

SENTIMENTO DE PERTENCIMENTO NA CONSTITUIÇÃO DO VÍNCULO EM UMA AUTOGESTÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR¹

Viviane Gonçalves Barroso*
Cláudia Maria de Mattos**

RESUMO

A produção científica em saúde tem acompanhado o movimento de valorização da abordagem integral e da subjetividade. Considerando que o vínculo favorece a identificação de aspectos subjetivos do cuidado, objetivou-se abordar um dos seus elementos constituintes, o Sentimento de Pertencimento, em um cenário do âmbito da Saúde Suplementar, orientado pelo Modelo de Atenção Integral e com serviços organizados a partir da Estratégia de Saúde da Família. Foram entrevistados 17 participantes de Belo Horizonte e Juiz de Fora, com idade entre 19 e 97 anos, homens e mulheres. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o Interacionismo Simbólico foram os referenciais metodológico e teórico utilizados. A análise dos dados extraídos das entrevistas ocorreu a partir do processo de codificação proposto pela TFD, qual seja, Codificação Aberta, Axial e Teórica. Evidenciou-se que o Sentimento de Pertencimento é um dos elementos constituintes do vínculo, reforçando a tese de que o vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos. Ressaltam-se elementos ligados à conjuntura da realidade estudada, diferente daquela do setor público, o que pode suscitar novas hipóteses que complementem ou reforcem o enredo apresentado.

Palavras-chave: Vínculo. Sentimentos. Saúde da Família. Saúde Suplementar. Teoria Fundamentada nos Dados.

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no Brasil aconteceu ora com maior dependência do Estado, ora com distanciamento do ideário e das políticas públicas. As primeiras iniciativas privadas na constituição de experiências similares aos planos de saúde marcaram a década de 1960. Na década seguinte, houve enfraquecimento das relações entre os setores público e privado, o que forçou a iniciativa privada a estruturar-se, em especial na década de 1980. Essa década foi caracterizada pela expansão da oferta de serviços de saúde privados no Sistema de Saúde Suplementar do Brasil. Avanços na regulamentação do setor privado aconteceram por determinação da Lei nº 9.656, de 1998, e aprofundaram-se com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Muito se aprimorou, desde então, na perspectiva da regulamentação do setor, ainda que existam desafios importantes a serem enfrentados⁽¹⁾.

No contexto brasileiro, é importante salientar características inerentes ao Sistema de Saúde Suplementar, no que diz respeito à constituição das operadoras de planos de saúde. O setor é composto

pelos segmentos da autogestão, da medicina de grupo, das seguradoras e das cooperativas. Particularmente para este estudo, destaca-se o segmento da autogestão, onde se encontram os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o subsegmento não comercial do mercado de planos de saúde⁽²⁾.

É relevante considerar, neste mesmo contexto, a relação entre o público e o privado, no setor saúde, no que se refere ao modelo assistencial, em especial no segmento da autogestão. O cuidado com a saúde dos usuários no setor privado implica, por vezes, mecanismos de responsabilização, por parte das operadoras e dos produtores de serviços, e a realização de cuidados específicos, em ação integral, buscando-se a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, o que tem sido a referência para a organização, principalmente, dos serviços públicos de saúde⁽³⁾.

Ressalta-se a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como indutora das mudanças identificadas no setor, 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⁽³⁻⁵⁾.

¹Artigo extraído da tese de doutorado "Teoria da Construção do Vínculo em saúde em uma autogestão do sistema de saúde suplementar brasileiro", em andamento junto a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: vivianebarroso@uol.com.br

**Doutora em Filosofia de Enfermagem. Docente – Associada III – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

Particularmente neste estudo, que tem como cenário um caso de autogestão que optou pela organização de sua Atenção Primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a constituição do vínculo assume posição de destaque.

