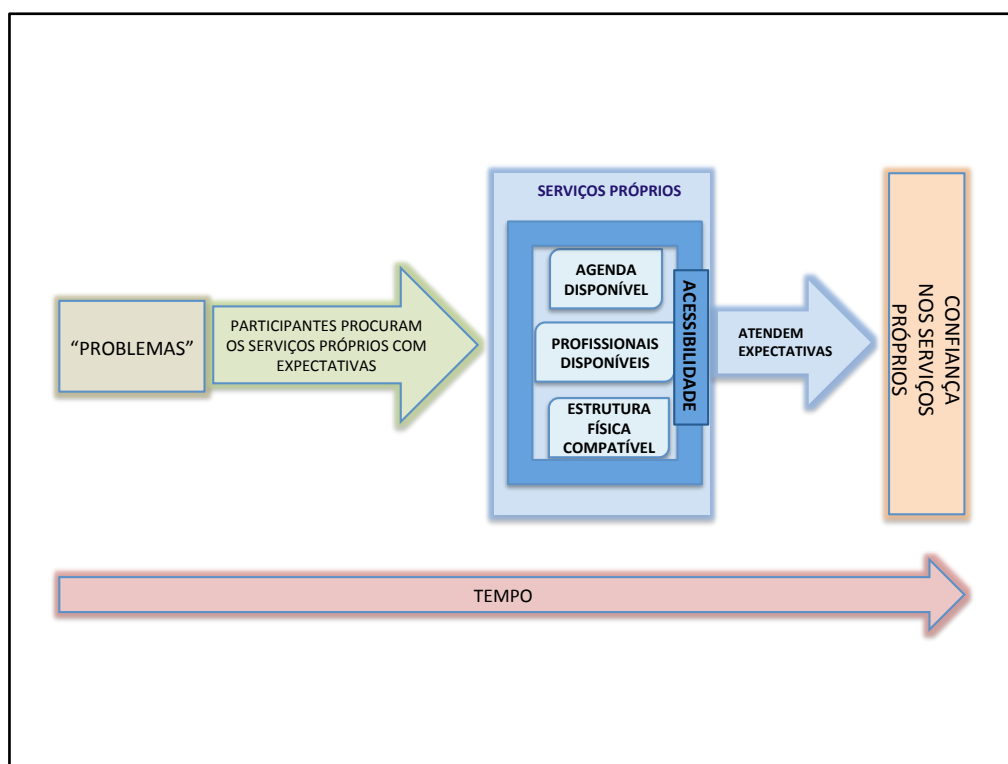


Figura 3: Acessibilidade

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A ACESSIBILIDADE é identificada nos dados pela DISPONIBILIDADE DA AGENDA para a acolhida das demandas dos participantes.

Foi igual um dia que eu liguei lá, eu estava meio a mil. Aí a R. falou “ô G. vamos marcar pra você. Qualquer dia que puder” (...) Então eu ligo pra lá, tem como encaixar. (Cassiana 3, 70 anos)

Senti num dia, toma algum remédio, alguma coisa. No dia seguinte, a mamãe liga lá. (...). A gente não é do tipo que vai pro pronto socorro, a gente só vai lá. (Cassiana 6, 22 anos)

(...) qualquer situação que eu preciso, qualquer desespero maior, eu vou lá e acho. (Cassiana 11, 26 anos)

Quando eu sinto alguma coisa diferente, primeiro eu recorro a CliniCASSI. (Cassiana 14, 62 anos)

Precisando eu ligo, eles marcam, eu venho, faço a consulta... Tô passando bem, tô. Se eu não estou, torno a ligar, torno a retornar. Até agora deu tudo certinho, sempre que precisei. (Cassiana 18, 74 anos)

É porque aqui, toda vez que a gente precisa, eles atendem a gente. Todo mundo elogia. Dá tudo certo. (Cassiana 20, 64 anos)

Essa procura, essa referência pela CliniCASSI aconteceu de forma muito natural, em virtude de estar à mão. É... quando precisa..... Eu preciso, procuro. (Cassiana 30, 48 anos)

Evidencia-se a CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS que decorre da disponibilidade, consequência da AGENDA DISPONÍVEL para a acolhida e o tratamento dos problemas.

Quando surgem os problemas, em qualquer situação, o ACESSO aos serviços é garantido, possibilitando que os participantes procurem pelo atendimento, na certeza de que serão acolhidos. Os serviços são referência para os participantes, configurando-se como a primeira escolha em caso de necessidade.

A ACESSIBILIDADE é identificada, também, na perspectiva da DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS para acolher os participantes.

Sempre eu peço a R. Ela escuta, conversa com a doutora, e a doutora se precisar me chama.... Inclusive agora eu vou precisar da R. conversar lá e marcar. Eu vou lá, eu vou lá.... (Cassiano 1, 85 anos)

(...) todos os três, tanto a R, a B, o Dr. A. Tudo que eles podem fazer, eles fazem, pra me ajudar. Então a disponibilidade de todos é muito grande. (Cassiana 13, 49 anos)

Ah... Já tem tempo que eu venho aqui. (...). Já consultei com o O., com o J., agora tem o N. Todas as vezes que eu venho aqui eles sempre me acolhem bem, sou muito bem recebida, muito bem atendida. (Cassiana 20, 64 anos)

A ACESSIBILIDADE pode ser identificada pela DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS para o diálogo e pela postura de ajuda que fica evidente, o que favorece a resolução dos problemas e propicia o acesso aos recursos de cuidado necessários, e no tempo certo, para cada situação.

Os participantes têm ACESSO aos profissionais que atuam na assistência. Estes, por vezes, fazem a interlocução com os responsáveis pelo agendamento (recepção), favorecendo a organização da agenda para o atendimento das demandas.

A ESTRUTURA FÍSICA COMPATÍVEL COM OS ATENDIMENTOS conclui a expressão da ACESSIBILIDADE evidenciada pelos dados.

A estrutura é muito boa né? Tem aquela portaria lá embaixo, muito bacana. Os elevadores funcionam muito bem, nunca tive problemas com os elevadores. (Cassiano 1, 85 anos)

É muito boa a estrutura. Isso está à altura. (Cassiana 2, 95 anos)

Pra mim tá ótimo. Ô gente, eu tenho garagem, olha que beleza, o carro fica lá uma hora, duas horas. (...) Se eu preciso ir no banheiro, o banheiro tá limpinho, tem uma aguinha, tem um cafezinho. Não acho assim... Não é de luxo, mas eu acho que atende bem. (Cassiana 5, 56 anos)

(...) tem uma estrutura bacana. O lugar é bem asseado, bem localizado, na medida. (Cassiana 13, 49 anos)

Na minha forma de ver não é o tamanho, a beleza. Eu vejo é a forma que é prestado. Então, se você chega numa casa, tudo arrumadinho, limpinho, organizado e guardado, a sua sensação ao adentrar na casa é de conforto. Então, isso que é importante. (Cassiano 19, 65 anos)

Acho que foi a impressão mesmo. Quando deixou de ter aquele escritorzinho acanhado aqui, pra ter uma unidade apropriada, denotando cuidado com você. (Cassiano 21, 37 anos)

A estrutura física, pelo número de funcionários que tem, não precisa mais do que isso, a menos que vá acrescentar um serviço. Eu acho que está legal. (Cassiana 22, 65 anos)

E a estrutura é agradável. Como se diz, tem uma televisãozinha para passar o tempo. A estrutura é boa. (Cassiana 23, 24 anos)

A ESTRUTURA FÍSICA DISPONIBILIZADA para os atendimentos atende bem às expectativas dos participantes e caracteriza-se por ser agradável, boa o suficiente para gerar o conforto esperado para os momentos de cuidado.

A necessidade de melhoria da estrutura não é unânime entre os participantes, já que muitos consideram que o serviço está organizado e atende com qualidade. Para estes, a ESTRUTURA É COMPATÍVEL com os atendimentos realizados, causando boa impressão e contribuindo para que se sintam cuidados e PROCUREM PELOS SERVIÇOS NA OCORRÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE.

Destaca-se a existência da utilização de dispositivos que, apesar de resultarem em maior segurança para o participante, podem comprometer a percepção da ACESSIBILIDADE. O código, abaixo, demonstra o risco.

Uma coisa que eu achei meio confusa, é que tinha que usar a etiqueta. Eu não usei, não sei se tinha alguém fiscalizando. Não é culpa deles. (Cassiana 6, 22 anos).

Surgiu uma coisa sem... é uma estrutura muito simples. Não é um salão que você precisa controlar quem tá entrando. Lá meio que segue a hora que as pessoas chegaram, a ordem que está sentado, então eu acho meio absurdo pegar senha. Ficou mais distante. (Cassiana 11, 26 anos)

As tecnologias não leves (tecnologias dos recursos materiais), adotadas para organizar o fluxo de entrada dos participantes nos serviços, como, por exemplo, o dispensador de senhas e a identificação por etiqueta do participante com risco de queda, por vezes NÃO fazem sentido, pois acabam por reduzir a humanização do

atendimento, impactando na percepção do ACOLHIMENTO. A proximidade, nas relações estabelecidas, é valorizada.

Por fim, retoma-se que a ACESSIBILIDADE, identificada na DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS para a acolhida, NA AGENDA DISPONÍVEL para o atendimento das demandas e na ESTRUTURA COMPATÍVEL com os atendimentos realizados, traduz a facilidade de contato que potencializa a CONFIANÇA NOS SERVIÇOS e favorece o estabelecimento do vínculo.

Diante de diferentes PROBLEMAS DE SAÚDE, os PARTICIPANTES PROCURAM PELOS SERVIÇOS PRÓPRIOS e são acolhidos na medida que os acessam, e encontram RESPOSTAS.

A RESOLUTIVIDADE dos serviços, na interação cotidiana e realizada ao longo do TEMPO, é caracterizada pela AGILIDADE, pela FLEXIBILIDADE e pelo COMPROMISSO.

As respostas para as demandas são identificadas pelas ações e comportamentos do coletivo de profissionais. A visão dos participantes acerca da resolução das demandas, apesar de dirigida, por vezes, a um determinado profissional, extrapola a perspectiva individual e representa a percepção de que os outros profissionais dos serviços terão comportamento semelhante. Assim como a acessibilidade, a RESOLUTIVIDADE relaciona-se a uma dimensão organizacional dos serviços próprios, traduzida pelo acolhimento.

São dadas respostas aos problemas apresentados, seja NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS OU ATRAVÉS DE ORIENTAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA. Alguns problemas são resolvidos no próprio serviço, e outros, por intermediação daquele, na rede credenciada.

A Figura 4 representa a RESOLUTIVIDADE, mediante a PROCURA DOS SERVIÇOS PELOS PARTICIPANTES até o estabelecimento da CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS e contempla o conteúdo registrado, anteriormente.

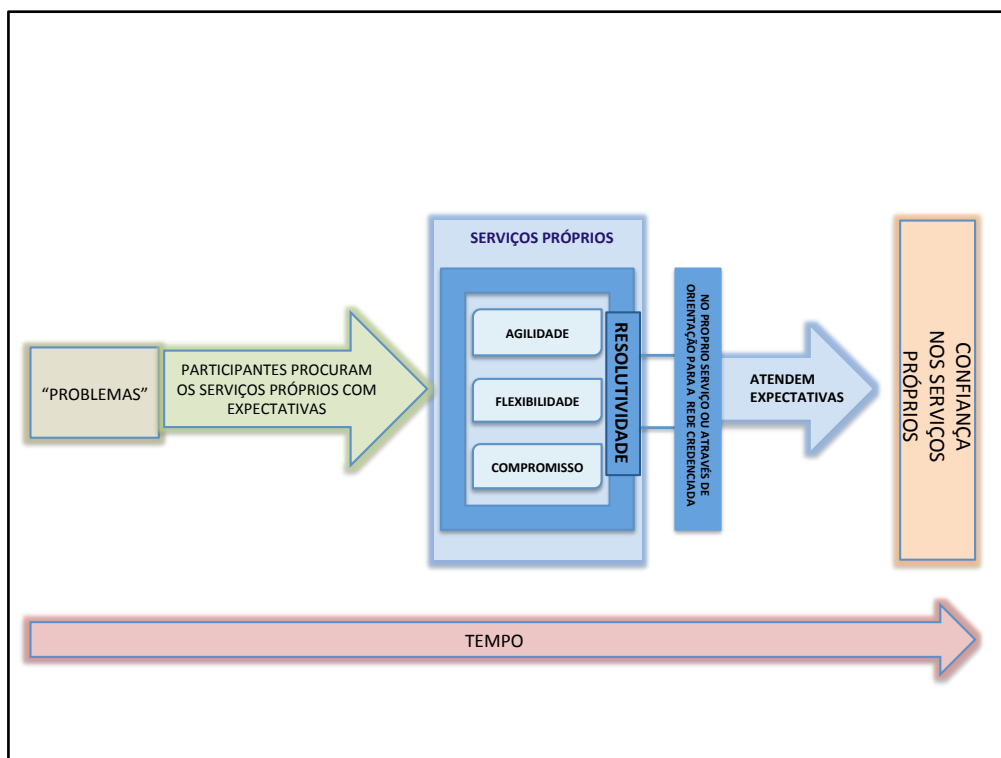


Figura 4: Resolutividade

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A AGILIDADE é fator valorizado pelos participantes quando apresentam evidências da RESOLUTIVIDADE dos serviços próprios, o que pode ser identificado pelos códigos que seguem:

A primeira vez que ela veio aqui, ela me deu um “pic” aqui e deu um resultado de quatrocentos e quatro (...). E na mesma hora mandaram aqui em casa o enfermeiro com o médico. Ele me deu uma injeçãozinha aqui, desse tamanhinho aqui, na mesma hora. (Cassiano 1, 85 anos)

Qualquer hora que eu preciso ligar pra lá, ou falar com uma ou com todas, todas respondem rápido, à altura pra mim. Resolveu e com rapidez (...). (Cassiana 3, 70 anos)

(...) aí, quando eu tenho alguma coisa, eu marco..., eu vou, resolvo logo e vou embora. Independente de ser a A.L. ou não, a gente sempre foi... Sempre resolveu rápido o problema. (Cassiana 6, 22 anos)

(...) que seja o mais rápido possível. (...) às vezes eu não consigo vir aqui resolver uma situação, então me atende por telefone, me atende por e-mail,

me ajuda. (...) então é ter respeito com meu tempo também, e tentar me ajudar (...). (Cassiana 11, 26 anos)

Outro dia precisei de uma receita, a B. falou: “Pode deixar, pode vir buscar hoje ainda”. (...) tanto que esse dia eu precisei de receitas (...). Nossa! Muito rápido. Porque não tem coisa pior que você chegar num consultório, ficar ali esperando (...). (Cassiana 13, 49 anos)

(...) de modo que o que não poderia faltar pra mim seria isso, ser atendido na hora certa, um horário certo, que você tem compromissos. (Cassiano 26, 85 anos)

Atendimento rápido. Acho que é isso, velocidade. (Cassiano 29, 38 anos)

Qualidade pra mim significa resolver meu problema rapidamente. Ter a maior certeza que o caminho certo é a CliniCASSI mesmo. (Cassiana 33, 43 anos)

A FLEXIBILIDADE também valorizada pelos participantes soma-se à AGILIDADE evidenciando a RESOLUTIVIDADE dos serviços próprios, conforme os códigos que seguem:

(...) é que eu vejo exemplo. (...), não tem vaga, só daqui a não sei quantos meses... Na CliniCASSI a gente vai, atendimento a tempo e a hora. Eu nunca entrei na fila, já marca, já vou lá, sento lá e daí a pouco me chama. (Cassiano 16, 84 anos)

Atualmente não estou podendo ir mais em consulta (...), mas ele veio aqui, consultou aqui, veio me ver assim que eu liguei, uma beleza. (Cassiana 17, 81 anos)

Fui atendido rápido e resolveu meu problema, que eu tinha ido lá pra resolver. (...). (...) ali na CliniCASSI a gente liga e faz a marcação. Dali umas duas horas uma consulta disponível, a gente vai lá, mais fácil. (Cassiano 21, 37 anos)

O atendimento sempre foi “chamativo”. Todos eles resolvem. Você não espera. A pontualidade é uma coisa que é preservada. Dão um jeito sempre, coisa que muitos outros locais que você marca consulta, não. (Cassiana 23, 24 anos)

Eu já fiz propaganda da CliniCASSI. Falei da disponibilidade de horários, da facilidade. Você não precisa marcar como está por ai, pra daqui 30, 60... Então, essa acessibilidade, eu faço muita propaganda. (Cassiana 27, 53 anos)

(...) dá uma tranquilidade pra gente... todos eles. Eu tive um problema, eu fiquei desesperada. Cheguei de manhã lá na Clínica, e falei "preciso ser atendida hoje" e eles me atenderam na hora. (Cassiana 28, 32 anos)

A RESOLUTIVIDADE é caracterizada, inicialmente, pela AGILIDADE e pela FLEXIBILIDADE no agendamento.

Diante de problemas de saúde, os serviços estão organizados para resolver, com RAPIDEZ, as situações que se apresentarem, o que resulta na percepção da facilidade na RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS.

A AGILIDADE é percebida através da pontualidade dos atendimentos, identificada como diferencial em relação a outros serviços.

Da mesma forma, considerando as características dos problemas, diferentes meios e formas são utilizados para garantir que o retorno aconteça (no domicílio, pelo telefone, por e-mail), o que resulta em FLEXIBILIDADE e gera satisfação quando da obtenção das respostas.

A AGILIDADE e a FLEXIBILIDADE favorecem a percepção de respeito pelo tempo dos participantes.

Outro aspecto que caracteriza a RESOLUTIVIDADE dos serviços próprios é o COMPROMISSO dos profissionais na realização dos retornos.

Tudo que eu preciso lá eu falo, peço a R. A R. fala com a M. Resolve pra mim, sabe? (...). A R. vai lá, conversa com ela, qualquer coisa assim ela me atende, sempre me retorna. (...). (Cassiano 1, 85 anos)

(...) me atende e me dá retorno de tudo que eu preciso. (Cassiana 3, 70 anos)

Se eu não consigo vir aqui resolver uma situação, então eu deixo recado, ele me retorna por telefone, por e-mail, me ajuda. Eu acho que isso é ser bem atendido também. Me retorna... (Cassiana 11, 26 anos)

(...) pode ser que a resposta não seja imediata, mas ter resposta. “Eu não resolvo para o Sr. agora, mas vou te dar uma resposta”. Mas aí, eu tive a resposta. (Cassiano 31, 42 anos)

São valorizadas as atitudes que decorrem do COMPROMISSO dos profissionais no retorno às demandas.

A segurança na obtenção da resposta decorre do retorno nas situações em que o profissional assume o COMPROMISSO de RESOLVER os problemas que não são solucionados de imediato, em um momento posterior.

Havendo êxito e expectativas atendidas, ocorre a retroalimentação da confiança, a cada novo problema de saúde, ao longo do TEMPO. Todo “problema respondido” alimenta a confiança.

As vivências relativas à resolução das demandas propiciam satisfação e segurança no momento do atendimento, além de gerarem expectativa positiva para a resolução das demandas futuras, o que leva os participantes a buscarem, novamente, os serviços, favorecendo, por conseguinte, o estabelecimento do vínculo.

Para o alcance da RESOLUTIVIDADE é valorizado o cumprimento do COMPROMISSO assumido. A resposta pode ocorrer de diferentes formas e tempos, mas o cumprimento da promessa resulta em credibilidade. Comprometer-se com o atendimento, cumprir o prometido e, sempre, retornar são fundamentais para a vinculação.

Salienta-se a compreensão da RESOLUTIVIDADE mesmo quando a resposta obtida não é aquela esperada pelo participante.

Eu entendo, eu entendo, eu falo, poxa..., se a CASSI não cobre é porque nenhum outro tá cobrindo. Eu penso isso na minha cabeça, logo isso vem em mente. (...) Às vezes o não é porque realmente é inviável. (Cassiano 4, 54 anos)

Valoriza-se a atitude de dar a resposta, mesmo que esta não atenda à expectativa inicial do participante. Um “não”, contextualizado, ainda que no lugar do esperado “sim”, parece não alterar a percepção acerca da resposta.

A imagem da CASSI, abordada na categoria Pertencimento, contribuiu para a percepção de que a resposta negativa era a resposta possível para o problema apresentado.

A RESOLUTIVIDADE é percebida pelos participantes mesmo quando existe a necessidade de direcionamento para a rede credenciada. Os códigos que seguem abordam a CONFIANÇA NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS na realização dos encaminhamentos.

Porque todas as vezes o problema foi achado, e se não foi achado a gente foi bem orientado de quem procurar. (Cassiana 6, 22 anos)

(...) eu sei que eu venho aqui e eles vão, no mínimo, me indicar alguém que eu possa recorrer (...). (Cassiana 11, 26 anos)

A CliniCASSI é como se fosse um intermediário entre você e o médico lá fora. Então eu acho muito importante esse papel (...). (Cassiano 19, 65 anos)

Eu acho que você depende muito do encaminhamento mais certo, para os médicos que são credenciados, que não são. Então você já sai daqui com tudo mastigado e certo. (Cassiano 24, 66 anos)

Eu falo: “Dra. M. onde é que eu vou? O que eu tenho que fazer?”. (Cassiana 25, 78 anos)

(...) mesmo quando eu dependo de especialidade, eu procuro aqui primeiro, para eles me informarem qual médico que atende, qual médico devo ir. (Cassiano 26, 85 anos)

Uma vez eu liguei lá, que eu estava no trabalho, passando mal. Mas eles estavam sobrecarregados, agenda totalmente lotada. A coisa estava meio estrangulada, mas eles me indicaram um clínico que estava dando suporte, paralelamente com a CliniCASSI. Resolveram. (Cassiana 27, 53 anos)

Há confiança no retorno, ainda que a RESOLUTIVIDADE dos problemas não aconteça no âmbito dos serviços próprios, uma vez que o papel de intermediar a relação com a rede credenciada é atribuído aos serviços próprios. A RESOLUTIVIDADE acontece por meio das RESPOSTAS AOS PROBLEMAS NELES PRÓPRIOS OU ATRAVÉS DE ENCAMINHAMENTO PARA A REDE CREDENCIADA.

