



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**GLAUCILÂNDIA PEREIRA NUNES**

**ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO HIPERTENSO**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2018**

GLAUCILÂNDIA PEREIRA NUNES

ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO HIPERTENSO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rocineide  
Ferreira da Silva

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Nunes, Glaucilândia Pereira .  
Análise das redes sociais dos profissionais da  
atenção primária à saúde para a assistência integral  
ao hipertenso [recurso eletrônico] / Glaucilândia  
Pereira Nunes. - 2018 .  
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do  
trabalho acadêmico com 113 folhas, acondicionado em  
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade  
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
Fortaleza, 2018 .

Área de concentração: Saúde Coletiva.  
Orientação: Prof.ª Dra. Maria Rocineide Ferreira  
da Silva.

1. Hipertensão. 2. Estratégia Saúde da Família. 3.  
Redes Sociais. I. Título.

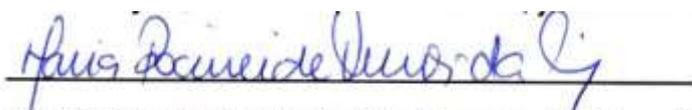
GLAUCILÂNDIA PEREIRA NUNES

ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO HIPERTENSO

Dissertação apresentada ao curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva  
do Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva do Centro de Ciências da  
saúde da Universidade Estadual do Ceará,  
como requisito para à obtenção do título de  
Mestre. Área de concentração: Saúde  
Coletiva

Aprovada em: 31 de janeiro de 2018

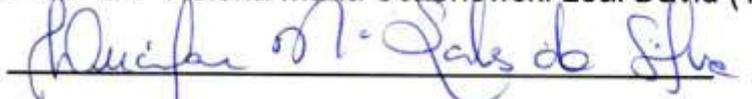
BANCA EXAMINADORA



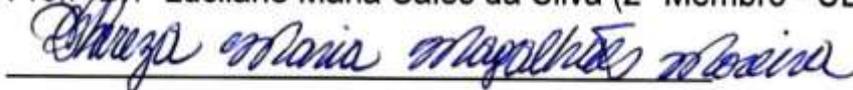
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva (Presidente/Orientadora - UECE)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David (1º Membro - UERJ)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucilane Maria Sales da Silva (2º Membro - UECE)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thereza Maria Magalhães Moreira (Suplente - UECE)

Dedico a Deus, por me fazer capaz de concluir este desafio, por me fortalecer nas horas difíceis e não me deixar desistir. À minha mãe, Socorro, que sempre esteve ao meu lado, cujo apoio foi fundamental para essa conquista. Ao meu marido e filhos que são a razão da minha vida e me inspiram a ser melhor a cada dia. À minha irmã, Val, que mesmo distante acreditou, me incentivou e torceu pelo meu sucesso.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter sido minha fortaleza por toda minha vida, por ter me mantido firme nesse propósito, superando todas as dificuldades dessa caminhada até essa vitória.

À minha mãe, Socorro, que sempre esteve ao meu lado e com seu apoio me possibilitou essa conquista.

Ao meu marido, Emanuel, e meus filhos, Gabriel e Anabella, que me inspiram a ser melhor a cada dia.

À minha amada irmã, da qual sinto saudades da convivência diária, pelo apoio e incentivo.

A todos familiares que me incentivaram, me apoiaram e torceram pelo meu sucesso.

À Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, minha orientadora, pela oportunidade que me foi dada para cursar o mestrado, pelas orientações, pela confiança e, principalmente, pelo acolhimento, compreensão, paciência, carinho e por todos os ensinamentos nessa árdua, mas prazerosa, caminhada.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David e Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva pela colaboração para o aperfeiçoamento da pesquisa através dos seus apontamentos, imprescindíveis para a elaboração deste trabalho.

À Carla Nogueira, coordenadora da unidade em que trabalhava ao iniciar o mestrado, pelo apoio e colaboração.

Às minhas amigas, Camila e Érica, que me incentivaram desde o princípio e me apoiaram nessa jornada.

Aos amigos dos encontros de final de semana, pela compreensão pela minha ausência em muitos momentos nesse período.

Aos amigos de caminhada do mestrado, que tornaram essa jornada mais suave e agradável, com suas amizades e apoios, que foram fundamentais para me manter firme nesse propósito, em especial à Katherine, Fátima, Edyla, Jhennifer, Natália, Bruno, Fernando Virgílio, Aline, Emanuella, Fiama e Carol, os quais levarei sempre em minhas lembranças. Certamente, essa foi a melhor turma de mestrado que eu poderia ter!

Às colaboradoras do grupo de pesquisa, Alice e Mikaelly, pela ajuda no processo de transcrições das entrevistas.

À Alexandra e seu esposo, Sérgio, cuja colaboração foi fundamental no processo de

análise da pesquisa.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pela contribuição em meu processo de formação.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa, sem os quais este estudo não seria possível.

A todos aqueles que de algum modo colaboraram para a concretização desse sonho.

## RESUMO

As doenças cardiovasculares configuram-se como as principais causas de morbimortalidade atualmente no país, dentre essas, a hipertensão arterial é uma das mais prevalentes no mundo. Tal fato se agrava com o envelhecimento populacional e pelo alto impacto nas contas públicas causado pelas complicações decorrentes da hipertensão arterial, por essa razão esse é um tema relevante para a saúde pública, visto que o sistema de saúde deve se organizar e estruturar para atender a tais demandas da população. No entanto, o sistema de saúde apresenta dificuldades para atender às demandas inerentes a esse público, dificultando a prestação de cuidado adequado ao hipertenso. Nesse contexto, o profissional da atenção primária à saúde responsável pelo cuidado ao hipertenso necessita estabelecer outras estratégias de acesso aos serviços demandados por esse usuário, utilizando a rede social informal para favorecer a integralidade da assistência ao hipertenso. Esta pesquisa analisa as redes sociais dos profissionais da atenção primária para garantia da assistência integral ao hipertenso, essas construções sociais contribuem para a produção do cuidado dessa clientela no nível primário de atenção à saúde. Trata-se de estudo analítico de abordagem mista. Participaram da pesquisa profissionais da Estratégia Saúde da Família de uma unidade de atenção primária à saúde do município de Fortaleza. Para análise de redes sociais utilizou-se os *softwares* UCINET e NETDRAW, fundamentada na teoria de análise de redes, avaliando-se as seguintes métricas: densidade, centralidade de grau, centralidade de intermediação, centralidade de informação e centralidade de proximidade. Os enfermeiros emergiram como atores de maior relevância dentro da rede a partir da assistência ao hipertenso, de acordo com as métricas avaliadas. A análise qualitativa se pautou na análise temática de Minayo, onde foram evidenciadas três categorias: Processos de trabalho na ESF: fatores potencializadores e dificultadores; regulação governamental: um desafio para a integralidade da assistência e rede unipede: tecendo novos caminhos para o cuidado. As discussões fundamentaram-se na teoria Social de Pierre Bourdieu com ênfase no campo social e os diversos capitais sociais. O estudo evidenciou o enfermeiro como ator de destaque dentro da rede dos profissionais para o cuidado ao hipertenso. Identificou-se os principais fatores que influenciam para a garantia da integralidade dentro da rede desses profissionais para a assistência ao hipertenso. Percebeu-se uma oferta insuficiente de serviços de média e alta complexidades frente

às demandas da população. Devido à dificuldade na acessibilidade para outros níveis da rede de atenção, os profissionais, considerando sua autonomia, ética e responsabilidade, utilizam suas redes sociais pessoais para favorecer o acompanhamento ao hipertenso, favorecendo a produção do cuidado desses usuários.

**Palavra-chave:** Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Redes Sociais.

## ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main causes of morbidity and mortality in the country, among them, arterial hypertension is one of the most prevalent in the world. This fact is aggravated by the aging of the population and by the high impact on the public accounts caused by complications caused by arterial hypertension, which is why this is a relevant issue for public health, since the health system must organize and structure to attend to such demands of the population. However, the health system presents difficulties to meet the demands inherent to this public, making it difficult to provide adequate care to the hypertensive. In this context, the primary health care professional responsible for hypertension care needs to establish other strategies to access the services demanded by this user, using the informal social network to favor the integrality of the hypertensive care. This research analyzes the social networks of the primary care professionals to guarantee the integral assistance to the hypertensive, these social constructs contribute to the production of the care of this clientele in the primary level of attention to health. It is an analytical study of mixed approach. Participants in the study were professionals from the Family Health Strategy of a primary health care unit in the city of Fortaleza. For the analysis of social networks, the UCINET and NETDRAW software were used, based on the theory of network analysis, evaluating the following metrics: density, centrality of degree, centrality of intermediation, centrality of information and centrality of proximity. Nurses emerged as more relevant actors within the network from the assistance to the hypertensive, according to the metrics evaluated. The qualitative analysis was based on Minayo's thematic analysis, where three categories were evidenced: Work processes in the FHT: potentiating and hindering factors; government regulation: a challenge for the integrality of assistance and uniped network: weaving new paths for care. The discussions were based on the Social theory of Pierre Bourdieu with emphasis in the social field and the diverse social capitals. The study evidenced the nurse as an outstanding actor within the network of professionals for the care of the hypertensive. It was identified the main factors that influence to guarantee the integrality within the network of these professionals for the assistance to the hypertensive. There was an insufficient supply of services of medium and high complexity in face of the demands of the population. Due to the difficulty in accessibility to other levels of the care network, professionals, considering their autonomy, ethics and responsibility, use their personal

social networks to favor the monitoring of hypertension, favoring the production of care of these users.

**Keywords:** Hypertension. Family Health Strategy. Social networks.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 –</b>	<b>Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade -----</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 2 –</b>	<b>Regime de Regulação governamental -----</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 3 –</b>	<b>Regime de Regulação Profissional -----,.....</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 4 –</b>	<b>Principais indicadores das redes sociais -----</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 5 –</b>	<b>Perfil dos participantes da pesquisa, Fortaleza-Ce, 2018 -</b>	<b>49</b>
<b>Quadro 6 –</b>	<b>Codificação dos participantes por categoria profissional</b>	<b>52</b>
<b>Quadro 7 -</b>	<b>Análise temática: categorias e núcleos de sentido dos achados do estudo. -----.</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 1 –</b>	<b>Grau de centralidade da rede dos profissionais de uma UAPS da ESF. Fortaleza-CE, 2018 -----</b>	<b>56</b>
<b>Tabela 2 -</b>	<b>Valores da centralidade da informação -----</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 3 -</b>	<b>Valores do grau de intermediação da rede -----</b>	<b>63</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 –</b>	<b>Mapa das Regionais de Fortaleza -----</b>	<b>41</b>
<b>Figura 2 –</b>	<b>Bairros da Regional III do município de Fortaleza -----</b>	<b>42</b>
<b>Figura 3 –</b>	<b>Rede dos Profissionais da ESF de uma UAPS a partir da assistência ao hipertenso. Fortaleza – CE, 2018. -----</b>	<b>53</b>
<b>Figura 4 –</b>	<b>Grau de centralidade da rede dos profissionais de saúde de uma UAPS. Fortaleza-CE, 2018. -----</b>	<b>58</b>
<b>Figura 5 –</b>	<b>Grau de intermediação da rede dos profissionais da ESF. Fortaleza- CE, 2018. -----</b>	<b>58</b>
<b>Figura 6 –</b>	<b>Grau de Proximidade da rede dos profissionais da ESF. Fortaleza-CE, 2018. -----</b>	<b>65</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Análise de Redes Sociais
AS	Apoio Social
AT	Análise Temática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGETS	Coordenadoria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde
DC	Doenças Crônicas
DCV	Doenças Cardiovasculares
DAPS	Demanda de Agendas Programadas
DESP	Demanda Espontânea
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HA	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LCR	Luis Recamonde Capelo
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC	Modelo de Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Riscos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Recibo de Pagamento a Autônomo
RS	Redes Sociais
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SERCEFOR	Secretaria Regional do Centro de Fortaleza
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS.....	23
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
3.1	HIPERTENSÃO E SUA RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	24
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO.....	26
3.3	REDES SOCIAIS E SAÚDE: TECENDO CAMINHOS PARA O CUIDADO.....	33
3.4	ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: UMA METODOLOGIA RELEVANTE PARA PESQUISA EM SAÚDE.....	36
3.5	APROXIMAÇÃO COM CONCEITOS UTILIZADOS POR PIERRE BOURDIEU – ARTICULANDO CIÊNCIAS SOCIAIS E CIÊNCIAS DA SAÚDE .....	39
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
4.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE PESQUISA....	41
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	41
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	45
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS.....	46
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	47
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>49</b>
5.1	REDE SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELAÇÕES E INTERAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO.....	51
5.1.1	<b>Densidade da Rede dos profissionais de saúde da ESF....</b>	<b>54</b>
5.1.2	<b>Centralidade de Grau (<i>degree centrality</i>) na rede de profissionais da ESF .....</b>	<b>56</b>

5.1.3	<b>Centralidade de Informação (<i>information centrality</i>) na rede dos profissionais da atenção básica.....</b>	60
5.1.4	<b>Centralidade de Intermediação (<i>betweenness centrality</i>) na rede dos profissionais da ESF.....</b>	62
5.1.5	<b>Grau de proximidade da rede dos profissionais da ESF...</b>	64
5.2	<b>ELEMENTOS INFLUENCIADORES DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO: CONSTRUINDO NOVOS CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO....</b>	66
5.2.1	<b>Categoria I - processo de trabalho na esf: fatores potencializadores e facilitadores .....</b>	67
5.2.1.1	<b><i>Fatores potencializadores da assistência na ESF.....</i></b>	68
5.2.1.2	<b><i>Trabalho em equipe: a integralidade como premissa do trabalho na ESF.....</i></b>	68
5.2.2	<b>Vinculação ao Território e responsabilização sanitária: aspectos fortalecedores da assistência .....</b>	71
5.2.3	<b>Implementação de fluxos de assistência: otimizando o trabalho da equipe e o acesso aos serviços de saúde e a outros níveis da rede de atenção à saúde (RAS) .....</b>	73
5.2.4	<b>Fatores dificultadores da assistência na ESF.....</b>	74
5.2.4.1	<b><i>Rotatividade dos profissionais e precarização dos vínculos empregatícios.....</i></b>	75
5.2.4.2	<b><i>Fragilização do trabalho em equipe.....</i></b>	77
5.2.4.3	<b><i>Inversão do modelo assistencial da ESF e fluxo assistencial fragilizado.....</i></b>	79
5.2.5	<b>Categoria II – regulação: um desafio para a integralidade da assistência ao hipertenso.....</b>	85
5.2.5.1	<b><i>Insuficiência da regulação na rede de assistência à saúde (RAS).....</i></b>	85
5.2.6	<b>Fragilização dos processos de referência e contrarreferência.....</b>	86
5.3	<b>CATEGORIA III – REDE UNIPEDE: TECENDO NOVOS CAMINHOS PARA O CUIDADO AO HIPERTENSO.....</b>	89
5.3.1	<b>Redes Informais na ESF e a Regulação Profissional .....</b>	89

<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>102</b>
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	103
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	105
	APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO PROJETO GUARDA-CHUVA.....	107
	APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PESQUISA ATUAL.....	110

## 1 INTRODUÇÃO

A aproximação com a temática deste estudo emerge das minhas percepções advindas da vivência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Fortaleza, onde desempenhei funções assistenciais e assumi a responsabilidade técnica dos programas de hipertensão e diabetes (HIPERDIA) e saúde do idoso, por aproximadamente 10 anos.

No desenvolver de minhas atividades profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) como enfermeira da ESF, responsável pelo acompanhamento de uma vasta clientela acometida por doenças crônicas (DC), de modo particular a hipertensão que pode acarretar o desenvolvimento de diversas complicações, por vezes demandando cuidados que extrapolam as condições de assistência da APS, sendo necessário referenciá-los para serviços especializados a fim de garantir o seguimento da terapêutica necessária para alcançar melhores condições de vida.

No entanto, essa referência a outros níveis de atenção, por muitas vezes esbarra na burocracia de um sistema incapaz de atender e responder às demandas apresentadas por essa parcela da população, fazendo com que esses usuários permaneçam em filas de espera por longos períodos, o que contribui para o agravamento da complicação clínica já instalada, as quais em algumas situações demandam tratamentos adequados mais imediatos para estabilizar a condição patológica e a gravidade do caso.

Diante dessas situações, em diversos momentos, os profissionais que prestam assistência ao hipertenso se deparam com a necessidade de estabelecer vínculos e trilhar caminhos alternativos, que podem ser reconhecidos como redes informais, essas são as redes compostas pelos indivíduos mais próximos dentro da rede social, diferentes dos itinerários institucionalizados, nomeados redes formais (NASCIMENTO et al, 2011).

Esses percursos informais, em determinadas situações do cotidiano profissional, se apresentavam como a opção mais viável, rápida e segura, no intuito de garantir ao sujeito com hipertensão acesso aos serviços adequados necessários no processo da construção de uma assistência integral de qualidade, construindo redes sociais (RS) cujo objetivo maior seja a produção de saúde.

A presente pesquisa fundamenta sua relevância na observação do

envelhecimento populacional e sua correlação com o aumento das doenças crônicas, dentre estas as doenças cardiovasculares (DCV), bem como a necessidade de se estruturar o sistema de saúde para absorver as demandas dessa ampla clientela em ascensão, tal como reconhecer os territórios acessados para garantir acesso e atendimento integral em saúde (MENDES, 2012).

No que se refere às DCV, a hipertensão arterial (HA) é uma das mais prevalentes no mundo. No Brasil, 32,5% (36 milhões) da população adulta é afetada por essa patologia, mais de 60% dos idosos, contribuindo de maneira direta ou indireta para 50% das mortes causadas por doenças cardiovasculares. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) conceitua hipertensão arterial (HA) como uma condição clínica que tem multifatores causais e apresenta como característica preponderante, a elevação sustentada dos níveis pressóricos (> 140 e ou 90mmHg). Esta, por sua vez, associa-se a alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos considerados primordiais à vida (coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos) desencadeando distúrbios metabólicos, que estão relacionados a uma elevação do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A prevalência da HA, no Brasil, varia dependendo da população estudada, no entanto, estima-se que a prevalência geral de HA é de 22,3%, com predominância no sexo masculino (25,3% vs 19,5%) e em áreas urbanas em comparação à rural (21,7% vs 19,8%) (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016).

As DCV foram as causas de óbitos mais importantes no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no período de 2000 a 2012 (WHO, 2014). No Brasil, as DCV são as principais causas de morbidade e mortalidade atualmente (MARTINEZ e MURAD, 2014), em particular a arterial coronariana, configurando-se na principal causa de morte no Brasil (BORGES et al, 2012).

Por se tratar de uma patologia de elevada frequência, que pode desencadear uma série de complicações clínicas, a hipertensão figura como importante problema de saúde pública. Neste cenário, a APS surge com uma atribuição que lhe é peculiar de porta de entrada preferencial dos indivíduos ao sistema de saúde, assumindo a função de organizadora da rede de atenção à saúde a fim de garantir a integralidade do cuidado (PNAB, 2012).

Para que se concretize uma atenção integral de qualidade, que atenda de fato as necessidades apresentadas por essa gama de usuários, estes necessitam estabelecer relações com diversos atores e territórios, que compõem suas redes

sociais, formal ou informal, as quais assumem funções importantes no que tange o processo de saúde e adoecimento desses indivíduos, destacando-se nesse contexto a UAPS e os diversos profissionais que atuam nesse nível de atenção.

As Redes Sociais (RS) são objetos de estudos e discussões das ciências sociais há muito tempo. Como pioneira no estudo dessas redes, as ciências sociais vêm se debruçando sobre esse tema há mais de um século, na busca pela compreensão da complexidade existente no conjunto das relações e interações entre os membros de uma sociedade (FREEMAN, 2006). No entanto, esse conceito de redes vem extrapolando os limites das ciências sociais, e expandindo sua utilização para outras áreas do conhecimento, sendo hoje pesquisado pelas ciências da informação, pela área de gestão e, mais recentemente, pela saúde (LANDIM et al, 2010).

Para as ciências sociais, o termo rede, no singular ou no plural, usado em associação ao adjetivo social, é utilizado por diversas áreas como a antropologia, sociologia, ciências políticas, economia, entre outras. De maneira geral, os estudos realizados por todas essas áreas sobre as RS, contribuíram para uma inovação na compreensão da sociedade, analisando as relações e interações como elo social, que se estabelece entre indivíduos, em função dos papéis desempenhados por estes na sociedade. Esses vínculos relacionais entre os indivíduos são base para a compreensão da sociedade e reforçam suas capacidades de atuar, compartilhar, aprender, captar recursos e mobilizar dentro dessa rede, na qual o indivíduo está inserido (MARTELETO, 2010).

As RS podem ser definidas como um emaranhado de relações, pautadas na solidariedade, mobilização dos indivíduos, designados atores sociais, através de interações, compartilhamento contínuo de informações construindo um tecido social capaz de fortalecer esses atores para o enfrentamento de problemas contemporâneos (ANDRADE e VAITSMAN, 2002; MARTELETO, 2010; ANDRADE e DAVID, 2015).

Na saúde, os estudos sobre as RS podem se basear na teoria do apoio social (AS), definido como qualquer tipo de informação, falada ou não, e/ou auxílio material prestados por um indivíduo ou grupo de indivíduos que tem proximidade ou não, produzindo resultados positivos para ambos os lados envolvidos no processo (RIBEIRO, 2008 apud VALLA, 1999).

As RS podem ser denominadas de primárias e secundárias. As redes primárias são aquelas compostas por relacionamentos próximos como familiares,

amigos e vizinhança. Já as RS secundárias são formadas por instituições sociais das mais diversas possíveis, tais como empresas, instituições religiosas, educacionais, de saúde, partilhando informações e experiências com um objetivo determinado (MARTELETO, 2010).

Na atualidade, as discussões em torno da análise de redes sociais (ARS) vêm recebendo uma maior ênfase no campo da saúde, considerando que estas influenciam substancialmente no processo de cuidar, contemplando a multiplicidade de atores envolvidos e a complexidade percebida nas relações estabelecidas entre esses atores que participam de uma determinada rede social.

Desse modo, estudar RS responde às exigências de complexificação da teoria social que surge de necessidades práticas diversas ligadas ao desenvolvimento de inovações metodológicas de intervenção e participação social, exaltadas pelas políticas públicas e movimentos sociais, configurando-se em um instrumento de análise e construção de uma nova ordem social (MARTELETO, 2001, MARTINS; FONTES, 2004; MOLINA 2005, MANGIA; MURAMOTO, 2005).