O vínculo pode ser entendido como a relação de confiança e responsabilização estabelecida, ao longo do tempo, entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Sua constituição, no cotidiano do cuidado em saúde, possibilita a troca de experiências e saberes, o que contribui para a percepção de sutilezas que poderiam passar despercebidas nos atos terapêuticos, mas torna possível a efetividade das práticas em saúde. Considera-se que a adesão às propostas de cuidado, a partir das necessidades identificadas, é fundamental para o alcance da melhoria da condição de saúde de determinada população^(4,6,7).

A partir das concepções de vínculo no cotidiano de participantes, considerando os aspectos subjetivos do cuidado, em cenário que se enquadra no âmbito da saúde suplementar brasileira, pretende-se abordar o Sentimento de Pertencimento como um dos elementos constituintes do vínculo. Desvelar esse elemento suscitou reflexões, entre outras, acerca do modo como o pertencimento é experimentado nos serviços públicos de saúde, o que poderá contribuir para a ampliação dos questionamentos e estudos acerca do tema, nesses cenários.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa de natureza social com abordagem na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que permite a conceituação, com conseqüente construção de teoria, a respeito de determinada realidade, a partir da interação sistemática do pesquisador com os dados coletados. Utilizou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, partindo-se do entendimento de que o processo relacional entre usuários e profissionais de saúde é repleto de significados, tanto técnicos quanto sociais e culturais, e que, no contato entre profissional e pessoas, tais significados se modificam para se construir novas concepções⁽⁸⁻¹⁰⁾.

O cenário deste estudo foi uma empresa de autogestão, com 72 anos de atividade e com a maior carteira de clientes desse segmento, ligada à instituição bancária de porte nacional. O estudo

abrangeu os serviços próprios de atenção primária da referida autogestão, localizados nos limites geográficos do Estado de Minas Gerais.

Participaram deste estudo participantes que utilizaram tais serviços e que eram cadastrados junto às equipes de Saúde da Família, uma vez que é essa estratégia que orienta o funcionamento dos serviços. Nos consultórios desses serviços atuam Médicos de Família, Enfermeiros e outros profissionais da Atenção Primária. Os participantes foram divididos em grupos que se diferenciam de acordo com o local de residência, o tempo de cadastramento na ESF, a situação em relação à instituição bancária (aposentado, empregado na ativa ou familiar), além de idade e gênero, para garantir a diversidade necessária para a construção da teoria utilizada.

Os dados utilizados neste artigo, coletados em 2015 e 2016, contemplam essa diversidade. A amostra foi composta por 17 participantes, residentes em Belo Horizonte e Juiz de Fora, sendo dois homens e três mulheres com idade entre 19 e 39 anos, dois homens e duas mulheres com idade entre 40 e 59 anos, dois homens e duas mulheres entre 60 e 79 anos e dois homens e duas mulheres com 80 anos ou mais. A partir da definição das faixas etárias, os participantes identificados pelas equipes como vinculados à ESF foram classificados de acordo com a frequência na utilização dos serviços. Para garantia do sigilo, os participantes foram denominados, neste estudo, como “C-a” e “C-o” (onde C identifica a empresa de autogestão e “a” e “o” indicam o gênero feminino e masculino, respectivamente), seguidos do número que representa a ordem em que foram entrevistados. Sempre que a instituição bancária e a autogestão em saúde foram citados nominalmente nas entrevistas, seus nomes foram substituídos por “Banco” e “Autogestão” (as letras maiúsculas indicam que as palavras substituem os nomes próprios). Os participantes escolheram o local da entrevista (domicílio ou serviço de saúde da autogestão) e foram entrevistados por meio de roteiro livre a partir de perguntas que propiciaram a coleta dos dados, no processo de codificação proposto pela TFD (Codificação Aberta, Axial e Teórica). As entrevistas duraram de 20 a 40 minutos, e as perguntas trataram, por exemplo, de aspectos relacionados às experiências de contato com o serviço e aos motivos que levavam os participantes a retornarem. Os dados foram

transcritos e submetidos à análise com leitura sistematizada, com vistas à construção das categorias e à produção dos códigos e do processo relacional entre eles.