Os participantes identificam a possibilidade de encaminhamento para a rede credenciada e confiam na indicação que será realizada pelos profissionais dos serviços. Caso o problema não seja resolvido nesse âmbito, minimamente, acontecerá o direcionamento orientado para os demais serviços do Sistema de Serviços de Saúde da CASSI, o que é facilitador.

No que diz respeito à rede credenciada, de forma a considerá-la na perspectiva da RESOLUTIVIDADE, os dados evidenciam a percepção acerca da utilização dos serviços da rede para a resolução de determinados tipos de problemas.

Eu só uso médicos da CASSI, que trabalham na CASSI ou conveniados com ela, quando é preciso. (Cassiano 1, 85 anos)

(...) para isso eu tenho um profissional na rede. Especialista. (...). A CASSI tem uma rede boa. Se eu precisasse de uma coisa mais grave (...). (Cassiano 4, 54 anos)

Eu acho assim, ali é uma clínica geral, que te segue conforme a doença. Quando é uma coisa mais séria.... Então eu tenho a médica que me segue separado. (Cassiana 18, 74 anos)

(...) aí, chega aqui dá aquela orientação... Às vezes fala: “não, é mais sério, realmente você precisa de um especialista”. (Cassiano 19, 65 anos)

(...) se for uma coisa mais simples, eu acho. Para procedimento de menor complexidade eu vou na CliniCASSI. Mas se for, por exemplo, urgência e emergência né.... (Cassiano 21, 37 anos)

(...) esses problemas mais fáceis de resolver, que eu não dependo de especialidade. (Cassiano 26, 85 anos)

Alguns problemas de saúde levam os participantes para a rede credenciada da CASSI, uma vez que não poderiam, na visão destes, ser resolvidos nos serviços próprios.

A complexidade do problema de saúde e da capacidade de atendimento é percebida e aceita, uma vez que, da forma como estão organizados, os serviços estão aptos para responder a problemas que se configurem como de APS.

Os participantes identificam a necessidade complementar de atendimento na rede conveniada, sempre que a necessidade indicar (“gravidade”).

Os códigos seguintes favorecem a percepção sobre a ampliação da RESOLUTIVIDADE pelos serviços próprios, mediante o incremento destes serviços.

Eu acho que a gente já frequenta o máximo que dá, porque qualquer exame de rotina, qualquer coisa, (...), a gente vai lá. (...) As vezes se tivesse mais áreas de especialidades, (...). (Cassiana 6, 22 anos)

(...) uma coisa que me desanima muito é a minha falta de tempo, às vezes, vir aqui e depois precisar recorrer a outros lugares para resolver a minha situação... Se eu conseguisse vir aqui e resolver tudo aqui, seria mais fácil. Por exemplo, não sei, (...), que tivesse vários setores ali que pudesse recorrer para os diversos momentos ou situações ou doenças (...). Se eu tivesse tudo aqui, talvez eu frequentaria mais (...) (Cassiana 11, 26 anos)

Eu não uso a CliniCASSI, tipo assim, às vezes você necessita de um ortopedista, eu acho que isso aí já foge, é mais especializado. É mais nessa área que quando eu preciso de um tratamento, de alguma coisa bem mais especializada, que eu sinto que na CliniCASSI não vou obter isso. (...) então eu acho que deveria expandir mais ali, alguma área, algum médico assim, determinado pra certos tipos de coisas. (Cassiana 14, 62 anos)

(...) me motiva a vir aqui, sem dúvida, mas não significa que eu não precise procurar outros profissionais, cardiologista, especialista. Talvez se tivesse outros atendimentos aqui, por exemplo psicologia, fisioterapia (...). (Cassiano 15, 64 anos)

Eu espero que ele melhore mais (risos). Que eu chegue aqui tenha um cirurgião plástico, oftalmologista, que sonho... não custa sonhar (risos). (Cassiana 22, 65 anos)

Eu acho que só assim... só se eles fizessem uns laboratórios aqui dentro. Mas não sendo, eu acho que eles cumprem.... (Cassiano 24, 66 anos)

A ampliação da RESOLUTIVIDADE dos serviços, com incremento de profissionais e especialidades, poderia favorecer a utilização em outras situações, diferentes daquelas habitualmente praticadas.

Os participantes identificam como fator facilitador para o cuidado a possibilidade de resolverem todas as demandas em um só lugar. A ampliação da RESOLUTIVIDADE, mediante a expansão dos serviços, poderia agregar valor e ampliar as oportunidades de utilização destes.

Trata-se da percepção dos limites do atendimento nos serviços próprios e da possibilidade de ampliar a RESOLUTIVIDADE, considerando-se o que mais seria possível oferecer, de forma a complementar à assistência.

Os serviços próprios, por estarem organizados para receber e resolver os diferentes problemas da APS e acompanhá-los, geram CONFIANÇA. A ampliação da oferta de atendimentos e da disponibilidade para responder a outros tipos de demandas, contribuiria para que a procura pelos serviços fosse ampliada.

O arcabouço simbólico constituído a partir das vivências e histórias das e nas instituições, conforme o apresentado na categoria Pertencimento, é trazido e reelaborado nas relações estabelecidas no cotidiano dos atendimentos nos serviços próprios (com outros participantes e com os profissionais de saúde), contribuindo para o estreitamento de laços.

A partir daí, a imagem da CASSI passa a ser associada, também, à confiança que decorre da percepção acerca da possibilidade de realizar os atendimentos nos serviços próprios.

A gente acha que a CASSI é meio que nossa. Então a gente sente em casa na CliniCASSI. Onde mais se preocupam comigo, mais querem meu bem? Lá eu vou ser bem atendida, e isso estimula a gente a ir. (Cassiana 28, 32 anos)

Não é mais só por acreditar na CASSI. É por ter encontrado respostas que satisfaziam a minha expectativa. Se eu tivesse ciência que a proposta era boa, mas a experiência não tivesse sido boa, talvez eu tivesse declinado. Eu tenho vindo porque eu tenho encontrado respostas aqui. (Cassiana 30, 48 anos)

Retomando o apresentado, inicialmente, em relação à categoria Acolhimento, a CONFIANÇA NA INSTITUIÇÃO CUIDADORA LEVA AOS SERVIÇOS PRÓPRIOS e, mediante ACOLHIMENTO que satisfaz às EXPECTATIVAS, estabelece-se a

CONFIANÇA NOS SERVIÇOS, que é potencializada, ao longo do TEMPO, na recorrência de contatos.

A capacidade dos serviços de receber os participantes e oferecer as respostas adequadas, intermediando os cuidados, se necessários, na rede credenciada, coloca-se como fator que leva à vinculação, quando se identifica que as demandas geram expectativas de retorno que são prontamente atendidas, considerando uma determinada forma de organização dos serviços próprios.

As subcategorias Acessibilidade e Resolutividade, que constituem a categoria Acolhimento, favorecem a percepção dos participantes acerca da eficiência dos serviços, o que resulta em confiança.

Os códigos apresentados remetem à forma de organização do processo de trabalho, traduzida pelo acolhimento. Trata-se da orientação do coletivo de profissionais para a resolução dos problemas de forma definida pela instituição, o que é concretizado pela atuação de todos os profissionais.

Nas vivências longitudinais de cuidado, novas referências são formadas, revisitadas e/ou alteradas e novos símbolos são constituídos. A relação interativa e a construção de referências simbólicas demonstram a experiência interacionista (o ambiente social, o ambiente privado, o EU e o OUTRO).

Assim como na categoria Pertencimento, anterior, o grau de confiança nos serviços próprios pode variar, considerando, principalmente, as histórias vivenciadas pelo participante nos contatos relacionados à assistência à saúde.

Dessa forma, participantes com necessidades de saúde mais complexas, com frequência maior de utilização dos serviços, por exemplo, poderiam experimentar de forma diferenciada a relação com os serviços. As experiências e vivências particulares podem resultar em diferentes “níveis” de confiança nos serviços e, por consequência, influenciar o vínculo com intensidade diferente.

3.3. Categoria Cuidado em Ato – “(...) fazendo uma trilha, de fora pra dentro. E quando eu estiver olhando dentro do serviço, colher os resultados, a partir daquilo que está sendo feito.”

Considerando o apresentado, anteriormente, nas categorias Pertencimento e Acolhimento, reforça-se a compreensão de que a confiança na instituição cuidadora (CASSI), somada à confiança nos serviços próprios, impulsiona os participantes

para o cuidado, estabelecendo relações com os profissionais de saúde, diante dos problemas que se apresentam.

Nesse momento, são outras as expectativas dos participantes, relativas aos próprios profissionais e à forma como atuam. Trata-se de expectativas relacionadas aos atributos pessoais e técnicos e à forma como são ofertados em prol de determinado tipo de cuidado. O atendimento dessas expectativas alimenta a confiança relativa ao “modo contextualizado de fazer”, que caracteriza o cuidado nos serviços próprios.

A categoria Cuidado em Ato refere-se à confiança no cuidado, estabelecida ao longo do tempo, resultante da interação e da articulação de um conjunto de atributos pessoais e técnicos, à forma orientada e estruturada do fazer nos serviços próprios. A referida categoria será apresentada pelas subcategorias Ser, Saber e Fazer e pelos componentes destas.

A Figura 5 representa a categoria Cuidado em Ato. Diante das vivências, ao longo do tempo, nos serviços próprios, acontece o “cuidado em ato” e estabelece-se a confiança no cuidado.

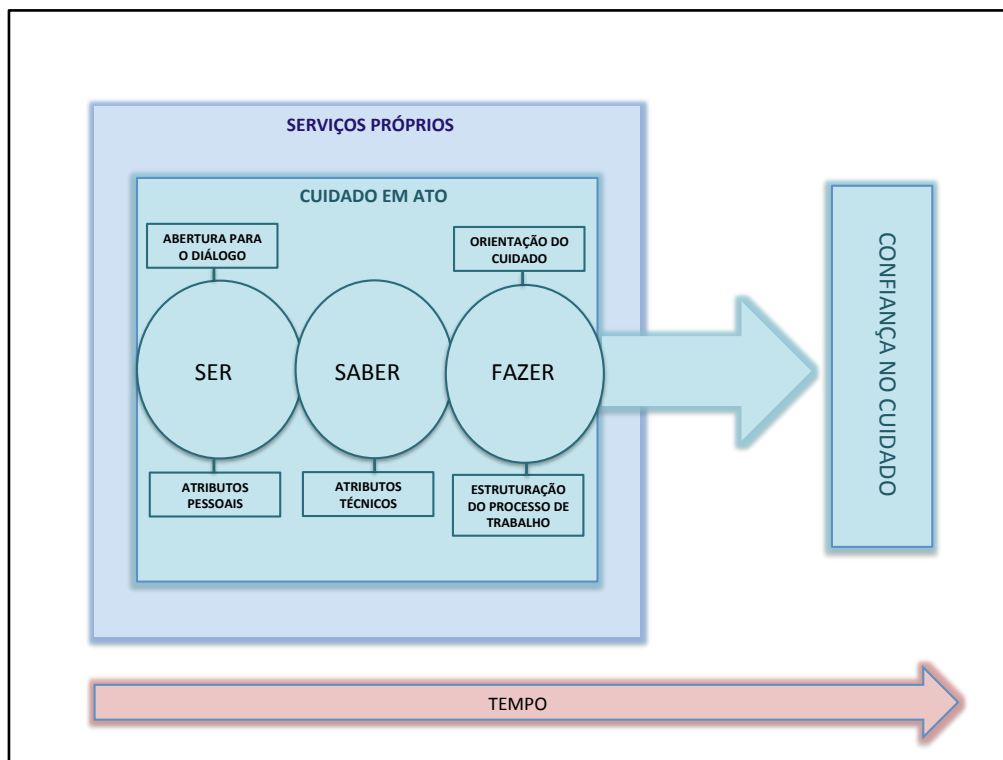


Figura 5: Cuidado em Ato

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

Mobilizados para a assistência à saúde nos serviços próprios, os participantes deparam com a singularidade do cuidado, mediante relações permeadas de subjetividades, pelo jeito de ser e pelo saber e fazer dos profissionais.

A subcategoria Ser trata da abertura para o diálogo (por parte dos participantes e dos profissionais) e dos atributos pessoais dos profissionais, que potencializam os relacionamentos e ampliam a confiança no cuidado, que favorece o estabelecimento do vínculo. Os participantes identificam tais atributos em determinada forma de agir que leva ao cuidado de uma forma duradoura, por meio de uma relação de confiança.

Em algumas situações, a forma de agir supera as expectativas, constituindo-se como “marca do cuidado”, que potencializa, ainda mais, a confiança e favorece vínculo.

A subcategoria Ser está representada na Figura 6. A abertura para o diálogo e os atributos pessoais dos profissionais conferem características à forma de agir, na relação que se estabelece entre o profissional e o participante, e alimenta a confiança no cuidado, ao longo do tempo.

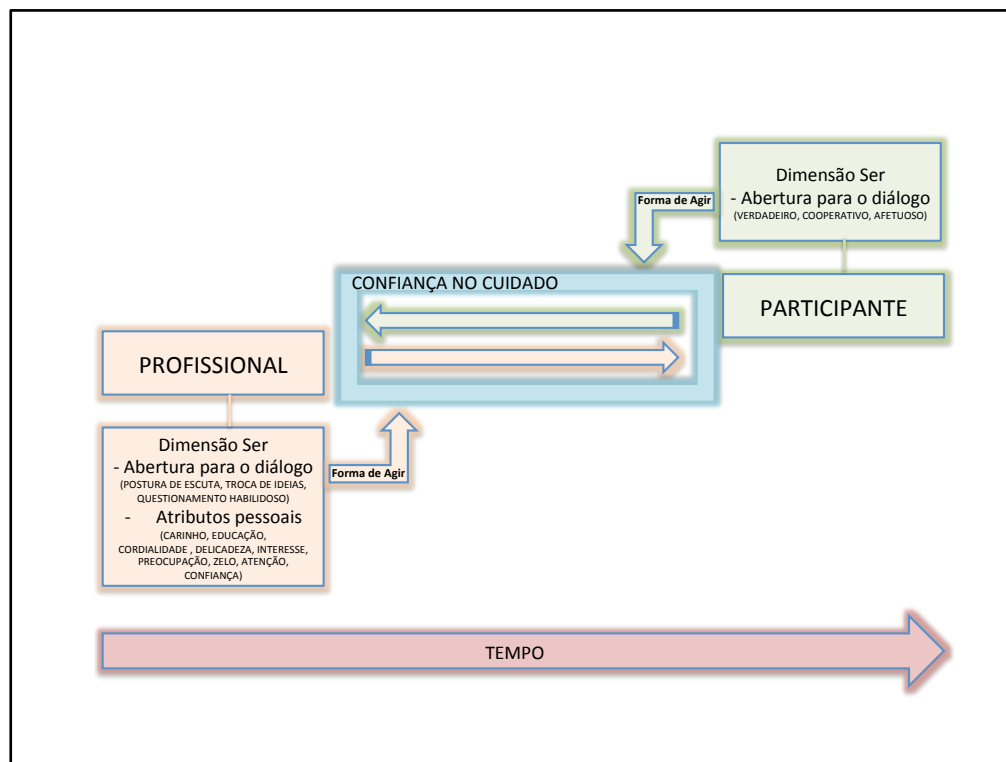


Figura 6: Ser

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

No PROCESSO RELACIONAL estabelecido entre profissional e participante, ambos contribuem para que exista a “conexão” que facilitará a comunicação. Trata-se de uma relação singular, em que a forma de comunicação, de ambos contribui para o estabelecimento do vínculo.

Os códigos que seguem favorecem a percepção sobre a importância da ABERTURA PARA O DIÁLOGO e das características do diálogo do participante na RELAÇÃO estabelecida no processo de cuidado.

Que eu acho que o paciente tem que também conversar, dar abertura para eles. (...). Mas não adianta só você olhar, e você der um sorriso e você estar carrancuda e não dar liberdade, uma entrada para a pessoa. (...). O carinho, aquela comunicação (...). (Cassiana 3, 70 anos)

Falo com o profissional como falo com um padre na confissão. E acredito nele. (Cassiano 15, 64 anos)

Eu vejo o seguinte, que eu tenho que cooperar. Porque se o paciente não colaborar com o médico também, fica difícil. É... não camuflar aquilo que realmente tá sentindo. (...). Então eu acho que tem que colaborar. (Cassiano 19, 65 anos)

(...). Se não vai ter troca, às vezes, vai tratar dor de barriga que era uma dor de garganta. (...). Ele tem que vir com abertura para entregar, né, o problema dele para o médico, senão, não adianta. (Cassiana 22, 65 anos)

Profissional e participante precisam estar ABERTOS PARA O DIÁLOGO. A comunicação que se estabelece no contato realizado pressupõe PROCESSO RELACIONAL onde existe a troca que favorece a conversação.

Identifica-se a necessidade dos participantes se relacionarem de forma VERDADEIRA, COOPERATIVA e AFETUOSA, contribuindo para sejam identificados diferentes aspectos e nuances que possam favorecer o cuidado.

Quando se considera, no diálogo, o participante, a comunicação acontece essencialmente através do compartilhamento das situações relacionadas ao cuidado. Os participantes expressam seus problemas, demandas e preocupações.

No processo de comunicação, o participante identifica a forma de agir esperada pelos profissionais no diálogo que se estabelece, o que é evidenciado pelos códigos que seguem:

Ter comunicação com a pessoa é ter conhecimento com essa pessoa... Aí você tem com quem trocar ideias, com quem perguntar por que você está com isso (...). (Cassiana 2, 95 anos)

Uma coisa que eu acho muito interessante nele é que procura ouvir, conversar. (...). Porque ele chega, ele conversa, ele tenta te ouvir, ele vai buscar para ver se o que você tá falando, se você aplica mesmo na sua vida. (Cassiano 12, 51 anos)

Te recebe, te cumprimenta, né? O que é que você está sentindo. Te pergunta. Faz umas perguntas boas, né? Pra te lembrar alguma coisas que você às vezes esqueceu de falar. Eu sempre gostei muito, ele faz essas perguntas, eu respondo (...). (Cassiana 18, 74 anos)

É uma arte eu acho, essa troca. O profissional tem que ser muito habilidoso para conseguir essa troca, de lá pra cá. (Cassiana 22, 65 anos)

Considerando o processo dual da comunicação, os participantes esperam, dos profissionais de saúde, a adoção de postura e habilidade que possibilite a troca de informações. A POSTURA DE ESCUTA, a TROCA DE IDEIAS e o QUESTIONAMENTO HABILIDOSO tornam o cuidado mais assertivo.

O cuidado de saúde se dá em um contexto de troca, no qual a comunicação entre o participante e o profissional de saúde são essenciais para o estabelecimento da relação de cuidado.

O diálogo, no processo de cuidado, é valorizado, uma vez que possibilita a identificação e a orientação segundo as nuances que o envolvem. O processo dialogal, de responsabilidade mútua, é fundamental para o estabelecimento de relações familiares e produtivas de cuidado.

As relações produtivas aumentam, potencialmente, a assertividade das condutas, aproximam profissionais e participantes, levam a relações sólidas e de CONFIANÇA NO CUIDADO e, então, ao vínculo.

No processo de cuidado cotidiano são identificados, através da forma de agir dos profissionais, ATRIBUTOS PESSOAIS que favorecem o estabelecimento do vínculo, assim como pode-se perceber nos próximos códigos.

M.! Gosto demais da M. Foi assim tão bom conhecer a M. que ela sabe o quanto eu gosto dela. (...). É uma pessoa maravilhosa. Foi me dado... Gosto demais, sabe? É uma pessoa extraordinária e uma boa vontade com a gente. (Cassiano 1, 85 anos)

(...) porque pra mim eu tenho que... (...), eu tenho que gostar do médico, (...). (...) como já aconteceu de eu ir num consultório particular e não gostar do médico, da atitude (...). (Cassiana 3, 70 anos)

Muito atencioso, conversou, muito generoso, delicado. O outro só foi burocrático. (Cassiano 4, 54 anos)

A C.? Tá aí um exemplo que eu posso citar, eu adoro a C.. Ela é super atenciosa comigo, carinhosa, pergunta, abraça, beija. O D. também é assim. Eu gosto disso, eu preciso disso. (...). Tem que ser educado, cordial, atencioso (...). (Cassiana 5, 56 anos)

Dr. A. de extrema finura, atende muito bem. A lembrança que eu tenho é a dedicação que ele coloca em tudo. (Cassiano 16, 84 anos)

O médico ter atenção com a gente, né? O Dr. O. é excelente médico, muito atencioso, muito.... Ele te dá confiança, ele te anima, ele te transmite coisa boa. Já vem alegrinho, cumprimentando, abraça a gente. Na maior atenção, na maior dedicação com a gente. (Cassiana 20, 64 anos)

A Dra. M. que é uma doçura de boazinha. Muito atenciosa. (Cassiana 25, 78 anos)

As relações de cuidado evidenciam determinadas características pessoais, percebidas na ação cuidadora, que são valorizadas pelos participantes no relacionamento cotidiano, estreitando laços.