Pela complexidade social que subsidia o desenvolvimento das DCV, também são complexas as condições de organização e estruturação social que são suscitadas para reordenação da sociedade a fim de garantir um sistema de saúde resolutivo, capaz de propiciar à população um serviço de saúde de qualidade com garantia de integralidade no acesso aos cuidados de saúde, em particular do hipertenso. Para tanto, em diversos momentos torna-se essencial que o trabalho em redes seja efetivado de maneira a contribuir para o desenvolvimento de ações que visem garantir a integralidade nas ações de saúde.

Não fosse pelo fato de a ARS ser ainda pouco difundida na Saúde Coletiva brasileira, seria lícito afirmar que apresenta argumentos suficientes em favor de sua utilização como complemento de procedimentos avaliativos em programas de saúde (DENIS, 2010, p. S230).

A ARS pode ser útil contribuindo com a identificação dos fatores relativos aos recursos humanos, em suas subjetividades, quando se inter-relacionam e agem no cotidiano de trabalho, gerando circunstâncias que impeçam ou facilitem a execução de intervenções (OLIVEIRA et al., 2010).

Diante de todos os fatos expostos fundamentados em literatura pertinente, justificamos o estudo de redes sociais na atenção primária para que possamos aprofundar discussões sobre as novas organizações sociais estabelecidas pelos

indivíduos e a interação dos profissionais da APS em redes sociais informais com o objetivo de garantir uma assistência integral ao hipertenso.

Estudos de ARS também possibilitam identificar os principais atores que compõem essas RS, os que assumem papéis centrais dentro dessas e o impacto dessas RS para o desenvolvimento do cuidado aos hipertensos, analisando-os à luz da Teoria de Pierre Bourdieu. Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a temática proposta por essa pesquisa nos indagamos sobre como se delineiam as redes sociais dos profissionais da APS para garantir assistência ao sujeito com hipertensão? Configurando-se na questão norteadora desta pesquisa.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a rede social (RS) dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência ao hipertenso e seu delineamento.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar a RS de profissionais da APS na assistência ao hipertenso;
- b) Caracterizar as relações nas equipes da APS e os principais atores dessa RS;
- c) Descrever através de grafos a RS de profissionais da APS na assistência ao hipertenso.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 HIPERTENSÃO E SUA RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Observa-se, nas últimas décadas, uma modificação da estrutura populacional, no que se refere ao aumento da longevidade. O envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo de forma rápida e, concomitante a esse fato, percebe-se o incremento das condições clínicas crônicas não transmissíveis, como a hipertensão. Essa transição demográfica, com acelerado envelhecimento populacional, vem ocorrendo sem que os serviços de saúde tenham se organizado para atender às demandas que essa nova população traz ao sistema de saúde e à sociedade de forma geral (BRASIL, 2007).

A hipertensão arterial (HA) é uma condição crônica de causas multifatoriais em que se observa a elevação sustentada dos níveis pressóricos (> 140 e/ou 90 mmHg), aparecendo frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais órgãos-alvo, sofrendo influência de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016).

Atualmente, a HA é um problema de relevância para a saúde pública, por se tratar de uma condição de alta prevalência na população brasileira, configurando-se em FR importante para o desenvolvimento de patologias cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, as quais podem cursar com complicações graves, fato responsável por um impacto financeiro relevante para o sistema de saúde (MACIEL et al, 2011).

Com relação aos FR relacionados à HA, são classificados como modificáveis e não modificáveis. Os FR modificáveis são aqueles em que o indivíduo pode interferir para mudá-los, tais como a alta ingestão de sal, obesidade, sedentarismo, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, fatores socioeconômicos e ambientais. Já os não modificáveis não podem ser transformados pela intervenção do homem, são inerentes ao indivíduo como a idade (envelhecimento), o sexo, a etnia e a hereditariedade (genética) (SANTOS; MOREIRA, 2012).

No que se refere ao processo de saúde-doença, alguns fatores individuais que influenciam no adoecimento das pessoas podem ser percebidos, como os relacionados aos hábitos de vida e genéticos. Entretanto, existem também os fatores

sociais que influenciam diretamente na saúde das pessoas, tais como as condições de vida, acesso aos serviços de saúde e a existência de uma rede social de apoio. Nesse sentido, compreendemos que a RS do hipertenso pode contribuir para melhorar a qualidade de vida, influenciando positivamente tanto nos aspectos físicos como psicológicos (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Quanto à classificação da HA, em indivíduos maiores de 18 anos, de acordo com os níveis pressóricos, temos: normotensão, pré-hipertensão, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3. Considera-se hipertensão arterial sistólica conforme quadro a seguir (VII, DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

**Quadro 1 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade**

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mm Hg)</b>	<b>PAD (mm Hg)</b>
<b>Normal</b>	≤ 120	≤ 80
<b>Pré-hipertensão</b>	121-139	81-89
<b>Hipertensão estágio 1</b>	140 – 159	90 – 99
<b>Hipertensão estágio 2</b>	160 – 179	100 – 109
<b>Hipertensão estágio 3</b>	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2016.

Trata-se de uma patologia silenciosa, na maioria das vezes e que para um controle adequado necessita de uma série de ações que implicam em transformações do estilo de vida, adoção de um estilo de vida mais saudável e uso de medicações anti-hipertensivas em muitos casos. Percebe-se que a HA é uma condição crônica de difícil controle em parte importante dos casos, e o controle inadequado contribui indiscutivelmente para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (SANTOS et al, 2012).

Desse modo, torna-se imprescindível buscar implementar estratégias diversas que otimizem o envolvimento do hipertenso com os diferentes tipos de tratamentos utilizados, tanto o medicamentoso, como o não medicamentoso, com o intuito de contribuir com o avanço dessa condição crônica, bem como promover

prevenção de complicações decorrentes dessa patologia (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

A literatura sobre a temática é uníssona ao afirmar que o adequado controle da hipertensão e, conseqüentemente, a prevenção das complicações advindas do tratamento inadequado é impossível, sem que se consiga implementar mudanças no estilo de vida, o que tradicionalmente se denomina como tratamento não medicamentoso, o que talvez se configure como o maior desafio para a adesão ao tratamento da HA (SANTOS et al, 2012).

Para que essa mudança nos hábitos de vida diários ocorra, faz-se necessário a participação ativa dos profissionais, familiares e portadores de HA, para que as ações sejam otimizadas no intuito de favorecer a adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja alcançado em sua totalidade (MACIEL et al, 2011).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO

Faremos a seguir um breve levantamento histórico sobre o processo de construção do sistema de saúde atual, com ênfase na APS e nas funções atribuídas a esse nível de atenção no modelo assistencial atualmente desenvolvido no país, e mais especificamente em nosso município.

A conferência de Alma-Ata (1978) conceituou cuidados primários como cuidados básicos fundamentados em métodos e tecnologias práticas, embasado cientificamente e aceitos pela sociedade, com acesso universal ao indivíduo e às famílias, com ampla participação popular, apresentando custos aceitáveis para as comunidades e países, desenvolvendo um espírito de autonomia e autoconfiança. Essa concepção constitui base para formulação dos cuidados prestados na APS.

Starfield (2002) define como sendo quatro os atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato refere-se à acessibilidade e uso do serviço de saúde sempre que o indivíduo necessitar. A longitudinalidade implica em oferecer serviços de saúde e uso deles ao longo da vida dos indivíduos. A integralidade implica em garantir o acesso e a assistência através da APS aos indivíduos doutros níveis de atenção à saúde, de acordo com as necessidades. O atributo coordenação requer alguma forma de continuidade, seja pelo acompanhamento contínuo com o mesmo profissional ou pelo prontuário médico,

assim como pelo reconhecimento de problemas.

Aprofundando a discussão sobre saúde no âmbito político e social, acontece, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), contando com ampla participação popular, reflete toda a efervescência e mobilização social que contextualizava aquele período histórico. Em linhas gerais, a 8ª CNS, discutiu a saúde como um direito, além de discutir a urgência da reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento dele. Em seu relatório final, são lançadas as bases e os princípios em que o novo sistema de saúde deverá se pautar, configurando-se como os fundamentos para a reforma sanitária brasileira (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986).

Seguindo nessa mesma linha dos movimentos sociais da época, é criada a Constituição Federal de 1988, que traz o direito à saúde no título destinado à ordem social, que tem por objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. No Art. 196, da referida Constituição, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas públicas com o intuito de reduzir o risco de doenças e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição traz a saúde como direito social fundamental, recebendo, deste modo, proteção jurídica específica no cenário jurídico constitucional brasileiro (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Fundamentado em todo o embasamento político e no contexto social vigente, em 1990, é criado o novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), com sua efetivação e regulação legalizadas pela promulgação das leis 8.080 e 8.142 de referido ano. O SUS surge como uma conquista resultante de processos de lutas sociais travadas com o objetivo de democratizar a saúde no Brasil.

Conforme Brasil (2000), a criação do SUS se norteia por princípios doutrinários e organizativos em todo o território nacional. Os princípios doutrinários são:

- Universalidade: se refere à garantia de acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como os serviços contratados pelo poder público;
- Equidade: é garantir acesso aos diversos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção de acordo com a necessidade de cada indivíduo;

- Integralidade: o indivíduo deve ser visto integralmente, bem como deve receber uma assistência também integral, de maneira a garantir a promoção, prevenção e recuperação de sua saúde.

No que se refere aos princípios organizativos, que são os que regem a organização do SUS, tem-se (BRASIL, 2000):

- Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade tecnológica, numa área geográfica delimitada e com a população a ser atendida definida. Os serviços devem oferecer a uma determinada população acesso a todas as modalidades de assistência, bem como a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

- Resolubilidade: o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentar e resolver os problemas de saúde até o nível da sua competência.

- Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, municipal, estadual e federal, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde.

- Participação dos cidadãos: é a garantia constitucional da representação da população, através de suas entidades representativas, participando do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Em meados da década de 90, são adotadas medidas governamentais com o intuito de fortalecer a APS, nesse momento histórico, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, como um novo modelo de atenção à saúde, com o objetivo de expandir a abrangência da APS, com uma particular preocupação com a qualidade dos serviços ofertados à população (MENDES, 2015).

O PSF, como modelo de atenção à saúde, surgiu pautado nos princípios que norteiam o SUS, com o objetivo de aproximar os serviços de saúde das pessoas, facilitar o acesso a esses serviços, resolver a maior parte das demandas que se apresentam nos serviços primários e tem como objeto principal de trabalho a família, visando prestar uma atenção integral à saúde, com uma assistência de qualidade (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Na perspectiva do cuidado integral, o indivíduo é visto em sua completude, considerando todos os aspectos determinantes da saúde (biológico, psicológico e sociocultural). Dessa maneira, a assistência integral à saúde, ainda que observada pela ótica individual, apresenta uma abordagem completa, em que as relações estabelecidas entre os indivíduos no processo de cuidar são valorizadas e permitem a construção de vínculos entre quem é cuidado e quem cuida (PAIM; SILVA, 2010).

Com o sucesso alcançado pelo PSF, em 2006, o Ministério da Saúde resolve expandi-lo e por meio da Portaria 648 do referido ano, define o PSF como a estratégia de organização da APS, definindo suas diretrizes e normas aprovando a PNAB (BRASIL, 2006). No entanto, com a publicação da nova PNAB em 2017, esta passa a ser o documento que define a organização e as diretrizes da APS.

No que tange o cotidiano laboral da ESF, a integralidade é o princípio mais intimamente relacionado ao trabalho em equipe, de acordo com a PNAB (2017), publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 22 de setembro refere-se ao escopo de ações executadas pela equipe de saúde, de modo a atender às necessidades da população nos âmbitos da prevenção e promoção à saúde, cura e reabilitação, considerando as condicionalidades e vulnerabilidades, favorecendo a autonomia individual e coletiva na gestão dos processos do cuidado em saúde.

A nova PNAB encontra-se em vigor na presente data. Essa nova política traz diversas alterações que trazem mudanças profundas nos processos de organização do trabalho na APS. Tais mudanças vão desde a composição das equipes à função desenvolvida por seus membros, no qual destaca-se a categoria de agentes comunitários de saúde, por exemplo, que nesta nova PNAB passa a realizar funções de técnicos de enfermagem.

Quanto à composição das equipes da ESF estas podem ser formadas, no mínimo, por um médico, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), não definindo mais quantidade por equipe. Podem, ainda, compor as equipes os agentes de combate às endemias (ACE), bem como profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em vigor (PNAB, 2017).

Na APS diversos são os problemas de saúde assistidos, dentre esses as condições crônicas merecem destaque devido ao aumento de pessoas acometidas

por essas e as complicações que podem surgir de uma assistência deficiente. Por essa perspectiva, essas condições crônicas tornam-se importante problema de saúde pública, pois se faz necessário melhorar a assistência prestada a esse público, melhorando a qualidade dos serviços prestados, configurando linhas de cuidado adequadas integrando os serviços nos diversos níveis de atenção avançando para atingir os objetivos propostos pelo conceito de integralidade, configurando-se em um desafio para os gestores da saúde (PAIM; SILVA, 2010).

Mais recentemente, vem se trabalhando com a organização do sistema de saúde por meio de redes de atenção à saúde (RAS), que a partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, elencou cinco redes temáticas prioritárias, as quais foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoa com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

As RAS são organizações de um conjunto de serviços de saúde que objetivam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS, prestada com eficiência e efetividade, garantindo a qualidade na assistência à saúde da população. Com o objetivo de reordenar a APS, considerando a ESF como estratégia assumida para a organização do SUS, esta se configura como o centro de comunicação das RAS, o que lhe atribui às funções de ordenadora dos fluxos de pessoas, produtos e informações no percurso de todos os níveis da RAS (MENDES, 2012).

Dentro dessa perspectiva de organização em redes, no município de Fortaleza foi implementado, no ano de 2013, um novo modelo assistencial na APS, o modelo de atenção às condições crônicas (MACC), que passou a ser o norteador para a organização do trabalho na ESF de Fortaleza a partir de então.

O MACC tem como base o modelo de condições crônicas (CCM), proveniente dos Estados Unidos e empregado em vários países do mundo, mas, esse modelo original, foi alterado e expandido, incorporando outros dois modelos – o modelo da pirâmide de riscos (MPR), também originário dos Estados Unidos e o modelo da determinação social da saúde –, de maneira a se adequar às necessidades e especificidades apresentadas pelo SUS, que se configura como um sistema de

atenção à saúde público e universal (MENDES, 2012).

No tocante a integralidade da assistência, observa-se que esta ainda encontra-se muito fragilizada, com um sistema regulatório que não consegue atender às demandas da população hipertensa, bem como de maneira geral.

O sistema de regulação governamental é realizado pelo governo, sendo esse responsável pela organização da oferta de serviços baseada em estudo das demandas da população.

No quadro a seguir, apresenta-se o resumo do regime de regulação governamental para melhor compreensão do funcionamento deste sistema regulatório (CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014).

## Quadro 2 – Regime de Regulação governamental

(continua)

O Regime de Regulação Governamental	
Atores	Gestores; equipes de regulação; formuladores da política.
Controle de recursos	A autoridade formal de legislar, de normalizar, de alocar recursos visando, por exemplo, a ampliação da oferta, seja via contratação de pessoal, seja pela compra de serviços do setor privado. No limite, tem autoridade para a intervenção em serviços privados (desapropriações, intervenções administrativas, outros) alegando-se a defesa dos direitos públicos.
Modos de operação	1. Regulação governamental burocrática (vertical, normativa, centralizada): atua sob os princípios burocráticos de atividade legítima, competência técnica, comunicação formal, impessoalidade, segundo as definições weberianas de burocracia. 2. Regulação governamental negociada (pactuada, descentralizada, com compartilhamento e responsabilidades): atua segundo os princípios do agir comunicativo, adotando regras flexíveis e contratualizadas entre os vários atores.
Produtos	Os protocolos com critérios de encaminhamentos; A disponibilização de vagas em serviços de saúde de várias complexidades; A definição de responsabilidades dos vários serviços; O estabelecimento de fluxos preferenciais entre os serviços;

(conclusão)

	<p>As capacitações profissionais;</p> <p>A construção de grandes redes de cuidado formalizadas, ordenadas e estáveis de cuidado, na direção do que o Ministério da Saúde/Opas vem propondo como redes temáticas de cuidado.</p>
Resultados	<p>Aumentar a disponibilidade ou oferta de serviços para produzir a integralidade do cuidado;</p> <p>Garantir maior chance de acesso para as pessoas que mais precisam ser cuidadas (produzir equidade no sistema de saúde);</p> <p>Garantir cobertura para uma ampla rede de atenção básica.</p>

Fonte: CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014.

Quando a regulação governamental não consegue dar conta dessas demandas, entra em cena o que se denomina de regulação profissional, temática central desta pesquisa, pois é nesse cenário de insuficiência e de pouca acessibilidade aos níveis de maior complexidade dentro da rede de atenção à saúde (RAS), que os profissionais de saúde da ESF desenvolvem suas atividades e buscam favorecer a integralidade da assistência ao hipertenso (CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014).

No quadro a seguir, pode-se visualizar o regime de regulação profissional e suas características, e como esse tipo de regulação tece uma rede assistencial desenhada a partir desses profissionais e sua rede pessoal para a integralidade do cuidado, funcionando de forma paralela à regulação governamental, de modo quase imperceptível aos gestores.

### Quadro 3 – O Regime de Regulação Profissional

(continua)

O Regime de Regulação Profissional	
Atores	Médicos e outros profissionais de saúde.
Controle de recursos	<p>Os contatos pessoais;</p> <p>○ “controle do carimbo” no caso dos médicos;</p> <p>○ poder legal-formal de encaminhar.</p>

(conclusão)

Modos de operação	<p>Burocrático: subordina-se à regulação formal, atua como operador das regras governamentais. O profissional como “agente” ou operador da regulação governamental.</p> <p>Criativo: aprende a usar e “flexibilizar” as regras da regulação formal, a depender do que ele avalia serem as necessidades do usuário. Produz regras informais.</p> <p>Independente: aquele que “corre por fora” do sistema formal, usa contatos pessoais, faz prevalecer a inserção profissional sobre a institucional, porque é na sua comunidade profissional alargada que encontra o principal sistema de referência para o seu agir profissional.</p>
Produtos	<p>A criação de circuitos quase sempre invisíveis para os gestores;</p> <p>A atualização permanente de regras informais.</p>
Resultados	<p>Viabilização ou interposição de interesses particulares (mercantis, científicos) nos processos regulatórios;</p> <p>Criação de fluxos de circulação mais ágeis e resolutivos para determinados pacientes;</p> <p>Produção de iniquidades ou favorecimento para determinados pacientes.</p>

Fonte: CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014.

A discussão dessa assistência, da garantia da integralidade, dos atores envolvidos e dos caminhos percorridos serão abordados pela análise de redes sociais à luz da Teoria de Bourdieu.

### 3.3 REDES SOCIAIS E SAÚDE: TECENDO CAMINHOS PARA O CUIDADO

Revisando a literatura, observa-se o surgimento das bases conceituais de redes sociais a partir de estudos do psiquiatra Moreno (1934), na primeira edição de sua obra *Quem Sobreviverá?* lança os fundamentos da sociometria, que define como ciência autônoma, considerada uma sociologia dos eventos dinâmicos microscópicos,

podendo ser empregada a grupos sociais diferentes, independente do tamanho do grupo e do sociograma descrito como um processo de mapeamento para representação das relações entre indivíduos, possibilitando uma análise estrutural de uma comunidade (MORENO, 2008).

Na literatura internacional sobre redes sociais, alguns marcos importantes na construção desse conceito podem ser citados. Barnes, antropólogo, em sua pesquisa etnográfica, em uma ilha norueguesa, em 1954, já utilizava em seu estudo a ideia de que os indivíduos estão interligados uns aos outros por um elo social que transcende os limites territoriais, desta forma, este trabalho caracteriza-se como um precursor no uso do conceito de redes (ENNE, 2004; MARTELETO, 2010). No Brasil, as primeiras utilizações das técnicas das RS evidenciadas, foi realizada pelas Ciências administrativas, como mostra um artigo publicado pela *Revista de Administração de Empresas (RAE)*, datado de 1984, de autoria de Reed Nelson (MELO e ANZILAGO, 2015).

Ainda estudando a literatura internacional sobre essa temática, deparamo-nos com alguns pesquisadores como Bott (1957), que desenvolveu pesquisas sobre elo nas relações conjugais e as redes de referência do casal. Mitchell é outro antropólogo que contribuiu para a elaboração do conceito de redes sociais em estudo realizado na África do Sul, em 1969, para avaliar o comportamento social de indivíduos de uma mesma rede e pode ser influenciada pelas redes sociais e seus elos. Todos esses estudos formam o arcabouço teórico que demarca o estudo das redes sociais (MARTELETO, 2010).

Nos estudos já realizados sobre essa temática, percebe-se um entrelaçamento entre os conceitos de rede social e apoio social, sendo perceptível uma importante implicação entre esses termos. De modo geral, RS define-se como o somatório das relações existentes entre os indivíduos e percebidas por estes como significativas e diferenciadas dentro de uma sociedade, já o apoio social, atribui características qualitativas e funcionais a essas relações em uma RS (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Na contemporaneidade, consideramos que o conceito de rede social vem contribuindo de maneira importante para o trabalho na saúde. Este é um conceito polissêmico, que permeia diversos campos (comunicação social, administração, ciências sociais, psicologia) e vem sendo descrito de diferentes modos na literatura (SLUZKI, 1997; MÂNGIA & MURAMOTO, 2005).

As redes sociais são estruturas dinâmicas, abertas e flexíveis capazes de se expandir de maneira ilimitada, integrando novos nós desde que estes sejam capazes de se comunicar dentro da rede. Pode-se definir como um conjunto de participantes autônomos, que unem ideias e recursos em prol de objetivos comuns e interagem de maneira a compartilhar conhecimentos e informações dentro dessa rede (CASTELLS, 1999; MARTELETO, 2001). Quando se imagina uma rede, tem-se a ideia de um conjunto de nós interligados entre si, como uma teia que ocupa um determinado espaço em um ambiente (NEWMAN, 2010).

RS é um conceito onipresente nos dias de hoje e ocupa espaço crescente no discurso acadêmico, nas mídias, nas organizações ou no senso comum. Seja ele um operador conceitual ou uma metáfora, parece, em princípio, servir a dois fins. Primeiro, configurar o espaço comunicacional tal qual representado e/ou experienciado no mundo globalizado e interconectado no qual se produzem formas diferenciadas de ações coletivas, de expressão de identidades, conhecimentos, informações e culturas. Segundo, indicar mudanças e permanências nos modos de comunicação e transferência de informações, nas formas de sociabilidade, aprendizagem, autorias, escritas e acesso aos patrimônios culturais e de saberes das sociedades mundializadas (MARTELETO, 2010, P. 28).