Tanto o projeto de pesquisa quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE – 25632113.5.0000.5149, como previsto pela Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar, ainda, a autorização da empresa para a realização do estudo e a divulgação dos dados da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sentimento de Pertencimento discutido nesse artigo refere-se à existência de laço que foi estabelecido, *a priori*, em função de se pertencer, de ser parte, direta ou indiretamente, do contexto no qual está inserido, nesse caso, o contexto de

uma autogestão do setor de saúde suplementar, ligada a uma instituição bancária.

A percepção positiva acerca de aspectos relacionados ao contexto, a partir de vivências e/ou do compartilhamento de vivências (histórias), antecede, por vezes, a própria experiência do cuidado, favorecendo a relação dos participantes com os serviços de saúde. Existe a predisposição para que a relação de cuidado se dê de forma a potencializar o vínculo, mesmo antes de a ação cuidadora ocorrer.

O estabelecimento do vínculo a partir do sentimento de inclusão em relação às instituições é reportado por estudos sobre organização e funcionamento de comunidades e está baseado no contato cotidiano, considerando-se o tempo e o espaço.

O pertencimento, esquematizado na Figura 1 por símbolos que representam a instituição bancária de origem dos participantes e a empresa de autogestão, decorre de experiências próprias e/ou experiências compartilhadas por familiar(es), historicamente.

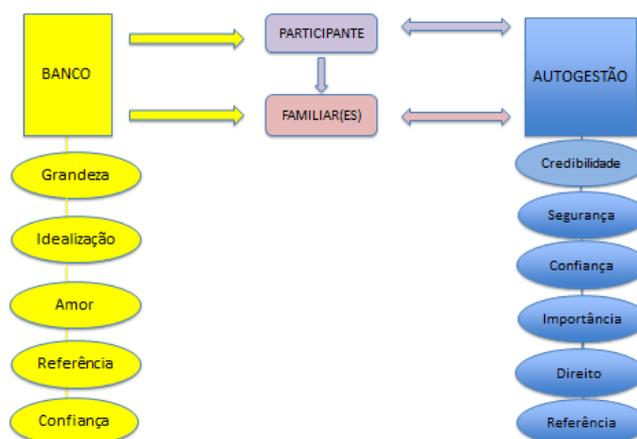


Figura 1: Pertencimento

Fonte: Dados da pesquisa, coletados em 2015 e 2016.

A relação com a empresa de autogestão e, por conseguinte, com seus serviços próprios de saúde se dá, necessariamente, a partir de uma relação entre o participante e a instituição bancária, ou entre familiar(es) do participante e o serviço de saúde da autogestão. Percebe-se a dimensão da relação de pertencimento a partir da “comunidade” de origem, o que é retroalimentado, para fortalecimento do vínculo.

A Autogestão começou a fazer parte da minha vida

devido o B., o meu marido, ser do Banco. Então já faço parte né? Da Autogestão (C-a 3).

A partir do momento em que eu ingressei no Banco. Aí, automaticamente, você indo para o Banco você tem o vínculo com a Autogestão (C-a 14).

A percepção dos participantes em relação à instituição bancária influencia a sua visão em relação à autogestão em saúde. A imagem desta está ligada, diretamente, à imagem do banco. Dessa forma, a tradição e a perenidade do banco,

bem como as referências acerca da qualidade do plano de saúde oferecido aos funcionários, contribuem para a formação da imagem da autogestão.

Então, sempre foi a referência que a gente teve. É um plano muito bom, assim, pelo que as pessoas falam, todo funcionário do Banco tem muito benefício. As vezes as pessoas de outros bancos falam “no Banco que é essa mamata e tal”. Então a gente confia porque é vinculado ao Banco, né? (C-a 6).