Os participantes percebem ATRIBUTOS PESSOAIS dos profissionais no cotidiano do cuidado. Esses atributos, uma vez que denotam CARINHO, EDUCAÇÃO, CORDIALIDADE e DELICADEZA, contribuem para a visão pessoal acerca do profissional de saúde. Os participantes reconhecem, além do profissional, a pessoa que cuida.

Existem outros ATRIBUTOS PESSOAIS que demonstram a postura dos profissionais em relação aos participantes por eles cuidados, conforme evidenciam os dados que seguem:

É aquela pessoa assim que realmente interessa pelo seu problema. O que me encanta é a preocupação, como é que eu estou, como é que ele está. (Cassiana 3, 70 anos)

Assim, a preocupação dela, o zelo. (...). Teve um retorno lá que eu até chorei lá com a mulher, de tão atenciosa que ela foi, cheguei e ela levantando, “vai dar tudo certo agora. (Cassiano 4, 54 anos)

(...) acho que o interesse. Porque hoje em dia, os médicos não têm interesse né, no que você realmente tem, eles vêm, parece, que atender a consulta e vão embora o mais rápido possível. (...). E esse, parece que estava ali comigo, querendo me curar mesmo. (Cassiana 10, 28 anos)

(...) eu tenho minha pressão que é muito alta. Então, foi com ele. Ele desde o começo era ali. Me mostrava assim, confiança, que eu ia melhorar, que aquilo era coisa à toa. Otimista, ele. (Cassiana 20, 64 anos)

(...) que isso é uma coisa importante porque o paciente se sente importante, no sentido tipo assim “nossa, tem alguém preocupado comigo! (Cassiana 27, 53 anos)

Uma coisa que pode dificultar e você não sentir no profissional, que ele responsabilizou, que ele se inteirou. Quando você vê que o profissional teve um interesse pela sua história (...). (Cassiana 30, 48 anos)

O INTERESSE, a PREOCUPAÇÃO, o ZELO e a ATENÇÃO são posturas valorizadas pelos participantes, que contribuem para a interação no cotidiano do cuidado. A relação de proximidade que se estabelece potencializa as relações de cuidado. Os participantes sentem-se valorizados, e reconhecem que podem contar com o profissional na ocorrência de diferentes problemas.

A CONFIANÇA, o OTIMISMO são posturas que contribuem para que exista credibilidade no cuidado proposto. Os participantes sentem-se seguros e confiantes nas propostas de cuidado.

Alguns códigos contribuem para a percepção da relação próxima que se estabelece no cotidiano do cuidado, ao longo do TEMPO.

(...). Eu gosto demais dela, ela é muito minha amiga, (...). (Cassiano 1, 85 anos)

(...) que a gente cria amizade. Ela gostava muito de cantar, uma vez a gente foi até. Ela cantava num coral da igreja dela (...). Então a gente fez uma amizade (...). (Cassiano 7, 77 anos)

(...) e lá a gente brinca muito, eu brinco muito com eles, e eles brincam comigo. Então assim, esse relacionamento é mais do que profissional, é como se fosse uma amizade, tanto que eu sou amiga da B. no “WhatsApp”. (Cassiana 13, 49 anos)

Olha, a Doutora M. não é só uma médica pra mim, é uma amiga, uma conselheira (...). É como se fosse uma filha pra mim, sabe? (Cassiana 25, 78 anos)

(...) o atendimento é muito bom, a médica inclusive amiga pessoal minha. (Cassiano 26, 85 anos)

É como eu falo, o vínculo de afetividade, de confiança, não se faz facilmente. (Cassiana 27, 53 anos)

Qualquer contato que se estabeleça com o profissional para além da consulta normal, vai favorecer. Se eu frequento uma mesma igreja que ele, isso favoreceria. (Cassiana 30, 48 anos).

A interação, potencializada pelos atributos pessoais dos profissionais, torna o relacionamento próximo a ponto de ser identificado como relação de amizade, na qual o participante pode buscar aconselhamento, diante dos problemas vivenciados.

A relação é estreitada, favorecendo as trocas, potencializando os laços, favorecendo o cuidado e fortalecendo o vínculo.

A relação é estreitada, também, quando existe situação que supera as expectativas dos participantes. Os códigos que seguem contribuem para a percepção de situações em que o participante foi surpreendido por atitude que demonstrou o zelo com o cuidado.

Ele ficou, conversou comigo toda a semana, durante uns três meses. (...). Pois é, a CliniCASSI e a Dra. T., não posso esquecer... (...). Poxa, isso foi marcante poxa. Não sei se ela já fez isso pra outra pessoa, acho que não. Poxa, foi excelente! (Cassiano 4, 54 anos)

(...) E os 15 dias que eu fiquei de licença, fui acompanhado de perto, fazendo exames, me indicou acompanhamento psicológico, então foi bem marcante. (Cassiano 8, 40 anos)

(...) e a partir daí o atendimento que foi assim... diário aqui na CliniCASSI, pela Enfermeira B. Então ficou marcado, porque a preocupação com aquele meu carocinho nas costas que ficou inflamado e eles foram acompanhando. (Cassiano 15, 64 anos)

Eu ficava uma semana parado em casa, isso praticamente todo mês. Então, foi uma questão assim, eu fui lá, já travado para o atendimento, ele me socorreu naquela hora, mas me deu uma sugestão que foi na medida. Hoje ele vem me dando uma qualidade de vida muito melhor (...). (Cassiano 21, 37 anos)

Eu acho que é o vestir a camisa né? Tem atitudes que eu já vi, que não seria obrigação. Que faz além. Eu já fiquei sabendo de várias atitudes que não precisaria ter aquela atenção, foi além, sabe? (Cassiana 22, 65 anos)

Então, o que eu precisei, que foi uma morte rápida a do meu marido, eu tive o apoio deles. Até hoje eu tenho. (Cassiana 25, 78 anos)

O pessoal me ligava e inclusive queriam até agendar uma consulta domiciliar pra ver como eu que eu estava (...). Eles tiveram essa preocupação. Eu fiquei assim de queixo caído porque eu falei assim “gente a CASSI é muito mais que aquilo que eu penso”. (...). (Cassiana 27, 53 anos)

Vou citar um exemplo, né, de enxaquecas que eu tenho. Rodei, rodei, rodei, rodei, quem resolveu meu problema foi o A. (Cassiana 33, 43 anos)

Identifica-se o impacto de ações que superam as expectativas dos participantes no cuidado de saúde. Trata-se do estabelecimento de uma “marca do cuidado”. A postura do profissional fortaleceu a relação e, por conseguinte, o

vínculo, uma vez que, em determinada situação, a forma de agir excedeu o esperado, configurando-se como algo que marcou a relação de cuidado.

O cuidado que supera as expectativas leva à personalização do cuidado, uma vez que foi realizado algo singular, em determinado contexto, de maneira especial.

Ao contrário do apresentado, anteriormente, uma forma de agir diferente daquela esperada pode significar, na medida do “dano”, ruptura com o cuidado, e/ou afastamento dos serviços próprios.

(...). Gente! O cara era um “cavalo”. Eu fiquei um tempão sem voltar na CliniCASSI por causa desse cara (...). Se houver uma troca de profissionais em que eu seja maltratada, seria um motivo de ruptura. (Cassiana 5, 56 anos)

(...) deixou de ser pessoal o atendimento, perdeu aquele caráter personalizado, ficou uma coisa mais burocrática com o F. Pelo menos com a M. recuperou isso, da proximidade entre o médico e o paciente. (Cassiano 8, 40 anos)

A despersonalização e atitudes contrárias ao esperado não contribuem para o fortalecimento das relações, comprometendo o cuidado e, por conseguinte, o vínculo.

O vínculo relaciona-se à forma como o cuidado é realizado pelo profissional de saúde. Está intimamente ligado à forma de agir dos participantes e dos profissionais, com base em características pessoais e da abertura para o diálogo.

Além de ser influenciado por aspectos pessoais, relativos à forma de Ser, o vínculo também relaciona-se a aspectos técnicos (Saber) e organizacionais (Fazer), que serão discutidos a seguir.

A subcategoria Saber refere-se à capacidade técnica para resolver os problemas de saúde dos participantes. Quando existente e utilizada em prol do relacionamento, resulta em confiança no cuidado e, assim, contribui para o estabelecimento do vínculo. Existem atributos técnicos que levam à assertividade das condutas, ampliando a confiança.

A Figura 7 associa as dimensões Ser e Saber, contribuindo para a percepção de que, somadas, tais dimensões potencializam a confiança no cuidado, na relação cotidiana entre participantes e profissionais.

Trata-se da atualização da Figura 6, anterior, que é acrescida da capacidade técnica dos profissionais. O Saber contribui para o fortalecimento da confiança no profissional e para a confiança no cuidado.

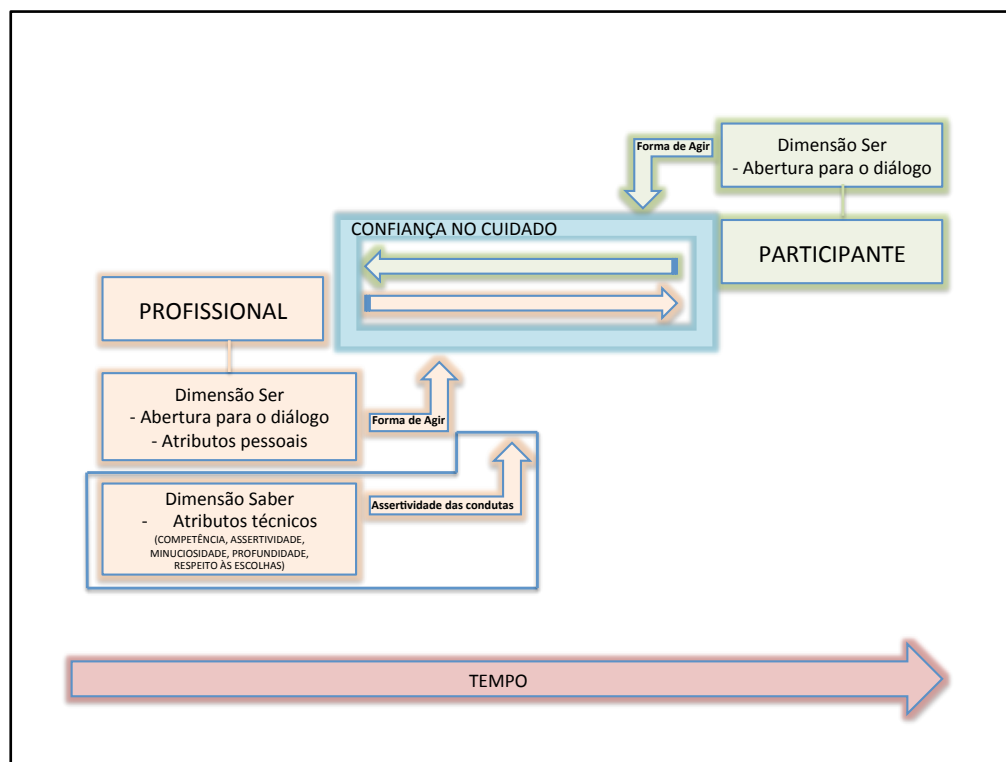


Figura 7: Ser e Saber

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

Há uma expectativa do participante em relação ao SABER do profissional uma vez que gera a segurança necessária para o estabelecimento das relações de cuidado. Os códigos que seguem contribuem para a percepção de tal expectativa.

Me parece que ela entende bem de medicina, porque ela vai nos pontos que a gente precisa de auxílio. Tudo que eu preciso com ela eu tenho certeza que vou ser atendido. (Cassiano 1, 85 anos)

A R. Tratou comigo muitos anos e sempre nos demos muito bem. Não houve mancada nenhuma. Jamais, sabe?. (Cassiana 2, 95 anos)

Eu sinto muita segurança. Sinto e muita. Pelo menos, é... ela aprofunda. Tudo que foi, é, falado, explicado. (Cassiana 3, 70 anos)

Tem que ser (...), até um pouco minucioso, meticoloso, ir fundo, porque saúde é um negócio sério. (Cassiana 5, 56 anos)

Todas as vezes o problema foi achado. Sempre foi um diagnóstico que deu certo. (Cassiana 6, 22 anos)

Eu tenho a quem recorrer, eu tenho uma médica da minha confiança. Se eu tenho algum problema, ela vai saber. Eu vou ligar para ela: “olha, me esclarece isso”. (Cassiana 14, 62 anos)

Eu espero (...) que tenha um diagnóstico preciso, é isso que eu preciso (...). (Cassiano 15, 64 anos)

Ele é um médico bom mesmo. Dr. O. É um médico que ele sabe mesmo. (Cassiana 20, 64 anos)

Acho que isso tudo gera credibilidade. Ele não errou um diagnóstico até hoje. (Cassiana 22, 65 anos)

(...) médico que saiba e conheça do assunto, competência técnica. (Cassiano 29, 38 anos)

Olha o nível de resolutividade! Não precisaria ter ido tão longe... Resolveu porque conhecia a linha de conduta para a enxaqueca atualmente. (Cassiana 30, 48 anos)

A COMPETÊNCIA, ASSERTIVIDADE, SEGURANÇA e MINUCIOSIDADE do cuidado são valorizadas. Tais ATRIBUTOS TÉCNICOS contribuem para o sentimento de segurança que leva à confiança no cuidado.

A atitude de abordar, com PROFUNDIDADE, de forma explicativa, tudo aquilo que envolve o processo de adoecimento contribui para a percepção do conhecimento técnico do profissional.

Ao longo do TEMPO, as vivências de problemas de saúde resolvidos de forma satisfatória resultam em credibilidade no cuidado realizado pelos profissionais.

Os ATRIBUTOS TÉCNICOS são considerados logo nos atendimentos iniciais. O primeiro atendimento, conforme os dados que seguem, assume grande importância no estabelecimento ou na fragilização da confiança.

Foi quando eu entrei pra ESF, com certeza. Logo no começo, na primeira consulta. Foi uma consulta de quase duas horas. Ela me revirou de cabeça pra baixo e, a partir daí, até minha postura, minha conduta com minha própria saúde mudou. (Cassiano 8, 40 anos)

A R. saiu de lá e no outro dia eu fui era uma outra. A outra me olhou, não sei se me auscultou (...), disse que era água no pulmão. (...) ela não podia confirmar isso. (...) Já que ela fez essa mancada comigo, fiquei meio desanimada. (...). Então não fui mais... Por quê? Para que eu tenha mais aborrecimento? (Cassiana 2, 95 anos)

Eu nunca escutei tanta coisa negativa. Foi assim, sabe, sermão de mãe neurótica, logo no primeiro dia. Então eu acho que faltou isso, que tem formas e formas de falar. (...). Falei meu Deus do céu, não é bem por aí. Então eu saí daqui meio chocada (...). (Cassiana 22, 65 anos)

Os ATRIBUTOS TÉCNICOS, em especial a ASSERTIVIDADE DA CONDUTA no primeiro atendimento, são fundamentais para o processo de vinculação. É possível que o participante, logo em contatos iniciais, diante de uma impressão positiva, sintam-se aderido ao cuidado, o que é fortalecido, posteriormente, com o TEMPO.

Ao contrário, uma condução, por parte do profissional, identificada como inapropriada resulta em fragilização da relação. O saber do profissional é colocado em xeque. ocorrências que fogem às expectativas podem impactar na procura pelo profissional ou, até mesmo, significar ruptura com o processo de cuidado.

Assim, na fase inicial, na fase de “conquista”, quando é realizada uma conduta inadequada, existem maiores chances de quebra da relação de confiança. Uma vez que não existe histórico de ASSERTIVIDADE DAS CONDUITAS, o “equivoco” inicial leva à quebra de confiança.

O apoio diante dos problemas e a postura de considerar a opinião dos participantes é importante para a relação de cuidado estabelecida. Os códigos que seguem contribuem para a apresentação da percepção dos participantes acerca do respeito à opinião e do apoio dos profissionais, que favorece a confiança e a vinculação.

(...) uma relação estritamente minha com ele. De opções que eu ia tomar e o Dr. A. me apoiar. Me explicar com os prós e os contras da linha que eu ia

tomar. Isso foi uma coisa que me fez me faz agarrar aqui, sentir o respeito maior que o Dr. A. tem com a minha opção. (Cassiana 11, 26 anos)

... essa troca mesmo, não é muito o médico ou o paciente, no fim acaba sendo assim uma troca, e no final o que a gente pensa prevalece. (Cassiana 22, 65 anos)

Ajuda, tenta ajudar a gente no que você sabe, no que você não sabe, o que pode o que não pode. (...). O que eu acho que devo fazer, ele escuta. Porque eu sei o que eu tô sentindo. (Cassiano 24, 66 anos)

O RESPEITO ÀS ESCOLHAS, alicerçado na troca de informações sobre o adoecimento, relaciona-se à vinculação. Uma vez que os participantes são considerados e valorizados, empoderam-se e se envolvem no processo de cuidado.

O compartilhamento dos distintos pontos de vista contribui para a tomada de decisão, que é respeitada e apoiada por ambos, na corresponsabilização pelo cuidado.

As impressões acerca do cuidado, quando positivas, ao longo do TEMPO, contribuem para a o estabelecimento do vínculo. Os participantes esperam e identificam, no cotidiano do cuidado, em que diferentes questões e problemas são resolvidos, os resultados concretos das intervenções. Esses resultados, pautados em ATRIBUTOS TÉCNICOS, ampliam, recorrentemente, os “votos de confiança” no profissional e contribuem para o estabelecimento do vínculo.

A sustentação da prática pelo Saber resulta em segurança no cuidado. Somada à forma de Ser, torna-se fundamental para que a relação entre o participante e o profissional seja fortalecida e o vínculo aconteça.

Os aspectos apresentados nas subcategorias Ser e Saber, da categoria Cuidado em Ato, devem estar presentes no cotidiano do cuidado e relacionam-se com o vínculo por favorecer o estabelecimento de trocas e laços, em relações prazerosas e seguras, que levam à confiança no cuidado.

A confiança no cuidado decorre de conhecer, de relacionar-se e de sentir-se bem nesta relação, pautada na ASSERTIVIDADE DAS CONDUCTAS. Assim, a forma de Ser e o Saber levam à confiança, que é potencializada pela forma de Fazer, descrita na próxima subcategoria.

Existem aspectos organizacionais identificados no fazer cotidiano dos profissionais que influenciam o estabelecimento do vínculo. Trata-se de um conjunto de diretrizes e princípios, traduzidos por normas regulamentadoras e procedimentos operacionais padrão que orientam o desenvolvimento do cuidado.

Posto em prática, no cotidiano, o conjunto de aspectos que orientam o cuidado e estruturam o processo de trabalho relaciona-se à forma singular de fazer o cuidado acontecer, no âmbito dos serviços próprios. Somado à forma de ser dos participantes e dos profissionais, e ao saber dos profissionais, o fazer destes últimos amplia a percepção de segurança no cuidado, favorecendo a confiança nos serviços.

A Figura 8 retoma o abordado na Figura 7 (Ser e Saber) e está acrescida da Subcategoria Fazer, contribuindo para a visualização detalhada de todas as dimensões da categoria Cuidado em Ato, apresentada, anteriormente.

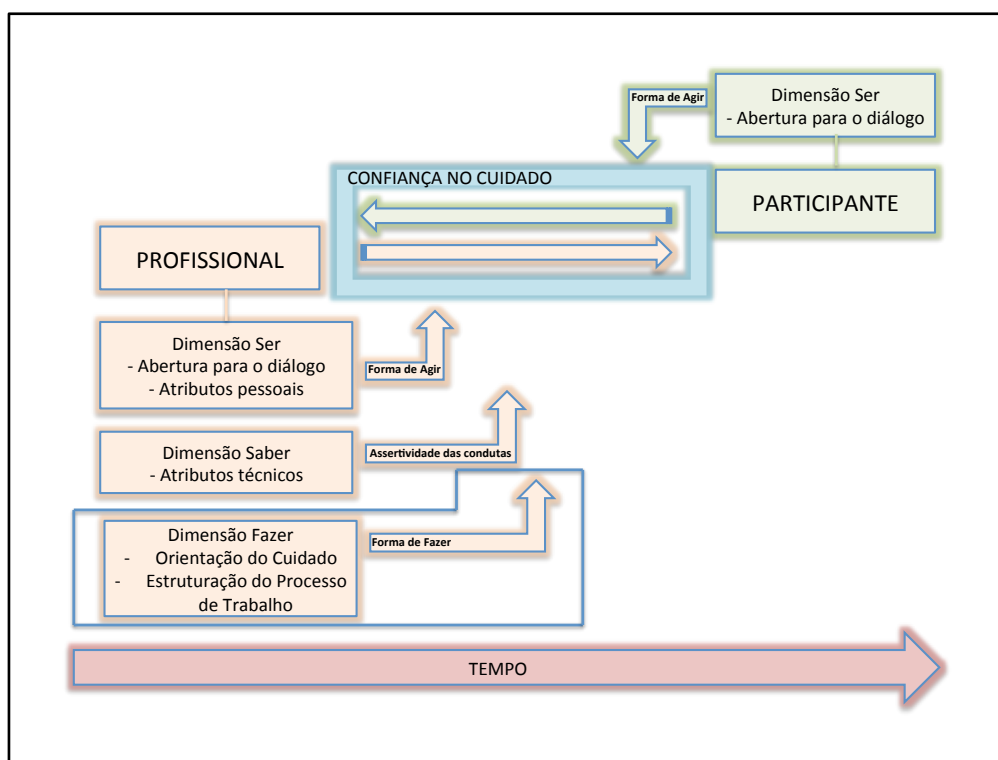


Figura 8: Ser, Saber e Fazer

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A FORMA DE FAZER nos serviços próprios, somada à ASSERTIVIDADE DAS CONDUTAS dos profissionais e à FORMA DE AGIR dos profissionais e

participantes contribuem para o estabelecimento de **RELAÇÕES** produtivas que levam, ao longo do **TEMPO**, à **CONFIANÇA NO CUIDADO**.