As RS podem ser definidas como um coletivo de indivíduos que estabelecem relações uns com os outros, em grupos ou individualmente, partilham conhecimentos e possuem objetivos específicos. As RS podem ser grandes ou pequenas, ou seja, pode ter muitos ou poucos atores, apresentando três elementos básicos: atores ou nós, relações ou vínculos, que também podem ser chamados de laços e fluxo de informações (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

O conceito de laços refere-se às relações estabelecidas entre os atores e podem ser fracos e fortes. A presença de laços fortes favorece a identidade comum da rede, revelando a credibilidade e a influência dessas relações, estes indivíduos que estabelecem laços fortes estão mais próximos e pertencem ao mesmo círculo social. Já os indivíduos que possuem muitos laços fracos se relacionam com muitos outros indivíduos, participando de outras redes sociais o que favorece o fluxo de informações dentro dessas redes (ANDRADE; DAVID, 2015).

Marteleto (2010) afirma que o conceito de redes sociais conduz a uma compreensão da sociedade baseada nos vínculos relacionais entre os indivíduos, reforçando suas capacidades de atuar, compartilhar, aprender, captar recursos e se

mobilizar por objetivos comuns.

As redes sociais são classificadas em primárias e secundárias. As RS primárias são aquelas que se referem às relações significativas e cotidianas que se estabelecem entre um ou mais indivíduos ao longo de suas vidas por meio do processo natural de socialização dos mesmos como as relações familiares, de amizade, de parentesco, por exemplo. Esse processo ocorre de maneira autônoma, espontânea e informal. Quanto às RS secundárias, estas se estabelecem em um coletivo, como instituições, empresas, organizações, movimentos sociais que compartilham conhecimentos e informações para determinados fins e apresentam interesses comuns (STOTZ, 2011).

Nos estudos de RS, pode ser empregada a análise de redes sociais (ARS) na qual alguns indicadores das redes são importantes de serem compreendidos, tais como: densidade, grau de centralidade, grau de proximidade, grau de intermediação e índice de centralização. Estas são as principais métricas analisadas nas pesquisas de redes sociais (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

#### Quadro 4 – Principais indicadores das redes sociais

(continua)

INDICADORES	CONCEITOS
<b>Densidade</b>	Refere-se à alta ou à baixa conectividade da rede. É expressa em percentagem do quociente entre as relações existentes e as relações possíveis dentro da rede.
<b>Grau de Centralidade</b>	Consiste no número de atores com o qual o ator está diretamente relacionado.
<b>Grau de Proximidade</b>	Trata-se da capacidade que o ator possui de alcançar todos os nós (atores) da rede, favorecendo o fluxo de informação sem alteração importante da informação inicial (efeito telefone sem fio).
<b>Grau de Intermediação</b>	Característica que um ator possui de intermediar a comunicação entre pares de nós (díades), são também conhecidos como atores-ponte, pois através dele a informação flui na rede.

(conusão)

<b>Centralidade de Informação</b>	Avalia a existência ou não de caminhos para o fluxo de informações dentro da rede. Um ator com alto valor de informação possui maior probabilidade de difundir e receber informações de toda a rede.
-----------------------------------	--

Fonte: Adaptado de Alejandro e Norman, 2005.

A relação entre RS e saúde se estabeleceu a partir do momento em que a compreensão de saúde sai do foco puramente biológico e passa a ser compreendida como um fenômeno social, que sofre influência de vários aspectos da vida em sociedade, que são os determinantes sociais da saúde (MARTINS; FONTES, 2004).

De acordo com Faquinello; Marcon e Waidmann (2011) na atualidade, após a produção de vários estudos sobre redes sociais, torna-se difícil negar a importância que as redes sociais assumem para os indivíduos de maneira geral, mas principalmente para aqueles que enfrentam algum problema de saúde, como por exemplo, nas doenças crônicas (DC), visto que os fatores ou determinantes envolvidos no processo de adoecimento são diversos, diante deste fato as RS podem contribuir para a melhoria na saúde desses pacientes, onde o suporte social se mostra relevante para promoção de adesão ao tratamento e ao autocuidado.

### 3.4 ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: UMA METODOLOGIA RELEVANTE PARA PESQUISA EM SAÚDE

Observa-se que, na contemporaneidade, vários estudos com a abordagem de análise de redes sociais (ARS) estão sendo produzidos nas mais diversas áreas do conhecimento. No campo da saúde, essa abordagem apresenta uma relevância particular, configurando-se em uma metodologia de pesquisa que tem como foco as interações que se produzem em sociedade, e não apenas nos indivíduos e seus atributos de maneira isolada e independente. Desse modo, possibilitando apontamentos que podem contribuir para a área da saúde, permitindo analisar as interações entre os profissionais de saúde, o que pode repercutir positivamente na qualidade dos serviços assistenciais prestados por esses profissionais (LANDIM et al, 2010).

Essa metodologia também pode ser utilizada de uma forma mais ampla, no que se refere ao trabalho em saúde, podendo analisar as interações entre os

profissionais de saúde, gestores, usuários, com o sistema de saúde e a vida cotidiana em sociedade. Tais interações possibilitam o processo de democratização de informações, estimulando a participação social no âmbito da saúde, desde a discussão das políticas públicas como a implementação dessas políticas na prática, ampliando o olhar e os movimentos de conscientização para implementar as práticas na área da saúde (ANDRADE; DAVID, 2015).

Dessa maneira, a ARS pode ser empregada para identificar entraves na comunicação entre atores vinculados a uma organização formal. A informação produzida pela interação dentro da rede poderá servir de subsídio para a gestão propor ajustes na organização do serviço, a fim de melhorar a qualidade do mesmo. No entanto, independente do tipo de rede, o objeto de análise é o conjunto de relações que se estabelecem dentro da rede social e sua influência sobre as instituições, sobre as normas que regulam seu funcionamento, dentre outros aspectos (MANGIA; MURAMOTO, 2005).

A análise de redes sociais (ARS) é uma metodologia que possibilita ao pesquisador conhecer as relações estabelecidas em qualquer coletividade de indivíduos, através de um enfoque quantitativo e estático, pelas características inerentes a este tipo de estudo, faz-se necessário o uso de técnicas complementares apropriadas que permitam a coleta de informações qualitativas referentes a essas relações de tal maneira que possibilite explicar a representação dessas interações em um gráfico ou rede. No entanto, a representação gráfica nem sempre é o bastante para a realização de uma análise mais aprofundada e detalhada dos atores e das relações dentro da rede, por possuir características muito peculiares, faz-se necessário o uso de ferramentas específicas para análise de redes permitindo analisar métricas referentes à estrutura de uma rede específica, tanto nos detalhes como na totalidade da rede (ANDRADE; DAVID, 2015).

Nos estudos de ARS, a análise das informações coletadas por meio de instrumentos apropriados a esse tipo de pesquisa (questionário, entrevista, grupo focal, etc.), se dá através do uso de *softwares*, nesse caso o *software* utilizado é o UCINET e o NETDRAW, este último é o *software* que faz a representação gráfica das interações estabelecidas na RS, facilitando a visualização e a interpretação da estrutura da RS. No entanto, para que esses gráficos sejam gerados, faz-se necessário que as informações sejam inseridas previamente em uma matriz. Para criar essa matriz, utiliza-se um *software* chamado UCINET, o qual pode ser adquirido

através de um *download* gratuito na Internet de uma versão para experimentação por um determinado período, o *software* NETDRAW vem associado ao UCINET (ALEJANDRO; NORMAN, 2005; ANDRADE; DAVID, 2015).

Esses programas possibilitam uma análise quantitativa dos achados coletados, permitindo o cálculo de métricas apropriadas ao estudo de ARS. No entanto, para aprofundar e enriquecer a interpretação das informações, outras metodologias qualitativas podem ser empregadas, como análise de conteúdo, por exemplo. A ARS aparece como um instrumento importante para realizar uma análise mais ampliada das ações de saúde, avaliando as ações que perpassam o planejamento social, o qual é atravessado por diferentes realidades. No que se refere à área da saúde, o resultado da análise desses indicadores com o emprego dessa metodologia contribui para o planejamento de ações públicas, pois podem analisar as relações das organizações/instituições com as populações vulneráveis que estão compondo uma determinada RS (ANDRADE; DAVID, 2015).

### 3.5 APROXIMAÇÃO COM CONCEITOS UTILIZADOS POR PIERRE BOURDIEU – ARTICULANDO CIÊNCIAS SOCIAIS E CIÊNCIAS DA SAÚDE

Faremos a seguir uma breve explanação sobre alguns importantes conceitos da Teoria Social de Bourdieu, dos quais nos aproximaremos nesta pesquisa para embasar a discussão dos resultados encontrados, visto que Bourdieu estuda os indivíduos, denominados agentes sociais e suas interações no campo social para uma efetiva socialização.

A sociologia bourdieusiana define o indivíduo como um agente social, para além de um ator social, entendendo que o agente social é agido (do interior) tanto quanto age (para o exterior), fazendo-se necessário estudar não apenas a posição que os agentes ocupam, como também a trajetória percorrida até que chegasse à posição ocupada no presente (BONNEWITZ, 2003).

O campo social pode ser definido como um mundo relativamente autônomo, no qual os agentes estão inseridos, configurando-se como um campo de forças opostas e lutas, cuja dinâmica resulta em sua conservação ou transformação. O funcionamento desse campo dialético depende da disputa por um objeto em questão com o intuito de garantir uma gratificação simbólica, um poder simbólico que emerge desse campo (LOPES; SOBRINHO E COSTA, 2013).

Bourdieu (2007, p. 67) define que:

o capital social é um conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis. Essas ligações são irredutíveis às relações objetivas de proximidade no espaço físico (geográfico) ou no espaço econômico e social porque são fundadas em trocas inseparavelmente materiais e simbólicas cuja instauração e perpetuação supõem o reconhecimento dessa proximidade.

Outro conceito importante a ser compreendido é o de capital cultural que se refere a um apanhado de qualificações intelectuais adquiridas pelo sistema escolar ou transmitidas pela família, este, por sua vez, pode existir em três estados: o incorporado, que é interiorizado pelo indivíduo, que não é transferido a outro como um bem econômico e morre com o indivíduo; o objetivado é aquele passível de ser transferido em sua materialidade, tal qual um capital econômico; e o institucionalizado, é o bem materializado sob a forma de diploma, trata-se do capital cultural institucionalizado, reconhecido por meio de certificação (BOURDIEU, 2007).

O conceito de poder simbólico refere-se a uma forma de dominação, a qual pode se dar em diversos aspectos, tais como etnia, gênero, cultura, língua ou de outra natureza, define-se em uma relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos (BOURDIEU, 1985; LOPES, SOBRINHO E COSTA, 2013).

Esses são alguns conceitos da sociologia de Bourdieu, cuja captação e entendimento se fazem indispensáveis para compreensão da análise dos resultados a partir da interação entre as ciências sociais e da saúde. A aproximação com esses conceitos se deu, principalmente, por meio das obras de Bonnewitz (2003) e Jourdain (2017).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo analítico, com abordagem mista para análise das redes sociais de profissionais da ESF para a assistência integral ao hipertenso. Foram utilizadas a abordagem quantitativa e qualitativa para permitir um aprofundamento na análise das informações obtidas.

### 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Fortaleza, capital do Estado do Ceará, é a quinta capital nacional em população com 2.591.188 habitantes (população estimada em 2015, pelo IBGE), com densidade demográfica de 7.786.44 habitantes/km<sup>2</sup>. Possui 314.930km<sup>2</sup> de área territorial (IBGE, 2016).

O território do município de Fortaleza estava dividido, administrativamente, em 6 Secretarias Regionais (SR's), recentemente criou-se a sétima regional, denominada Secretaria Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOR). Atualmente, a cidade de Fortaleza está dividida em 119 bairros.

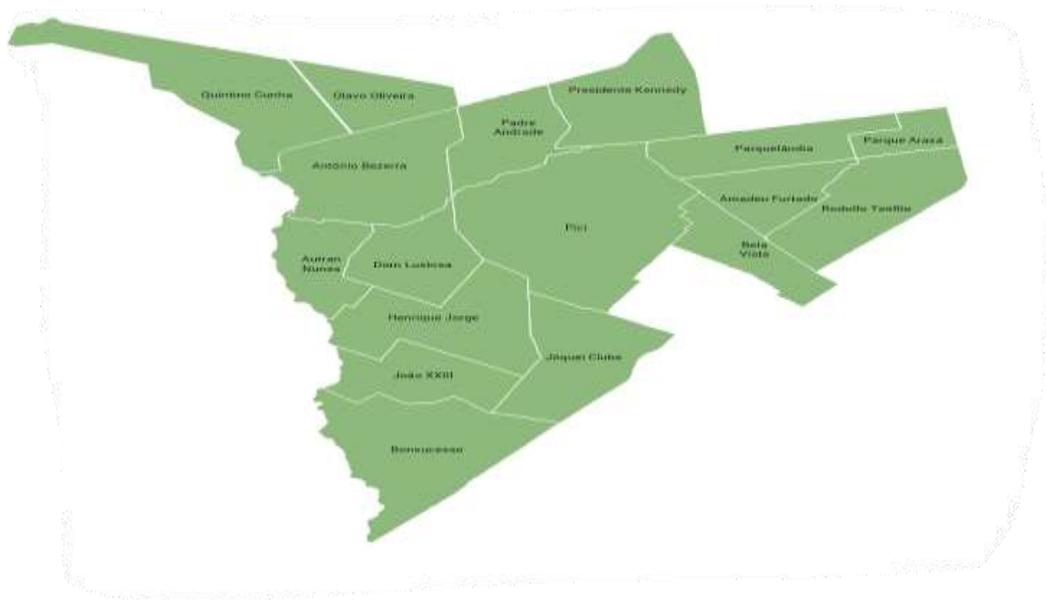
**Figura 1 – Mapa das Regionais de Fortaleza**



Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais> Acesso em 29/05/2016

A Secretaria Regional (SR) 3, composta por 17 bairros, Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, Jôquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo, Autran Nunes, Bom Sucesso, João XXIII, Pici e Quintino Cunha. No presente momento, o Quintino Cunha é o bairro mais populoso da Regional 3, com 47.277 habitantes, seguido pelo bairro Pici, com 42.494 habitantes e em terceiro lugar está o bairro Bonsucesso, com 41.198 habitantes (PMF, 2016).

**Figura 2 – Bairros da Regional III do município de Fortaleza**



Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais> Acesso em 29/05/2016

O bairro Bonsucesso, onde foi desenvolvida a pesquisa, possui IDH 0,2621, ocupa o 14º lugar no município de Fortaleza em população idosa, dentre os 119 bairros da capital cearense, com 2.513 idosos, o que representa 6,1% da população (PMF, 2016).

Por tratar-se de um bairro de extenso território e bastante populoso, o Bonsucesso possui três Unidades de Atenção à Saúde da Família (UAPS), a UAPS João XXIII, UAPS Luis Recamonde Capelo (LRC) e a mais recente unidade inaugurada em junho de 2016, a UAPS Mariusa Silva de Souza. (PMF, 2016).

Outro critério para propor a realização do estudo nessa unidade foi o

grande número de pacientes cadastrados no sistema informatizado (FastMedic), além de estar localizada na área de influência da regional de menor índice de desenvolvimento humano (IDH).

A pesquisa foi desenvolvida, especificamente, na UAPS LRC, unidade na qual a pesquisadora atuou como enfermeira da ESF, por aproximadamente 10 anos, facilitando, desta forma, o acesso ao campo de pesquisa e maior aproximação com o objeto de estudo. Sabe-se que essa unidade apresenta o cadastramento da população hipertensa no sistema de acompanhamento das famílias, o que facilita a visualização de um expressivo número de hipertensos em acompanhamento por essa UAPS.

Ademais, a população adscrita é de 15.725 pessoas, segundo Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Saúde das UAPS's de maio de 2016. A área de abrangência da UAPS LRC é composta por 22 microáreas, divididas para 4 equipes, sendo 3 Equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, pois esta não possui médico nem dentista vinculados à equipe, conta apenas com enfermeira, técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ATESTO de maio, 2016).

O quadro de funcionários que prestam serviço na UAPS LRC é composto por 68 trabalhadores, destes, 51 são servidores contratados por concurso público, 14 funcionários terceirizados, contratados pela Organização Social (OS), Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), 1 médica contratada pelo PROVAB, 2 médicos contratados pelo Programa Mais Médicos e 1 funcionária contratada por Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA), conforme Atesto de maio de 2016.

Por ser uma instituição que, atualmente ocupa lugar de relevância na gestão de recursos humanos do município de Fortaleza, faremos uma breve explanação sobre esta, a fim de esclarecer o que é esse instituto, sendo este responsável pela contratação, por terceirização de uma significativa parcela de trabalhadores da UAPS LRC.

O ISGH é uma organização privada sem fins lucrativos que atua no segmento de gestão em saúde. Esse Instituto foi fundado em 11 de julho de 2002, sendo a primeira instituição no Ceará a ser qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), pelo Decreto nº 26.811, de 30 de outubro de 2002. Em 2013, o ISGH passou a ser também qualificado pela Prefeitura de Fortaleza para oferecer suporte operacional às atividades dos 93 postos de saúde do município (ISGH, 2016).

Nesse contexto, faz-se uma crítica à terceirização que, atualmente, vem sendo discutida em âmbito nacional pela aprovação do texto-base do Projeto de Lei 4330/04, que facilita a terceirização de trabalhadores. Segundo Braga, especialista em sociologia do trabalho, professor da Universidade de São Paulo (USP) em entrevista à Carta Capital publicada em 10 de abril de 2015, as terceirizações contribuem com o aumento do desemprego, aumento da jornada de trabalho, visto que os terceirizados podem ter sua carga horária aumentada em até 3 horas diárias, aumento da rotatividade de trabalhadores acompanhada por queda nos valores salariais.

A UAPS LRC realiza atendimento das 7h às 19h, sendo estes de duas naturezas, o atendimento à demanda espontânea (DESP), onde são atendidos usuários com condições agudas ou agudizações de condições crônicas e o atendimento à demanda programada, denominada DAPS, nesse atendimento são agendadas consultas aos grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de 2 anos, mulheres em idade fértil não gestantes, entre outros, segundo a ordenação do sistema de saúde em redes, modelo implementado em 2013 no município de Fortaleza. Realiza-se, ainda, atividades como imunização, curativos, retiradas de ponto, aplicação de medicamentos injetáveis, coleta de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos padronizados pelo município.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos participantes deste estudo foram os profissionais de saúde das equipes de saúde da família de uma unidade de atenção primária (UAPS) do bairro Bonsucesso, no município de Fortaleza/Ceará.

De acordo com os critérios de inclusão adotados, participaram como sujeitos da pesquisa os profissionais que faziam parte da equipe de saúde da família, que atuavam no atendimento/acompanhamento do indivíduo hipertenso. Cada categoria da equipe da estratégia saúde da família (ESF) foi representada, para tanto, por um membro de cada categoria por equipe, conforme as equipes estavam compostas no momento da entrada da pesquisadora ao campo de pesquisa, quanto aos agentes comunitários de saúde (ACS), foram selecionados dois por equipe, utilizando-se como critério de inclusão o número de hipertensos cadastrados na microárea de todos os ACS, de acordo com esse critério, foram inclusos aqueles que

apresentavam maior número de hipertensos cadastrados por microárea de abrangência, no período da pesquisa, totalizando dois agentes comunitários por equipe.

Conforme os critérios de exclusão adotados, foram excluídos do estudo os agentes de saúde que tinham um menor número de hipertensos cadastrados em suas microáreas, os técnicos de saúde bucal, os profissionais da recepção, laboratório e farmácia e a coordenação da UAPS.

O estudo teve como limitação a não inclusão de todos os trabalhadores da UAPS na pesquisa, fato que poderia trazer resultados diferentes dos encontrados, visto que uma gama de profissionais não participou da pesquisa. Esse fato aconteceu em decorrência do fator tempo que configurou-se em fator limitante para a pesquisa, levando a pesquisadora a eleger critérios de inclusão mais restritos para eleger os participantes do estudo.

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta foi realizada a partir da apresentação do projeto aos trabalhadores da unidade de saúde, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A coleta de informações realizou-se por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), que combina perguntas abertas e fechadas que permitiu aos participantes se expressarem livremente a respeito do tema e possibilitou à pesquisadora um maior aprofundamento em determinados momentos da entrevista, conforme se fez necessário.

A modalidade de entrevista facilita a abordagem e assegura aos pesquisadores que suas hipóteses e pressupostos sejam cobertos na conversa. A entrevista semiestruturada obedece a um estudo que teve como limitação um roteiro, do qual o pesquisador se apropria e utiliza para atingir seus objetivos (MINAYO, 2008). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise.

#### 4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

Após a realização das entrevistas, as informações coletadas foram

organizadas e analisadas conforme suas naturezas. A análise dos dados quantitativos foi realizada pelo prisma da análise de redes sociais (ARS), com o auxílio dos *softwares* UCINET (versão 6.643) e NETDRAW (versão 2.161).

A análise de redes sociais (ARS) é uma forma distinta de pesquisa utilizada pela ciência e é aplicada para diversos fenômenos nos quais a importância está nas relações entre os atores que interagem nesse fenômeno. Dessa forma, os atores são interdependentes, e a unidade de análise é a coleção de atores e as relações entre eles (FARINA, 2014).

Nesta pesquisa trabalhou-se rede, embasada na abordagem egocêntrica na qual se analisa as relações estabelecidas a partir de um indivíduo, denominado *ego*, com outros indivíduos, chamados *alteregos*, mencionados pelo primeiro como participantes da sua rede, o que configura a rede social pessoal (MÂNGIA, MURAMOTTO, 2005).

Sob a perspectiva da ARS, foram analisadas as principais métricas propostas para esse tipo específico de análise.

Os participantes da pesquisa, bem como os profissionais citados pelos mesmos, tiveram seus nomes decodificados para a inserção dos dados no *software* UCINET e construção da matriz a partir das informações coletadas, que permitiu a avaliação de medidas como densidade da rede, grau de centralidade, grau de intermediação e grau de proximidade e centralidade de informação, conforme permitiu os dados coletados na entrevista (ALEJANDRO; NORMAN; SILVA, 2005).

Após a construção dessa matriz no *software* UCINET, utilizou-se o NETDRAW, outro *software* contido no UCINET, que desenhou o grafo das RS estudadas. A ARS baseia-se na teoria dos grafos. Após a construção do grafo da rede, foi possível observar a disposição dos atores dentro da rede e calcular as medidas apropriadas (FARINA, 2014).