Eu acredito na Autogestão. Eu sou um grande admirador e dou crédito à Autogestão e acredito nela. Eu acho que ela foi criada pra nós, tudo que ela faz é pra nós (C-o 15).

A autogestão, por sua vez, é identificada como “objeto” de sonho, é vista como instituição que se pode utilizar a partir de uma relação de direito, legitimada pelo fato de pertencer ou de se relacionar com a instituição bancária, trazendo a segurança necessária, uma vez que está disponível, ao alcance dos participantes, em caso de necessidade.

Então, eu me lembro disso, nós participamos lá... eu gosto muito. Autogestão pra mim é um sonho (C-o 1).

A Autogestão é esse porto que você sente que se precisar de alguma coisa, você tem a Autogestão, um ponto de referência, você pode estar lá. Então a Autogestão é um porto de segurança (C-a 2).

Eu confio no Banco em termos de saúde (...) (C-o 15).

As marcas oriundas da relação com a instituição bancária potencializam a relação com a autogestão, que são somadas àquelas decorrentes do relacionamento dos participantes com a própria autogestão. A percepção sobre a autogestão decorre da visão que têm desta no contexto do mercado de saúde e das histórias compartilhadas ou vivenciadas, em especial aquelas que trazem certa familiaridade ao relacionamento.

(...) acho que ainda tem essa imagem de que a Autogestão era o melhor plano de saúde de todos. Os melhores hospitais terem convênio com a Autogestão, sempre excelentes médicos e tal (C-o 4).

A Autogestão é um pedaço do Banco, um pedaço da gente (C-a 5).

O Banco foi uma escola pra nós. Eu acho que tudo ali foi feito em função dos funcionários. Eu não

acredito que a Autogestão foi criada pra ir contra os anseios e as necessidades nossas (C-o 15).

A relação dos participantes com a instituição bancária e com a própria autogestão contribuem para o estabelecimento do vínculo dos participantes com os serviços próprios de saúde disponíveis. A credibilidade do serviço acaba sendo favorecida, o que resulta na espontaneidade para a experiência do cuidado. A partir daí, o pertencimento é potencializado, gradativamente, a partir de vivências sucessivas nos serviços próprios, favorecendo o vínculo.

O Sentimento de Pertencimento, como um dos elementos constituintes do vínculo, é conceituado como aquilo que identifica o participante como parte legítima de determinado contexto e grupo, tornando-o, simultaneamente, objeto do cuidado e corresponsável pelo cuidado e pela instituição cuidadora; e relaciona-se com o vínculo por predispor, inicialmente, e favorecer, ao longo do tempo, o estabelecimento de relações, trocas e laços de cuidado.

Nessa perspectiva, surgem acepções de pertencimento relacionadas ao fazer parte, estar inserido, estar incluído, ser membro de, participar. Existem interesses, sentimentos, comportamentos e finalidades comuns em virtude do sentimento de pertença, o que justificaria, por exemplo, o sentimento de responsabilidade pela sustentabilidade da autogestão expressado por alguns participantes⁽¹²⁾.

O Sentimento de Pertencimento dos entrevistados em relação à empresa de autogestão tem raízes anteriores à experimentação dos serviços de saúde. O contato e a confiança criados com o banco, inclusive como pré-requisito para se ter acesso ao plano de saúde, já potencializam a construção dessa pertença.

A partir de uma abertura inicial para as relações a serem estabelecidas no cuidado, existe uma retroalimentação, que decorre das experiências concretas de cuidado, e que, somadas às percepções existentes a priori, reforçam os laços estabelecidos. Ao longo do tempo, no cotidiano do cuidado, a relação é reforçada e estreitada, contribuindo para o estabelecimento do vínculo.

Mas que eu tenho uma história com a Autogestão já tem 35 anos (C-a 3).

É porque a minha mãe teve alguns problemas de saúde, (...) aí eles sugeriram pegar a médica de família, e aí todos nós passamos a ser atendidos lá.