A Subcategoria Fazer aborda os aspectos organizacionais que **ORIENTAM O CUIDADO** e **ESTRUTURAM O PROCESSO DE TRABALHO**.

Cabe ressaltar que o acolhimento, abordado em categoria anterior, é aspecto organizacional que estrutura o processo de trabalho. O acolhimento foi abordado, separadamente, por questões didáticas, para que fossem enfatizadas as expectativas iniciais dos participantes, relativas à acessibilidade e à resolutividade dos serviços próprios.

Para facilitar a visualização dos demais aspectos organizacionais que alicerçam o cuidado nos serviços próprios, estes serão destacados na Figura 9. O conjunto destes aspectos compõem a Subcategoria Fazer.



Figura 9: Fazer: orientação do cuidado e estruturação do processo de trabalho

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A ORIENTAÇÃO DO CUIDADO nos serviços próprios está pautada no Modelo de Atenção Integral e na Estratégia Assistencial Saúde da Família. Assim, alguns atributos e funções do Modelo e da Estratégia são percebidos pelos participantes no cotidiano do cuidado.

Os participantes identificam a forma de abordagem caracterizada pela ATENÇÃO “ENGLOBALADA” (código *in vivo*), conforme pode-se perceber nos códigos que seguem:

Bom, você estando... tratando com um médico, você tem aquele médico sempre com você. E não ficar pulando de médico pra médico. Não dá certo né, porque um médico acha uma coisa, o outro médico acha outra e tal, e você nunca está bem tratado (...). (Cassiana 2, 95 anos)

(...) é o caminho mais certo, que a gente encontra uma resposta pra qualquer dor, seja ela qual for, cabeça, pé, coração. (...). Igual no caso da M., ela engloba tudo isso. Agora tem gente que prefere geriatra, não quer um clínico englobando tudo. Então, ela pra mim cobre isso tudo. (Cassiana 3, 70 anos)

Eu levo tudo pra ele. Eu comunico ele tudo, ele sabe de tudo, de tudo. Da parte psicológica, física, tudo. Eu centralizei nele, sabe? (Cassiana 5, 56 anos)

Quando a gente marcou o médico ela já pediu os exames sabendo que a gente não estava dormindo, sabendo que a gente não estava comendo, sabendo que tinha um estresse por trás. (...). Então assim, eu acho que é uma coisa mais englobada, porque é muito mais do que o físico né? (Cassiana 6, 22 anos)

(...) e qualquer coisa também que me aconteça, tipo, seja lá dor de cabeça, dor de ouvido, machuquei, qualquer coisa meu primeiro pensamento é vir aqui. (Cassiana 11, 26 anos)

(...) eu procuro a CliniCASSI pra não ficar indo de médico em médico, fazendo um monte de exames, porque igual eu te falei, hoje em dia, qualquer médico que você vai, te pede um monte de exames. Tem que ser em um só, pra ver tudo. (Cassiana 13, 49 anos)

Eles passam a conhecer a gente, sabem os problemas de saúde que a gente tem. A gente vai chegando e falando e eles já sabem de tudo. (Cassiano 24, 66 anos)

Significa pra mim o seguinte: “hoje em dia um médico cuida do seu dedo direito, o outro do esquerdo”. Aquele... aquele médico de família, não. A M. ocupa esse espaço. Cuida de tudo. (Cassiano 26, 85 anos)

O médico de família tem que estar suficientemente instrumentalizado de todas as informações, pra ele fazer uma abordagem do ponto de vista integral, sabendo todas as implicações quando eu tiver determinada queixa. (Cassiana 30, 48 anos)

A abordagem global da saúde, considerando a dimensão biopsicossocial, é evidenciada pelos dados. Os participantes reconhecem e valorizam a ATENÇÃO “ENGLOBADA”, segundo um dos sentidos da integralidade (aquele que trata da abordagem do paciente como um todo).

A abordagem “global” favorece a vinculação aos serviços, na medida em que os participantes identificam as vantagens de serem atendidos considerando-se o olhar para a condição geral da saúde, que considera todos os aspectos que possam influenciar tal condição (“cobrindo tudo”) e não fragmentar o sujeito.

A abordagem ampliada decorre de uma série de contatos e conversações entre os participantes e os profissionais, que tornam o cuidado centralizado em um profissional.

O vínculo é potencializado pela abordagem integral e, ao mesmo tempo, possibilita o estabelecimento de relações duradoras, necessárias para a realização de práticas integradas.

A ABORDAGEM FAMILIAR é percebida pelos participantes e identificada, conforme os códigos que seguem, como facilitadora do cuidado, tanto quando se considera a assistência do próprio participante, quando se considera aquela relativa ao familiar.

Ela teve um problema de crise de pânico, acho que ela utilizou a doutora T. para ajudar ela nesse sentido. Aí o filho também teve recentemente, aí eu vi ela marcando de ir lá na CASSI pedir uma ajuda a doutora T.. Ela cuida de toda a família e já sabe com o que tá lidando. (Cassiano 4, 54 anos)

Eu acho importante ele conhecer a família. Quando eu vou ele fala assim: “É... você está mais agitada, o P. tá te dando trabalho?”. Essa visão geral da família, né? Eu gosto da ideia. (Cassiana 5, 56 anos)

Meu pai faleceu, então ela acompanha nós quatro, psicologicamente também. Ela sabe todos os nossos casos. (...) Ela já conhecia o caso todo, eu acho que foi muito bom. Porque a minha mãe teve alguns problemas de saúde (...), aí eles sugeriram a médica de família, e todos nós passamos a ser atendidos lá. (Cassiana 6, 22 anos)

É um acompanhamento nosso mais de perto. Vai eu, minha esposa, acompanha os dois. Eu acho muito importante, muito importante. (Cassiano 7, 77 anos)

Foi minha irmã que me levou pra ESF. Então, ela tem me acompanhado. Aí, posteriormente, eu leveei minha esposa. (Cassiano 8, 40 anos)

Quando a gente começou a frequentar aqui e fazer parte da Saúde Família, teve essa facilidade muito maior, acho que toda a saúde da família a gente meio que organiza por aqui. Minha vinculação mesmo foi quando eu percebi que ele estava aqui pra tratar a minha família inteira. (Cassiana 11, 26 anos)

Vou dar um exemplo pensando na medicina de família... Relacionamento do casal, existem coisas que você pode ter ajuda, conversar sobre uma possível mudança, esse caminho é possível. (Cassiana 14, 62 anos)

Agora a minha filha vem, tá sentindo alguma coisa e tal. Ele já pegou meu currículo, deu uma olhada e falou: “sua mãe é diabética, isso aqui é hereditário.” Então pode às vezes ter coincidências, né? O médico lá falou pediu pra mim ajudar, comecei a tirar as coisas, não comprar certas coisas.... (Cassiana 18, 74 anos)

(...) aqui eu chego, vamos falar... O Dr. O. Já conhece que a minha filha mais nova tem um problema sério de coluna, que tem um problema sério de veias, que a outra não cuida de jeito nenhum (risos), entendeu? O médico já sabe.... (Cassiana 22, 65 anos)

Quando eu vou lá: “A C. não apareceu aqui. Ela melhorou?” Aí eu puxo a orelha dela. Tem que voltar lá e finalizar. Isso faz parte do programa de saúde da família. É por isso que é bom atender a família. Um pode ajudar no cuidado do outro. (Cassiana 27, 53 anos)

Eu nunca tinha sido atendida por um médico de família, nunca... O fato de abordar sobre a minha família... me marcou. (Cassiana 28, 32 anos)

Eu recorri a ela pra tirar dúvidas... pra falar sobre uma situação de saúde de marido e filho. Meus contatos são pra fazer assistência da minha família porque eu sei que ela conhece a história de saúde da minha família.
(Cassiana 30, 48 anos)

A ABORDAGEM FAMILIAR possibilita conhecer os problemas de saúde dos participantes, considerando o contexto e a dinâmica familiar nos quais estão inseridos.

A possibilidade de que toda a família seja cuidada em um mesmo local é percebida como facilitador. Os participantes realizam o atendimento de forma recorrente, considerando que toda a família pode ser ajudada pelos profissionais, uma vez que o olhar ampliado contribui para o êxito das propostas de cuidado.

Trata-se do reconhecimento de que problemas semelhantes podem afetar outros membros da família e, ainda, de que os problemas vivenciados pela família afetam a condição de saúde de cada um.

A abordagem focada no contexto e na dinâmica familiar favorece a assertividade das condutas, fortalece e estreita as relações, amplia a confiança no cuidado e contribui para o estabelecimento do vínculo.

O cuidado de saúde realizado pelos profissionais considera, também, o foco na ABORDAGEM PREVENTIVA E PROMOTORA DA SAÚDE.

No momento inicial do cuidado, conforme abordado, anteriormente, a percepção sobre as possibilidades de atenção relaciona-se à doença, mas com o tempo e a vivência de uma forma de cuidar focada na promoção da saúde e na prevenção de doenças, existe, conforme os códigos que seguem, a apreensão da proposta de melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida.

Olha, sinceramente... Hoje eu e a minha esposa somos mais saudáveis.
(Cassiano 7, 77 anos)

Assim... é mais o caráter preventivo mesmo, que eu encaro né, a questão da saúde, então eu uso é pra acompanhar a saúde mesmo, rotineiro. Eu vou lá por causa disso. (Cassiano 8, 40 anos)

A CliniCASSI sempre promove... Eu participei de uma já esse ano, dentro da CASSI mesmo, do Novembro Azul. Mas tem vários no prédio aqui do

Banco. Falam sobre tabagismo, sobre a vida mais saudável, uma série de coisas. Isso mudou minha forma de pensar. (Cassiano 12, 51 anos)

Para consulta vou pouco lá, mas é... os projetos, assim... os encontros mesmo, mas não é nada de doença, é prevenção. Então eu acho assim muito importante, eu nunca vi em lugar nenhum. (Cassiana 13, 49 anos)

Veio aqui a R., explicou porque que era tudo. Então quer dizer, estão cuidando da gente até fora da CliniCASSI. Não tinha nada... tinha tapete ai, eu vi muita gente escorregando, tirei. Luz eu botei ali, porque eu fico sozinho, daqui até amanhã quando a secretária chega... além disso ela me fez companhia, né.... (Cassiano 16, 84 anos)

Eu quase sempre tô fazendo todos os exames. Anual, né? Todos aqueles exames de rotina. Então eu tenho consciência que é importante e procuro fazer. A minha esposa não gostava muito não, mas faz também. (Cassiano 19, 65 anos)

Os exames todos de mulher com o Dr. O. Aqueles exames todos que ele pedia, mamografia, questões ginecológicas. Todo ano, pra prevenir, né? (Cassiana 20, 64 anos)

Então... elas conversaram muito comigo, elas me mostraram a necessidade de hábitos melhores, não só para a minha vida pessoal, mas para o trabalho também. (Cassiana 28, 32 anos)

A ABORDAGEM PREVENTIVA E PROMOTORA DA SAÚDE é identificada pelos participantes no cotidiano do cuidado.

Percebe-se que os participantes reconhecem que os exames são realizados de forma rotineira, mesmo que não exista um problema de saúde, por favorecerem a prevenção de doenças. Fica clara a percepção acerca da abordagem dos profissionais, onde existe atitude de esclarecimento acerca da importância do acompanhamento preventivo.

A orientação para a adoção de hábitos saudáveis é tema identificado nas abordagens de cuidado realizadas, em especial em atividades de caráter coletivo, e em datas comemorativas (Outubro Rosa/Novembro Azul). O ambiente domiciliar, também foi percebido como local em que a prática da abordagem preventiva e promotora da saúde foi realizada.

Quando o foco da abordagem não é a doença, existe a possibilidade de que outros campos do conhecimento, que valorizam a subjetividade, sejam acionados e colocados em prol do cuidado e do sujeito, estreitando as relações e favorecendo o vínculo.

Os participantes valorizam a possibilidade de ser construído e acessado, ao longo do tempo, o HISTÓRICO DE VIDA E ADOECIMENTOS.

Os códigos evidenciam que a segurança é ampliada pelo fato de existirem referências anteriores relativas ao cuidado, pessoais ou familiares.

(...). Você já conhece minha história, você conhece minha história todinha (...). Como eu tenho lá na CASSI, histórico de quando eu comecei com o câncer, com isso tudo, por causa do acompanhamento (...). (Cassiana 3, 70 anos)

Porque o seguinte, a doutora T., como ela ficou conhecendo esses problemas meus, eu comecei a me apoiar nela. Ela já conhecia tudo. (...) A figura do médico de família. Foi uma grande coisa que a CliniCASSI criou foi isso. Que vai te conhecendo (...). (Cassiano 4, 54 anos)

(...) ter aquele caráter personalizado. O médico te acompanha de perto, quando você volta lá já sabe porque você já tá voltando. O acompanhamento assim, acho que fica mais próximo. (Cassiano 8, 40 anos)

Eu acho que ninguém melhor do que ele, que me acompanha há vários anos, que sabe meu histórico, o histórico da minha mãe, do meu pai, se a gente deve-se preocupar com alguma situação. (Cassiana 11, 26 anos)

Eu levo até resultado de exame de outro médico pra ele anotar lá. Eu levo pra lá pra ele anotar. Eu procuro estar sempre em dia, porque assim, no momento em que eu for lá, ela sabe que... tem todo meu currículo lá. Tem todo meu histórico lá. (Cassiano 16, 84 anos)

Eu sempre gostei muito deles porque eles fazem essas perguntas e eu respondo e tudo. É bom que fica no prontuário né, da pessoa. Quer dizer que por ventura vão vir, futuramente, já tem acesso àquelas respostas que você deu quando ele te perguntou. (Cassiana 18, 74 anos)

(...) eu acho que esse leque de informações do histórico, que esse histórico de acompanhamento permite, permite um diagnóstico mais efetivo, uma

coisa mais aprofundada, pedir os exames de uma forma mais lógica. Eu acredito que é isso que me atrai de vir aqui. (Cassiana 23, 24 anos)

Eu tive um atendimento de Saúde da Família com ela. Conversou comigo para conhecer minha história e da minha família. Então foi essa diferença que eu percebi. (Cassiana 28, 32 anos)

(...) o fato de minhas informações já estarem ali presentes no prontuário, mesmo de todos os atendimentos que eu tive antes, a expectativa de que aquilo ia ter uma sequência. (Cassiano 29, 38 anos)

Me agrada muito a ideia de ter minhas informações de saúde e da minha família todas reunidas em um só lugar. Pra você ter uma ideia, todos os procedimentos que eu fiz na Rede eu levei para que fosse incluído no meu prontuário. (Cassiana 30, 48 anos)

O conjunto de informações obtidas nos diferentes atendimentos, realizados ao longo do tempo, acessado pelos registros do prontuário e/ou pela memória e recorrência de cuidados por um mesmo profissional, contribui para a sequência do cuidado e a assertividade das condutas.

É reconhecida a importância do conhecimento das informações relacionadas ao HISTÓRICO DE VIDA E ADOECIMENTOS, individuais e familiares, uma vez que estas contribuem para a condução dos atendimentos subsequentes e racionalizam o cuidado, considerando as necessidades.

Informações acerca de atendimentos realizados fora dos serviços próprios também são compartilhadas com os profissionais, de forma que componham o histórico do participante. Assim, a recorrência de atendimentos e o conhecimento da história de vida e adoecimentos dos participantes, considerando as informações acumuladas, relaciona-se ao estabelecimento do vínculo.

A personalização do cuidado, possível pelo conhecimento das nuances de cada caso, favorece o acompanhamento e aproxima profissional e participantes. Além disso, a continuidade do cuidado pode ocorrer mesmo que exista a troca do profissional, o que será abordado, posteriormente.

A relação próxima e de confiança, estabelecida ao longo do tempo, ocorre, também, em função do acesso ao conjunto de informações que constituem a história de vida e adoecimento dos participantes, favorecendo o estabelecimento do vínculo.

A confiança no cuidado decorre, também, do ACOMPANHAMENTO DO CUIDADO. A regularidade do cuidado permite que seja fortalecida a referência para as necessidades seguintes, conforme evidenciam os códigos que seguem:

A Dra. T. ficou conhecendo esses problemas meus. Eu comecei a me apoiar nela, sabe? Eu fui lá recentemente porque eu tive problemas..., deixar ela a par. Ela é uma referência pra mim, na manutenção da saúde. (Cassiano 4, 54 anos)

É porque antes, eu e minha irmã a gente ia assim, no ginecologista. A gente não ia assim tão..., tão regularmente, depois da médica de família a gente começou a ir mais, ficou melhor. (Cassiana 6, 22 anos)

Melhorou... Porque tem um médico para acompanhar a gente. Deu mais segurança pra nós. Você procura ele te orienta, dá mais segurança. (Cassiano 7, 77 anos)

A gente faz um acompanhamento sistemático com ela. Eu vinha religiosamente no início de três em três meses, já sabia que tinha que voltar. (Cassiano 8, 40 anos)

Eu acho que é justamente por ele ter esse controle contínuo. Eu sempre consulto com o Dr. A. então ele já tem um controle geral e quando qualquer coisa muda meio que de direção, ele já sabe o que fazer. Ele me relembra que eu preciso ver algum tipo de exame (...). (Cassiana 11, 26 anos)

(...) eles foram acompanhando, sempre perguntando, até que resolveu. Então foi importante esse acompanhamento, essa atenção que eles me proporcionaram. (Cassiano 15, 64 anos)

Aqui eu vejo que é uma coisa diferenciada pelo fato de que tem um acompanhamento do que aconteceu antes, do que você está sentindo agora, um... tem uma “linkagem” entre os fatos. Então é justamente por isso que eu me sinto mais bem cuidada. (Cassiana 23, 24 anos)

Esse acompanhamento eu acho que é fundamental. Não fica só na primeira consulta. Se não seria como qualquer prestador de serviços, toma aqui a receita e tchau. A CliniCASSI não tem esse comportamento. (Cassiana 27, 53 anos)

(...). Às vezes coisas que nem a gente lembra, aí na consulta o médico vira e fala: “Ah... você está assim ainda? Você fez tal exame que você disse que ia fazer?”. Esse acompanhamento eu acho que acaba criando um vínculo. (Cassiana 28, 32 anos)

O ACOMPANHAMENTO DO CUIDADO, por meio de diferentes estratégias, favorece o estabelecimento de referência diante de problemas de saúde. O profissional, à medida que acompanha os desdobramentos do cuidado, realiza “*links*” que ampliam a satisfação, potencializam a segurança e favorecem o estabelecimento do vínculo.

À medida que conhecem, cada vez mais, os problemas dos participantes, os profissionais tornam-se apoio e orientam diante das diferentes necessidades. O acompanhamento é identificado como comportamento dos profissionais que favorece a adoção da regularidade, da continuidade, da programação e da sistematização da assistência.

Para a abordagem dos diferentes problemas de saúde que se apresentam no cotidiano do cuidado, os participantes, conforme evidenciam os códigos, reconhecem o TRABALHO DA EQUIPE de profissionais.

Destaca-se, de imediato, a utilização da preposição “da” no lugar de “em”, para caracterizar a forma de trabalho dos profissionais. Os participantes percebem que vários profissionais participam e contribuem para o cuidado de saúde, na medida dos saberes específicos, mas não identificam a existência de trabalho realizado de forma conjunta, fundamentado em um ponto comum, que une os profissionais.

E aquelas... as enfermeiras que tem lá. Inclusive uma que eu gosto dela de forma especial. O nome eu esqueço, mas a sala dela era a primeira à esquerda. Já me ajudou (...). E naquela época que eu frequentei mais a nutricionista. Muito boa. Gosto muito dela. (Cassiano 1, 85 anos)

A nutricionista. Uma pessoa espetacular. Ela me chamou a atenção, falou que eu tenho que emagrecer. Fiz um acompanhamento com ela, um espetáculo. Os outros também, que depois eu precisei porque eu tive outros problemas. (Cassiana 3, 70 anos)

(...). Fiquei um ano de licença, aí eu tive que procurar a CliniCASSI, a... Esqueci o nome dela, da área de psicologia. Me deu uma força, me ajudou a chamar para a vida e tal. (Cassiano 4, 54 anos)

Então... Foi a C., a psicóloga. Me atendeu bem, voltei pra terapia. Voltei pra terapia e estou fazendo. (Cassiana 5, 56 anos)

Eu tive contato com o pessoal da enfermagem lá também. Eu tomava uma injeção por semana, daquela vermelhinha. Aí eu conheci as enfermeiras lá. Contribuíram para o meu atendimento... igual o R. e as outras enfermeiras, já até sabia o jeito de tomar a injeção (risos). (Cassiano 8, 40 anos)

É melhor neste sentido... os médicos já me conhecerem, já saber que eu sou do Banco, a enfermeira me conhecer, já ter participado lá na minha agência. Eu considero a CliniCASSI nesse sentido. (Cassiano 9, 28 anos)

Por exemplo, eu tenho que tomar injeção a cada três meses. Eu venho aqui, não é o Dr. A. que me aplica. Mas eu venho aqui. Eu tenho a relação com as outras funcionárias também. (Cassiana 11, 26 anos)

Eu já tive outras pessoas lá. Nossa, tenho lembranças espetaculares da nutricionista. (Cassiana 13, 49 anos)

Significa preocupação com a gente, significa que existe uma equipe que está em constante preocupação com a saúde do associado e, conseqüentemente, com a saúde da CASSI.... (Cassiano 15, 64 anos)

Já conheço todo mundo lá. Já abusei dos cuidados (risos). O Dr. A. é uma “dama”, a F. Também conheci, já faz muito tempo... A R. sempre que eu preciso eu vou lá ter com ela. (Cassiano 16, 84 anos)

A R. veio aqui pra fazer o exame. Essa coisa toda... Falou: “Olha... trezentos e tantos.”. Nem era o caso de ser nutricionista, porque ela é enfermeira. Aí eu fiz a glicose depois e... foi a 135. (Cassiana 17, 81 anos)

A enfermeira, ela veio aqui. Eu até deitei aqui e tudo. C., gostei muito dela. Boazinha, mas não tinha nada grave no momento assim, sabe? (Cassiana 18, 74 anos)

Aqui em “X” eu já passei... com a nutricionista e com a médica de família. Eu já conheci os outros, mas ainda não fui atendida.... (Cassiana 28, 32 anos)

(...) Porque você tem à mão outros profissionais, que podem ajudar naquela doença. (Cassiana 30, 48 anos)

Sim, sim... Psicóloga, psiquiatra, nutricionista, enfermeira. Bastante contato. Fundamental porque resolveu pra mim aqui mesmo. Quanto mais o serviço resolve, melhor pra gente... Assistente social... L., conheço, mas não precisei. Mas você sabe que tem. A gente sabe né? (Cassiano 32, 43 anos)

Diferentes membros da equipe participam do cuidado de saúde, sendo “acionados”, de acordo com a especificidade do problema, à medida que se apresentam.