Iniciamos a análise das métricas calculadas para a rede dos profissionais de saúde da ESF a partir da assistência ao hipertenso pela medida de densidade da rede, cujo valor é expresso em percentagem. Essa métrica refere-se à alta ou à baixa conectividade da Rede, medida através das relações entre os atores. A densidade é uma medida expressa em percentagem do quociente entre o número de relações existentes e as relações possíveis dos atores na rede. Essa medida pode ser calculada pelo *software* UCINET, como seu cálculo também pode ser feito manualmente (ALEJANDRO, NORMAN, 2005; HANNEMAN, 2005).

A análise das entrevistas baseou-se na análise temática (AT) de Minayo (2008) que consistiu na descoberta dos núcleos de sentido evidenciados nas entrevistas e que se revelaram significativos para a análise do estudo.

Minayo (2008) relata que a AT, no âmbito operacional, divide-se em três etapas. Na primeira etapa é feita a escolha dos documentos que serão analisados e se retomam as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa.

A segunda etapa refere-se à exploração do material, com intuito de se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nessa etapa, será realizada a separação das categorias, que são expressões ou palavras relevantes que servirão para organizar o conteúdo das falas, processo esse denominado categorização.

Na terceira etapa, fase em que ocorre o tratamento dos resultados obtidos e interpretação deles. Os dados brutos serão submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que possibilitam destacar as informações obtidas na coleta.

A análise e discussão sobre RS deste estudo se fundamentou na Teoria Social de Pierre Bourdieu, apreendida, principalmente, através das obras de Bonnewitz (2003) e Jourdain (2017), que trata da literatura básica para uma aproximação com a teoria bourdieusiana do campo social e capitais sociais.

Estudo com enfoque na ótica do capital social é relativamente recente, enfatiza a noção que visa relacionar a perspectiva das redes sociais e as normas de reciprocidade associadas (STOTZ, 2011).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A presente pesquisa está vinculada ao Projeto: “Redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, instituição coparticipante do estudo, com Parecer nº 818.029/2014, CAAE 33423114.9.3001.5534 (Apêndice C).

O projeto foi encaminhado à Coordenadoria de gestão de trabalho e educação em saúde (COGETS), para liberação do termo de anuência que possibilitou a pesquisadora adentrar ao campo de pesquisa.

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP) e obteve aprovação com o Parecer de nº 2.020.264, que possibilitou a incursão ao campo de

estudo para a efetiva coleta de informações e realização da pesquisa.

Os atores foram informados dos objetivos desta pesquisa, de sua justificativa, assim como da relevância de suas contribuições para o desenvolvimento dela. Foram ainda informados que dispõem de liberdade para declinarem de seu consentimento e desfrutam da livre possibilidade de desistência a qualquer momento.

Durante todo o processo de elaboração desta pesquisa foram respeitados os preceitos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre os princípios da pesquisa com indivíduos ou coletividades. Foi assegurado manter o sigilo e a confidencialidade para com as informações e dados fornecidos pelos participantes desta pesquisa científica.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme citado no percurso metodológico, esta pesquisa utilizou métodos mistos para melhor compreensão do objeto de estudo. Para investigação e coleta de informações foram entrevistados 18 participantes através de roteiro de entrevista semiestruturado.

No quadro 5, é possível observar o resumo das características dos participantes quanto à identificação, vínculo empregatício e tempo de atuação na ESF.

**Quadro 5 – Perfil dos participantes da pesquisa, Fortaleza - CE, 2017**

(continua)

Características	Frequência absoluta (n)
<b>Sexo</b>	
Masculino	7
Feminino	11
<b>Faixa etária (anos)</b>	
20 - 29	1
30 - 39	3
40 - 49	8
50 - 59	5
> 60	1
<b>Profissão</b>	
Médicos	3
Enfermeiros	3
Dentistas	3
Técnicos de Enfermagem	3
Agentes Comunitários de Saúde	6
<b>Vínculo Empregatício</b>	
Estatutário (Concursado)	14
RPA (Recibo de Pagamento Avulso)	2

(conclusão)

Programa Mais Médico Brasil (PMMB)	2
<b>Tempo de trabalho na ESF (anos)</b>	
< 1	2
1 – 3	2
3 – 5	0
> 5	14

Fonte: Elaborado pela autora

O grupo de participantes envolvidos no estudo foi composto por dezoito profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da UAPS LRC, este grupo era majoritariamente do sexo feminino (11), na faixa etária entre 24 a 60 anos, a maioria com idade igual ou superior a 40 anos (12). No que se refere ao vínculo empregatício, os participantes eram, em sua maioria, servidores públicos com vínculo estatutário. Quanto à atuação na ESF/APS, a maior parte trabalha há mais de cinco anos nesse nível de atenção à saúde.

A categoria profissional que apresentou maior número de participantes foi a de agentes comunitários de saúde, proporcionalmente, fato justificado por essa ser a categoria com mais trabalhadores no local de desenvolvimento da pesquisa.

Através das entrevistas que subsidiaram esta pesquisa, foi possível identificar os atores participantes dessa rede e analisar a rede social dos profissionais de saúde da ESF, no que se refere à assistência integral ao hipertenso, no município de Fortaleza, sob o prisma da Análise de Redes Sociais (ARS), da Análise Temática (AT) de Minayo, aproximando-se de conceitos da literatura de Bourdieu.

A seguir, traremos os resultados encontrados neste estudo à luz da ARS, representando essa rede e discutindo os fatores que influenciam a integralidade da assistência à saúde do hipertenso.

## 5.1 REDE SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELAÇÕES E INTERAÇÕES PARA A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO

A saúde configura-se em um campo social onde vários atores se relacionam em um movimento contínuo de disputas em que cada ator tem interesses específicos e, por vezes, contraditórios, ambicionando acúmulos e manutenção de capitais diversos, como aborda Bourdieu em sua literatura (BONNEWITZ, 2003; JOURDAIN, 2017).

Caracterizar as redes das relações estabelecidas entre os membros da equipe na ESF é falar de um relacionamento que nem sempre se apresenta harmonioso. No tocante ao trabalho em equipe, este apresenta-se conflituoso em diversos momentos, não obstante, esta tensão nas relações é inerente ao processo de trabalho em equipe, podendo apresentar-se como possibilidades de crescimento quando bem administrados (LANZONI, MEIRELLES, 2012).

Compreende-se como Rede um conjunto de indivíduos que, de maneira agrupada ou individualizada, estabelecem relações entre si, com um propósito específico, na qual existe um fluxo de informação. As redes apresentam três elementos básicos: nós ou atores, aos indivíduos participantes da Rede denomina-se atores ou nós; vínculos ou relações, também denominados laços e os fluxos das informações dentro dessa Rede (ALEJANDRO, NORMAN, 2005; FARINA, 2014).

No intuito de analisar essas relações na ESF, campo específico desta pesquisa, entre os profissionais da saúde que compõem as equipes da ESF, atores sociais sujeitos deste estudo, empregou-se a ARS para buscar melhor compreender a rede social que se estabelece para o cuidado do hipertenso.

A análise de redes sociais (ARS), segundo Castells (1999), está historicamente interligada ao conceito de rede, de acordo com o qual o indivíduo vive em uma sociedade em rede. Tal conceito está, ainda, associado ao que Moreno (2008) denomina de sociometria, ciência que serviu como base conceitual para as redes sociais.

A ARS apresenta-se como uma forma de pesquisa particular, que vem sendo aplicada à área da saúde para analisar diversos fenômenos em que a relevância está nas relações estabelecidas pelos atores que interagem num determinado fenômeno (ALEJANDRO, NORMAN, 2005; FARINA, 2014).

Durante a entrevista, os participantes responderam à seguinte pergunta que deu origem a matriz: “Cite até 5 pessoas com as quais você estabelece relações com o intuito de garantir acesso a serviços necessários ao hipertenso para a assistência integral do mesmo”. A matriz foi gerada a partir desse questionamento pelo *software* UCINET.

Para representar graficamente a rede de modo a manter o anonimato dos participantes, seus nomes foram suprimidos e atribuídos códigos para identificação deles. Atribuiu-se letras diferentes, em ordem alfabética, para designar cada categoria profissional enumeradas de 1 a 3, aleatoriamente, por se tratar de 3 equipes participantes. No quadro 6 apresenta-se a codificação dos participantes, conforme categoria profissional. Na categoria designada como outros profissionais, estão todos os profissionais que foram citados pelos participantes como importantes para a garantia da assistência integral ao hipertenso.

**Quadro 6 – Codificação dos participantes por categoria profissional**

<b>Códigos</b>	<b>Categoria Profissional</b>
<b>A1, A2, A3</b>	Médicos
<b>B1, B2, B3</b>	Enfermeiros
<b>C1, C2, C3</b>	Cirurgiões Dentistas
<b>D1, D2, D3</b>	Técnicos de Enfermagem
<b>E1, E2, E3</b>	Agentes Comunitários de saúde
<b>F1, G1, H1, I1, J1, K1, L1, M1, N1, O1, P1</b>	Outros Profissionais

Fonte: Elaborado pela autora

A rede social dos profissionais da ESF no tocante à assistência ao hipertenso foi obtida através do uso dos *softwares* de ARS, UCINET versão 6.643 e NETDRAW versão 2.161 (BORGATTI, 2002), este último responsável pela representação gráfica da rede, a qual se denomina grafo. O grafo é a denominação técnica que se dá à representação de todas as relações existentes entre os atores da rede (ALEJANDRO, NORMAN, 2005).

De acordo com Tomaél e Marteleto (2006) a abordagem de ARS apresenta indicadores peculiares a este tipo de análise, dentre as quais o presente estudo

trabalhou com duas dessas medidas: as ligações fortes e fracas e a centralidade. No que se refere às medidas de centralidade dos profissionais de saúde da ESF participantes da pesquisa, foram estudadas as seguintes métricas:

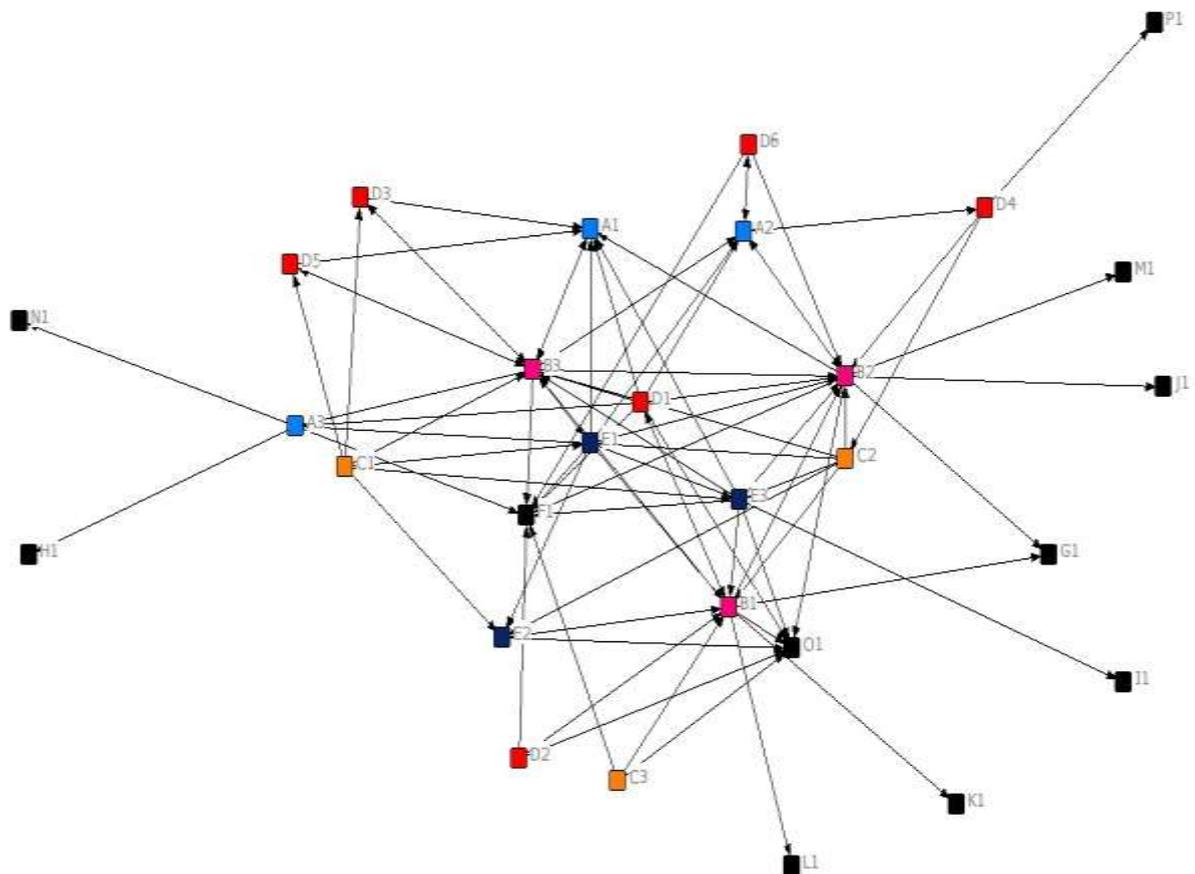
- 1) Centralidade de Grau (*degree centrality*);
- 2) Centralidade de Informação (*information centrality*);
- 3) Centralidade de Intermediação (*betweenness centrality*);
- 4) Centralidade de Proximidade (*closeness centrality*).

Outra medida que foi abordada neste estudo foi a Densidade da rede.

Cada indicador calculado para a rede pesquisada será apresentado e discutido à luz da análise de redes sociais (ARS).

A seguir, apresentaremos a Rede construída baseada nas interações para a produção de cuidado ao hipertenso, a partir dos profissionais entrevistados, como pode ser visualizado na Figura 3.

**Figura 3 – Rede dos Profissionais da ESF de uma UAPS a partir da assistência ao hipertenso. Fortaleza – CE, 2018.**



### 5.1.1 Densidade da Rede dos profissionais de saúde da ESF

Na rede estudada, o valor da densidade da rede calculada pelo UCINET foi de 0.103 (por se tratar de uma percentagem, multiplica-se o valor encontrado por 100). O cálculo manual pode ser feito pela seguinte equação:

**$D = RE/RP \times 100$** , onde:

D: Densidade

RE: Relações existentes

RP: Relações possíveis\*.

\*RP = N<sup>o</sup> total de nós da rede x N<sup>o</sup> total de nós – 1.

➤ **Cálculo da densidade da rede estudada:**

**Dados:**

- N<sup>o</sup> de nós da rede: 29
- RE: 84 (relações existentes)

**1<sup>o</sup> passo:** cálculo das RP (relações possíveis):

$$RP = 29 \times 29 - 1 = 29 \times 28 = 812$$

**2<sup>o</sup> passo:** aplicando a fórmula:

$$D = RE/RP \times 100$$

$$D = 84/812 \times 100 = 10,3\%$$

A densidade mede a coesão da rede, o engajamento entre os atores. A rede pesquisada apresenta uma baixa densidade (10.3%), o que significa dizer que esta rede tem baixa coesão, existem poucas ligações estabelecidas para o fluxo de informação dentro da rede frente ao número de ligações que seriam possíveis de existir. A baixa densidade da Rede também pode ser atribuída ao fato desta não estar completa, visto que não participaram da pesquisa todos os trabalhadores da UAPS.

Esse fato pode ser influenciado por diversos aspectos do cotidiano das equipes da ESF, como por exemplo a alta rotatividade dos profissionais e a pouca interação entre os membros da equipe, enfatizando a importância do trabalho em equipe multidisciplinar e da comunicação dentro da equipe. Algumas falas dos trabalhadores evidenciam essa questão:

Ele fica lá no consultório, às vezes quando dá certo a gente vai para a visita juntos, só isso. (D3)

Com o dentista, a gente já tem uma relação mais distante, eu não me lembro assim de tá comentando ou compartilhando informações do paciente hipertenso. (B2)

Analisando esse dado, evidencia-se que existem algumas relações que não estão bem estabelecidas, mostrando que o baixo valor da densidade corresponde à existência de relações que precisam ser fortalecidas dentro da equipe.

É possível analisar a baixa densidade dessa rede sob a ótica da Teoria do espaço social de Bourdieu, no qual mostra que dentro do campo social da saúde, existem relações entre os atores, muitas vezes conflituosas, na busca pelo acúmulo de capitais dentro desse campo. Os membros das equipes possuem diferentes níveis dos mais diversos capitais: cultural, social e simbólico. O capital cultural refere-se à formação, à titulação acadêmica, ao conjunto de qualificações intelectuais adquiridas pelo sistema escolar ou transmitidas pela família.

Pode-se afirmar que o capital cultural dos membros da equipe são diferentes, dentro de uma equipe da atenção primária temos membros com diferentes níveis de escolaridade e qualificações intelectuais diferenciadas, sem emitir nenhum juízo de valor, apenas uma constatação real de um campo social.

Outro capital importante da Teoria Social de Bourdieu trata-se do capital social, cada ator, membro da equipe de saúde, também apresenta níveis diferenciados deste capital, que se define pela capacidade de se relacionar com outros atores, o grau de sociabilidade de um indivíduo. Dentro da rede social esse capital apresenta uma relevância para as relações existentes dentro de uma rede. Dentro da equipe de saúde cada membro possui um grau diferente de capital social e isso influencia como cada membro interage nessa equipe.

No que se relaciona ao capital simbólico, este está ligado ao reconhecimento e à honra, trata-se de um poder simbólico atribuído por outros a determinado ator, levando em algumas situações a relações de dominação dentro da rede. Quanto maior o capital simbólico de um membro dentro da equipe maior a possibilidade de influência desse membro sobre os outros (BONNEWITZ, 2003; JOURDAIN, 2017).

### 5.1.2 Centralidade de Grau (*degree centrality*) na rede de profissionais da ESF

A centralidade de grau consiste no número total de relações que existe entre um ator e os demais que compõem a rede. Um ator com alto grau de centralidade relaciona-se com muitos atores da rede e é considerado elemento central de troca de informações.

O grau de centralidade divide-se em grau de entrada, quando o ator é procurado por muitos outros atores da rede que buscam compartilhar informação com ele, de modo que esse ator ocupa posição de prestígio dentro da rede. Já o grau de saída refere-se aos atores que procuram outros para compartilhar informações, normalmente são atores influentes na rede (ALEJANDRO, NORMAN, 2005; HANNEMAN, 2005; TOMAÉL, MARTELETO, 2006).

Essa medida identifica o número de relações diretas que um ator mantém na rede. Na tabela1, pode-se observar os valores calculados para a centralidade de grau e observar os atores que apresentam maior grau de entrada e de saída.

**Tabela 1 – Grau de centralidade da rede dos profissionais de uma UAPS da ESF. Fortaleza-CE, 2018.**

(continua)

		1	2	3	4
		OUTDEG	INDEG	nOUTDEG	nINDEG
1	A1	1.000	7.000	0.036	0.250
2	A2	3.000	6.000	0.107	0.214
3	A3	3.000	3.000	0.107	0.107
4	B1	6.000	8.000	0.214	0.286
5	B2	7.000	9.000	0.250	0.321
6	B3	9.000	8.000	0.321	0.286
7	C1	6.000	0.000	0.214	0.000
8	C2	6.000	1.000	0.214	0.036
9	C3	3.000	0.000	0.107	0.000

(conclusão)

10	D1	8.000	1.000	0.286	0.036
11	D2	3.000	0.000	0.107	0.000
12	D3	2.000	2.000	0.071	0.071
13	D4	4.000	1.000	0.143	0.036
14	D5	2.000	2.000	0.071	0.071
15	D6	3.000	1.000	0.107	0.036
16	E1	9.000	3.000	0.321	0.107
17	E2	2.000	3.000	0.071	0.107
18	E3	7.000	3.000	0.250	0.107
19	F1	0.000	9.000	0.000	0.321
20	G1	0.000	2.000	0.000	0.071
21	H1	0.000	1.000	0.000	0.036
22	I1	0.000	1.000	0.000	0.036
23	J1	0.000	1.000	0.000	0.036
24	K1	0.000	1.000	0.000	0.036
25	L1	0.000	1.000	0.000	0.036
26	M1	0.000	1.000	0.000	0.036
27	N1	0.000	1.000	0.000	0.036
28	O1	0.000	7.000	0.000	0.250
29	P1	0.000	1.000	0.000	0.036

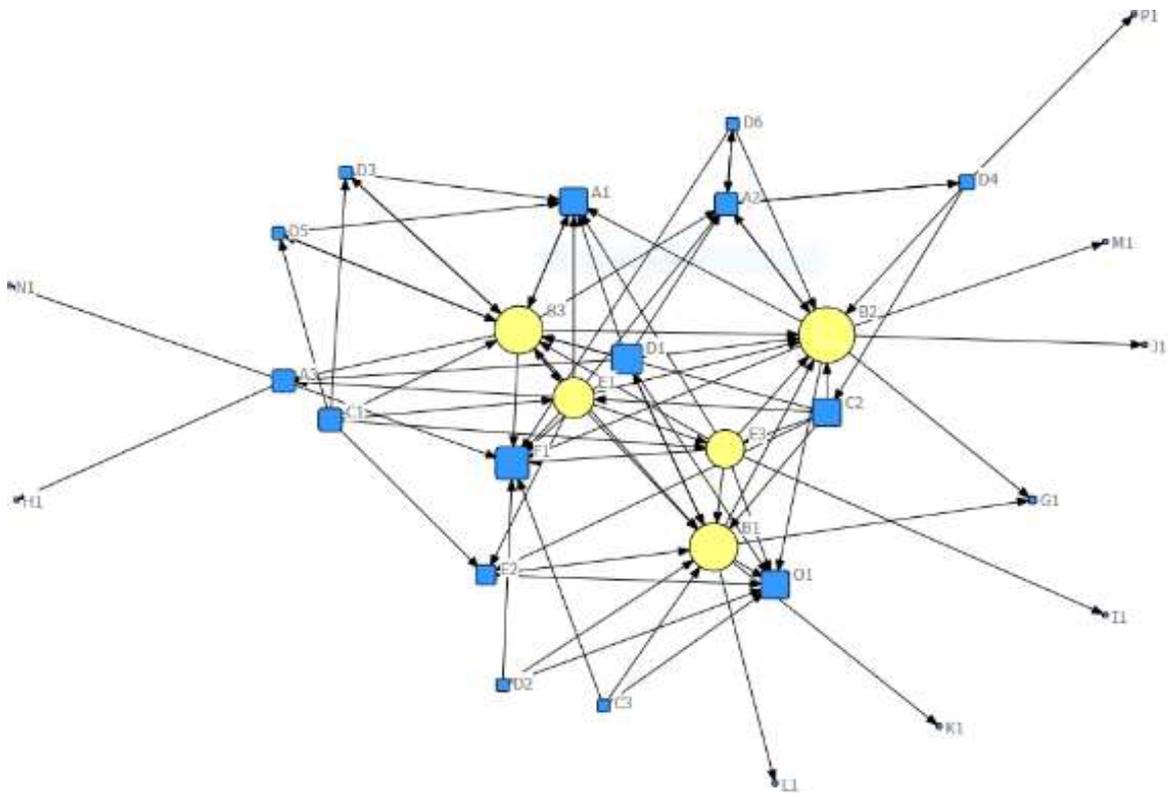
Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se, na tabela 1, que os atores B1, B2 e B3 são os atores de maior importância no que diz respeito aos seus níveis de comunicação, portanto eles são os atores mais influentes na rede, pois possuem os valores mais altos tanto para o grau de entrada, o que demonstram que são muito acionados por outros atores da rede, bem como também possuem valores mais elevados para o grau de saída, configurando-se em propagadores de informações dentro da rede.