Regularmente, assim, quando tem alguma coisa, a gente vai lá (C-a 6). Especialmente depois da aposentadoria, aí eu estou muito mais ligado à Autogestão. A Autogestão, daqui pra frente, cada vez mais eu vou precisar dela, então por isso eu confio (C-o 15).

Eu confio na Autogestão. Eu calculo que em janeiro de 56 eu já estava na Autogestão. Então, passa esses anos todos (C-o 16).

Existe uma rede de relações entre as pessoas, seja no ambiente do trabalho na instituição bancária, seja na relação de cuidado em saúde na própria autogestão, que fortalece o Sentimento de Pertencimento e, conseqüentemente, o vínculo.

Me apresentei no Banco, fiz assim uma amizade muito grande com o meu gerente e gostava de muitos... de todos os meus colegas (C-o 1).

Tudo que eu precisava na Autogestão eu recorria a R. E tinha outra lá, que eu esqueci o nome dela, mas também era muito boazinha comigo, sabe? Então, eu fiquei assim muito ligado a Autogestão, sabe? (C-o 1).

(...) eu sinto até falta de falar com elas no telefone. Ontem mesmo eu estava falando que eu estava sentindo falta de ligar pra lá, atender ou R. ou C., ou não sei quem. É assim, é uma família pra mim (C-a 3).

Eu acredito que aquelas que vêm aqui, são aquelas pessoas que pensam como eu, que acreditam na Autogestão, que querem ter essa identidade, relação mais forte, mais sólida (C-o 15).

O vínculo sugere a ideia de interdependência e relações de troca que são fundamentais para a adesão e a continuidade do tratamento, indo além da inserção do participante nos serviços de saúde. Trata-se de relação baseada na afetividade, na aceitação, na confiança. A construção de relações afetivas e confiáveis possibilita o processo de corresponsabilização pela saúde, além de potencializar o cuidado⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Merecem destaque as atividades coletivas, em sua maioria no formato de grupo operativo, citadas por participantes também como local de encontro, de socialização, que, entre outros, ampliam a percepção de pertencimento, uma vez que propiciam contatos com outros participantes ligados à instituição bancária e à autogestão.

Você encontrava uma turma de pessoas e trocava assuntos, e tudo, e eu gostava. Que a gente fica muito isolada, muito afastada de tudo, vai indo até esquece (C-a 2).

E olha, vou te falar uma coisa, tem várias que participam desse encontro lá na Autogestão, 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 (C-a 3).

É importante salientar que, tanto a instituição bancária quanto a autogestão, são instituições com história de longos anos, o que pode favorecer a percepção de solidez que gera sensação de segurança e credibilidade. Existe confiança a partir de histórias exitosas de enfrentamento de problemas. A história dos participantes, de alguma forma, é parte da história da instituição. No caso da autogestão, ressalta-se o fato de ser fundada pelos próprios funcionários da instituição bancária. Assim, a percepção do “fazer parte de” é ampliada, passando a existir, inclusive, uma relação de responsabilidade.

Se você tá fazendo exercício comigo e você não tá tendo retorno, você vem aqui pra ficar sentada, não acho justo porque a Autogestão tá pagando aquilo. Não acho certo a Autogestão ficar pagando uma coisa que não traz resultado (C-a 3).

Porque a gente leva uma vida atribulada, e a gente se perde, esquece da gente, de se cuidar, né? E eu acho esses cuidados importantes tanto pra mim quanto pra Autogestão. Eu me cuidando eu não vou adoecer, ela não vai gastar comigo, né? (...). Tô preocupada com o futuro da Autogestão. Então, assim, é muito preocupante sabe, esse futuro (...). Nós é que contribuimos da mesma forma que fundamos a Autogestão (C-a 5).

Nós fizemos o Banco e acho que o Banco devia olhar a Autogestão C-o 16).