Percebe-se que o TRABALHO DA EQUIPE decorre das condições de saúde dos participantes e do reconhecimento dos problemas.

Os diferentes profissionais convivem com os participantes, estando disponíveis, em caso de necessidades e na realização do acompanhamento da condição de saúde.

Alguns membros da equipe, mesmo que não tenham participado diretamente do cuidado, são conhecidos pelos participantes. Isso faz com que a equipe seja reconhecida como recurso que está disponível em caso de necessidade.

Percebe-se o perfil colaborativo e homogêneo da equipe no que diz respeito à forma de agir. Os profissionais estão disponíveis e acolhem os participantes. Todos são valorizados em sua postura zelosa em relação aos participantes.

Os códigos que seguem referem-se à participação dos técnicos de enfermagem no cuidado. Eles estão destacados porque os participantes percebem a relação existente entre aqueles e os médicos de família, o que decorre da forma de organização do processo de trabalho. Cada médico de família tem um técnico de referência que contribui na gestão populacional e na interface com o participante, cotidianamente, constituindo-se como elo entre o participante e o médico de família.

E além da minha médica, tem também a C., a técnica. Não sei se ela tem uma ligação coma Dra. T, se ela é mais ligada a ela. (Cassiano 4, 54 anos)

Ela de vez em quando liga, pra ver como a saúde da gente tá. Faz uma pesquisa. É... J., técnica, que liga pra mim como que tá. Sempre foi bom isso. Ela passa os dados para a Dra. T e se precisar ela me chama. (Cassiano 7, 77 anos)

Eu ainda não vi ninguém que que não gostasse também do técnico de enfermagem. Ele tem um papel... Porque ele é que liga pra te perguntar, ele é que te dá retorno, ele que conversa com a médica dos contatos. Então você vê naquela figura alguém que faz parte. (Cassiana 30, 48 anos)

Fica clara a percepção dos participantes acerca da ligação do técnico de enfermagem com o médico de família.

Nota-se o reconhecimento de que o profissional é parte da equipe e realiza, de forma diferenciada, a interlocução com o médico de referência de cada participante.

Retoma-se o registrado, inicialmente, acerca da **ORIENTAÇÃO DO CUIDADO**, reforçando a compreensão acerca da existência de atributos do modelo e da estratégia assistenciais que orientam o cuidado de saúde nos serviços próprios, potencializando a confiança no cuidado. A **ORIENTAÇÃO DO CUIDADO**, juntamente com aqueles aspectos que estruturam o processo de trabalho, conforme apresentado a seguir, contribuem para o estabelecimento do vínculo.

A organização do funcionamento dos serviços próprios adota estratégias definidas para que contribuam para o alcance dos diferentes atributos e funções da APS e da ESF. Trata-se do direcionamento do fazer dos profissionais, através da **ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**, de forma que contribua para a mudança de paradigma do atendimento em saúde e para o desenvolvimento do trabalho alinhado ao formato pretendido.

Serão abordados, sequencialmente, os aspectos que decorrem da organização do trabalho, percebidos pelos participantes no cotidiano do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da confiança no cuidado.

O delineamento, pela instituição, de determinado perfil para os profissionais de saúde, referência para a **SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS**, somado aos esforços programados e cotidianos de formação, são identificados pelos participantes quando reconhecem a competência dos profissionais e demonstram que a existência de tal perfil minimiza o impacto quando da troca de profissionais.

M., que eu acho muito inteligente, parece que entende bem do assunto chamado diagnóstico, fazer diagnóstico. Os outros que a CASSI selecionou também. (Cassiano 1, 85 anos)

Eu quero que ela... que sua estrutura aumente cada vez mais, equipe de médicos, bem selecionados. (...). Acredito que a CASSI também seleciona, deve ter um zelo nos seus processos, nos treinamentos. (...). A tendência seria bons profissionais, questão de ser bem selecionados. (Cassiano 4, 54 anos)

Na verdade é uma bobagem. A CASSI seleciona... É uma bobagem, que a gente tem medo de mudança. Tanto é que eu te falei do L., te falei do D., o meu receio passou. Eu achei que ia pesar, mas eu tô gostando também do D. (Cassiana 5, 56 anos)

Eu acredito na CASSI, dou crédito à CliniCASSI. Acredito nela. (...). Tudo que a CASSI faz é para nós. A troca de profissional não mudaria em nada (...). (Cassiano 15, 64 anos)

Pra mim, agora, não representa nada. Eu aceitaria outro, sabe? Perfeitamente. E, quanto à pessoa, eu não ligo para isso não. (...). Porque eu confio na CliniCASSI. (Cassiana 18, 74 anos)

Os participantes reconhecem a maneira estruturada de selecionar os profissionais para atuarem nos serviços próprios. Trata-se do reconhecimento de que a instituição define pela atuação, em seus serviços, de profissionais de saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes específicas.

Há uma percepção e valorização desse perfil de profissionais, o que torna importante reforçar o registrado nas subcategorias Ser e Saber, anteriormente apresentadas, na quais foram abordados os atributos pessoais e técnicos que dizem respeito ao perfil de profissionais que atuam nos serviços próprios.

Na subcategoria Fazer, descrita nesta seção, relativa aos aspectos organizacionais identificados pelos participantes, ressalta-se a percepção da responsabilidade organizacional na seleção dos profissionais.

Ocorre a identificação da responsabilidade da instituição pela seleção dos profissionais e, mais que isso, de um perfil ligado diretamente à premissa de que o profissional de saúde deve ser clinicamente hábil.

O perfil buscado e desenvolvido pela gestão para os profissionais, evidenciado pela competência técnica, favorece a confiança no cuidado e o estabelecimento do vínculo, ainda que, conforme os códigos que seguem, existam riscos quando existe a troca de profissionais.

(...) A R. saiu e não tem outra que trate de pulmão comigo (...). Porque ela deixou a R. sair e nunca me preveniu, né? Eu não tinha mais o médico, eu acho que desse jeito ela estaria agindo melhor. (Cassiana 2, 95 anos)

Ah... Posteriormente a saída dela entrou o F., e durante um tempo a gente ficou sem saber que atenderia a gente, parece que rompeu. Hoje eu gosto muito da M2., mas entre a M1. e a M2. ficou uma brecha. (Cassiano 8, 40 anos)

Apesar da confiança expressada pelos participantes no processo de SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS, foram salientados impactos decorrentes da ausência de comunicação quando da troca do profissional.

A comunicação acerca de eventual substituição permite a preparação do participante para o contato com um novo profissional. Por sua vez, a seleção pautada em perfil adequado pode corresponder à expectativa de que o processo de cuidado seja retomado no padrão de empatia e assertividade esperados.

A PRÉ-CONSULTA, estratégia utilizada na ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO permite, conforme se identifica nos códigos que seguem, que os participantes sejam acolhidos, com mais brevidade, quando se apresentam para o atendimento.

(...) Você vai fazer uma consulta, não demora ser chamado, tem aquele negócio antes... de tomar a pressão, pesar... Adianta pro médico. (Cassiano 4, 54 anos)

Eu acho muito organizado. Porque agora mudou... Faz um pré-exame antes e tal. Eu nunca fiquei esperando, adianta, já começam a fazer esse exame e depois já sou chamada... (Cassiana 6, 22 anos)

Mediu pressão, pesou, mediu altura. Perguntou, fez aquele questionário. A gente já entra pro atendimento com o médico com alguns dados que são

importantes. Ele consulta aquele papelzinho e já começa dali. (Cassiano 29, 38 anos)

É impressionante a pré-consulta..., o técnico de enfermagem. Como é que ele conversa, já deixa a gente mais tranquila ali... Parece que a consulta começou ali. (Cassiana 30, 48 anos)

O momento da PRÉ-CONSULTA, realizado nos serviços próprios pelo técnico de enfermagem, é percebido, também, como facilitador do atendimento, uma vez que adianta o levantamento de informações básicas como peso, altura e pressão arterial, importantes para a consulta.

A PRÉ-CONSULTA configura-se, na visão dos participantes, como momento inicial do cuidado, existindo função cuidadora no diálogo que se inicia.

Na ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO, para garantia da acessibilidade, a organização da agenda para a DEMANDA ESPONTÂNEA torna-se estratégia fundamental.

Trata-se da possibilidade, diante de ocorrências agudas, de acolhida dos participantes, mesmo que por outro médico que não o médico de família.

Os códigos que seguem, contribuem para a percepção do participante sobre o atendimento em situação de DEMANDA ESPONTÂNEA.

Teve uma vez que ela precisou e não tinha hora. Nossa... deu uma tranquilidade para minha filha, com medicamento e tudo. Teve uma outra médica que atendeu, ficou muito satisfeita. (Cassiano 7, 77 anos)

Eles conseguiram fazer uma divisão, quem atende na parte da manhã, o outro a tarde, né? Do jeito que está pra mim tá bom. Qualquer hora tem... (Cassiano 19, 65 anos)

Tem sido mais a M. Ela ou mesmo a B. Depende do horário e da agenda. (Cassiana 27, 53 anos)

A organização da agenda para o atendimento em situações nas quais não é possível o agendamento prévio garante o acesso dos participantes aos serviços próprios.

A disponibilidade para o atendimento e a organização do acesso em diferentes horários, ao longo do dia, foram observados pelos participantes.

O fato de o profissional que realiza o atendimento em uma situação não agendada, previamente, ser, por vezes, outro profissional médico, não interfere na visão de resolutividade.

A organização da agenda para garantir a acolhida da DEMANDA ESPONTÂNEA, constitui-se como importante estratégia para a garantia do acesso dos participantes aos serviços próprios, o que amplia a segurança em relação aos serviços e em relação ao cuidado.

Quando se considera que o foco da abordagem não é a doença, é importante desenvolver estratégias que favoreçam o cuidado, mesmo quando o participante não está presente nos serviços.

A realização da BUSCA ATIVA constitui, neste sentido, estratégia reconhecida pelos participantes, conforme identifica-se nos dados, com grande potencial cuidador.

(...) e eles me chamavam quando havia qualquer evento lá e tudo. Eles me chamavam e eu ia lá por causa do acompanhamento. (Cassiana 2, 95 anos)

Eles ficam até muito preocupados, a gente fala é por isso. O que me encanta é a preocupação, liga, como é que eu estou, como é que ele está. A CASSI tem muito disso, de cobrar. Então pra mim isso é um beliscão, é um acorda G., tá na hora! (Cassiana 3, 70 anos)

Quando eu marquei a última consulta com a Dra. T, por exemplo, eles me mandaram um e-mail no dia anterior. A sua consulta, se você não for, desmarcar. Legal, né? (Cassiano 4, 54 anos)

(...) Já ligou para convidar para alguns eventos, tipo o que, oficinas, essas coisas desse tipo (...). Liga pra lembrar que eu não levei o exame de pesquisa de fezes, sangue oculto nas fezes (...). (Cassiana 5, 56 anos)

Quando a gente fica um longo período..., eu acho que deve ter alguma forma no sistema. Eles veem há quanto tempo a pessoa não vai e aí a própria secretária liga e fala: "você não quer marcar a consulta"? (Cassiana 6, 22 anos)

Procura, de vez em quando liga, faz a... pra ver a saúde da gente como tá, faz uma pesquisa (...). Então é sempre bom isso né. (Cassiano 7, 77 anos)

Ela é muito atuante. Liga, cobra da gente, os exames... Eu recebo e-mails... informativos. De um tempo pra cá eu tô recebendo, antes não tinha. É bom.... (Cassiano 8, 40 anos)

É quase assim, quando eu tenho que fazer exames, eles me ligam: “Oh, tá na época de fazer exame, vem aqui.” Então eu venho. (Cassiana 11, 26 anos)

Procura, liga sempre. Marca uma consulta, vem cá. Eles estão sempre cobrando. Pede sua esposa pra ligar, pra marcar. (Cassiano 12, 51 anos)

(...) e avisa... tá na hora de voltar. Já nem anoto mais. Lá eu não preciso porque eles já me lembram. (Cassiana 13, 49 anos)

... Então eles preocupam em ligar pra gente estar sempre indo. Mensagens quando tem alguma coisa focada, por exemplo, Outubro Rosa. Então a gente recebe mensagem pedindo pra procurar... Eu acho isso válido, a preocupação do pessoal daqui. (Cassiana 14, 62 anos)

Cada um vive no seu cantinho, cada um é muito individualista, apesar dos convites acontecerem. Os diversos meios né, tem e-mail, tem celular... (Cassiano 15, 64 anos)

Eu acho até que eles insistem comigo, coitados. Ainda mais idoso, né? O idoso às vezes fica mais acomodado, é mais difícil estar saindo. Então se a CASSI não... não fizesse esse contato, às vezes acaba que só vem na hora que não tiver jeito, né? (Cassiano 19, 65 anos)

(...) eu acho legal, que eu sou super desligada em relação saúde, doença... Não tem isso no meu dia a dia. Então eu passei a cuidar melhor depois das cobranças da CASSI. (Cassiana 22, 65 anos)

Eu tive um contato por telefone ... tinha muito tempo que eu não estava vindo. Como é que fala... me deram esse lembrete. Eu achei interessante... porque as vezes a gente acha que tá bem... “nossa é mesmo, é bom eu ir”. (Cassiana 23, 24 anos)

Os meninos aqui sempre ligam por causa do remédio. Ligam... Ó, tá acabando o seu remédio. O Sr. tem que vir aqui pra Dra. revalidar. Eles são prestativos. (Cassiano 24, 66 anos)

A responsabilização implícita na ação de realizar a BUSCA ATIVA refere-se ao compromisso que as equipes têm com cada participante e famílias e aos problemas que estes apresentam.

A postura de convidar para atividades, monitorar e reforçar condutas e lembrar compromissos relativos ao cuidado, mesmo quando o participante não está presencialmente nos serviços, é percebida, estimula o cuidado e potencializa o vínculo.

A preocupação com o cuidado de saúde dos participantes, quando ocorrem os chamados, os lembretes e as cobranças relacionadas ao acompanhamento da condição de saúde, por diversos meios, foram valorizados pelos participantes.

A realização da BUSCA ATIVA telefônica, que ocorre, principalmente, na oportunidade do telemonitoramento, é salientada. Trata-se de um dos recursos para realização do cuidado de saúde (que associa tecnologia leve – relações e tecnologia leve-dura – saber estruturado), em que o profissional realiza contato estruturado, focado na mudança de comportamentos, considerando condições crônicas específicas de saúde, com frequência determinada por protocolos de cuidado.

O telemonitoramento configura-se como oportunidade de “pesquisa” acerca das questões que estão em foco em determinado momento do cuidado, além de ser oportunidade para o reforço de hábitos saudáveis.

Assim, o vínculo é fortalecido, no cotidiano, a partir da utilização de diferentes tecnologias para realização de buscas ativas, em ocasiões propícias para agir em prol da saúde dos participantes.

Os componentes organizacionais apresentados na subcategoria Fazer, relacionados à ORIENTAÇÃO PARA O CUIDADO (modelo e estratégia assistenciais) e à ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO possibilitam verificar que existe a percepção e a valorização de fatores relacionados ao Fazer estruturado e organizado.

Ser, Saber e Fazer, que compõem a categoria Cuidado em Ato, levam, de forma processual, à confiança no cuidado, contribuindo, assim, para o estabelecimento do vínculo.

3.4 Teoria da construção do vínculo em saúde

Os dados obtidos nas entrevistas realizadas em 2015 e 2016 e nos memorandos e diagramas construídos de acordo com o método previsto na TFD fundamentaram a **Teoria da construção do vínculo em saúde**, descrita nesta seção.

Partiu-se do pressuposto de que o vínculo é construído em um processo relacional, o que se configurou como verdade no contexto e cenários estudados. Além disso, foi evidenciado pelos dados que a construção do vínculo decorre da longitudinalidade dos contatos e da combinação de diferentes fatores.

As categorias e subcategorias descritas confirmam a tese defendida e decorrem da expressão, nas relações estabelecidas ao longo do tempo, de fatores sociais, biológicos, subjetivos, técnicos e organizacionais, apresentando singularidades pertinentes ao Sistema de Saúde Suplementar.

Os fatores sociais, biológicos, subjetivos e técnicos, da forma como o processo se estabelece, resultam em relações que levam à confiança em determinada proposta assistencial e, por conseguinte, ao vínculo. Confiança e vínculo mantêm estreita relação.

O vínculo decorre da confiança na proposta assistencial, que resulta da confiança na instituição cuidadora, nos serviços próprios e no cuidado e potencializa tal confiança, num processo que se retroalimenta, a cada oportunidade de cuidado, conforme apresentado na Figura 10.

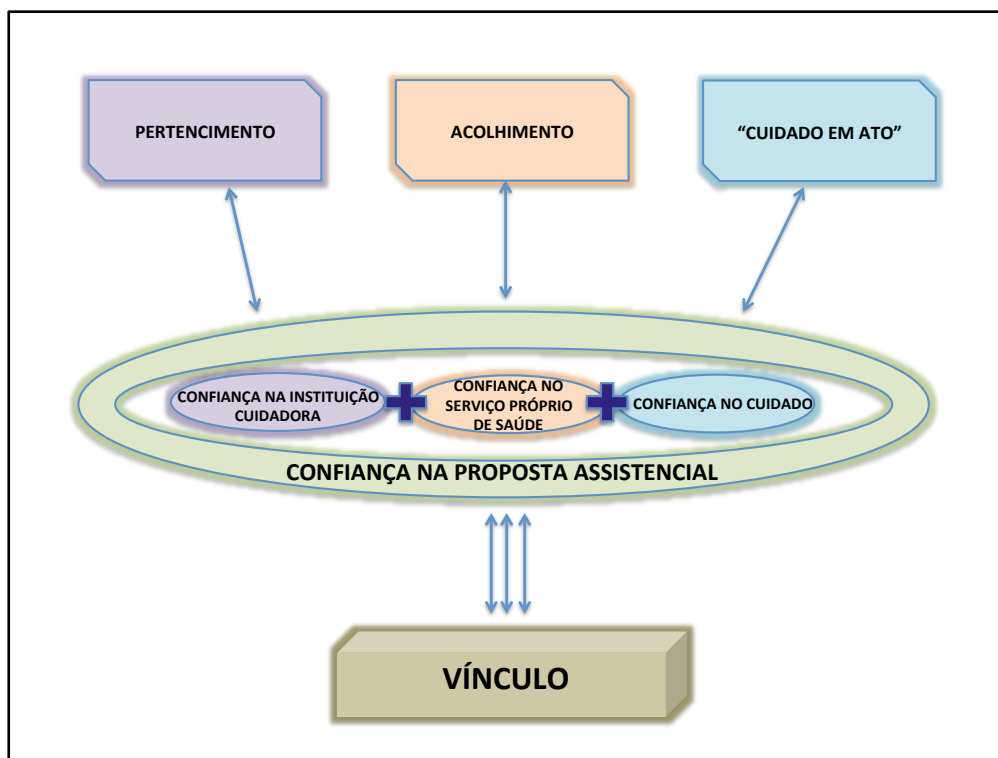


Figura 10: Vínculo e confiança

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A recorrência de contatos para o cuidado, que evidencia e, concomitantemente, potencializa o vínculo, decorre das **RELAÇÕES DE CONFIANÇA** estabelecidas, a partir do sentimento de **PERTENCIMENTO**, do **ACOLHIMENTO** nos serviços próprios e do **CUIDADO EM ATO**.

Trata-se da compreensão de que o vínculo, em sua maior potencialidade, acontece mediante credibilidade que resulta em **CONFIANÇA NA PROPOSTA ASSISTENCIAL**, que é concebida e percebida por valores relacionados à instituição cuidadora e posta em prática nas relações de cuidado, mediante determinada forma de organização dos serviços próprios e de realização do cuidado.

O conjunto de valores da instituição cuidadora, concretizados na forma de organizar os serviços e realizar o cuidado, vivenciados nas relações estabelecidas entre os participantes e os profissionais, evidencia a **CONFIANÇA NA PROPOSTA ASSISTENCIAL** e leva ao **VÍNCULO**.