A centralidade de grau pode ser melhor visualizada a partir do grafo gerado pelo *software* NETDRAW (versão 2.161), destacando os atores com maiores valores para essa medida. Percebe-se que cinco atores destacaram-se na rede, sendo que três deles apresentaram valores mais altos para ambos os graus, de entrada e de saída.

Na Figura 4, pode-se visualizar as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde da ESF a partir da assistência ao hipertenso. Os atores de cor amarela possuem grau de centralidade maior ou igual a dez, conforme dados da tabela 1.

**Figura 4 – Grau de centralidade da rede dos profissionais de saúde de uma UAPS. Fortaleza – CE, 2018.**



Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os cinco atores destacados, todos pertencem à equipe de enfermagem, sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem, o que corrobora com o estudo de Oliveira et al. (2012), que evidencia que a equipe de enfermagem atua como um dos principais promotores de cuidado e atenção à saúde dispensada aos usuários, além da ação que estes assumem nos emaranhados de produção da saúde na atenção primária.

Destaca-se a importância da enfermagem como uma prática social, implicada com a promoção à saúde e com a produção do cuidado, assumindo uma responsabilidade social diante da população a qual presta seus serviços.

Os atores B1, B2 e B3 são enfermeiros das equipes da ESF, os três trabalham nessa mesma UAPS há mais de 11 anos, possuem uma vinculação bem estabelecida tanto com a população a qual prestam cuidados como com os membros de suas equipes.

Além do longo tempo de trabalho na mesma UAPS, os enfermeiros assumem a gerência da equipe da ESF, deste modo, todos os outros membros buscam compartilhar informações dentro da linha de assistência ao hipertenso com o profissional enfermeiro, por essa razão estes atores apresentam alto grau de entrada. Na gestão do cuidado, os enfermeiros precisam se vincular a todos os outros membros e necessitam partilhar informações com estes também, desta maneira o enfermeiro apresenta-se como ator influente dentro da rede, favorecendo o fluxo de informação dentro da rede (ALEJANDRO, NORMAN, 2005; HANNEMAN, 2005; TOMAÉL, MARTELETO, 2006).

Esse fato pode, ainda, ser explicado a partir da compreensão do novo modelo de atenção instituído em Fortaleza, onde a equipe de enfermagem é responsável pelo acolhimento e classificação de risco dos usuários que procuram atendimento nas UAPS, o que explica a maior centralidade desses atores dentro dessa rede.

Na fala a seguir, um dos membros da equipe evidencia sua ligação com o profissional enfermeiro: “Eu busco a enfermeira. Eu busco a enfermeira da minha equipe, é quem eu mais procuro.” (D2)

Avaliando o grau de centralidade pela literatura bourdieusiana, pode-se associar essa métrica ao que Bourdieu denomina de capital social. Ele afirma que esse capital refere-se à sociabilidade, configurando-se na capacidade que o ator tem de estabelecer e manter relações duráveis e úteis, de reciprocidade, dentro de um determinado campo social (BONNEWITZ, 2003; JOURDAIN, 2017).

O protagonismo da enfermeira na ESF, tanto na assistência como na gerência da equipe, vem se destacando no cenário da APS, embora esse seja espaço de tensões e desafios, o enfermeiro emerge nesse contexto como uma liderança pelas suas ações individuais na assistência, como também por sua capacidade de se articular com outros profissionais no gerenciamento do processo de produção do

cuidado (SILVA, ASSIS, SANTOS, 2017).

Observa-se que existe confluência entre o que mostra a literatura e o encontrado nesta pesquisa no que se refere à liderança e ao protagonismo dos enfermeiros na APS. Esse profissional torna-se fundamental na linha de cuidado de pessoas com hipertensão, visto que o enfermeiro assume a responsabilidade por diversas atividades, desde a assistência até a gerência da equipe e controle de insumos e materiais necessários para o atendimento dessa clientela.

### 5.1.3 Centralidade de Informação (*information centrality*) na rede dos profissionais da atenção básica

Como foi mencionado anteriormente, o grau de centralidade refere-se à capacidade de um ator se ligar a outros atores dentro da rede, de estabelecer relações para o compartilhamento de informações. A centralidade de informação avalia o fluxo da informação dentro da rede, a existência de caminhos em que a informação pode seguir, mesmo que esses não sejam os mais curtos ou de maior eficiência (HANNEMAN, 2005; TOMAÉL, MARTELETO, 2006).

**Tabela 2 - Valores da centralidade da informação**

(continua)

Ator	Centralidade de Informação
A1	1.581
A2	1.529
A3	1.426
B1	1.782
B2	1.838
B3	1.799
C1	1.496
C2	1.609
C3	1.211
D1	1.665
D2	1.211
D3	1.185

(conclusão)

D4	1.240
D5	1.185
D6	1.212
E1	1.764
E2	1.457
E3	1.719
F1	1.690
G1	1.025
H1	0.613
I1	0.661
J1	0.678
K1	0.670
L1	0.670
M1	0.678
N1	0.613
O1	1.584
P1	0.576

Fonte: Elaborado pela autora

Constata-se que o ator B2 possui um valor da medida de centralidade de informação ligeiramente maior que dos outros atores, seguido pelos atores B3 e B1, demonstrando que esses três atores são os que apresentam maior relevância para a veiculação de informações na rede estudada.

Esse fato está diretamente ligado ao fato desses atores, que tratam-se dos enfermeiros da UAPS, que apresentam-se como protagonistas dentro do processo de cuidado do hipertenso, aspecto que corrobora com a literatura sobre o papel de liderança desenvolvido pelos enfermeiros na ESF (SILVA, ASSIS, SANTOS, 2017).

Embora os enfermeiros apareçam como atores importantes dentro dessa rede de cuidado ao hipertenso, de modo geral, estes possuem baixo capital simbólico, visto que essa é uma categoria profissional menos valorizada, de menor prestígio, sendo essa uma construção social.

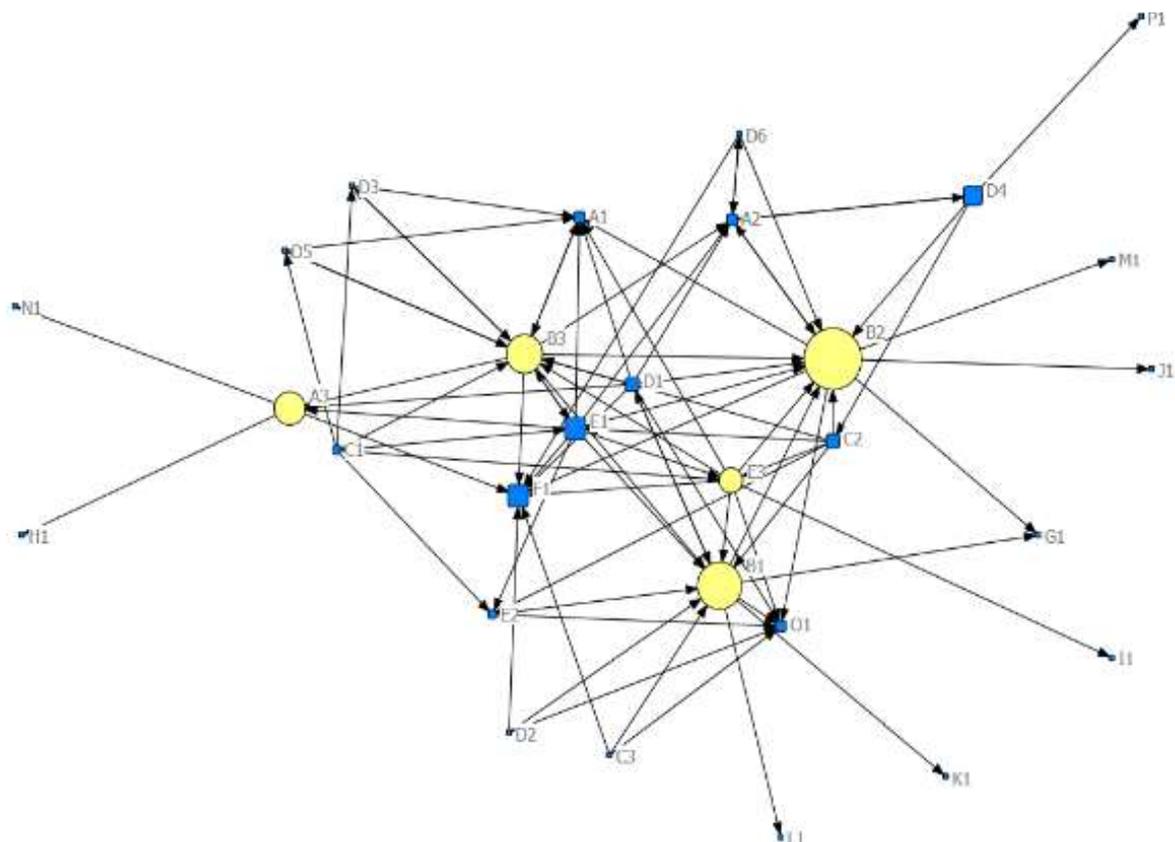
#### 5.1.4 Centralidade de Intermediação (*betweenness centrality*) na rede dos

## profissionais da ESF

A centralidade de intermediação é um indicador da rede que identifica os atores que desempenham o papel de canal de propagação de informações para alcançar outros atores. Refere-se à característica que um ator possui de intermediar a comunicação entre pares de atores (díades), são também conhecidos como atores-ponte, pois através dele a informação flui na rede. O grau de intermediação está diretamente ligado ao número de intermediações possíveis por meio de um mesmo ator entre pares de atores diferentes na rede.

Na Figura 5, os atores de cor amarela possuem maior grau de Intermediação, como pode ser visualizado.

**Figura 5 – Grau de intermediação da rede dos profissionais da ESF. Fortaleza – CE, 2018.**



Fonte: Elaborado pela autora

Na tabela 3, pode-se verificar os valores do grau de intermediação da rede pesquisada.

**Tabela 3 – Valores do Grau de intermediação da rede**

Ator	Grau de Intermediação
B2	106,574
B1	81,591
B3	61,294
A3	53,143
E3	35,820
E1	32,329
F1	31,541
D4	27,250
D1	17,604
C2	14,122
O1	9,753
A1	9,643
A2	8,837
C1	5,428
E2	3,032
C3, D2	0,629
D6	0,382
D3, D5	0,2
G1, H1, I1, J1, K1, L1, M1, N1, P1	0,0

Fonte: Elaborado pela autora

Pode-se observar que os cinco atores, destacados em amarelo na figura, possuem valor de intermediação maior que 35,82, sendo que os três atores com maior grau de intermediação dentro da rede, são os enfermeiros.

O enfermeiro da ESF demonstra, em seu cotidiano, sua capacidade de exercer o processo gerencial do cuidado, destacando-se como essencial dentro da assistência, desde atividades assistenciais às atividades gerenciais da equipe e do cuidado (OLIVEIRA et al., 2010).

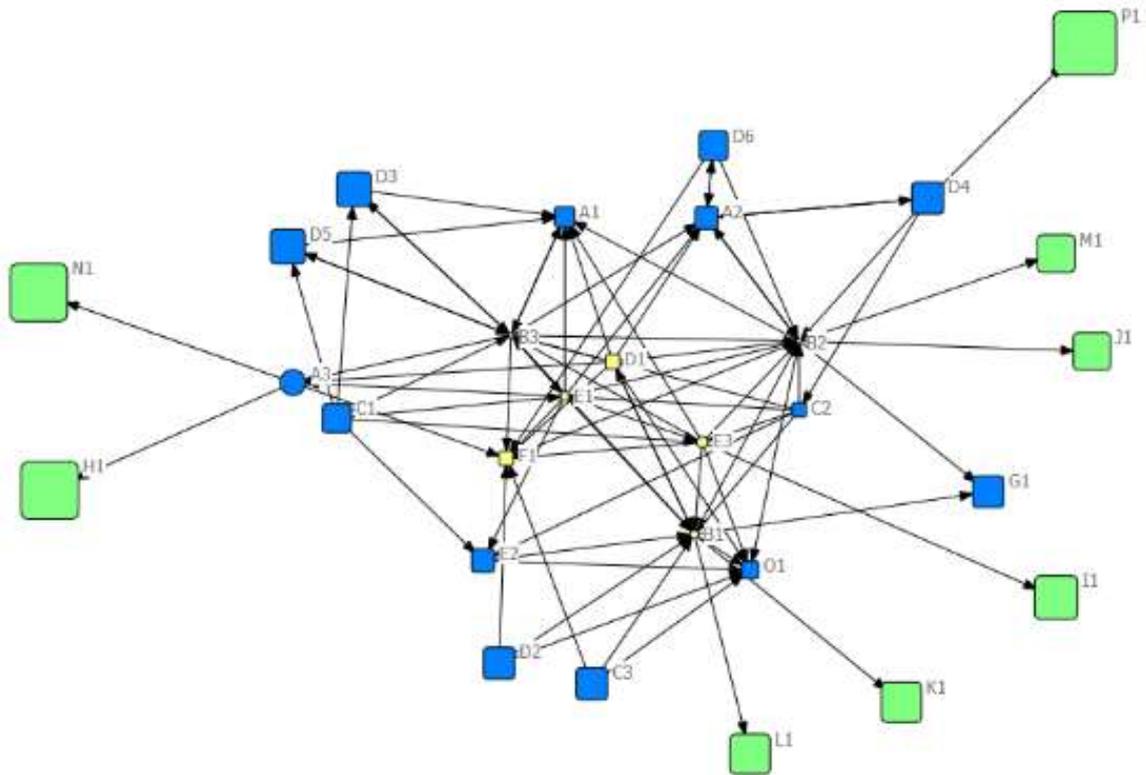
Observa-se que o enfermeiro é um ator que assume variadas responsabilidades dentro da equipe, tal fato contribui para que esse profissional

interaja com diversos outros profissionais, estabelecendo comunicação com esses atores a fim de solucionar problemas que por ventura apareçam diante do processo do cuidado. Desse modo, o enfermeiro destaca-se como ator relevante na intermediação da informação dentro da rede estudada. Neste estudo isso ficou evidenciado, falas e medidas reforçam essa ideia.

### **5.1.5 Grau de proximidade da rede dos profissionais da ESF**

Refere-se à distância geodésica, que pode ser entendida como o caminho mais curto de um ator em relação a outro, podendo ser direta e indireta. Na Figura 3, os elementos de cor amarela possuem os cinco menores valores de proximidade e os verdes os cinco maiores. Os atores de cor amarela mantêm ligações fortes (atores com maior envolvimento) na rede, portanto, eles recebem informações de vários outros atores sem que a informação original se modifique (efeito telefone-sem-fio), reduzindo os ruídos da comunicação (ALEJANDRO, NORMAN, 2005; HANNEMAN, 2005; TOMAÉL, MARTELETO, 2006).

**Figura 6 – Grau de Proximidade da rede dos profissionais da ESF**



Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com Oliveira et al. (2010), a proximidade do enfermeiro com sua equipe vem sendo destacada no cenário da ESF, pois para que este profissional atue como um bom gerente, o mesmo deve ser presente e estabelecer relações com todos os outros membros da equipe para descobrir e tentar suprir as necessidades reais da equipe.

No que se refere à proximidade do enfermeiro em relação à equipe pode ser percebida na fala adiante: “Tem nosso enfermeiro, que também é uma pessoa bem acessível. Ele sempre está disponível quando a gente necessita [...]” (D5)

Além dos enfermeiros, outros participantes da pesquisa reforçam o papel deste trabalhador na articulação e mediação da resolução de problemas. Os territórios assumidos na atenção primária à saúde para assumir o cuidado a pessoas que têm hipertensão arterial são os mais diversos, desde a atenção direta ou indireta num campo que também se coproduz pelas necessidades pautadas pelo cotidiano.

## 5.2 ELEMENTOS INFLUENCIADORES DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO: CONSTRUINDO NOVOS CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Com relação à abordagem qualitativa da pesquisa, as informações foram analisadas pela técnica da análise temática de Minayo. A partir das entrevistas, foram enumeradas três categorias temáticas e seus núcleos de sentido para a análise dos resultados.

**Quadro 7 - Análise temática: categorias e núcleos de sentido dos achados do estudo.**

<b>CATEGORIA</b>	<b>NÚCLEOS DE SENTIDO</b>
<b>PROCESSOS DE TRABALHO NA ESF: FATORES POTENCIALIZADORES E DIFICULTADORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalho em equipe</li> <li>● Vinculação ao Território</li> <li>● Responsabilização sanitária</li> <li>● Implementação de fluxos de assistência</li> <li>● Rotatividade dos profissionais</li> <li>● Precarização dos vínculos empregatício</li> <li>● Fragilização do trabalho em equipe</li> <li>● Inversão do modelo assistencial da ESF</li> <li>● Fluxo assistencial fragilizado</li> </ul>
<b>REGULAÇÃO GOVERNAMENTAL: UM DESAFIO PARA A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Insuficiência da regulação na rede de atenção à saúde (RAS)</li> <li>● Fragilização nos processos de referência e contra referência</li> </ul>
<b>REDE UNIPEDE: TECENDO NOVOS CAMINHOS PARA O CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Redes Informais na ESF</li> <li>● Regulação Profissional</li> </ul>

Fonte: elaborada pela autora

### 5.2.1 Categoria I - processo de trabalho na esf: fatores potencializadores e facilitadores

Em sua literatura, Bourdieu traz a discussão da Teoria do espaço social, definindo-o como um espaço constituído de uma diversidade de campos sociais nos quais os indivíduos participam e se posicionam na busca de alcançar um capital específico de um determinado campo, configurando-se em um espaço de lutas. À luz dessa teoria, pode-se afirmar que a saúde, mais especificamente a ESF na APS, pode ser denominada de campo social, caracterizada como um espaço social onde existem diferentes agentes sociais (atores), ocupando posições distintas e estabelecendo relações de luta no intuito de adquirir o capital específico desse campo, por exemplo: para os profissionais da saúde, o capital em questão pode ser reconhecimento profissional, aquisição de conhecimentos, alcançar posições de chefia, exercer o papel de detentor do poder (pelo conhecimento científico que possui), frente aos usuários dos serviços de saúde, a supremacia de uma categoria sobre outra, *status* social, enfim, todos esses são exemplos de capitais que os agentes sociais podem almejar no campo da saúde (JOURDAIN, 2017).

Dentro dessa perspectiva de campo social de Bourdieu, faremos algumas considerações sobre a ESF e de como esta está estruturada. A ESF figura como a estratégia prioritária utilizada para reorganizar a Atenção Básica (AB) no Brasil, orientada pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Essa estratégia tem por objetivo expandir, qualificar e consolidar a AB, por meio de uma reorientação dos processos de trabalho, incrementando sua capacidade de resolubilidade, trazendo impactos positivos na saúde de indivíduos e comunidades, com um aceitável custo-efetividade (PNAB, 2017).

Visando reorientar e ampliar o poder de resolutividade dos problemas complexos enfrentados na AB, na ESF os trabalhadores da saúde se organizam em equipes multiprofissionais que podem apresentar diferentes arranjos, com maior flexibilidade para prestar uma maior cobertura de saúde à população.

Considerando o trabalho multiprofissional, no qual diversas categorias profissionais interagem e devem otimizar suas ações a fim de melhorar a assistência à saúde oferecida à população, faz-se necessário organizar os processos de trabalho dentro da equipe, pois a equipe deve trabalhar alinhada e com fluxos definidos coletivamente e conhecidos por todos os membros, trabalhando de forma dialogada e

pactuada, para garantir atenção qualificada. Nos escritos de Bourdieu, estes podem ser também chamados agentes sociais, que dentro dessa equipe vão assumir posições e buscar alcançar o capital social que lhes convier.

Os processos de trabalho na ESF são influenciados por diversos fatores, que tanto podem potencializar como dificultar a assistência integral, em particular ao público hipertenso, que se constitui em um grupo com elevado número de usuários dos serviços da atenção primária.

A seguir, faremos um diálogo sobre esses fatores que influenciam os processos de trabalho na ESF, para efeito didático, dividimos estes em fatores potencializadores e dificultadores da integralidade da assistência ao hipertenso.

#### 5.2.1.1 Fatores potencializadores da assistência na ESF

Dentro dessa subcategoria, encontramos alguns núcleos de sentidos que emergiram das falas dos trabalhadores, os quais foram subdivididos nos três agrupamentos a saber:

- 1) a importância do trabalho em equipe;
- 2) a vinculação dos profissionais ao seu território e a responsabilização sanitária; e
- 3) implementação de fluxos de assistência de maneira a otimizar o trabalho da equipe e o acesso a outros níveis da rede de atenção à saúde.

Pode-se observar que os elementos, anteriormente mencionados pelos trabalhadores participantes da pesquisa, perpassa todo o processo de trabalho da equipe da ESF, sendo elementos que contribuem, indiscutivelmente, para a organização dos processos de trabalho na APS, mais especificamente na ESF, para que as metas de trabalho sejam alcançadas de maneira satisfatória.

#### 5.2.1.2 Trabalho em equipe: a integralidade como premissa do trabalho na ESF

A ESF trabalha com base em princípios que norteiam o SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade, sendo fundamental serem incorporados ao cotidiano de forma prática, articulada como algo que habita a alma dos serviços de saúde. Essa questão tem sido pautada na descrição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

Cada profissional, na atenção básica, apresenta suas atribuições específicas, que devem ser integradas a fim de compor o trabalho em equipe e alcançar resultados satisfatórios em sua atuação, sendo a ação de cada membro da equipe importante para o bom desempenho das ações desenvolvidas na APS.