A condição apresentada, própria de uma empresa de autogestão, diferencia esta de outras experiências como aquela relativa à utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) por usuários que não possuem plano de saúde. No sistema público, a figura do banco seria ocupada pelo próprio Estado, que poderia contribuir para fomentar nas pessoas o desejo de pertencer ao SUS, considerando, entre outras, a dimensão da participação social na saúde, o que não acontece, segundo estudos de adesão aos serviços públicos de saúde⁽¹⁵⁾.

Cabe refletir sobre alguns elementos evidenciados, uma vez que se apresentam fortemente ligados ao aspecto conjuntural da realidade estudada, diferenciando-se do setor público. Ressalta-se o entendimento de que os

serviços de saúde da autogestão resultam de um benefício ofertado por se trabalhar em uma determinada realidade ou por existirem familiares ligados a esse contexto ocupacional. No setor público, no mesmo nível assistencial representado pela atenção primária, esse conceito de benefício, de carinho pela instituição, 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 uma relação afetiva equivalente à identificada no estudo realizado. É difícil, inclusive, construir bases comparativas entre público e privado nessa perspectiva, e, por isso, este estudo evidencia a necessidade de pesquisas sobre pertencimento aos serviços de saúde oferecidos pelo setor público, entendendo que ele é um dos elementos básicos da constituição do vínculo, tão discutido na saúde pública.

A especificidade do cenário estudado remete, também, para a necessidade de que outros estudos dessa natureza sejam desenvolvidos no setor privado. Os resultados apontam para novos questionamentos e novas reflexões que podem levar à construção de outras hipóteses de estudo e, portanto, para a busca de dados que venham complementar ou reforçar o enredo da teoria, conforme proposta metodológica.

Aliado ao contato pregresso com o banco, outro fator que fortalece o pertencimento do usuário aos serviços de saúde da autogestão é a vivência da assistência à saúde, contextualizada e com objetivos claros para o usuário, traduzidos por ações pautadas no modelo e na estratégia assistenciais. Tal aspecto produz o empoderamento do usuário em relação à proposta de cuidado e ao significado desta na sua vida. Aqui se pode apresentar outra diferença em relação ao serviço público, no qual há pouco estímulo ao empoderamento do usuário em relação aos serviços prestados como forma de garantir o vínculo. O respeito recíproco e o apoio percebidos pelos membros do grupo em relação às instituições favorecem o Sentimento de Pertencimento. 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^(5,16).

Uma condição a salientar é a vivência positiva

em relação ao cuidado prestado, que 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 a confiar e experimentar o serviço novamente^(17,18).

Digno de nota é o papel que histórias exitosas de outros usuários desempenham no fortalecimento do Sentimento de Pertencimento e, conseqüentemente, do vínculo com o serviço de saúde. Essas histórias encorajam e criam o desejo de utilizar o serviço. A propaganda dos serviços prestados pelo “boca a boca” é uma forma de atestar a qualidade da assistência⁽¹⁹⁾.

O diverso e o plural das experiências vividas são a razão da identidade, construída histórica e culturalmente, e derivadas da relação com os espaços organizacionais. Na perspectiva do vínculo em saúde, ressalta-se o reconhecimento de que o pertencimento parte de uma esfera subjetiva, que se traduz e se reconstitui, cotidianamente, nas vivências do cuidado. A partir do processo relacional, os significados se reconstróem e se fortalecem⁽¹⁰⁻¹²⁾.

É importante considerar que os fenômenos vivenciados no interior de uma organização podem ser analisados no âmbito de distintos campos do conhecimento e domínios teóricos, o que suscita a necessidade de análises mais complexas, a partir da articulação de conceitos de diferentes áreas⁽¹⁹⁾.

Considerando-se que são necessárias análises de diversos conteúdos que podem ser relacionados ao tema apresentado, é importante aprofundar o conhecimento sobre o quanto o vínculo com a instituição bancária, com o qual se relacionam os participantes, tem influência no Sentimento de Pertencimento verificado, e, nesse sentido, ampliar a coleta de dados entre pessoas que têm menor tempo de trabalho na instituição ou que são ligadas ao serviço próprio da autogestão por outros motivos que não o histórico profissional.