Se o vínculo se alicerça, por exemplo, em apenas uma das dimensões de confiança, torna-se frágil. Ao contrário, se existe a confiança na proposta assistencial, que representa o conjunto de “confianças”, torna-se mais sólido.

Quanto mais a proposta assistencial é compreendida e valorizada pelo participante, mais o vínculo se fortalece.

A capacidade de dar visibilidade e concretude à proposta assistencial passa pela instituição cuidadora, pela gestão dos serviços e pelos profissionais. O tempo de relacionamento amplia a confiança, como consequência do estreitamento dos laços e da vivência de histórias exitosas, realizadas nas sucessivas oportunidades de contato, relacionados à instituição cuidadora, aos serviços próprios e ao cuidado.

Transformada, ao longo do tempo, na perspectiva estabelecida pelo Interacionismo Simbólico, a relação de confiança leva ao vínculo e, ao mesmo tempo, caracteriza-o, tornando-o mais ou menos sólido. Os participantes relacionam-se em um determinado contexto, com um conjunto de crenças, valores e significados que se transformam, constituindo o ambiente simbólico relacionado à CASSI.

Os dados não evidenciaram a existência de categoria descritiva com força maior que outra e demonstraram que a construção do vínculo não assume direcionalidade linear. Cada conceito alimenta e é retroalimentado por outro(s) conceito(s), sem que exista relação de causalidade.

O conjunto de diagramas apresentados ao longo deste estudo, apesar de denotar, de alguma forma, a ideia de causalidade, decorre da necessidade de realizar a representação didática das partes que levam ao todo, para favorecer a compreensão da representação gráfica final da teoria.

O sentimento de **Pertencimento** que os participantes estabelecem com a instituição cuidadora, pelo fato de existirem referências que levam à confiança, influencia, *a priori*, a procura e as interações de cuidado nos serviços próprios.

O **Acolhimento** leva à confiança nos serviços próprios, estabelecida em função da credibilidade que decorre da disponibilidade para o atendimento. As respostas retroalimentam a confiança na instituição cuidadora e potencializam a confiança no cuidado.

O “**Cuidado em Ato**”, resultante da articulação de atributos pessoais e técnicos à forma orientada e estruturada do fazer nos serviços próprios leva à confiança no cuidado, que retroalimenta a confiança nos serviços próprios e na instituição cuidadora.

Os conceitos sintetizados, anteriormente, que tratam das relações que levam ao estabelecimento do vínculo, articulam-se um ao outro, de forma não linear, o que levou à representação gráfica da Teoria na forma de espiral. A não linearidade,

apesar da representação na forma de seta, aplica-se também às relações estabelecidas ao longo do tempo, caracterizado como tempo cíclico, sendo possível o movimento circular, e o retorno a momentos que são reeditados, à cada experiência.

A Figura 11 parte da ideia de que existe a compreensão dos diferentes diagramas apresentados no decorrer desta tese e representa, de forma sintética, a **Teoria da construção do vínculo em saúde**.

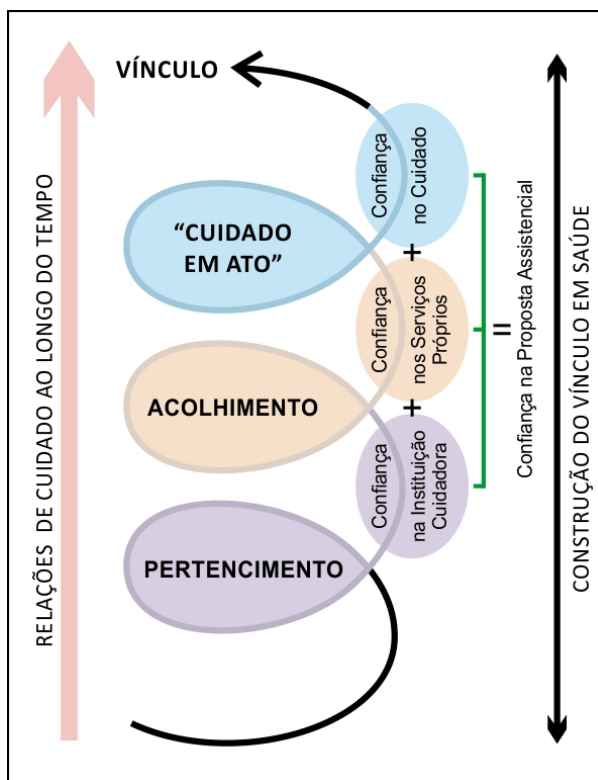


Figura 11: Teoria da construção do vínculo em saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2015 - 2017

A escolha da espiral considerou que:

- o “ponto central” para o início da análise pode ser estabelecido em qualquer parte do sistema de relações;
- as “confianças” estabelecidas podem se dissipar pela espiral, em diferentes sentidos, gerando uma rede de pontos de influência;
- a intensidade empreendida, em um ou outro ponto, pode influenciar a configuração da espiral.

Assim, a representação na forma de espiral permite compreender que:

- a) as distintas “forças” existentes (“confianças”) podem assumir diferentes intensidades;
- b) a intensidade assumida pelas “forças” (“confianças”) existentes leva a distintas expressões de vínculo.

Considerando que o cuidado em saúde acontece pautado em subjetividades, evidencia-se o limite e a complexidade do estabelecimento de uma teoria completa e definitiva, ainda que a **Teoria da construção do vínculo em saúde** se configure como teoria a ser replicada em outros contextos, em especial aqueles relativos à APS, seja na saúde suplementar ou na saúde pública.

No contexto da instituição estudada, o desvelamento dos códigos apresentados em categorias e subcategorias e, ao final, através da teoria, constitui verdade peculiar.

4 DISCUSSÕES E REVISÃO DA LITERATURA

As discussões serão apresentadas associadas à revisão da literatura, considerando as categorias descritas na seção destinada aos resultados, considerando o método proposto pela TFD, no qual a literatura relacionada aos conceitos apresentados é identificada ao final de todo o processo.

A apresentação de forma segmentada e sequencial, categoria a categoria, busca favorecer a apresentação das ideias, sem, contudo, sugerir fragmentação. Reforça-se que a compreensão de que a construção do vínculo em saúde acontece de forma processual e que as categorias se relacionam entre si, sem existir relação de causalidade.

4.1 Sobre a categoria Pertencimento

O sentimento de pertencimento identificado nesta tese é reportado por estudos, baseados no cotidiano, no tempo e no espaço, sobre organização e funcionamento de comunidades. Vaitsman (2000), por exemplo, afirma que as acepções de pertencimento estão relacionadas ao fazer parte, estar inserido, estar incluído, ser membro de, participar. Há interesses, sentimentos, comportamentos e finalidades comuns em virtude do sentimento de pertença, o que foi encontrado no caso dos participantes em relação à CASSI.

A confiança expressada pelos membros do grupo em relação às instituições favorece o sentimento de pertencimento. A confiança favorece a pertença, ao mesmo tempo em que o pertencimento fomenta a confiança, num círculo virtuoso.

O sentido de comunidade e de confiança cria laços de pertencimento e identidade que re-significam espaços e relações que produzem os sentidos na vida cotidiana do cuidado (MENESES *et al.*, 2013). Como a CASSI foi fundada pelos próprios funcionários do Banco, a percepção do “fazer parte de” é ampliada, passando a existir relação de propriedade e responsabilidade com a instituição.

Tanto a CASSI quanto o BB têm uma história de longos anos, o que parece favorecer a percepção de solidez que gera segurança e credibilidade. A confiança decorre de projetos exitosos e do enfrentamento de problemas, ao longo do tempo.

A percepção de que os funcionários aposentados do BB expressam com maior contundência o sentimento de pertencimento parece estar associada ao fato de terem participado do processo histórico de amadurecimento de ambas as instituições com maior intensidade do que aqueles que entraram no BB e, por conseguinte, na CASSI, mais recentemente.

Pode haver dois grupos de participantes: aqueles que confiam na CASSI pelo fato de terem vivenciado de forma mais próxima a história da instituição e aqueles que possuem uma relação mais recente, possivelmente os mais jovens, que atribuem sentidos diferentes ao cuidado, o que pode não ter sido evidenciado pelos dados, uma vez que o estudo considerou os participantes vinculados aos serviços. Para o segundo grupo, o cuidado poderia assumir, inclusive, o sentido de direito, em uma perspectiva mercadológica de consumo, ao contrário dos participantes aposentados, que buscam no cuidado realizado pela CASSI a acolhida e o espaço para a interação, entre outros.

Compreender com mais profundidade as subjetividades que levam ao pertencimento poderia favorecer, na perspectiva organizacional, o estabelecimento de estratégias de comunicação específicas para a sensibilização dos participantes, independentemente do tempo de relação com as instituições e da amplitude do sentimento de pertencimento por eles identificada.

O diverso e o plural das experiências vividas são a razão da identidade construída histórica e culturalmente e derivada da relação com os espaços organizacionais. Na perspectiva do vínculo em saúde, há o reconhecimento de que o

pertencimento parte de uma esfera subjetiva que se traduz e se reconstitui, cotidianamente, nas vivências do cuidado (POZZA *et al.*, 2016).

Destaca-se a dimensão simbólica identificada, uma vez que se partiu das considerações dos participantes, a partir da vivência destes, com e nas instituições, e sobre o efeito das representações no estabelecimento do vínculo em saúde e no compartilhamento de significados que criam uma identidade, também compartilhada.

A configuração das instituições resulta em padrões de interação entre os seus membros, o que lhes confere identidade coletiva, mediante significados compartilhados. A partir do processo relacional, os significados se reconstroem e se fortalecem (ENNES, 2016).

Por existirem diferenças relativas à forma de participação no processo de constituição do sistema e, ainda, em função do menor tempo desde o surgimento do SUS, parece existir noção de direito, sem, entretanto existir percepção de responsabilidade pela sustentabilidade e perenidade (BURITY, 2001; GOTTENS, PIRES, 2009; MEDEIROS, COSTA, 2005).

Como espaços de convivência dos participantes, as atividades coletivas configuram-se como local de compartilhamento de histórias exitosas de cuidado. Essas histórias criam o desejo de utilizar o serviço e fortalecem o sentimento de pertencimento e, conseqüentemente, o vínculo com o serviço de saúde. A “propaganda” dos serviços feita pelo “boca a boca” é uma forma de atestar a qualidade da assistência, motivo pelo qual as atividades coletivas devem ser potencializadas. Além disso, como será abordado na seção destinada às discussões acerca da categoria Cuidado em Ato, as atividades coletivas são espaços valorizados pela abordagem da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (RABELO, 1999).

Os fenômenos vivenciados no interior de uma organização podem ser analisados na perspectiva de distintos campos do conhecimento e domínios teóricos, o que suscita a necessidade de análises mais complexas, fundamentada na articulação de conceitos de diferentes áreas (RABELO, 1999).

Uma vez que existe campo fértil para a ampliação do sentimento de pertencimento e que existe a possibilidade de associá-lo à solidariedade experimentada na forma de organização do benefício assistencial, torna-se oportuno fomentar os espaços de participação organizada e fortalecer o princípio organizativo

da participação comunitária, com inserção dos participantes na formulação de políticas e propostas assistenciais, em defesa da saúde.

4.2 Sobre a categoria Acolhimento

Na ocorrência de problemas de saúde relacionados à APS, os participantes da CASSI encontraram condições que favoreceram a acessibilidade e a resolutividade do cuidado. O acolhimento, no que se refere à apresentação de problemas para os quais são obtidas respostas, foi importante para o estabelecimento do vínculo.

A vivência positiva em relação ao acolhimento nos serviços, garante o sentimento de segurança em relação ao serviço. Sentir-se seguro em relação ao próprio atendimento ou ao de seus familiares produz na pessoa a propensão de confiar e experimentar o serviço, novamente.

A postura acolhedora dos profissionais, identificada nesta tese como fator que contribui para o estabelecimento do vínculo, relaciona-se ao conceito de acolhimento que integra a Política Nacional de Humanização (PNH), uma vez que considera as singularidades e possui como finalidade a construção de relações de confiança.

A prática do acolhimento é bastante relacionada ao estabelecimento de relações, ainda que estudos nacionais apresentem o acolhimento sob diversos olhares (MITRE, 2012).

Estudo realizado por Montenegro, Penna e Brito (2010), por exemplo, aborda o acolhimento, também, na perspectiva do processo de trabalho, registrando que as práticas profissionais e a própria organização do trabalho deveriam ser problematizadas em relação à sua capacidade de dar acolhimento às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas.

Tomando como referência o que foi encontrado nesta tese, o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional que compreende os sujeitos como agentes das ações cuidadoras e articula diferentes atividades, num espaço de conversação, que identifica as respostas para os problemas, levando à resolutividade dos serviços, potencializando o processo terapêutico e fortalecendo afetos. É ponto de partida para a construção da confiança (GARUZI *et al.*, 2004).

Para Nery (2009), o acolhimento pressupõe encontro marcado pela disponibilidade em receber, escutar e tratar. Estabelece que o relacionamento

envolve interesse, confiança e apoio a partir do qual se constituem vínculos e compromissos que norteiam as intervenções.

No campo da saúde, a humanização diz respeito às práticas de atenção e à atitude comprometida e responsável de trabalhadores, que acarreta um processo sensível de produção de saúde e subjetividades. O acolhimento e o vínculo são processos que se retroalimentam nas práticas de atenção à saúde, fomentando o cuidado humanizado (ARRUDA e SILVA, 2012).

Os resultados de estudos em diferentes sistemas de saúde, como o realizado por Ferrer e Grisi (2016), chamam a atenção para os impactos decorrentes de barreiras de acesso. Foi identificado pelos autores, no município de São Paulo a associação entre as dificuldades de acesso aos cuidados primários de saúde e a alta prevalência da demanda por serviços de urgência e hospitalização por condições evitáveis. Ainda que possam existir barreiras de acesso em outros pontos do Sistema de Serviços de Saúde da CASSI, tal dificuldade não foi experimentada pelos participantes nos serviços próprios.

Estudo realizado na cidade de Belo Horizonte mostrou um pior desempenho da atenção primária, no que diz respeito ao acesso, entre outros atributos da APS, quando foram comparados indicadores relativos às pessoas que utilizavam, exclusivamente, a saúde pública aos que possuíam algum plano privado. Estudos anteriores, realizados em outras duas cidades brasileiras, mostraram que o acesso à consulta médica é um dos atributos com pior desempenho no sistema público de saúde (SILVA e ALVES, 2008).

Estudo realizado em um município de Minas Gerais por Penna, Faria e Rezende (2014), apresenta o acolhimento como uma das estratégias para o acesso, uma vez que possibilita o direcionamento do fazer dos profissionais e a organização do processo de cuidado. Na mesma linha, estudo conduzido por Barbosa, Celino e Costa (2015) ressaltam a importância da organização dos serviços e estabelecimento de fluxos e rotinas para a melhoria do acesso.

A garantia do acesso e a ampliação da resolutividade são desafios de saúde pública, também, em outros países. No Canadá, apesar da forte orientação do sistema pela APS, estudos mostraram que existem dificuldades de acesso aos medicamentos que se relacionam aos piores resultados de saúde e ao maior uso e custo de outros serviços de saúde (LEE e MORGAN, 2017).

Na China, avaliou-se o desempenho de serviços de cuidados primários, considerando a percepção da qualidade do atendimento a partir da acessibilidade ao primeiro contato e da disponibilidade dos serviços, entre outros, demonstrando-se a importância de melhorias na organização dos serviços de saúde públicos (XIAOLIN WEI *et al.*, 2016).

Em países africanos, há limitações de acesso relacionadas a variáveis pessoais, comunitárias e culturais e ao próprio sistema, o que leva as pessoas a experimentarem sentimentos de impotência e desamparo no que diz respeito à saúde, havendo recomendação para a ampliação e a revitalização da APS (MJI *et al.*, 2017). Em Gana, onde a APS foi estabelecida e o acesso aos cuidados de saúde foi ampliado, foram observados resultados significativos no que diz respeito à melhoria da condição de saúde da população (LAWSON e ESSUMAN, 2016).

A recomendação do estudo africano corrobora o entendimento de que o momento de fragilidade dos participantes, decorrente de uma necessidade de cuidado, precisa ser entendido pelos profissionais como oportunidade para que a relação de confiança seja fortalecida, buscando-se a interação e a atuação que levará à resolução do problema e favorecerá o estabelecimento do vínculo.

A agilidade na resolução das demandas foi valorizada pelos participantes no estabelecimento da confiança nos serviços próprios. Por isso, deve-se evitar tudo aquilo que possa comprometer a atenção à saúde no tempo certo e fortalecer os processos administrativos relacionados à viabilização do cuidado, uma vez que a burocratização desses processos pode resultar em atrasos que fragilizam a confiança e, portanto, o vínculo.

Estudo desenvolvido na Carolina do Norte por Samuel *et al* (2016) chamou a atenção para a importância da acessibilidade na continuidade do cuidado, atribuindo destaque à gestão da agenda para o acesso às consultas, aspecto evidenciado pelos dados também nesta tese.

Apesar das limitações do estudo para abordar a acessibilidade relacionada às questões de gênero, não foram identificadas, nos dados, nuances que pudessem divergir do encontrado em alguns estudos sobre acessibilidade e gênero, como o realizado por Oliveira *et al.* (2015), que salienta a importância de estratégias específicas que promovam o acesso dos homens aos serviços de APS.

Apesar de não ter sido aspecto fundamentado pelos dados, a acessibilidade na perspectiva dos meios que permitem o contato à distância precisa ser

considerada. Dificuldades de acesso telefônico podem comprometer o contato dos participantes e impactar a confiança nos serviços. Nesse sentido, a comunicação por meios alternativos e informatizados também pode ser adotada.

Os resultados encontrados, no que diz respeito ao acesso quando este se refere aos espaços físicos dos serviços próprios, confirmam consensos sobre a relevância da temática “ambiência” como espaço de relações interpessoais (GARCIA *et al.*, 2015).

Assim como no estudo de Garcia *et al.* (2015), o espaço físico, nesta tese, refere-se ao conceito de ambiência encontrado na PNH, considerada como fator estruturante para a promoção de conforto e bem-estar.

Ainda que o espaço físico dos serviços próprios não tenha sido classificado como limitador no processo de vinculação, deve-se estruturá-los como primeira opção de contato dos participantes. Portanto, para que não fiquem distantes da realidade do mercado, cabe pensar na sua modernização.

Nas perspectivas da acessibilidade e da resolutividade e no contexto do Sistema de Serviços de Saúde da CASSI, considerando os princípios da justiça e da equidade, mostrou-se necessária ampliação do número de serviços e equipes de APS, de forma a alcançar ganhos em escala decorrentes das estratégias assistenciais que colocam o sujeito no centro do cuidado.

Diante de limites e desafios da ampliação da escala, relacionados à distribuição territorial da população e ao custo/efetividade, urge definir e pôr em prática estratégias distintas, talvez até mesmo híbridas, que possam ser aplicáveis em diferentes contextos regionais de atuação da CASSI e de outros sistemas de saúde.

4.3 Sobre a categoria Cuidado em Ato

O termo escolhido para nomear esta categoria decorre da consonância entre os dados que a compõem e a teorização sobre o “cuidado em ato”, que resulta na prática do cuidar, abordada por alguns autores como Pinheiro e Mattos (2005) e apresentada por Merhy e Franco (2003). O cuidado consiste, de forma sintética, em um modo de agir e fazer que se reveste de novos sentidos, sendo caracterizado pela atenção na vida cotidiana, em lugares e tempos distintos.

A forma de agir dos profissionais, reportada pelos participantes nesta tese, decorre da associação entre a subjetividade (Ser) e a objetividade tecnocientífica da clínica (Saber). As características pessoais dos profissionais se refletem na abordagem e tornam a relação mais afetiva. Por sua vez, o conhecimento técnico confere segurança, num equilíbrio entre “competência” e “afeto”. Daí a importância das relações pessoais, em especial na APS, na melhoria dos resultados de saúde, o que é registrado por Samuel *et al.* (2016).

A empatia e as respostas emocionais ao sofrimento dos pacientes, mesmo na existência de conflitos vivenciados pelos profissionais na associação entre a competência e outras virtudes, como a compaixão, é abordada em outros estudos (BERGGREN *et al.*, 2016, PHILLIPS e DALGARNO, 2017).

Um estudo australiano aborda o envolvimento do profissional em um complexo interpessoal relacionado aos cuidados dos pacientes, que passa por observações e vivências, em um processo de interações, como sendo capaz de influenciar a construção da identidade profissional e os resultados do cuidado (FOSTER e ROBERTS, 2016).

A forma de ser dos profissionais, percebida pelos participantes por meio das atitudes cotidianas, relaciona-se à produção de relações afetivas que levam ao estabelecimento do vínculo, favorecendo a continuidade do cuidado. Estudo desenvolvido por Mkhathshwa *et al.* (2016) aborda a influência das atitudes no cuidado, em especial quando estão envolvidos aspectos comportamentais no tratamento de pacientes, confirmando a importância de que as atitudes dos profissionais sejam pautadas em formas de ser que favoreçam o estreitamento de laços e as relações de confiança.

Asuero *et al.* (2013) abordam a relação de empatia e o desenvolvimento da autonomia com a melhoria do autocuidado. Garuzy *et al.* (2014) ressaltam que o vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença, a assimilação e o seguimento das orientações terapêuticas.

A assertividade da comunicação estabelecida entre os participantes e os profissionais foi aspecto evidenciado pelos dados, no estabelecimento de relação de confiança. A noção de comunicação evidenciada pode ser associada à proposta da “Clínica do Sujeito”, dirigida a reconhecer, interpretar e atuar sobre as necessidades do sujeito (TEIXEIRA, 2002).