Dentro da equipe funciona bem, os agentes de saúde fazem a captação dos hipertensos na área e encaminham os pacientes pra marcação na unidade. E a gente faz o acompanhamento com uma consulta com o médico ou com o enfermeiro. (A2)

O discurso acima traz a percepção de trabalho em equipe de um dos profissionais entrevistados, bem como da importância da atuação de cada membro da equipe no trabalho junto à população de hipertensos.

Reforçando a importância do trabalho do profissional agente de saúde dentro da equipe, Filgueiras e Silva (2011) trazem que o ACS desenvolve seu trabalho pautado na vinculação e no conhecimento que possui da comunidade que assiste, visto que esse profissional emerge da mesma comunidade onde atua, conhecendo de perto a realidade e os conflitos enfrentados pela população que atende, facilitando a identificação de situações de vulnerabilidade e as necessidades de saúde desses usuários. Sem dúvida, o trabalho partilhado abriga a capacidade e constitui-se potência para os cuidados primários de saúde.

[...] o trabalho do agente de saúde é muito importante pra fazer a captação, porque a maioria desses pacientes se não tivesse alguém pessoalmente fazendo a captação eles não chegariam à atenção primária...mas o pessoal da enfermagem também é importante, porque como a gente tem pouco tempo até pra fazer a classificação de risco ela se liga muito na questão, principalmente, das orientações, de mudança do estilo de vida, que acaba ajudando bastante. E o profissional médico pra fazer a avaliação e prescrição da medicação correta. (A2)

Nesse sentido, o profissional enfermeiro apresenta-se como um ator de indiscutível relevância dentro da rede de cuidado prestado ao hipertenso na percepção de outros profissionais entrevistados, sendo este profissional mencionado como relevante por todos os outros membros da equipe, inclusive por outros enfermeiros:

[...] ela é enfermeira e ela tem também essa visão bem ampliada com relação ao hipertenso, então a gente sempre fica “trocando figurinhas” sobre como conduzir determinados casos. (B1)  
Eu busco primeiro a minha enfermeira, até porque ela já conhece bem as pessoas aqui, há muito tempo ela já trabalha com eles, né! Muita gente já é

conhecido dela, ela já sabe exatamente os problemas e outros que estão chegando eu me direciono diretamente pra ela. (D6)  
A enfermeira, sempre é a enfermeira. O médico geralmente pra passar o medicamento, mas quem dá assistência é a enfermeira. (E1)

O enfermeiro assume papel importante na assistência às pessoas com hipertensão, funcionando como ator-ponte entre os demais membros da equipe, configurando-se em um profissional fundamental na linha de cuidado deste indivíduo, trabalhando aspectos do tratamento desde a promoção à saúde por meio da educação em saúde, tal como da terapêutica medicamentosa, contribuindo para melhorar a compreensão do hipertenso quanto à doença, o tratamento e formas de prevenir complicações (OLIVEIRA, SANTOS, FLORÊNCIO, MOREIRA, 2012). A visão ampliada e a disponibilidade para acolher os saberes encontrados no território de práticas foi algo evidenciado pelo estudo.

Considerando o público hipertenso, por tratar-se de pessoas portadoras de uma doença crônica, o trabalho em equipe é de suma importância, pois de fato esse usuário necessitará que todos os membros da equipe desenvolvam suas atribuições, de modo a garantir a continuidade da assistência a esses indivíduos, num movimento de corresponsabilização no processo de cuidar.

O trabalho em equipe deve funcionar como em uma engrenagem, onde cada peça tem sua função, mas também é responsável pelo funcionamento do todo. Onde, se uma das peças apresenta algum problema, compromete o funcionamento de todo o sistema.

Perpassa a premissa do trabalho em equipe, o que Bourdieu denomina de capital cultural institucionalizado, que se refere aos títulos escolares adquiridos por um indivíduo, percebemos que dentro dessa equipe esses títulos são diversificados e, de certo modo, define a função de cada profissional, especificamente quanto aos títulos de formação particulares de cada profissional, que não obrigatoriamente é um título de nível superior, mas pode ser entendido como títulos adquiridos na formação e capacitação profissional, como cursos por exemplo (JOURDAIN, 2017).

O profissional ao dizer: “Eu busco primeiro a minha enfermeira, até porque ela já conhece bem as pessoas aqui...”, revela sua visão sobre um capital cultural e simbólico acumulado desse sujeito, seu companheiro de trabalho. Esse capital cultural e social que este profissional possui, constatado diante das mais diversas atribuições assumidas por este profissional, tanto no campo gerencial como no campo

assistencial, pode colaborar positivamente para otimizar as ações de cada membro da equipe, através de ações gerenciais, com o intuito de oferecer uma atenção à saúde com maior garantia de integralidade para a população assistida.

### **5.2.2 Vinculação ao Território e responsabilização sanitária: aspectos fortalecedores da assistência**

O trabalho na ESF, segue algumas diretrizes, dentre estas, a vinculação dos profissionais ao seu território de atuação como fator importante para uma atuação satisfatória na APS (PNAB 2017). Na pesquisa realizada, esse tema vem bastante fortalecido a partir das falas dos trabalhadores

Quanto ao acompanhamento de usuários com doenças crônicas, como a hipertensão, o fator vinculação assume uma grande importância para que se tenha sucesso na adesão do indivíduo à terapêutica, o seguimento das orientações dietéticas e o comparecimento deles às consultas na unidade básica de saúde.

Ao sentir-se vinculado a um profissional ou equipe, o usuário apresenta maior perspectiva de aderir ao tratamento, podendo, assim, fazer sentido incorporá-lo à sua vida e obter o controle adequado da doença. A vinculação contribui para a continuidade do cuidado e favorece o desenvolvimento de laços de confiança que culmina com bons resultados no acompanhamento desses usuários dos serviços de saúde da ESF e na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Por longo tempo, o tratamento das doenças crônicas, a exemplo da hipertensão, foi pautado apenas na intervenção curativa e medicamentosa, reconhecida como medicalocêntrica. Esse cenário necessita ser superado, para tanto novos modelos assistenciais precisam ser incorporados à assistência, invertendo a lógica curativista para uma lógica de promoção de saúde, com maior compromisso ético e envolvimento profissional com a saúde e a vida das pessoas, com intuito de garantir acesso aos serviços de saúde e cuidados necessários para promover e recuperar a saúde das pessoas de forma integral, através do vínculo entre profissionais e usuários, corresponsabilização e continuidade da assistência, avaliando continuamente os resultados atingidos (VIEGAS, PENNA, 2012).

Particularmente, no que se refere à hipertensão, a construção do vínculo entre profissional e usuário favorece que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde seja compartilhada entre trabalhador e cliente, favorecendo o desenvolvimento

da autonomia e corresponsabilização a fim de melhorar a qualidade de vida desses usuários (GIRÃO, FREITAS, 2016).

Na UAPS estudada, percebe-se que as equipes buscam pautar suas ações, no que se refere à hipertensão na vinculação e no compromisso, exercendo a responsabilidade sanitária e corresponsabilização com a saúde da população assistida por um lado, ao mesmo tempo que pode fortalecer a lógica prescritiva, correndo o risco de “ajustar-se”, como observado no relato da profissional a seguir:

[...] às vezes quando não tem vaga, porque acontece de não ter vaga, a gente coloca no acolhimento que eu sei que não é tanto o perfil, mas para não deixar o paciente sem o acompanhamento, sem o ajuste, a gente faz isso: a gente abre essa exceção. Então, no acolhimento mesmo a gente muda as medicações, altera o que tiver de alterar e já recomenda pra essa pessoa fazer a consulta e deixar já agendada. É mais ou menos assim ou então, às vezes, elas vêm diretamente a mim: “Ah doutora, tem paciente tal e ele está assim, assim e assim [...] a senhora pode dar uma olhada?” Eu digo que posso, eu não me recuso não (A3).

Para o usuário, o sentimento de poder contar com a assistência em um momento de agudização da sua condição crônica, ter o seu atendimento garantido com o profissional/equipe da sua confiança tem um impacto significativo em sua saúde, mas vai muito além, impacta na sua autoestima, na sua valorização e respeito à cidadania e amplia-se sua perspectiva de vida.

O estabelecimento de vínculo entre o usuário e a equipe responsável pelo seu acompanhamento, favorece a construção de confiança, estimula a autonomia no ato de cuidado consigo, instiga a pessoa na compreensão do processo saúde-doença e, dessa forma, favorece o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para melhorar sua condição de saúde, contribuindo para a adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, por exemplo (GIRÃO, FREITAS, 2016).

Realizando uma leitura a partir dos conceitos de Bourdieu dos aspectos ligados à vinculação e à territorialização do usuário a determinado profissional ou equipe, é perceptível que essas relações são atravessadas pelo que se denomina de capital simbólico, onde percebe-se um reconhecimento social, acompanhado por noções de prestígio, o que remete a quem detém a ideia de possuir um certo poder sobre aqueles que se dispõem a dar esse crédito a outro indivíduo. Ressalta-se aqui, que aqueles que são possuidores desse capital, buscam mantê-lo ou aumentá-lo cada vez mais (JOURDAIN, 2017).

Desse modo, pode-se dizer que o usuário credita ao profissional de saúde,

por meio do reconhecimento social e do prestígio que este presta a esses indivíduos, um capital simbólico, o que embasa essa relação dicotomizada entre profissional e população assistida. Não deixando de mencionar que, esse capital simbólico também permeia as relações existentes dentro da equipe entre os seus diversos membros, onde pode-se observar que alguns profissionais possuem um capital simbólico maior que outros dentro da mesma equipe, o que, de certo modo, define vários aspectos do processo de trabalho na ESF.

### **5.2.3 Implementação de fluxos de assistência: otimizando o trabalho da equipe e o acesso aos serviços de saúde e a outros níveis da rede de atenção à saúde (RAS)**

No município de Fortaleza existe a Diretriz Clínica de Hipertensão de 2016, em que estão estabelecidos alguns fluxogramas de acompanhamentos relacionados com essa patologia. Essa diretriz foi elaborada a fim de oferecer informações técnicas confiáveis, baseada em evidências científicas, para colaborar com profissionais e gestores no enfrentamento das doenças crônicas, mas, especificamente, da hipertensão. A mesma figura, como importante ferramenta na colaboração da organização da rede assistencial ao hipertenso, favorecendo o cuidado oportuno e buscando atender às necessidades dessa clientela (DIRETRIZ CLÍNICA, 2016).

[...] teve uma mudança, agora eles podem fazer o agendamento deles e, de seis em seis meses ou até 3 meses, dependendo do que, do diagnóstico deles, se for um alto risco. Desses sete anos pra cá, quando foi mais ou menos agora no 2016, a gente fez uma estratégia de classificar os hipertensos em médio risco, baixo e alto risco, através, essa foi uma busca ativa, nós fizemos uma busca ativa com todos os hipertensos da rede pública e aí, entre enfermeiro e médico foi feito pedidos de exames pra fazer essa classificação (D6).

Percebe-se que na UAPS em que a pesquisa foi desenvolvida, a organização do fluxo é mencionado, coincidindo com a publicação das diretrizes clínicas para hipertensão em 2016.

Desde a publicação desse documento, este passou a nortear o atendimento ao hipertenso nas UAPS de Fortaleza, para uniformizar o atendimento dessa clientela dentro do município, de forma a existir um fluxo padronizado dentro da rede de atenção à saúde (RAS). Indiscutivelmente, essa foi uma excelente iniciativa da Secretaria de Saúde de Fortaleza e de seus colaboradores, pois a existência de

um fluxo padronizado otimiza o atendimento integral a essa gama de usuários da APS. A questão é, até que ponto a Diretriz Clínica de hipertensão está sendo implementada no município de Fortaleza como fora construída?

Dentro dessa lógica de organização do fluxo de assistência ao hipertenso, existem outras estratégias também empregadas para atender às necessidades desses usuários dos serviços da APS. Esse fato é evidenciado na fala de outra trabalhadora da UAPS, quando faz o seguinte relato:

[...] esses pacientes, que são os menos graves, eles são agendados para o enfermeiro e, se por ventura, no ato da consulta ele necessitar de uma consulta médica, esse enfermeiro agenda já para o médico. Ele faz essa agenda ou encaminha. E se esse paciente tiver descompensado ele passa pela triagem e é atendido sim, no mesmo dia (D5).

Os agentes sociais envolvidos nesse processo, aqui travestidos de profissionais de saúde, estabelecem relações, ocupam posições e assumem responsabilidades, de forma a implementar essas diretrizes em seu cotidiano de trabalho. Observa-se que a saúde é um campo particular de práticas, onde cada agente ocupa posições distintas e possui um papel social importante, influenciado pelo capital cultural e simbólico que possui, de forma a contribuir com mudanças ou conservação de determinada realidade (JOURDAIN, 2017).

A implementação de fluxos assistenciais aos hipertensos, reformula e reestrutura o campo social da saúde no âmbito municipal e, em menor escala, em cada UAPS, no intuito de otimizar e qualificar a assistência prestada.

#### **5.2.4 Fatores dificultadores da assistência na ESF**

No que se refere ao trabalho dentro da Estratégia saúde da família, muitos são os fatores que interagem nesse processo, podendo potencializar ou dificultar o trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF.

A seguir, faremos uma discussão sobre esses fatores para melhor compreensão dos seus impactos na assistência ao hipertenso, dentro da ESF.

#### 5.2.4.1 Rotatividade dos profissionais e precarização dos vínculos empregatícios

A Estratégia Saúde da Família vem enfrentando, ao longo do tempo, dificuldades para fixar os profissionais que compõem a equipe às comunidades, especialmente os médicos. Esse fato tem uma forte influência sobre a assistência prestada à população, pois ao passo que temos uma equipe incompleta a assistência prestada também pode ter sua qualidade afetada. A frequente rotatividade de membros das equipes da ESF nessa UAPS pode ser constatada pela fala de um dos trabalhadores dessa unidade:

O problema daqui é que a gente muda muito de médico, então quando o médico tá se acostumando com os problemas, descobrindo, ele vai embora, né! (D6)

Na unidade de atenção primária à saúde (UAPS), onde a pesquisa foi realizada, essa questão pode ser constatada no período em que foram coletados os dados para esta pesquisa. No período citado, saíram dessa unidade de saúde um médico e duas enfermeiras, que ao iniciar a coleta eram membros das equipes dessa unidade e ao término da coleta já não compunham mais o quadro de funcionários da mesma.

No Brasil, a dificuldade em fixar o médico às equipes é atribuída a muitos fatores, como sobrecarga de trabalho, devido ao grande número de pessoas que ele assume como responsável sanitário, vínculos empregatícios precarizados, falta de condições de trabalho, distância, falta de capacitação e uma carência de regulação estatal sobre a formação médica para atender às necessidades da população (NEY, RODRIGUES, 2012). No presente estudo, visualizou-se essa situação, também, com o profissional enfermeiro. Nesse momento, um questionamento nos ocorre: há alguma relação com a formação desses trabalhadores e o trabalho nas periferias urbanas? A questão está relacionada ao excesso de demandas ou, ainda, à complexidade dos problemas que se evidenciam cotidianamente?

O estudo de Trindade e Pires (2013) corrobora com outras literaturas no que se refere à sobrecarga desses profissionais ocasionado pelo excesso de demanda, fato que compromete a qualidade da assistência prestada, gerando insatisfação nesses profissionais, assim como carga horária considerada por eles como excessiva. Outro fator referido foi a exposição dos profissionais da ESF à

violência urbana, fato que vem ganhando relevância no que se refere à saúde do trabalhador.

Junqueira et al. (2010) trazem em seu estudo que a principal forma de contratação dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) é o contrato temporário, o que influencia diretamente na garantia de direitos trabalhistas e na fixação desses às equipes por períodos mais prolongados. Neste mesmo estudo foram citados por gestores municipais de saúde como principais motivos que dificultam a fixação de profissionais às equipes da ESF: carga horária exigida; questões salariais, falta de profissionais, falta de interação entre gestores municipais de saúde da região e difícil acessibilidade aos locais de trabalho.

Segundo Paim et al. (2011), embora tenha ocorrido uma redução no número de contratos de trabalhos temporários, os recursos humanos da APS permanece apresentando alta rotatividade, especialmente devido às diferentes estruturas salariais e de contratação oferecidas pelos diferentes municípios, o que gera uma competitividade pela mesma força de trabalho.

É possível realizar uma análise superficial dessa rotatividade, principalmente do profissional médico, pela Teoria do Espaço Social de Bourdieu, entendendo que existe alguns capitais que se destacam nesse cenário, como é o caso do capital econômico, onde o profissional tende a se deslocar dentro desse espaço social para municípios que lhe ofereçam melhores salários.

Essa rotatividade ainda pode ser analisada a partir da concepção de capital simbólico, compreendendo que muitos dos profissionais que estão nas equipes da ESF são profissionais recém-formados, que estão na APS temporariamente, pois os profissionais médicos, principalmente os que estão neste setor da saúde, são considerados dentro da sua classe como profissionais de menor importância, fato que envolve diretamente a questão do capital simbólico, econômico e cultural desses indivíduos, levando-os a outros espaços que lhes confirmam oportunidade para aumentar e manter esses capitais (JOURDAIN, 2017; NEY, RODRIGUES, 2012).

Essa precarização dos vínculos trabalhistas afetam diretamente na qualidade da assistência, pois a elevada rotatividade dificulta a vinculação dos profissionais às comunidades. Os profissionais que trabalham por tempos mais prolongados em uma mesma comunidade apresentam maior qualidade na assistência prestada por fatores como maior conhecimento da comunidade assistida, desenvolvimento de relações de afetividade e confiança, compreenderem melhor a

realidade local e apresentarem maior entrosamento dos profissionais da ESF com as famílias acompanhadas por eles (JUNQUEIRA et al., 2010).

Nesse contexto, visando melhorar a carência de profissionais médicos nas regiões prioritárias para o SUS, foi instituído pela lei 12.871 em 22 de outubro de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM), com o intuito de fortalecer a APS, reordenar e estabelecer novos parâmetros para a formação médica para atender às necessidades da população, estimular o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao SUS, educação permanente, tal como a integração ensino-serviço (LIMA et al., 2017).

Será que ocorrerá, de fato, a fixação desse profissional? É uma questão que surge. Mas, algo que sem dúvida precisa de resposta refere-se à responsabilização do Estado, uma vez que saúde é inclusive um direito constitucional.

Tal fato, desperta novas reflexões, como por exemplo, o fato dos enfermeiros apresentarem maior centralidade na rede estudada, como uma consequência da rotatividade do profissional médico, visto que nesta UAPS os enfermeiros já estão exercendo suas funções há mais de dez anos, nas mesmas equipes, o que colabora com uma maior confiança nestes profissionais tanto por parte de outros membros da equipe como de usuários.

#### 5.2.4.2 Fragilização do trabalho em equipe

O trabalho em equipe configura-se em uma premissa da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo um pressuposto central para a organização do processo de trabalho. Este deve ser uma construção coletiva e compartilhada, sendo responsabilidade de todos os membros da equipe, desta forma promovendo maior integração da equipe e favorecendo uma melhor assistência à saúde da população (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010).

[...] eu trabalho na rua, de casa em casa, aí se eu encontrar um hipertenso eu oriento ele. Me apresento, falo que eu sou agente de saúde, falo sobre a doença que é a hipertensão, a gravidade e encaminho ele para o posto de saúde, para a equipe do Programa Saúde da Família e lá no posto ele vai ter o acompanhamento do médico e da enfermeira. (D4)

A equipe da ESF tem de enfrentar em seu cotidiano uma diversidade de

problemas de diferentes níveis de complexidade, exigindo de seus profissionais que desenvolvam autonomia, articulação e integração para otimizar o trabalho em equipe. Por essa razão, uma equipe multidisciplinar se faz indispensável para atuação na ESF. Pode-se inferir que a interdisciplinaridade se configura em um caminho para promover maior integração entre conhecimento e prática, visando à qualificação do fazer para alcançar a integralidade da assistência (SCHERER, PIRES, RÉMY, 2013).

No entanto, o que ainda é preponderante na prática diária do trabalho na ESF é a fragmentação do trabalho, em que cada profissional desenvolve suas ações de maneira isolada, o que resulta em um trabalho pouco integrado, de menor qualidade para a população que usufrui dos serviços prestados por esses profissionais. Esse fato leva ao trabalho individualizado, em que cada profissional tem responsabilidades específicas, desarticuladas, no qual existe uma dificuldade de vislumbrar o trabalho em equipe na sua totalidade (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010).

Essa fragilidade do trabalho em equipe foi percebida nesta pesquisa através da fala de alguns participantes, em diversos momentos da assistência ao hipertenso. É facilmente observado nas falas dos entrevistados a pouca ou frágil interação entre os membros das equipes, no que se refere à assistência ao hipertenso. Quando perguntado a um dos participantes sobre a interação dele com o médico da equipe ele refere:

[...] eu atribuo isso ao cronograma, a esse agendamento. Retirar o profissional para trabalhar à noite, no terceiro turno. O ideal seria uma nova equipe, não tirar o médico para que ele venha à noite se está tendo esse desfalque na parte da manhã. Na minha equipe mesmo, o enfermeiro não vem segunda, terça e quarta-feira pela manhã, pois ele vem dar o plantão da noite. (D3)

Essa interação fragilizada dentro da equipe também é mencionada em relação a outros membros da equipe, além do profissional médico:

[...] com o dentista, a gente já tem uma relação mais distante, eu não me lembro assim de tá comentando ou compartilhando informações do paciente hipertenso. Com o dentista muitas vezes não. Uma de visita ou outra, mas não acontece. O auxiliar de enfermagem, por conta da escassez ele não acompanha a gente em visita, a gente não tem esse vínculo do auxiliar de enfermagem estar acompanhando os nossos hipertensos [...] (B2)

[...] é, na realidade a visita já deixou de acontecer há muito tempo com a gente...(E2)

Quando questionados sobre como é a interação dentro da equipe quanto aos encaminhamentos dos usuários hipertensos aos especialistas, temos as

seguintes colocações:

[...] é para encaminhar, para falar a verdade esse *feedback* entre a gente e o médico não existe...nunca tive acesso a um encaminhamento, a essa troca de ideias, esse diálogo entre o médico e o próprio enfermeiro no momento não está existindo [...] (D3)

O trabalho em equipe depende do modo com os membros da equipe gerenciam o processo de trabalho, aplicando seus conhecimentos específicos em suas ações específicas, mas também de como a atuação individual de cada membro da equipe se articula e se integra entre os trabalhadores e entre os profissionais e os usuários, de como esse processo é gerenciado e torna-se produto de um trabalho em equipe de fato (MATOS, PIRES, SOUSA, 2010).