Ressalta-se a dimensão simbólica identificada, uma vez que se partiu das considerações dos participantes a partir da sua vivência, com e nas instituições, e sobre o efeito das representações para o estabelecimento do vínculo em saúde, no compartilhamento de significados que criam uma identidade, também compartilhada. O vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo

relacional que se dá de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito ao Sentimento de Pertencimento verificado, cabe apontar para as dimensões social e política passíveis de serem consideradas para a compreensão desse elemento constituinte do vínculo, considerando tratar-se de identificação de certo grupo social. Tal análise, entretanto, exigiria uma aproximação teórica de estudos sociológicos que expõem o grau de complexidade das análises na perspectiva das vertentes sociais, o que não foi o proposto no estudo em questão.

Salienta-se que a Saúde da Família, quando implantada e consolidada em uma autogestão da saúde suplementar, além de extinguir definitivamente qualquer entendimento de que se trata de estratégia destinada às populações em situação de risco, inaugura um espaço de diversidade de modos de fazer, pautados em necessidades de saúde diferentes daquelas vivenciadas na saúde pública. Mais do que uma estratégia assistencial assumida pela autogestão, a Saúde da Família está fortemente ligada ao componente estudado (o Pertencimento), além de possuir força para evidenciar ou confirmar outras nuances e potencialidades do cuidado como, por exemplo, aqueles que emergem de processos, tecnologias e ações produtoras de vínculo.

FEELING OF BELONGING IN THE CONSTITUTION OF THE BOND IN A SUPPLEMENTARY HEALTH SELF-MANAGEMENT

ABSTRACT

The scientific production in health has followed the movement of valorization of the integral approach and the subjectivity. Considering that the bonding favors the identification of subjective aspects of care, the objective was to address one of its constituent elements, the Feeling of Belonging, in a Supplementary Health scenario guided by the Comprehensive Care Model and with services organized from the Family Health Strategy. There were 17 participants interviewed from Belo Horizonte and Juiz de Fora, aged between 19 and 97 years old, men and women. The Data Grounded Theory (TFD) and Symbolic Interactionism were the methodological and theoretical references used. The data analysis of the data extracted from the interviews was from the coding process proposed by the TFD, that is, Open, Axial and Theoretical Coding. It was evidenced that the Feeling of Belonging is one of the constituent elements of the bond, reinforcing the thesis that the bond in the health services is built in a relational process occurring in a multifactorial way, passing by social and subjective aspects, among others. Some elements related to the conjuncture of the studied reality are highlighted, different from the public sector, which may give rise to new hypotheses that complement or reinforce the presented plot

Keywords: Bond. Feelings. Family Health. Supplementary Health. Data Grounded Theory.

SENTIMIENTO DE PERTENENCIA EN LA CONSTITUCIÓN DEL VÍNCULO EN UNA AUTOGESTIÓN DE SALUD SUPLEMENTARIA

RESUMEN

La producción científica en salud ha acompañado el movimiento de valorización del abordaje integral y de la subjetividad. Considerando que el vínculo favorece la identificación de aspectos subjetivos del cuidado, el objetivo fue tratar sobre uno de sus elementos constituyentes, el Sentimiento de Pertenencia, en un escenario del ámbito de la Salud Suplementaria, orientado por el Modelo de Atención Integral y con servicios organizados a partir de la Estrategia de Salud de la Familia. Fueron entrevistados 17 participantes de Belo Horizonte y Juiz de Fora, Brasil, con edad entre 19 y 97 años, hombres y mujeres. La Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) y el Interaccionismo Simbólico fueron los referenciales metodológico y teórico utilizados. El análisis de los datos extraídos de las entrevistas ocurrió a partir del proceso de codificación propuesto por la TFD, siendo, Codificación Abierta, Axial y Teórica. Se evidenció que el Sentimiento de Pertenencia es uno de los elementos constituyentes del vínculo, reforzando la tesis de que el vínculo en los servicios de salud se construye en un proceso relacional que se hace de forma multifactorial, pasando, entre otros, por aspectos sociales y subjetivos. Se resaltan elementos relacionados a la coyuntura de la realidad estudiada, diferente de aquella del sector público, lo que puede suscitar nuevas hipótesis que complementen o refuercen el tema presentado.