A comunicação pressupõe a integração das práticas e dos saberes que são refletidos e retornam, de modo a promover novas sínteses e modos de atuar, num processo interacionista. As narrativas passam a ser consideradas instrumentos da clínica (FAVORETO, 2008, CASTIEL, 1999).

O processo comunicacional envolve aptidões interpessoais, entre outras, a relação de abertura para o diálogo evidenciada pelos dados e definida por Alves (2011) como importante quando abordou as competências necessárias para a comunicação.

Ainda no que diz respeito à forma de agir dos profissionais, cabe retomar, entre os resultados apresentados nesta tese, aquele que se refere ao impacto da experiência não exitosa com determinado profissional, na medida em que pode fragilizar ou comprometer a relação de confiança. Nesse sentido, quando há a percepção de que o participante não desenvolveu empatia pelo profissional, em especial o médico de família, pelo papel que assume na coordenação de cuidados, um desafio para a gestão é organizar estratégias que restabeleçam a confiança.

Realizar a troca da equipe de referência é uma proposta possível, considerando a flexibilidade adotada na forma de adstrição da população nos serviços próprios, o que seria um limitador no SUS, onde as bases territoriais que orientam a distribuição da população para as equipes da ESF criam amarras mais fortes.

Cabe ressaltar que a confiança na proposta assistencial, compreendida como resultante da confiança na instituição, no serviço e no cuidado, minimiza impactos relativos à troca de profissionais, o que foi evidenciado nesta tese. Sem a confiança em tal proposta, poderia existir interferência no vínculo quando da rotatividade dos profissionais, como é apresentado no estudo realizado por Viegas e Penna (2012), realizado em municípios do Estado de Minas Gerais.

Considerando o apresentado acerca do Fazer, torna-se oportuno refletir sobre a realização do cuidado em APS, onde, além da escolha assertiva dos profissionais, a partir de determinado perfil, é importante considerar a existência de modelo e estratégia assistenciais que sejam, de fato, a referência para a organização dos processos e para a atuação dos profissionais, de forma a oportunizarem o desenvolvimento de relações de confiança.

Estudo conduzido por Samuel *et al.* (2016) aborda, nesse sentido, o desafio de se desenvolverem processos e práticas que estimulem a continuidade do cuidado.

A participação da ANS como indutora de mudanças no setor é ponto de destaque, considerando a alteração do enfoque exclusivamente assistencial das operadoras de planos de saúde para o modelo de atenção que utiliza o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde (VERAS, 2012; BARBOSA 2015; MENESES, 2013).

Além disso, por vezes, foram percebidas atitudes relacionadas a alguns dos atributos da APS, sem que existisse a identificação de que se tratava de determinada ação cuidadora, pautada em premissas que orientam a atuação dos profissionais. Os participantes reconheceram a ação ou a atitude do profissional, mas não necessariamente as relacionaram com uma forma determinada de realizar o cuidado, considerando uma proposta assistencial específica.

As linhas de cuidado que dão seguimento aos atos terapêuticos e que possibilitam múltiplas conexões, conforme abordado por Franco (2006), apesar de operadas por tecnologias relacionais, não foram percebidas como relativas a determinada proposta de cuidado. Tal aspecto pode configurar-se como fragilidade quando se considera a importância da corresponsabilidade do cuidado e do desenvolvimento da autonomia, como consequência do empoderamento.

O foco familiar foi abordado por Silva *et al.* (2016) em estudo que identificou a associação do atributo a um melhor desempenho no manejo dos pacientes com diabetes, no município de Belo Horizonte.

As atividades coletivas foram citadas como espaço de interação, conforme abordado na discussão relativa à categoria Pertencimento, e referidas como estratégias para a abordagem de temas relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças, contribuindo para o estreitamento de relações de cuidado. No fortalecimento do sentimento de pertencimento em relação à comunidade, destaca-se a utilização da atividade coletiva como tecnologia leve de cuidado (tecnologia das relações), potencializando o estabelecimento de relações.

Existem muitos relatos sobre a utilização de abordagens coletivas no enfrentamento de problemas, em especial aqueles que se caracterizam pela cronicidade e envolvem aspectos comportamentais. Há indicativos de que o envolvimento direto dos profissionais nas ações preventivas, no cotidiano, junto aos

pacientes, mostrando como fazer, cause maior impacto no que diz respeito às escolhas de estilo de vida na saúde (VEDEL *et al.*, 2013, KLEIN *et al.*, 2017).

Nesse sentido, cabe chamar a atenção para o risco de rigidez e impessoalidade da relação, abordado por alguns autores como De Assis Simões *et al.* (2007) quando discutem a padronização.

É importante avançar, entretanto, na continuidade da atenção quando existe a necessidade de utilização de serviços secundários ou terciários, pois não foi evidenciada pelos dados a atuação dos profissionais na garantia da continuidade do cuidado quando a demanda extrapola o nível de resolutividade da APS.

Os dados não evidenciaram a preocupação de acompanhar o desenvolvimento de linhas de cuidado e/ou de necessidades pontuais de outras complexidades, quando outros níveis de atenção são acessados.

Cabe ressaltar a possibilidade de ser realizada a abordagem dos participantes em determinadas ocorrências no processo de cuidado como, por exemplo, a alta da internação ou o nascimento de um filho. Apesar de não ter sido aspecto evidenciado pelos dados, a demonstração de preocupação, a realização de orientações e/ou o estabelecimento de proposta terapêutica, no momento seguinte às ocorrências, pode favorecer o estabelecimento do vínculo.

A percepção dos participantes sobre a atuação da equipe de profissionais aponta para possíveis limites dessa atuação e/ou para a existência de dificultadores no compartilhamento da forma de atuação para os participantes.

A forma de trabalho em equipe, evidenciada pelos dados, é aquela que se aproxima do conceito de interdisciplinaridade registrado por Santos (2014), na medida em que o cuidado é realizado de forma colaborativa, pelos diferentes profissionais, apesar da relação direta entre o problema abordado e a *expertise* do profissional.

Na APS, em especial, pode tornar-se um bom desafio adotar como imagem-objetivo o trabalho da equipe alicerçado na ideia da transdisciplinaridade, também abordado por Santos (2014), na qual, além da colaboração dos profissionais, existe a identificação de um pensamento organizador mais amplo e comum que orienta a atuação de cada profissional.

Estudo desenvolvido no Canadá, relativo ao trabalho das equipes, revela a importância do desenvolvimento da autonomia dos profissionais, partindo das interações colaborativas, somadas à definição de papéis que possam ser

conectados a partir de pontos comuns (MACNAUGHTON *et al.*, 2013). Na atuação da equipe de enfermagem, sobressai a escuta assertiva como espaço de micro-intervenções. Há referência a um contato próximo, decorrente das ações relacionadas à pré-consulta, à busca ativa e à participação na resolução de problemas cotidianos dos participantes.

Assim, como afirmam Arruda e Silva (2012), a atitude acolhedora é reconhecida como parte dos cuidados de enfermagem. Suscita-se, diante disso, a necessidade de estudos que possam contribuir para a produção de conhecimento acerca da contribuição específica da equipe de enfermagem no estabelecimento do vínculo. A influência do Modelo Biomédico no estabelecimento de relações e ações cuidadoras e a forma como o processo de trabalho está organizado nos serviços próprios, centralizado no profissional médico, podem levar à percepção de que os papéis dos profissionais não médicos são complementares ao do médico.

Cabe à gestão e aos profissionais de saúde, nesse contexto, identificar em que momentos e como poderão contribuir para que exista a concepção adequada em relação à assistência realizada pelos profissionais que compõem as equipes que atuam nos serviços próprios de saúde.

A organização dos serviços para atender as demandas não programadas, através dos médicos que estão disponíveis para a demanda espontânea, constitui importante dispositivo para acolher o sofrimento e a doença, ultrapassando a lógica programática (ESPERANÇA, 2006).

Sobre as diferentes ferramentas passíveis de serem utilizadas pelos profissionais nas oportunidades de cuidado, entre elas o Telemonitoramento, impõe-se a definição assertiva acerca da sua aplicabilidade e do momento de utilização, em prol do projeto terapêutico de cada participante. A utilização do referencial teórico-conceitual sobre a aplicação de técnicas e ferramentas contribui para o julgamento e a decisão acerca da utilização desses recursos na prática do cuidado (CAMPOS, 2011).

A realização do cuidado é complexa e multifacetada, o que chama a atenção para a possibilidade de existirem interferências de gestão nos processos que possam comprometer o resultado a ser alcançado, relativo ao produto final da ação cuidadora. Interferências demasiadas na trajetória de realização do cuidado, por equívoco na medida da intensidade do acompanhamento dos processos e resultados, podem resultar em atravessamentos relacionados à dificuldade de

identificação dos papéis dos diferentes profissionais, por exemplo. Uma vez que todos assumem postura assertiva e responsabilizam-se pelo resultados, coletivamente, existe o risco de que o papel de um profissional seja assumido por outros, gerando a fragilização e não a potencialização dos processos.

Considerando o apresentado na categoria Cuidado em ato, pode-se concluir que o vínculo construído com os profissionais toma uma dimensão mais afetiva, que se soma à confiança que se estabelece fundamentada em uma proposta de cuidado traduzida pela forma de realizar o cuidado em um determinado serviço, levando-se ao vínculo com uma proposta, em uma dimensão organizacional.

4.4 Sobre a Teoria da construção do vínculo em saúde

No processo de teorização sobre a construção do vínculo em saúde, tornou-se cada vez mais nítido o fato de os participantes não abordarem, de forma fragmentada, aquilo que se relaciona ao cuidado de saúde realizado pela CASSI. O que é realizado em outras instâncias da CASSI e em pontos distintos do sistema (nos serviços próprios ou na rede credenciada) é relacionado ao todo que representa a assistência realizada pela CASSI.

Nesse sentido, observa-se o impacto da assertividade do trabalho desenvolvido nas diferentes instâncias, do adequado dimensionamento e qualificação da rede, e da interlocução para o desenvolvimento da prática integral, como consequência da articulação entre os serviços, inclusive os da rede credenciada, na percepção da confiança dirigida à instituição.

No que diz respeito à construção do vínculo, destaca-se a longitudinalidade do cuidado, considerada característica central da APS. O tempo potencializa o estreitamento das relações.

Estabelecendo-se um relacionamento lógico e comparativo, o vínculo identificado aproxima-se de conceitos que remetem à existência de laços de confiança, e não se afasta de referência que permite o acesso a um determinado ponto, enquanto o outro está em utilização. A forma não linear de acionamento dos sentidos atribuídos ao cuidado, na vivência das distintas relações de confiança, ocorre diante da possibilidade de acesso simultâneo de pontos (perspectivas) que levam ao vínculo.

Estudos canadense e australiano reforçam o abordado nesta tese, uma vez que valorizam a adoção de mecanismos de ampliação do compromisso e da confiança das pessoas para que exista ampliação dos resultados das intervenções. Verificam-se lacunas na otimização da saúde das populações, mesmo com o desenvolvimento de práticas e produtos inovadores, e há clareza de que os elementos de intervenção direcionados aos problemas complexos interagem uns com os outros, sendo necessários mecanismos que sensibilizem as pessoas para o cuidado (SCHAFER *et al.*, 2016).

O envolvimento dos pacientes no cuidado e a relação com a redução de custos e o alcance de melhores resultados também foi abordada por Alvarez *et al.*, (2016). Sem o envolvimento dos pacientes, mesmo com as melhores práticas, não se alcançam resultados satisfatórios. As autoras abordam, ainda, a importância da atuação uniforme na assistência, o que foi verificado neste estudo, no que diz respeito à forma de atuar dos profissionais de saúde nos serviços próprios, pautada em determinados atributos e premissas.

As práticas de cuidado identificadas são dispositivos para o estabelecimento do vínculo, assim como afirmam SANTOS *et al.* (2012), pois atendem a muitos atributos da APS, desenvolvem-se em serviços que consideram as relações interpessoais como encontros produtivos e estão organizados para a produção do cuidado que acarrete efeitos positivos para a saúde e para o sistema. Devem-se considerar, entretanto, os limites observados para o alcance dos atributos que se relacionam à coordenação do cuidado (quando este ultrapassa a APS) e à orientação para a comunidade.

A noção de tecnologia leve, assim como aborda Merhy e Franco (2003), fundamentada nas práticas de cuidado evidenciadas pelos dados, associa-se ao vínculo. Por meio de conversas com significados e realidades singulares e pelo genuíno interesse pelos participantes e pelo modo de viver mais saudável, os profissionais utilizam a sensibilidade para atuar em uma perspectiva ampliada. A atitude de colocar-se disponível para a escuta valoriza o sujeito e favorece a confiança no cuidado (MONTEIRO *et al.*, 2009). A alta densidade de tecnologias relacionais abre espaços que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes e impactam a resolutividade das ações assistenciais de cuidado (FRANCO, 2006).

Por fim, salienta-se o arcabouço conceitual relacionado à TFD e ao Interacionismo Simbólico para a compreensão das relações que sustentaram a elaboração da teoria apresentada. A percepção, a interpretação, a ação e a recriação das interações extrapolaram a forma e o conceito empregado na análise das entrevistas e alcançaram, também, os encontros e as relações que se estabeleceram entre os entrevistados e esta pesquisadora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A **Teoria da construção do vínculo em saúde** pode ocupar relevante espaço na produção do conhecimento, uma vez não há estudo que descreva uma teoria sobre o vínculo. Sistematizou-se um conjunto de conceitos que podem fomentar a produção acadêmica, coerente ou contraditória à teoria apresentada.

Uma contribuição deste estudo, que não se pretendeu avaliativo, foi a expressão indireta daquilo que os participantes consideram como importante na atenção à saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Eles dão pistas sobre as convergências que contribuem para a definição de estratégias que considerem a satisfação dos usuários. É possível identificar parâmetros para as ações de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação, contribuindo para a ampliação do nível da qualidade assistencial.

Os resultados evidenciaram aspectos que contribuem para o fortalecimento das práticas em APS, trazem à tona elementos do cuidado como, por exemplo, a comunicação verbal e não verbal, valorizam campos de ação abordados nas discussões sobre a promoção da saúde, e inovam ao apresentar teoria que permite a percepção do vínculo em outras dimensões, além de demonstrar como ele se constrói, em determinada realidade.

As práticas evidenciadas referem-se a uma forma de cuidar que considera a abordagem integral, o foco familiar e o modo de relação entre os profissionais e os participantes e que vieram à tona pela valorização, neste estudo, da experiência do usuário. Por isso, o apresentando nesta tese pode ser referência para que se façam mudanças no cuidado prestado na Saúde Suplementar.

Deve-se destacar que os cenários estudados têm experiência de implantação da ESF consolidadas e condições que podem ser consideradas privilegiadas para o estabelecimento do vínculo, entendido, de forma sintética, neste estudo, como

processo que liga, de forma afetiva e através de relações de confiança, pessoas, serviço e instituição.

Amplia-se, a partir dos resultados, a compreensão do vínculo, uma vez que, além das relações de confiança entre as pessoas, inaugura-se o espaço da relação de confiança organizacional, com o serviço e com a instituição com a qual este se relaciona administrativamente.

Salienta-se a contribuição relativa à socialização de diferentes aspectos da proposta assistencial da Saúde da Família, implantada e consolidada em uma autogestão da Saúde Suplementar. Além de extinguir definitivamente qualquer entendimento de que se trata de estratégia destinada às populações de risco, inaugura espaço de diversidade de modos de fazer, pautados em necessidades de saúde semelhantes e diferentes daquelas vivenciadas na saúde pública. Existem registros de aproximações e distanciamentos entre público e privado.

Os elementos evidenciados apresentam-se fortemente ligados à conjuntura da realidade estudada, diferenciando-se de outras realidades. A condição de pertencimento apresentada, por exemplo, própria de uma empresa de autogestão em saúde, pode existir em outros serviços na Saúde Suplementar, em função de semelhanças. Entretanto, o fenômeno estudado parece apresentar-se de forma diferente no Sistema Único de Saúde.

É difícil construir bases comparativas entre público e privado e, por isso, este estudo evidencia, de imediato, a necessidade de pesquisas sobre o pertencimento em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo setor público e em outros serviços do setor privado, entendendo que ele é um dos elementos da construção do vínculo, tão discutido na saúde pública. A atuação do agente comunitário na saúde pública, por exemplo, uma vez que pertence à comunidade em que atua, pode revelar aspectos relacionados ao pertencimento.

O entendimento de que os serviços de saúde da CASSI são acessados em decorrência de benefício ofertado por se trabalhar em uma determinada realidade ou por existirem familiares ligados a esse contexto ocupacional é importante. No setor público, no mesmo nível assistencial representado pela APS, esse conceito de benefício no qual se confia, que origina o pertencimento, não parece ser vivenciado.

O serviço prestado no setor público é entendido como direito adquirido e como obrigação do Estado. Nesse sentido, não se constrói relação afetiva semelhante àquela identificada no estudo apresentado. No sistema público, a figura do banco

poderia ser ocupada pelo próprio Estado, que deveria contribuir para fomentar nas pessoas o desejo de pertencer ao SUS, considerando a dimensão da participação social na saúde, o que não acontece e foi constatado por estudos de adesão aos serviços públicos de saúde.

Outro fator que fortalece o sentimento de pertença experimentado pelos participantes é a vivência da assistência à saúde, contextualizada e com objetivos claros, traduzidos por ações pautadas no modelo e na estratégia assistenciais adotados pela CASSI. Tal aspecto parece produzir o empoderamento do participante em relação à proposta assistencial e ao significado desta. Nesse sentido, nota-se uma diferença em relação ao serviço público, que parece conseguir poucos resultados no estímulo ao empoderamento dos usuários como forma de garantir o vínculo.

O estudo oferece indicações para o enfrentamento de desafios quando se opera um modelo assistencial centrado na qualidade e nas necessidades dos usuários. Como estratégia assistencial assumida pela CASSI, a Saúde da Família está fortemente ligada ao fenômeno estudado (o vínculo), demonstrando força para evidenciar ou confirmar nuances e potencialidades do cuidado que emergem de processos, tecnologias e ações produtoras de vínculo.

Os dados evidenciaram a existência de problemas de saúde, em sua maioria biológicos, como deflagradores do cuidado realizado pelos profissionais nos serviços próprios. Ainda que seja identificada, pelos participantes, a importância da abordagem ampliada, os problemas relacionados à dinâmica familiar, e outros de natureza não biológica, são menos levados ao espaço do cuidado.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar abertos para a realização da abordagem familiar e habilitados para tanto e, nas oportunidades que se apresentarem, devem informar sobre a finalidade e a importância de tal abordagem no cuidado em APS, de forma a permitir, à medida que as necessidades se apresentam, que sejam compartilhadas.

Assim, é importante que, nas atividades coletivas, não sejam realizadas abordagens focadas na doença, o que é recorrente, em especial, se considerarmos a cultura de cuidado influenciada pelo Modelo Biomédico. Devem ser considerados, também, métodos de apoio, com envolvimento dos profissionais, que possam contribuir, de fato, para a mudança de comportamentos.

Sugere-se, na medida da valorização de hábitos saudáveis, que as atividades coletivas considerem público-alvo que extrapole os doentes. As singularidades vividas pelos sujeitos, saudáveis e doentes, jovens e idosos, por exemplo, podem favorecer a troca de experiências sobre mudanças de comportamento para a melhoria da qualidade de vida.

Uma vez que os participantes podem ser atendidos em serviços próprios de outros estados, e que não é incomum que funcionários da ativa passem períodos em diferentes localidades, deve haver preocupação com a recuperação do histórico de adoecimentos e atendimentos, de forma a realizar a articulação com o atendimento do momento, estabelecendo-se *links*, a partir do resgate de aspectos anteriormente abordados. A possibilidade de realizar a articulação entre os atendimentos, cabe registrar, pode ser cada vez mais potencializada pela realização de melhorias no prontuário eletrônico do paciente que podem trazer, além dos benefícios relacionados ao acompanhamento do cuidado, aqueles relativos à segurança e à confiança dos participantes.

A percepção acerca da continuidade do cuidado evidenciada pelos dados não se relaciona, necessariamente, à realização do atendimento, ao longo do tempo, pelo mesmo profissional. A continuidade do cuidado é expressada pela percepção acerca da padronização e da regularidade daquilo que envolve a realização do cuidado no âmbito da APS, inclusive nos serviços próprios de outros Estados.

Os aspectos apresentados devem ser considerados na perspectiva de reorganização do processo de trabalho, a fim de que sejam reavaliadas as estratégias utilizadas e as formas de comunicação e sensibilização acerca das atividades coletivas, possibilitando que cumpram ou que sejam percebidas pelos participantes, cada vez mais, em seu papel de contribuir para a modificação dos comportamentos, alicerçadas no compartilhamento de experiências e atitudes relativas à solução de doenças e eventuais problemas com a família e a comunidade.

No contexto do setor privado, devem-se observar os riscos da influência do mercado na visão da saúde como bem de consumo, resultante da capacidade aquisitiva e da máxima utilização de tecnologias duras. O “canto da sereia”, que traz nas entrelinhas da melodia valores que levam à identificação da saúde como algo a ser consumido, pode comprometer o estabelecimento do vínculo, em especial

quando se considera a utilização de tecnologias leves no cuidado para o estabelecimento de relações cuidadoras pautadas na confiança.