Algo a ser considerado é o fato de que, na ESF, as equipes são constituídas por diversos profissionais e que cada um desses atores/agentes sociais apresentam diferentes níveis dos diversos capitais, fato que confere ao campo da saúde ser um espaço de exercício de práticas hierarquizadas carregadas de poder simbólico (LUZ, 2009; JOURDAIN, 2017).

Na Saúde, por conseguinte, o campo da saúde coletiva caracteriza-se como espaço social de disputa, um campo em que existe uma luta pela aquisição, aumento e manutenção de capitais culturais, econômicos e simbólicos, daí considera-se importante colocar as relações existentes em análise, sobretudo se a aposta relaciona-se à produção do cuidado.

#### 5.2.4.3 Inversão do modelo assistencial da ESF e fluxo assistencial fragilizado

No ano de 2013, o município de Fortaleza iniciou um processo de reorganização da APS, para tanto implementou um novo modelo assistencial para orientar o trabalho das equipes da ESF na assistência prestada à população. A partir de então, as equipes estruturaram suas ações dentro do modelo de atenção às condições crônicas (MACC).

[...] a gente tem muita restrição em relação ao agendamento em si, as nossas agendas elas são um pouquinho engessadas, elas são bastante engessadas na verdade, porque a gente tem um horário restrito ao atendimento do hipertenso e um horário ampliado ao atendimento da demanda espontânea. (B1)

Com a implantação desse novo modelo, a assistência foi ordenada

dividindo-se a demanda pelos serviços de saúde da ESF em demandas programadas, nas quais se incluem o acompanhamento de pessoas com hipertensão, com diabetes, puericultura, assistência pré-natal, consulta de planejamento familiar e de prevenção de câncer ginecológico e em demandas espontâneas, que seriam todos os processos patológicos agudos e agudização das doenças crônicas. Essa nova orientação trouxe uma profunda mudança para as equipes da ESF, que vão desde uma reestruturação das agendas dos profissionais, mudanças dos horários de funcionamento das unidades de saúde e, por consequência, mudança no horário de trabalho dos profissionais da ESF (GIRÃO, FREITAS, 2016).

Com a implantação desse novo modelo, houve uma sensível mudança no que se refere ao acompanhamento de pessoas portadoras de doenças crônicas, a exemplo dos hipertensos. Ocorreu uma busca exacerbada pelo atendimento médico em detrimento do atendimento de enfermagem.

Esse fato é percebido na fala dos entrevistados, como podemos ver a seguir:

[...] hoje, na rede de Fortaleza, eu tô observando uma dificuldade. Os pacientes estão procurando mais o atendimento médico do que da enfermagem. Por conta que o medicamento precisa ser recebido pela enfermeira, não pode ser recebido em outra farmácia e aí, desta forma, eles tendem a procurar mais o atendimento médico [...] (B2)

[...] o acompanhamento ele tem sido realizado mais frequentemente pelo médico, também por causa dessa postura medicamentosa por parte do atendimento do hipertenso [...] isso se deve, eu acredito, a esse ordenamento da demanda espontânea que é o atendimento prioritário atualmente da prefeitura de Fortaleza [...] (B1)

O município de Fortaleza enfrentou um período de abastecimento irregular das farmácias, esse fato contribuiu, sobremaneira, para agravar a evasão dos usuários do acompanhamento de enfermagem, e elevação da busca pelo atendimento médico, como pode ser observado na fala abaixo:

[...] estava tendo um desabastecimento de medicamento, muitos medicamentos estavam faltando. Agora essa situação, há uns quinze dias tá mais regular, mas até quinze dias atrás tinha muita coisa faltando, aí eles evitavam vir pra enfermagem, porque sabiam que ao sair da consulta essa receita não valeria pra ele estar pegando em outro local pelo programa da farmácia ou até pra comprar às vezes tinham dificuldade [...] (B2)

O medicalocentrismo também persiste sendo evidenciado na fala de outro

profissional:

[...] na verdade, o acompanhamento ele tem sido realizado mais frequentemente pelo médico, também por causa dessa postura medicamentosa por parte do atendimento do hipertenso. Então, os hipertensos percebem que a prescrição do enfermeiro ela é restrita aos medicamentos do posto e, por isso, como falta remédio no posto eles não podem pegar os medicamentos dessa prescrição nas farmácias populares que entregam de graça ou a preços populares [...] (B1)

É possível perceber que a ESF de Fortaleza vem sofrendo uma inversão dos princípios norteadores, que tem por função principal a prevenção e a promoção da saúde, no qual percebe-se uma substituição dessas ações pelo retorno à ênfase no modelo biomédico curativista, fato este explícito na fala dos trabalhadores como se observa:

[...] eu entendo a assistência de maneira que nós pudéssemos ter acesso a esse contexto sóciofamiliar do paciente. Então, nós realizávamos grupos de hipertensos, a gente realizava atividades de socialização, de orientação para a promoção da saúde, mas agora, nesse momento, e eu posso fazer essa comparação porque eu vivi as duas etapas, nesse momento o cuidado ao paciente hipertenso é basicamente medicamentoso. É a institucionalização da medicalização dos corpos, então os pacientes quando têm medicamento no posto é lotado o atendimento da demanda espontânea, porque eles já sabem que chegou remédio e eles veem a facilidade de pegar a prescrição [...] (B1)

Analisando o contexto atual no que tange o acompanhamento de usuários hipertensos, pode-se entender que o livre acesso à demanda espontânea traz prejuízos à integralidade e à continuidade da assistência a essa clientela específica, por se tratar de portadores de uma doença crônica, que necessitam de garantia de continuidade do tratamento, no entanto, estes usuários recorrem corriqueiramente ao serviço de atendimento à demanda espontânea, fato que compromete a formação de vínculo entre membros da equipe e usuários e a efetivação de ações de promoção à saúde, visto que, esse serviço só deveria ser utilizado em situações de agudização de doenças crônicas, como é o caso da hipertensão (GIRÃO, FREITAS, 2016).

A prática da medicalização, reafirmação da medicina curativista, vem contribuindo para a substituição das práticas de prevenção e promoção da saúde, atualmente tão incorporadas ao discurso da ESF do município de Fortaleza. Situação recorrente nas falas dos trabalhadores:

[...] nós realizávamos grupos de hipertensos, a gente realizava atividades de

socialização, de orientação para a promoção da saúde, mas agora nesse momento, e eu posso fazer essa comparação porque eu vivi as duas etapas [...] praticamente no município de Fortaleza a gente observa isso, a questão do excesso de medicalização dos pacientes [...] é a institucionalização da medicalização dos corpos [...] (B1)

[...] os pacientes estão procurando mais o atendimento médico do que da enfermagem. Por conta que o medicamento prescrito pela enfermeira não pode ser recebido em outra farmácia e aí, desta forma, eles tendem a procurar mais o atendimento médico [...] (B2)

No atual modelo desenvolvido na APS de Fortaleza, percebe-se uma nítida inversão da proposta da ESF caracterizada por uma supervalorização do atendimento na demanda espontânea, tanto por parte da gestão como da população, que no caso específico dos hipertensos vem apresentando comprometimento da continuidade e integralidade do seu acompanhamento (GIRÃO, FREITAS, 2016).

[...] a gente tem muita restrição em relação ao agendamento em si, as nossas agendas elas são um pouquinho engessadas, elas são bastante engessadas na verdade porque a gente tem um horário restrito ao atendimento do hipertenso e um horário ampliado ao atendimento da demanda espontânea. Então, infelizmente, o hipertenso ele acaba sendo atendido, na maioria das vezes, na demanda espontânea [...] (B1).

Outro fator que é mencionado como um problema importante desse novo modelo assistencial são as agendas com vagas insuficientes dos profissionais que apresentam dificuldade para atender às necessidades da população adscrita, pode-se atribuir esse fato ao quadro insuficiente de profissionais na ESF, particularmente do profissional médico, além de uma elevada população adscrita por equipes na cidade de Fortaleza, devido à cobertura ainda insuficiente da população por equipes da ESF.

O que essa descontinuidade da assistência ao hipertenso tem produzido é o distanciamento do cuidado, as combinações tecnológicas que se apropriam negam a condição de sujeito com individualidades e inserido num coletivo. A aposta em práticas individualizantes restritoras da oportunidade de encontros e ação em grupo, é visualizada e materializada na ênfase ao modelo curativista, medicalocêntrico:

[...] tinha até um dia exclusivo para atender os hipertensos, às vezes a gente fazia palestra com os enfermeiros, mas separava um dia para os hipertensos. Mas, agora, ultimamente, está com um ano e com a colocação do sistema, não está mais. (C3).

Essa insuficiência na quantidade de vagas nas agendas dos profissionais leva os usuários a terem dificuldades de acesso ao agendamento de consultas, o que

contribuiu para o aumento da busca por atendimento por parte dos hipertensos no acolhimento, em detrimento do acompanhamento contínuo, como é o preconizado na ESF, prevalecendo o atendimento centrado no profissional médico e na medicalização (GIRÃO, FREITAS, 2016).

Avaliando essa inversão no modelo assistencial dentro da ESF de Fortaleza pela Teoria de Bourdieu, entende-se que o medicalocentrismo e a medicalização, práticas antigas no campo da saúde e fortemente presente na estratégia do acolhimento como este vem sendo realizado nesta cidade, tais práticas conferem ao profissional médico um acúmulo e manutenção do capital simbólico, em que esse profissional assume papel de destaque e de certo domínio na assistência à saúde da população, acarretando, também, maior acúmulo de capital econômico, uma vez que se esse profissional tem maior prestígio social e, conseqüentemente, destaca-se como uma profissão mais valorizada tanto socialmente como economicamente. No entanto, esse fato também ocasiona uma maior busca por esse profissional, imputando-lhe uma maior carga de trabalho dentro dessa configuração atual de assistência implementado neste município atualmente (BONNEWITZ, 2003; JOURDAIN, 2017).

## **5.2.5 Categoria II – regulação: um desafio para a integralidade da assistência ao hipertenso**

### **5.2.5.1 Insuficiência da regulação na rede de assistência à saúde (RAS)**

O Brasil vivencia, nos últimos anos, uma transição demográfica e epidemiológica, evidenciada por dados de inquéritos censitários, em que se observa um incremento das doenças crônico-degenerativas e o envelhecimento populacional, fatores que trazem para o Sistema Único de Saúde (SUS) um aumento de demandas ocasionadas por essas mudanças (BARBOSA, BARBOSA, NAJBERG, 2016).

Diante dessa realidade, o SUS, que configura-se na principal forma de acesso aos serviços de saúde, tem enfrentado desafios no que se refere ao sistema de regulação assistencial, de maneira a organizar a rede regionalizada, equalizando oferta e demanda por serviços específicos de saúde em determinada área geográfica.

Para maior esclarecimento sobre regulação, este estudo se pautará no conceito governamental, mencionado na Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS), no qual define que a regulação assistencial é responsável por disponibilizar alternativas assistenciais que atendam às necessidades da população, de maneira ordenada, oportuna e qualificada, devendo ser pautado em um processo avaliativo das necessidades de saúde de dada população, considerando fatores epidemiológicos, serviços assistenciais disponíveis em dada região e a acessibilidade a outros serviços especializados de referência, para que, deste modo, possa ser elaborado um planejamento/programação, de modo a equalizar a oferta e a demanda por meio de centros reguladores (BRASIL, 2002).

A regulação anteriormente definida, refere-se ao que se denomina de regulação governamental, pautada nos princípios da universalidade e equidade, onde o governo atua como o regulador dos serviços de média e alta complexidade, assumindo a responsabilidade pela garantia do direito de acesso a outros níveis de atenção ao cidadão, sendo esses os dispositivos legais formais de regulação (CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014).

Neste estudo, a incapacidade da regulação atender às demandas reais da população hipertensa é evidenciada na fala dos entrevistados:

[...] você encaminha o paciente pra um determinado profissional e ele vai pra fila de espera e você fica naquela demora de que o paciente volte [...] muitas vezes eles voltam pra consulta de seis meses, de um ano e ele não sai dessa

fila virtual. Isso aí é onde eu digo que a gente perde o paciente. (B3)

Verifica-se que existe uma fragilidade de adequação entre oferta de serviços especializados e demanda, fato que tem um impacto direto sobre a integralidade da assistência, levando a uma ruptura na linha de cuidado do hipertenso, o que se traduz em um cenário de decepção e desolamento para os usuários do SUS, que não apresentam garantia de acesso a outros níveis de atenção à saúde (ALMEIDA, SANTOS, SOUZA, 2015).

No município de Fortaleza, esse é também o cenário instalado, como se observa na fala a seguir: “[...] o sistema de marcação de consultas de Fortaleza é uma coisa que ainda está muito a desejar.” (B2)

Também, foi percebida uma discreta melhoria no serviço de regulação do município de Fortaleza, como mencionado:

[...] existe essa regulação que, ao meu ver, deu uma melhorada, depois que tem um profissional lá que todo dia dá uma olhada, vai tirando aquelas especializadas e entregando na nossa mão para a gente entregar, mas que ainda existe a dificuldade. Tem algumas coisas que realmente não saem, inclusive nem ela colocando prioridade [...] (D5)

A melhora na regulação acima mencionada não se trata de uma melhora no acesso aos serviços de maior complexidade propriamente, trata-se de um funcionário que assumiu a responsabilidade de averiguar, diariamente, o sistema de regulação e encaminhar aos agentes de saúde das áreas dos usuários para os quais saiu alguma vaga para que avisem a estes, não esperando que o usuário procure a unidade para saberem da consulta ou exame agendado, otimizando a comunicação entre o serviço e o usuário.

Na unidade onde a pesquisa foi realizada, foi mencionada pelos trabalhadores da saúde uma maior dificuldade para acesso a algumas especialidades em particular: “[...] o vascular é bem difícil, e tem pacientes que já estão com dois/três anos com encaminhamento pro vascular e não consegue [...]” (B2)

O município de Fortaleza, vivenciou uma situação epidemiológica peculiar no ano de 2016, período em que enfrentou uma epidemia de chikungunya, em que houve muitos óbitos, dentre esses os que apresentaram maior risco para mortalidade eram os portadores de doenças crônicas, como a hipertensão por exemplo. Esse

episódio levou a um aumento na demanda pela especialidade de reumatologia, devido às sequelas causadas pela doença, que apresenta quadro crônico e arrastado, mais acentuado nos idosos (Boletim semanal de chikungunya, 2017).

O que acontece muito, que é uma questão meio nova, que é a questão da chikungunya [...] por incrível que pareça o que eu mais faço é o reumatologista por conta das sequelas da chikungunya, entendeu? Que não são pacientes que são da hipertensão em si, mas a maioria vem na consulta de hiperdia com sequela de chikungunya que eu acabava tendo que solicitar. E é difícil, viu! (A3)

A regulação ainda apresenta-se muito fragilizada, configurando-se em um desafio para os gestores, trabalhadores e usuários do SUS, para que de fato atenda às demandas da população diante da realidade local de Fortaleza. Essa dificuldade de acesso a outros níveis de complexidade tecnológica, leva à interrupção na linha de cuidado do hipertenso, comprometendo a continuidade da assistência, o que revela uma fragmentação ou fragilidade no processo de regulação e, conseqüentemente, da rede de atenção à saúde (RAS) no município (MENDES, 2010).

### **5.2.6 Fragilização dos processos de referência e contrarreferência**

Na última década, a atenção primária à saúde (APS) vem assumindo a posição de ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, configurando-se em porta de entrada preferencial dessa rede. Para tanto, a APS deve implementar o cuidado individualizado, centrado no usuário, com o intuito de garantir a continuidade do cuidado, de modo integrado, nos diferentes níveis de atenção à saúde, de maneira a atender às necessidades de cuidado demandadas pelos usuários do SUS (MENDES, 2012). A garantia da continuidade do cuidado está sempre em discussão, pois referência e contrarreferência ainda não são realidades no contexto apresentado

[...] na verdade, tanto a referência como a contrarreferência têm muito o que melhorar. Porque os encaminhamentos, as justificativas realizadas são coisas bem mínimas que não dão noção ao especialista da atual situação de saúde dele [...] e a contrarreferência nem existe! (B2)

Desse modo, a RAS deve garantir acessibilidade a outros níveis de atenção à saúde e à continuidade da assistência, coordenada pela APS, respeitando o princípio da integralidade dentro do SUS. Para que o processo de cuidado ocorra

dentro dessa rede, de modo articulado e integrado, o mecanismo utilizado é sistema de referência e contrarreferência, centrado nas necessidades individuais de cada usuário do SUS (MENDES, 2012).

O revelado é que, os sistemas de referência e contrarreferência, no município de Fortaleza, ainda estão muito fragilizados, levando à dificuldade na continuidade da linha de cuidado do hipertenso nesse cenário.

Analisando a regulação, a partir dessa perspectiva, é possível afirmar que esse sistema ainda não acontece de maneira eficaz nas diversas realidades de saúde do país, funcionando como um obstáculo à implementação da acessibilidade da população aos serviços de maior complexidade dentro da RAS (MENDES, 2012).

A referência e a contrarreferência é um pouco dificultada no sentido de que o paciente ele tem que ir pra uma fila de espera e essa fila de espera só Deus sabe quando ele vai ser atendido pelo especialista [...] o paciente, ele fica engessado no NAC [...] (B1)

No que se refere à acessibilidade, outro aspecto importante a se discutir é o fato de que a referência do usuário pelo profissional da APS e a regulação da consulta para o especialista não garantem por si só a continuidade do cuidado ao usuário, como traz um dos participantes da pesquisa:

[...] também a gente tem muita perda de consulta, por exemplo, ele marca com cardiologista, naquele dia ele não tá em condição de ir, geralmente, pessoas de baixa renda, né! Pessoas mais idosas, que não conseguem ir sozinhas pras consultas, né! (D6)

Ainda sob a perspectiva da acessibilidade, outra questão referida foi a de o usuário ser encaminhado para realizar um exame, ser regulado e, ainda assim, o procedimento não ser realizado, o que influencia diretamente na continuidade da assistência ao mesmo, gerando elevada insatisfação dessa clientela.

[...] ela ficou esperando na fila de espera, ficou na fila de espera muito tempo. Aí quando ela foi lá no hospital, não vou nem citar o hospital, quando chegou lá para fazer a tomografia, ela foi duas vezes, quando chegou lá a máquina estava quebrada. Outra vez que eu fui na casa a mulher: "eu não vou mais fazer esse exame não, por que toda vez que vou no hospital, a máquina tá quebrada!" (D4)

Observa-se que não há fluidez dos usuários para outros níveis de atenção, claramente demonstrando uma dificuldade no fluxo dentro da rede, esse fato pode

ocorrer em consequência de deficiência da organização e do planejamento de ofertas de serviços de modo a atender às demandas da população, levando a um processo de espera longo, gerando insatisfação da clientela do SUS (PROTASIO et al., 2014).

Utilizando-se da teoria do espaço social de Bourdieu, entende-se que o desequilíbrio entre os diversos tipos de capitais dos atores/agentes sociais que interagem dentro do campo da saúde, gera tensões entre os interesses desses levando a disputas entre usuários, profissionais e gestores, de modo que as relações conflituosas entre esses atores, produz insatisfação naqueles que possuem menor acúmulo dos mais diversos capitais, nesses casos os usuários do sistema público de saúde (BONNEWITZ, 2003; JOURDAIN, 2017).

Na pesquisa, foi mencionada por um dos entrevistados a necessidade de integração dentro da rede, no que se refere à informação, através da ferramenta do prontuário eletrônico:

Mas era interessante que essas pessoas, esses especialistas tivessem um *link* com o nosso sistema eletrônico, que nos dissesse o que o paciente tinha eletronicamente, aí formaria uma referência e contrarreferência. E o médico que é o responsável maior pelo paciente, ele tivesse uma senha pra abrir esse resultado de exame. Seria uma ideia né? (B3)

Outro fato importante nesse sistema de referência e contrarreferência é o fato de que não existe integração eletrônica dentro da RAS. O município de Fortaleza opera com prontuário eletrônico dentro da ESF, no entanto, ainda não existe integração entre a APS e os demais níveis de atenção da rede regionalizada de saúde. Admite-se que essa integração colaboraria para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e faria com que houvesse maior fluidez da informação procedente do serviço que encaminhou, bem como das condutas instituídas pelo especialista, contribuindo, desse modo, para qualificar a integralidade da assistência ao usuário (PROTASIO, 2014).

### 5.3 CATEGORIA III – REDE UNIPEDE: TECENDO NOVOS CAMINHOS PARA O CUIDADO AO HIPERTENSO

#### 5.3.1 Redes Informais na ESF e a Regulação Profissional

Diante da realidade discutida até o momento relacionada com a atenção

à saúde do hipertenso, considerando todos os aspectos dessa assistência desde o trabalho em equipe, instituição de fluxos assistenciais até a regulação como desafio para a acessibilidade e continuidade do cuidado, chegamos, enfim, à questão das redes sociais como estratégia de enfrentamento das dificuldades encontradas, na tentativa de garantir uma assistência integral ao hipertenso. Inicialmente, rememoraremos o conceito de redes informais ou também denominada rede pessoal, objeto deste estudo.

[...] tem uma pessoa que eles chamam de ADM que é uma responsável pelo funcionamento de marcação da unidade de saúde e aí a gente fala com essa pessoa e solicita que ela priorize. É como se ela colocasse esse paciente mais à frente, liga pra central e consegue fazer essa priorização. Quando essa pessoa é acionada, observa-se que consegue uma agilidade do procedimento, do recurso necessário naquele momento. Mas, isso ainda demora uma semana, três dias, quando a situação do paciente ele não pode esperar a gente vai ligando. Ligando pra um amigo que trabalha no hospital tal, como a gente participa muito de curso eles dão número de telefone, número de contato. Então, na minha gaveta eu tenho uma agendinha onde tenho o número de uma pessoa no centro de hipertensão e diabetes, geralmente quando eu preciso, eu dou uma ligada. (B2)

Sluzki (1997) define as redes sociais informais ou pessoais como aquelas formadas por relações que o indivíduo qualifica como significativas dentre todas as relações que este estabelece dentro da sociedade, sendo essas relações importantes para o desenvolvimento e manutenção de autoestima, autoconfiança desse indivíduo.

Como já explanado anteriormente, o sistema de regulação não consegue atender de forma satisfatória às necessidades dos usuários do SUS, mas especificamente neste trabalho dos hipertensos, clientela que vem aumentando com o envelhecimento populacional. Este fato produz uma situação peculiar na rotina de trabalho dos profissionais da ESF, considerando que esses trabalhadores estabelecem vínculos com esses pacientes e assumem a responsabilidade com a continuidade do cuidado dele.