Palabras clave: Vínculo. Sentimientos. Salud de la Familia. Salud Suplementaria. Teoría Fundamentada en los Datos.

REFERENCIAS

1. Freitas RM, Cherchiglia ML, Lana FCF, Malta DC, Andrade EIG. Estudos dos modelos assistenciais praticados por

operadoras de planos privados de saúde. Rev Saúde Coletiva. 2011;21(4):1561-77.

2. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6(2):329-39.

3. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):231-8. [citado 2015 jan 12]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a25v17n1>
4. Barbosa, ML, Celino SDM, Costa GMC. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. *Interface [Internet]*. 2015 dez [citado 2016 jul 5] ; 19(55):1101-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000401101&lng=en.. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1179>.
5. Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Cuginotti AP, Reis AAC. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 jan; 18(1):57-66. [Internet]. [citado 2016 jun 5] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100007>.
6. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*. 2014 jul/set; 13(3):556-62. [citado 2015 jun 17]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v13i3.19661>
7. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Rene*. 2012; 13(2):375-85.
8. Penna CMM, Queiróz ES. Concepções e práticas de enfermeiros no trabalho com famílias. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(4):941-9. [citado 2017 jan 15]. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2015/240941p.php>
9. Cunha JJ, Santos PMD, Correa ABH, Hermann AP, Lacerda MR. A oportunidade de trabalhar com a teoria fundamentada nos dados na graduação em enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2012 jul/set; 11(3):593-9. [citado 2015 jun 17]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v11i3.14183>.
10. Ennes MA. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. *Perspectivas*. 2013 jan/jun;43:63-81. [citado 2015 jun 17]. Disponível em: <http://piwik.seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/viewFile/5956/4859>
11. Vaitsman J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. *Cad Saúde Pública*. 2000 jul/set;16(3):847-50.
12. Pozza dos Santos B, Nizoli NF, Tuerlinckx NP, Roese A. The bond as a soft technology in the daily routine of the Family Health Strategy: perception of the user. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):189-97. [citado 2014 nov 15]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a21>
13. Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(2):331-7. [citado 2015 jan 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v12i2.19643>
14. Kebian LVA, Acioli S. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*. 2015 jan/mar; 14(1):893-900.[citado 2015 jan12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i1.22466>
15. Hemmi APA, Penna CMM. A construção social da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários. *Cienc Cuid Saude*. 2012 abr/jun; 11(2):235-42 [citado 2015 jan12]. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v11i2.10299>
16. Leite NSL, Cunha SR, Tavares M de FL. Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico reflexiva freireana. *Rev Enferm UERJ*. 2011 jan/mar; 19(1):152-6.
17. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilidade. *Rev Bras Enferm*. 2013 jul/ago; 66(4):514-22.
18. Moraes PA, Bertolozzi, MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45(1):19-25.
19. Sousa, MW. Práticas de recepção mediática como práticas de pertencimento público. *Novos Olhares*. 1999;(3):12-30.

Endereço para correspondência: Viviane Gonçalves Barroso. Rua Engenheiro Alberto Pontes, 55, apt 702 – Belo Horizonte, MG. CEP: 30.492.020 – Telefones: (55)31-33757477 e (55)31-994492025. E-mail: vivianebarroso@uol.com.br

Data de recebimento: 27/11/2015

Data de aprovação: 26/11/2016