Para os profissionais da enfermagem, fica o apontamento do desafio de serem reconhecidos, de fato, como atores da assistência em saúde, considerando a formação para o cuidado, tão valorosa no contexto da APS. É inegável, apesar das possíveis contribuições da equipe de enfermagem no cuidado, a existência de processos de trabalho que colocam o profissional médico na centralidade do cuidado. Importante que os profissionais da Enfermagem assumam, neste sentido, a corresponsabilidade pela expressão e pela identificação do cuidado de enfermagem como qualificador da assistência, considerando, em especial, a possibilidade de serem identificadas e consideradas, pela equipe de enfermagem, as nuances do cuidado cotidiano, trazendo tais nuances para o momento de elaboração do plano terapêutico singular, por exemplo.

Esta tese evidenciou limites que, em grande parte, se referem à realidade estudada. Um desses limites relaciona-se à inexistência de vivências de cuidado, pelos participantes, em outros planos de saúde ou até mesmo no SUS. Foram raros aqueles que relataram experiências fora da CASSI. Outro limite relativo ao estudo relaciona-se à realização da análise a partir do vínculo e não pela sua negação. O participante não vinculado não configurou-se como sujeito da pesquisa, ainda que fosse possível, pela contradição, evidenciar o fenômeno estudado.

Outro limitador conjuntural é a elaboração da teoria sobre o vínculo alicerçada no ponto de vista dos participantes, e a participação das equipes na identificação daqueles considerados vinculados, reconhecendo-se a subjetividade neste processo. Os resultados apresentados instigam investigações futuras na concepção de diferentes sujeitos, entre eles os profissionais de saúde. Assim, as medidas de comparação que surgiram, por vezes, decorrem dos relatos de outras pessoas e do compartilhamento de informações pelas diferentes mídias, o que reforça a importância do desenvolvimento de estudos adicionais que tratem do vínculo na Saúde Suplementar.

Cabe apontar para as dimensões social e política passíveis de serem consideradas para a compreensão do vínculo, considerando tratar-se da perspectiva de identificação de certo grupo social. Da mesma forma, aprofundamento teórico sobre a constituição de laços de identidade contribuiria para a compreensão do vínculo. Tais análises, entretanto, exigiriam uma aproximação teórica de estudos

sociológicos que expõem o grau de complexidade das análises na perspectiva das vertentes sociais, o que extrapola os limites deste estudo.

Retoma-se, com competência teórica, sem perder de vista a complexidade das relações, o objetivo deste estudo, de desenvolver teorização sobre a construção do vínculo em saúde, na perspectiva dos participantes, em um serviço de Saúde Suplementar, para confirmar, considerando os resultados e análises apresentados, a tese defendida, de que o vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial, passando por aspectos sociais, organizacionais, técnicos e subjetivos, que apresenta singularidades pertinentes ao Sistema de Saúde Suplementar, possíveis de serem replicáveis.

Deve-se, finalmente, compreender o produto desta tese como resultado do meu compromisso político, expressão da minha visão de mundo, e do meu compromisso pedagógico, pela intencionalidade educativa. Tomar decisões, fazer escolhas e executar ações são atos políticos, e a ação educativa torna real a intenção de construir conhecimentos e valores.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, C, GREENE J, HIBBARD, J, OVERTON, V. **The role of primary care providers in patient activation and engagement in self-management: a cross-sectional analysis**. Alvarez et al. BMC Health Services Research (2016) 16:85. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1328-3>. Acesso em: 10 de Dez. 2016.

ALVES, AIM. **Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9585/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Isabel%20Alves.pdf>. Acesso em: 21 de Dez. 2016

ARRUDA, C., SILVA, DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 758-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/07.pdf>. Acesso em 05 de Set. 2016.

ASUERO, AM *et al.* **Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria**. Gaceta Sanitaria, v. 27, n. 6, p. 521-528, 2013. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391113000861>. Acesso em 13 de Fev. 2017

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva** 6(2):329-339. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7006.pdf>. Acesso em 21 de Jan. 2015.

BARBOSA M.L, CELINO S.D.M, COSTA G.M.C. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 July 05] ; 19(55): 1101-1108. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401101&lng=en. Epub Aug 21, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1179>. Acesso em 06 de Mai. 2016.

BERGGREN, *et al.* Evaluation of ConPrim: A three-part model for continuing education in primary health care. **Nurse Education Today** (46) (2016) 115-120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.032>. Acesso em: 10 de Dez. 2016.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1969, 208 p.

BRASIL. **Lei 9.656**. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em 08 de Jan. 2015.

BRASIL. **Lei 9.661**. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília: Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em 08 de Jan. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011. 148p. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf. Acesso em 12 de Fev. de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291p.

BURITY, JA. Identidade e múltiplo pertencimento nas políticas associativas locais. **Cad. Est. Soc.** Recife. v.17. n.2. p.189-228. Jul./dez.,2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joanildo_Burity/publication/273260228_IDENTIDADE_E_MULTIPLO_PERTENCIMENTO_NAS_PRATICAS_ASSOCIATIVAS_LOCAIS/links/54fd0cf60cf270426d10c931.pdf?origin=publication_detail. Acesso em: 13 de Nov. 2016.

CAMPOS, GWS *et al.* A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/02.pdf>. Acesso em 10 de Jun. 2016.

CASTIEL, LD. **A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/ynw9g/pdf/castiel-9788575412701.pdf>. Acesso em: 20 de Nov. 2016.

CASSI. **Documento diretor para organização dos Serviços Próprios**. Documento interno de 1 de Julho de 2001.

CASSI. **Documento Diretor para a organização dos Serviços Próprios**. Documento interno de 16 de Dezembro de 2008.

CASSI. **O ABC da Estratégia**. Cartilha. Documento impresso em 2013.

CASSI. **Jornal CASSI**. Documento impresso. Edição 91. Outubro de 2014.

CASSI. **Auditoria 2014/01 - Programas de Saúde e 2014/02 – Serviços Próprios**. Documento interno de Agosto de 2015.

CASSI. **Boletim Informativo** Nº 30. Janeiro de 2017. Documento impresso em 2017.

CASSIANI, S. H. B.; CLAIRI, M. H. L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. a, n.3, p. 75-88, dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a07>. Acessado em 03 de Fev. 2015.

CARVALHO, V.D; BORGES, L.O; REGO,D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a07>. Acesso em 10 de Set. 2015

CHARMAZ K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009. 272p

CHARON, J.M. **Symbolic Interactionism: An Introduction, An Interpretation, An Integration**. 10th ed. San Francisco: Prentice Hall; 2010. 240p.

CLARKE, A.E. **Situational Analysis: Grounded Theory after the postmodern turn**. London: SAGE, 2005. 365p.

DE ASSIS SIMÕES, Ana Lúcia et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf>. Acesso em: 16 de Out. 2016.

ENNES, MA. Diálogos: processos identitários, meio ambiente, patrimônio e movimentos sociais / Marcelo Alario Ennes (Org.). – São Cristovão : Editora UFS, 2016. 207 p. Disponível em: http://editora.ufs.br/uploads/content_attach/path/13668/vers_o_digital_Di_logosproce ssos_identit_rios_meio_ambiente_.pdf. Acesso em 14 de Fev. 2017

ESPERANÇA, AC; CAVALCANTE, RB; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 30-36, 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/381>. Acesso em 9 de Jun. 2016.

FARIAS, LO; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 8(2):585-598, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a19v08n2>. Acesso em: 05 de Mar. 2016.

FAVORETO, C.A.O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da Atenção Primária. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 100 – 108, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf>. Acesso em: 07de Mar. 2017.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. Ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERRER, APS, GRISI, SJFE. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Rev Assoc. Med Bras** 2016; 62(6):513-523: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.513>. Acesso em: 02 de Out. 2016.

FRANCO, TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, 2006. Disponível em:

http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf. Acesso em 03 de Jul. 2016.

FOSTER K., ROBERTS C. The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity. **BMC Medical Education** (2016) 16:206. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0731-0>. Acesso em: 23 de Out. 2016.

GARCIA, ACP, *et al.* Ambiência na estratégia saúde da família. Vigilância Sanitária em Debate: **Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2015. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/484>. Acesso em: 05 de Jan.2017.

GARUZI M, ACHITTI MCO, SATO CA, ROCHA SA, SPAGNUOLO RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em 14 de Mar. 2017.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967. 270 p

GOTTENS, L.B.D. PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor público com o econômico. **Saúde e Sociedade**. v.18, n.2. São Paulo: 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>. Acesso em: 14 de Mai. 2016.

KLEIN, *et al.* Collaborative team-based health promotion in a primary care setting. **Canadian Family Physician**. Vol 63: February 2017. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/63/2/e123>. Acesso em 03 de Abr. 2017.

LAWSON HJO, ESSUMAN E. Country profile on family medicine and primary health care in Ghana. **Afr J Prim Health Care Fam Med**. 2016;8(1), a1302, v8i1.1302. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125262/>. Acesso em: 13 de Jan. 2017.

LEE, ABA, MORGAN, S. PhD. CMAJ OPEN, 5(1). Cost-related nonadherence to prescribed medicines among older Canadians in 2014. **CMAJ Open** 2017. DOI:10.9778/cmajo.20160126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5378525/>. Acesso em 10 de Fev. 2017.

MACNAUGHTON *et al.* Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. **BMC Health Services Research** 2013, 13:486: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/486>. Acesso em: 12 de Jun. 2016.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências

Médicas da Unicamp, Campinas. 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/outros-03.pdf>. Acesso em 17 de Mar. 2017.

MALTA *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**. 9(2):433-444, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>. Acesso em 10 de Abr. 2016.

MALTA, D.C. ALZIRA, O.J. Modelos Assistenciais na Saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência e Saúde Coletiva**. 13(5):1535-1542, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Carvalho_Malta/publication/250027745_Modelos_assistenciais_na_saude_suplementar_o_caso_de_uma_operadora_de_autogestao/links/54f5b73b0cf2db6fa8985af0/Modelos-assistenciais-na-saude-suplementar-o-caso-de-uma-operadora-de-autogestao.pdf. Acesso em 05 de Mai. 2016.

MEAD, G.H. **Mind, Self and Society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934. 233p.

MEDEIROS Júnior A., COSTA ICC. Saúde e doença em diferentes contextos históricos e o surgimento da cidadania. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2005; 9(1): 79-84. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-448222> Acesso em: 13 Jan. 2017

MENDES, E.V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002, 92p.

MENESES C.S., CECILIO L.C.O., ANDREAZZA R., ARAÚJO E.C., CUGINOTTIA.P., REIS A.A.C. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 July 05]; 18(1): 57-66. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100007&lng=en . Acesso em: 08 de Mai. 2016.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=141. Acesso em 13 de Ago. 2016,

MITRE, SM; ANDRADE, ELG; COTTA, RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>. Acesso em 28 de Nov. 2016.

MJI G, BRAATHEN SH, VERGUNST R, SCHEFFLER E, KRITZINGER J, MANNAN H, et al. Exploring the interaction of activity limitations with context, systems, community and personal factors in accessing public health care services: A

presentation of South African case studies. **Afr J Prm Health Care Fam Med.** 2017;9(1):a1166. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1166>. Acesso em: 22 de Fev. 2017.

MKHATSHWA VB, OGUNBANJO, GA, MABUZA LH. Knowledge, attitudes and management skills of medical practitioners regarding weight management. **Afr J Prm Health Care Fam Med.** 2016;8(1): a1187. V8i1.1187. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153405/>. Acesso em: 05 de Dez. 2016.

MONTEIRO, MM, FIGUEIREDO, VPF, MACHADO, MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v.43, n.2, p. 358-366, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40366/43298>. Acesso em: 13 de Out. 2016.

MONTENEGRO, L.C; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2010; 44(3): 649-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/14>. Acesso em 17 de Abr. 2017.

NERY, SR, *et al.* Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, p. 1411-1419, 2009. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/en/ens-25611>. Acesso em 21 de Out. 2016.

OLIVEIRA PP, SANTOS, WJ, VIEGAS SMF, EAA Silveira, RODRIGUES AB. Experience of men in the context of Primary Health Care. **Invest Educ Enferm.** 2015; 33(2): 227-236. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000200005&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 04 de Ago. 2016.

PENNA, CMM; FARIA, RSR; REZENDE, GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 815-829, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>. Acesso em 21 de Abr. 2016

PHILLIPS and DALGARNO. Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents **BMC Medical Education** (2017) 17:21. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0864-9>. Acesso em: 12 de Fev. 2017.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010336>. Acesso em 18 de Jun. 2016.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, 464p.

POZZA dos S. *et al.* (2016). The bond as a soft technology in the daily routine of the Family Health Strategy: perception of the user. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 189-197. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a21>. Acesso em: 12 de Fev. 2017.

QUEIROZ, E.S. **Abordagem familiar [manuscrito]: uma teoria sobre a experiência de enfermeiro na estratégia Saúde da Família.** / Evandro de Souza Queiroz - Belo Horizonte: 2015.166f.: il.Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/568D.PDF>. Acesso em 23 de Abr. 2016

RABELO, MC., ALVES, PCB. e SOUZA, I.M.A. (1999). **Experiência de doença e narrativa.** SciELO-Editora FIOCRUZ. 264p

SAMUEL S WEIR, MD; CRISTY PAGE, MD, Warren P. NEWTON, MD, MPH. Continuity and Access in an Academic Family Medicine Center. **Fam Med** 2016;48(2):100-7. Disponível em: <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol48Issue2/Weir100>. Acesso em: 03 de Mar. 2017.

SANTOS AM, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ANDRADE CLT, MARTINS MIC, CUNHA MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc Saúde Coletiva** 2012; 17:2687-702. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15143>. Acesso em 14 de Dez. 2016.

SANTOS, R.P. Transdisciplinaridade. In **Física Interessante**. 12 May. 2014. Disponível em: <http://www.fisica-interessante.com/artigo-transdisciplinaridade.html>. Acesso em: 21 de abr. 2017.

SEPPILLI, T. Saúde e Antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde. **Interface**. v.15, n. 38, 2011. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/SaUde%20e%20antropologia%20%20contribuiCOEs%20A%20interpretaCAO%20da%20condiCAO%20humana%20em%20ciencias%20da%20saUde.pdf>. Acesso em: 24 de Abr. 2016.

SILVA, LG. ALVES, MS. O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1. P. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf>. Acesso em: 27 de Abr. 2017.

SILVA, SS *et al.* Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(10):e00014615, out, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014615>. Acesso em: 14 de Nov. 2016.

NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. (Orgs). **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.** Campinas, NEEP, Unicamp, 2002. 430p.

SCHÄFER, W.L., et al. (2016). Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. **Scandinavian journal of primary health care**, 34(1), 97-110. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02813432.2015.1132887>. Acesso em 13 Fev. 2017.

STARFIELD, B. – Atenção Primária: **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**: Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 03 de Mai. 2016.

STRAUSS, A. CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TANAKA, O.Y; OLIVEIRA, V.E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 set. 2015.

TEIXEIRA, C. **Um pouco de história: reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Teixeira, C., organizador. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: COOPTEC; 2002.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor**: São Paulo: Unidas – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, 2005. Disponível em: http://www.unidas.org.br/universidade/livro_autogestao_saude_brasil.pdf. Acesso em 29 de Mai. 2016.

VAITSMAN J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3)847-850, Jul-Set, 2000 Disponível em: <http://text.br.123dok.com/document/ky6jkl4q-cultura-de-organizacoes-publicas-de-saude-notas-sobre-a-construcao-de-um-objeto.html>. Acesso em: 12 de Mai. 2016.

VEDEL et al. Diffusion of a collaborative care model in primary care: a longitudinal qualitative study. **BMC Family Practice** 2013, 14:3: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/3>. Acesso em: 07 de Nov. 2016.

VERAS, R.P. (2012). Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos-doi: 10.4025/actascihumansoc.v34i1.16181. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, 34(1), 3-8. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/16181>. Acesso em 18 de Jan. 2017

VIEGAS, S.M.F. PENNA, C.M.M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Rene**. 2012; 13(2):375-85.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981014.pdf>. Acesso em: 03 de Abr. 2017.

XIAOLIN WEI, MD *et al.* Private ownership of primary care providers associated with patient perceived quality of care. **Medicine Observational Study** (2017) 96.

Disponível em: http://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2017/01060/Private_ownership_of_primary_care_providers.38.aspx. Acesso em: 21 de Jan. 2017.

APÊNDICES:

APÊNDICE A – ENTREVISTA

Questão Introdutória:

- 1- Fale um pouco sobre como a CASSI tornou-se parte da sua história.

Questões Norteadoras:

- 2- O que motivou e como aconteceu o seu primeiro contato com a CliniCASSI? Quais foram as suas impressões sobre esse contato? Alguma coisa não atendeu as suas expectativas?
- 3- Em que tipo de situações você procura a CliniCASSI? Você tem algum tipo de situação, no que diz respeito ao cuidado de saúde, em que a CliniCASSI não é a sua referência? Por quê? Quem você procura na CliniCASSI e por quê?
- 4- Por que você volta à CliniCASSI? O que te motiva a ser cuidado pela CliniCASSI? O que te faz acreditar no cuidado realizado na CliniCASSI? Se já utilizou outra CliniCASSI, o que representou?
- 5- A CASSI te procura? Em que situações? Qual é a sua percepção sobre essas ações?
- 6- O que te distanciaria da CliniCASSI? O que te faria não utilizar a CliniCASSI?
- 7- Já existiu alguma “ruptura” com o desejado/esperado? Você continuou vinculado ao serviço depois disso? Por quê?
- 8- O que te faria frequentar a CASSI ainda mais?
- 9- Você se relaciona com outras pessoas que utilizam a CASSI? Em que espaços você se relaciona com essas pessoas? No que diz respeito à CliniCASSI, sobre o que conversam? A opinião dessas pessoas influencia ou influenciou a sua relação com a CliniCASSI? Como? Quem é o participante da CASSI? Qual a expectativa desse participante na sua visão?
- 10- Você já participou de alguma atividade coletiva na CASSI? Por quê? O que significou? Voltaria a participar? Por quê?
- 11- O que você espera da CliniCASSI nos próximos anos?
- 12- Quando é que você julga ter se vinculado ao serviço? Quando e como isto ocorreu? As experiências vivenciadas modificaram a sua percepção, ao longo do tempo sobre a sua vinculação?
- 13- E se trocássemos de Médico de Família? E se não fosse oferecido atendimento médico?
- 14- Você já utilizou outros serviços de saúde que não os oferecidos pela CASSI? Já teve outros planos de saúde ou utilizou a rede pública? Como foram essas outras experiências? Se não utilizou, a partir de que referências avalia a CliniCASSI? Sabe que não é cobrada coparticipação na CliniCASSI?
- 15- E sobre proposta assistencial? Modelo? Estratégia? O Médico de família/a abordagem do todo? O que tem a dizer? O que você pensa sobre a Equipe de Saúde da Família? Já foi atendido por outro profissional que não o médico? Fale sobre esse atendimento.
- 16- O que significa ser bem atendido? O que significa ter estrutura? O que significa qualidade?
- 17- O que significa encontrar respostas?
- 18- Que benefícios têm utilizado? (citar PAF, PAD e outros se não abordar nenhum, para fins de confirmação). Em que medidas impactam a relação com a CASSI?
- 19- Há quanto tempo se relaciona com a CliniCASSI? Percebe a influência do tempo de relacionamento no vínculo?
- 20- Outras pessoas da família são cuidadas na CliniCASSI? Isto favorece o vínculo?
- 21- O que significa compartilhar, contar situações para o profissional de saúde? O que é importante, em sua vida, compartilhar com os profissionais de saúde? Se não possui doença crônica, ou problema de saúde por quê vai ao serviço?
- 22- O que o nome Médico de Família ou estratégia de Saúde da Família significa para você?
- 23- Você pode compartilhar situações que marcaram o seu cuidado ou aquele realizado para seus familiares?

Questão Final:

- 24- Existe algum comentário adicional que queira fazer? Alguma pergunta? Ou algo a acrescentar que tenha lhe ocorrido durante a entrevista?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada Vínculo em saúde em uma Autogestão do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro, sob minha responsabilidade e orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna, que é um dos requisitos para aprovação no Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo. A pesquisa foi autorizada, previamente, pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

O estudo tem por objetivo desenvolver teoria sobre vínculo, a partir das concepções de participantes de serviços de Saúde Suplementar.

Trata-se de pesquisa qualitativa cuja coleta de dados será realizada por meio de entrevistas a respeito do objetivo proposto. Assim, você responderá perguntas sobre a assistência na CliniCASSI. As respostas serão gravadas, se permitido, o que garante maior fidedignidade, estando à sua disposição para escuta, se assim o desejar.

Espera-se que o estudo possa contribuir para as discussões a respeito do vínculo em saúde, e que seja fonte para o cuidado das pessoas, oferecendo subsídios para a orientação das práticas dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família e para a gestão dos serviços de saúde.

Os riscos da pesquisa são mínimos, porém, caso exista constrangimento em relação à entrevista, reafirmo que a colaboração é voluntária e que o anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e em veículos de divulgação científica e que as gravações e a análise documental ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos, sendo, posteriormente, destruídos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas e retirar o seu consentimento, além de não permitir a utilização dos dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos sobre questões que envolvam a ética da pesquisa e a CASSI para fins de verificação acerca da autorização para realização da pesquisa. Esclareço, adicionalmente, que você não terá nenhum gasto e nem será ressarcido pelas informações prestadas.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente

Viviane Gonçalves Barroso

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Número do documento de identidade: _____

¹ Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG - Brasil 31270-901; Fone: 31 3409-4592

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI - MG - 32906800
Prof.^a Cláudia Maria de Mattos Penna Tel.: (31) 3409-9867 - Escola de Enfermagem UFMG
Viviane Gonçalves Barroso - Fone: (31) 32906805, (31) 987091516