Nota-se que essa rede informal é utilizada com frequência pelos profissionais, assim como contribui para a integralidade da assistência ao hipertenso.

A rede unipede funciona bastante [...] eu acho que essa rede informal para não dizer unipede, ela funciona melhor, aí sim tem a contrarreferência [...] o paciente nas redes formais e hierarquizadas na rede de atenção do Vilaça [...] ele fica engessado no NAC [...] (B1)

Essa necessidade do profissional acessar sua rede pessoal para atender uma demanda do seu paciente ocorre por diversas razões, como citado:

[...] às vezes a gente tenta usar da amizade [...] muitas vezes a gente tenta conseguir o acesso... posso até dar como exemplo o irmão do X, que é bioquímico lá no hospital, eu já lancei mão dele pra ajudar outras pessoas, pra fazer exames, pra se consultar com um especialista. (B3)

Outro profissional menciona ter utilizado sua rede em uma situação de emergência, em que essa rede informal, apresentou-se de grande valia, não só para a decisão terapêutica, como na redução do risco de vida do usuário, em uma situação de emergência.

[...] algumas vezes já, como eu te falei. Já teve um paciente que eu nunca me esqueço que foi um BAVT que a gente identificou aqui, ela estava com a frequência cardíaca muito baixa, aí eu solicitei, devido eles terem um suporte de UTI foi feito um eletrocardiograma aqui e constatado o BAVT e aí ela foi direto pra Messejana pra colocar marca-passo, já foi tudo bem rápido. Da minha rede pessoal só uma, [...] que foi esse BAVT [...] foi uma pessoa que eu já trabalhei, ela já me conhecia e aí pronto [...] (A3)

Diante dessa perspectiva, percebe-se a existência de uma confluência entre o tempo do profissional, guiado pela ética profissional e conhecimento técnico e do usuário, que apresenta determinada necessidade, e uma dissincronia do tempo da regulação governamental ou formal em ofertar o serviço. O profissional de saúde, se vê em alguns momentos da sua realidade de trabalho e da sua autonomia profissional, diante da necessidade de buscar outros indivíduos da sua rede para agilizar os cuidados de que o usuário necessita naquele momento (CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014).

Algumas reflexões acerca desse cenário podem ser realizadas, pode-se indagar sobre se na ocorrência de uma situação de equidade entre oferta de serviços e demandas da população, se o profissional de saúde faria essa conexão com outros atores da sua rede social pessoal, a fim de apresentar maior resolutividade para os problemas encontrados em seu cotidiano de trabalho que interferem no desenvolvimento satisfatório da linha de cuidado do usuário hipertenso que está sob sua responsabilidade sanitária?

Esse fato pode ser visto por alguns indivíduos da sociedade como uma maneira de fugir do sistema de regulação ou mesmo priorizar um indivíduo frente a outro em igual situação, apresentando demandas semelhantes, mas que não obtêm

o mesmo desfecho para sua necessidade.

No entanto, a análise que este estudo se propõe a realizar é a de que os trabalhadores da ESF, em especial os que participaram da pesquisa, desenvolvem um vínculo com a população assistida, assumem a responsabilidade sanitária pela comunidade a qual presta serviço e não apresenta condições que favoreçam a otimização do seu trabalho. Esse cenário de condições desfavoráveis se configura desde equipes incompletas, unidades com estruturas físicas precárias e uma RAS ainda muito incipiente, com um sistema de regulação governamental que não consegue atender às necessidades apresentadas pela população, levando aos profissionais da ESF a percorrerem outros caminhos visando à integralidade do cuidado.

Nesse momento, entramos em outra concepção de regulação, denominada regulação profissional, no qual esse imbuído de sua autonomia e responsabilidade diante do indivíduo sob seu cuidados, por diversas razões, assume formas dinâmicas de regulação, que não encontram-se disponíveis naquele momento na regulação formal, através de práticas singulares e autônomas no seu fazer profissional (CECÍLIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014).

A partir dessas considerações, à luz da Teoria Social de Bourdieu, compreende-se que as redes informais dos profissionais de saúde são construções sociais que ocorrem dentro de um campo social, o campo da saúde, onde os atores produzem novos arranjos e fluxos que agilizam o cuidado em saúde, tecendo novos caminhos para atender às necessidades na assistência à saúde do hipertenso, nota-se claramente a intercessão entre a teoria social de Bourdieu e os estudos de redes sociais proposto por Marteleto

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de redes sociais permitiu analisar a rede dos profissionais de saúde da UAPS, pesquisada e organizada a partir da perspectiva de assistência integral ao hipertenso, bem como identificar os principais atores dentro dessa rede e as interações desses atores para integralidade do cuidado.

O estudo evidenciou os principais fatores que colaboram e dificultam o processo de trabalho na ESF, a inadequação entre demanda e oferta no que se refere ao sistema de regulação municipal; tal como pode-se constatar a atuação dos profissionais, considerando a ética e a autonomia profissional no intuito de garantir continuidade na linha de cuidado do hipertenso.

Nesta pesquisa, foram analisados os principais indicadores de análise de redes sociais. Com relação à rede encontrada, esta apresenta baixa densidade, o que significa dizer que existem ainda muitas relações possíveis de acontecer e que ainda não ocorrem, esse fato denota que a comunicação entre os trabalhadores e a disseminação de informações tem possibilidades de ser melhorada.

Com relação ao grau de centralidade que mostra a rede de contatos que cada ator possui e utiliza dentro de um jogo de interesses socialmente estabelecido é denominado de capital social por Bourdieu. Os enfermeiros foram os atores que apresentaram maior grau de centralidade dentro da rede de assistência ao hipertenso, esses profissionais apresentam uma rede de contatos diversos em diferentes locais envolvidos na assistência à saúde desses usuários.

No que se refere à centralidade de informação, medida complementar à avaliação de grau de centralidade, os enfermeiros apresentam-se com atores importantes para que esse fluxo ocorra dentro da rede, considerando que essa métrica refere-se à existência ou não de caminhos para que haja fluidez de informações dentro da rede.

Quanto ao grau de intermediação, que demonstra quem são os atores-pontes, tais atores apresentam maior possibilidade de intermediar informações entre pares de atores (díades) dentro da rede analisada, os enfermeiros se sobressaem com maiores valores para essa medida. Esse fato conota a relevância desses profissionais como gerentes das equipes de saúde da família, e demonstra sua capacidade de disseminar informação entre os atores dessa rede, no que se refere à assistência ao hipertenso, significa dizer que a retirada desse ator da rede

causa uma interferência direta no fluxo de informações relacionadas ao cuidado para com os usuários hipertensos.

No que concerne ao indicador de grau de proximidade, medida relativa à capacidade do ator se ligar diretamente a outro ator dentro da rede, reduzindo o que se denomina de ruídos de comunicações, novamente se nota a influência desse ator dentro da rede estudada, demonstrando que o enfermeiro apresenta-se próximo de muitos dos atores da rede, favorecendo a comunicação e, deste modo, a continuidade da linha de cuidado do hipertenso.

Os enfermeiros foram os atores que se destacaram em todos os indicadores calculados para a rede analisada. Pode-se afirmar que os enfermeiros são atores de suma importância dentro da assistência integral ao usuário portador de hipertensão. Observa-se que o enfermeiro assume responsabilidades que vão desde a área gerencial à área assistencial, assumindo, muitas vezes, responsabilidades burocráticas dentro da gerência do cuidado ao hipertenso. Essa capacidade pode ser atribuída ao enfermeiro como resultado de um capital cultural acumulado por esses profissionais, através da sua formação e capacitações profissionais.

Destaca-se, aqui, o enfermeiro como um profissional que exerce o protagonismo e a liderança na sua atuação na estratégia saúde da família, gerenciando não só a equipe de enfermagem como também os agentes comunitários de saúde, sendo seu trabalho de inegável importância para o bom trabalho da equipe dentro da ESF.

Percebe-se, ainda, o enfermeiro como ator influente na articulação e interação com atores importantes em diversos cenários da assistência, favorecendo a ampliação da rede para favorecer a continuidade da linha de cuidado do hipertenso. Nesta pesquisa o destaque do profissional enfermeiro se deu pelo reconhecimento e citação desse profissional por todas as outras categorias profissionais da equipe. É possível analisar esse dado sob a perspectiva do que Bourdieu denomina de capital simbólico, capital que demonstra o poder que um ator possui atribuído e reconhecido por outros atores dentro dessa rede.

No cenário particular do município de Fortaleza, pode-se afirmar que o novo modelo assistencial trouxe mudanças nos fluxos assistenciais dos hipertensos, influenciando para uma mudança no acompanhamento desses usuários. Observa-se que a ESF, que antes trabalhava sob a ótica da prevenção e promoção de saúde, com enfoque na educação em saúde como ferramenta potente para melhoria da qualidade

de vida dos usuários, foi substituído por uma inversão dessa lógica com retorno à lógica do curativismo e medicalocentrismo.

Esse fato é demonstrado quando se observa a contradição entre a relevância do enfermeiro dentro da análise de redes sociais para a assistência ao hipertenso e esvaziamento dos consultórios de enfermagem para o acompanhamento desses usuários, visto que é esse profissional que assume a responsabilidade pela educação em saúde e as orientações para promoção da autonomia e do cuidado consigo por parte desses usuários. Nesse momento, nos indagamos a respeito de quais efeitos futuros poderão ser observados com essa inversão da lógica assistencial a longo prazo?

Associada a essa mudança percebida dentro do modelo assistencial em vigor no município de Fortaleza, nota-se que a regulação municipal não consegue atender, de modo satisfatório, às necessidades da população hipertensa, o que contribui para a descontinuidade da linha de cuidado, colaborando para o agravamento de complicações advindas da hipertensão.

Diante desse cenário desafiador, percebe-se a atuação dos profissionais de saúde como atores sociais que, dentro do campo da saúde, estabelecem relações, interagindo para superar as dificuldades de modo a contribuir para a integralidade do cuidado à população hipertensa. Para tanto, esses profissionais, dentro de uma construção social dinâmica e interativa, entrelaça caminhos para produção do cuidado aos hipertensos.

Evidencia-se, com este estudo, a inegável importância das redes sociais dentro da atuação dos profissionais de saúde da ESF para a assistência integral ao hipertenso. O campo da saúde possui grande complexidade e diversos desafios a serem enfrentados pelos profissionais que prestam serviço na atenção primária à saúde e estabelecer vínculos, ampliar a rede de relações entre os diversos atores sociais dos mais diferenciados setores da sociedade é, indiscutivelmente, importante para elevar as possibilidades de enfrentamento das adversidades e contribuir para a melhoria da saúde da população, de maneira geral.

Os profissionais da saúde devem otimizar as ações em rede, visto que o processo de produção de saúde é atravessado por diversos determinantes sociais, sendo necessário que as redes sociais se fortaleçam para o enfrentamento desses determinantes, a fim de se alcançar melhores condições de saúde para a população.

## REFERÊNCIAS

- ALEJANDRO, V. A. O.; NORMAN, G. A. **Manual introdutório à análise de redes sociais: medidas de centralidade.** [S.l.:s.n.], 2005.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (Org.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado e Regiões de Saúde.** Salvador: EDUFBA, 2015.
- ANDRADE, D. M. C.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 852 – 5, 2015.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925 – 934, 2002.
- BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 2, 2016.
- BORGATTI, S. P., EVERETT, M.G.; FREEMAN, L.C. **Ucinet 6 for Windows: Software for Social Network Analysis.** Harvard, MA: Analytic Technologies, 2002.
- BORGATTI, S.P. **Netdraw Visualization.** Analytic Technologies: Harvard, MA, 2002.
- BRASIL. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução CONESP 466/2012.** Brasília. Ministério da Saúde, 2012. p. 12.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. p. 292.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde.** Brasília, 1986.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de assistência à Saúde/Noas-SUS. **Diário Oficial da União**, n.º 40, de 28-02-2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648.** Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Portaria GM N. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017.

BONNEWITZ, Patrice. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BORGES, J. W. P. et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 487-94, 2012.

BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani (Org.). 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CECÍLIO, L. C. O., CARAPINHEIRO, G., ANDREZZA R. (Org). **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec. 2014.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-1520, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 dez. 2017.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. **A era da informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 698.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 6-12 set. 1978.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 10, p. 229-237, 2010.

ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, v. 7, n. 2, p. 264 – 27, jul./dez. 2004.

FAQUINELLO, P., MARCON, S. S., WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-56, set-out., 2011.

FARINA, M. C. Cap. 6: Análise de redes sociais. In: GOULART, E.E. **Mídias sociais: uma contribuição de análise**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. p. 152.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312011000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jan. 2018.

FORTALEZA. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Fortaleza – CIEVS Fortaleza. **Boletim Semanal da Chikungunya**. p. 18, dez. 2017. \_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Disponível em: <[www.fortaleza.ce.gov.br/regionais](http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais)>. Acesso em: 29 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. **Diretrizes clínicas: Hipertensão Arterial**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

FREEMAN, L. C. **The development of social network analysis**. Vancouver: Empirical Press, 2006.

HANNEMAN, Robert A.; RIDDLE, Mark. **Introduction to social network methods**. Riverside, CA: University of California, Riverside. Disponível em: <<http://faculty.ucr.edu/~hanneman/>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos de contagem populacional para os anos censitários**. Brasília. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230440>>. Acesso em: 29 maio 2016.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. **Gestão**. Fortaleza. Disponível em: [www.isgh.org.br](http://www.isgh.org.br). Acesso em: 29 maio 2016.

JOURDAIN, A.; NAULIN, S. **A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos**. Tradução de Francisco Morás. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 dez. 2017.

LANDIM, F. L. P. et al. Análise das redes interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p. 828-837, 2010.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023885023>>. Acesso em: 8 jan. 2018.

- LIMA, S. V. M. A. et al. O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. **Gestão e Sociedade**, [S.l.], v. 11, n. 30, p. 1963-1975, ago. 2017. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2216>>. Acesso em: 26 dez. 2017.
- LOPES, M. E. L.; SOBRINHO, M. D.; COSTA, S. F. G. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 819-25, 2013.
- LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.
- MACIEL et al. A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 437-443, jul./set. 2011.
- MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M.T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Rev. Ter. Ocup.**, v. 16, n. 1, p. 22-30, 2005.
- MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71- 81, jan./abr. 2001.
- MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesq. bras. ci. inf.**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27 - 46, jan./dez. 2010.
- MARTINEZ, L.R.C.; MURAD, N. Hipertensão, diabetes e dislipidemia: mecanismos envolvidos. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 21, n. 2, p. 92-97, 2014.
- MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: UFPE, 2004.
- MATOS, E.; PIRES, D. E.; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, out. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 mar. 2018.
- MELO, F. J.; ANZILAGO, M. Redes sociais na produção científica. **Revista ADMpg**, v. 2, n. 1, 2015.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. **Empiria**, v. 10, p. 71-105, jul./dez. 2005.

MORENO, J. L. **Quem sobreviverá?: fundamentos da sociometria, da psicoterapia de grupo e do sociodrama: edição do estudante**. São Paulo: Daimon – Centro de Estudos do Relacionamento, 2008.

NASCIMENTO et al. As redes sociais de apoio no cuidado domiciliar: pesquisa descritiva-exploratória. **Online braz. J. nurs**, v. 10, n. 3, set./dez. 2011.

NEWMAN, M. E. J. **Networks an introduction**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312012000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 dez. 2017.

OLIVEIRA, C. J.; SANTOS, J. C.; FLORÊNCIO, R. S.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.13, n. 2, p. 343-53, 2012.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010

OLIVEIRA, L.G.D. et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 997-1008, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO; J. Saúde no Brasil 1: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 9, maio 2011.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**. São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PROTASIO et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 209-220, out. 2014.

RIBEIRO, K.S.Q.S. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, v. 13, n.2, p. 69-78, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTOS et al. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 13, n. 2, p. 343-53, 2012.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. Esc. Enferm USP**; 46(5): 1125-1132, 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E.; RÉMY, J. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028795011>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica**. 2012. 200 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 26, n. 3, e1090016, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072017000300307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000300307&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 an. 2018. Epub 17 ago. 2017.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, p.102, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO; STOTZ (Org.). **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos na comunidade da Maré**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Belo Horizonte: UFMG, 2011.

TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, Florianópolis, p. 75-91, jul. 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/15182924.2006v11nesp1p75/387>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

TRINDADE, L. L. PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072013000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 dez. 2017.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S7-S14, 1999.

VIEGAS, S. M.F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/)>. Acesso em: 13 jun. 2017.

## APÊNDICES



\_\_\_\_\_ declara ser de livre espontânea vontade sua participação voluntária nesta pesquisa. Declara também que leu cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas acerca do conteúdo desta pesquisa e que foram completamente respondidas. Declara ainda que recebeu cópia deste Termo constando assinatura do pesquisador.

Tendo sido informado (a) sobre esta pesquisa intitulada: **ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS ESTABELECIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO HIPERTENSO**, concordo dela participar voluntariamente:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Atenção: Em caso de qualquer questionamento durante a pesquisa o (a) senhor (a) poderá se dirigir ao Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, entre os blocos J e H, fone: 3101-9890, [www.uece.br/cep](http://www.uece.br/cep).

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

### 1. Dados Gerais dos Participantes:

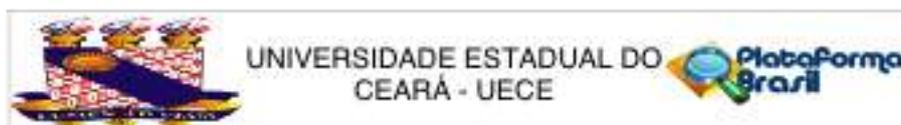
- Idade: \_\_\_\_\_
  
- Sexo: ( ) F ( ) M
  
- Profissão:  
( ) Médico(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) Dentista ( ) Técnico(a) de Enfermagem
  
- Quanto tempo de formação?  
( ) Menos de 1 ano  
( ) De 1 a 3 anos  
( ) De 3 a 5 anos  
( ) Mais de 5 anos
  
- Vínculo Empregatício:  
( ) Estatutário  
( ) Seletista (CLT)  
( ) Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - sem vínculo empregatício
  
- Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família?  
( ) Menos de 1 ano  
( ) De 1 a 3 anos  
( ) De 3 a 5 anos  
( ) Mais de 5 anos

2. Há quanto tempo você trabalha na APS desse município, nessa unidade, nessa equipe?

3. Como se estabelecem as relações entre os membros da equipe no que se refere ao acompanhamento do hipertenso?

4. Como se dá a assistência ao hipertenso dentro da APS?

5. Quais as principais demandas apresentadas pelos hipertensos com relação aos serviços especializados?
  
6. Qual sua percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência do município para os hipertensos com o objetivo de garantir a assistência integral ao hipertenso?
7. Houve alguma situação em que o usuário hipertenso necessitou ser referenciado para serviços especializados ou serviço específico dentro da sua linha de cuidado e não obteve acesso em tempo adequado para atender à sua necessidade? Você teria algo a comentar sobre essa questão? (Realizou alguma intervenção na tentativa de garantir o acesso ao serviço por parte do usuário? De que forma você interviu? Utilizou caminhos alternativos para esse cuidado?)
8. Cite até 5 pessoas, com as quais você estabelece relações com o intuito de garantir acesso à serviços necessários ao hipertenso para a assistência integral do mesmo.
9. Como essas pessoas se integraram a sua rede social?



Continuação do Parecer: 816/029

processos pelos quais se constituem e operam as redes sociais, os significados e sentidos a esta conferidos, e as mediações sócio-culturais e políticas envolvidas, a partir de uma abordagem etnográfica; identificar e estabelecer a configuração de outras redes sociais, extra institucionais, de acordo com os dados da pesquisa; Analisar redes de apoio social de participação comunitária e seu papel na efetivação do acesso em saúde; Subsidiar discussões das equipes profissionais e a elaboração de fluxos para ampliação do acesso nas linhas de cuidado; Divulgar os resultados obtidos para a categoria de enfermeiros e demais profissionais, de acordo com as condições locais, como forma de contribuir com os processos de educação permanente no trabalho;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a Resolução 466/2012 (V - DOS RISCOS E BENEFÍCIOS), "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Diante do apresentado, faz-se necessário o autor relatar quais são os riscos e os benefícios da pesquisa e de que maneira os mesmos podem ser contornados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se apresenta relevante, tanto do ponto de vista da discussão acadêmica, já que relaciona aspectos da saúde com as questões sociais, como do ponto de vista da apresentação de possíveis contribuições para fins de políticas públicas vinculadas à melhor condução do trabalho do enfermeiro, bem como sua articulação com outras áreas do conhecimento. Além disso, proporciona a articulação de profissionais de vários níveis de formação e vinculados à realidades geográficas diferentes, contribuindo assim para um retrato da diversidade do Brasil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos foram apresentados de maneira satisfatória.

**Recomendações:**

Recomenda-se justificar a escolha pelo recorte empírico, já que o território brasileiro é bastante amplo.

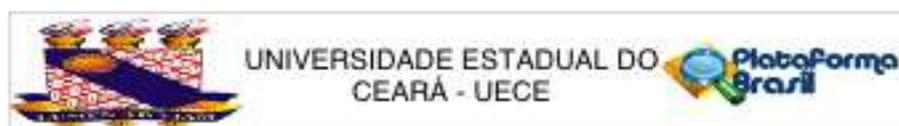
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se bem estruturado e não necessita de grandes alterações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. São Mangaba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-0660 Fax: (85)3101-0906 E-mail: anavalezka@uap.br



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará

**Pesquisador:** Helena Maria Scherfowski Leal David

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33423114.9.3001.5534

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 818.029

**Data da Relatoria:** 12/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

O texto está bem construído, os objetivos estão claros, bem como a metodologia. Todavia, faz-se necessário justificar os motivos que levaram ao recorte empírico - "alguns municípios do Rio de Janeiro e do Ceará". Por exemplo: Por que Maracanaú e não Caucaia? Por que Niterói e não Campos?

**Objetivo da Pesquisa:**

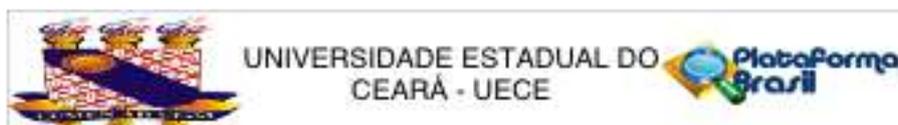
**Objetivo Primário:**

Analisar as redes sociais que se produzem no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica, estabelecendo a posição e o papel desse e dos demais profissionais e atores sociais na efetivação do acesso a linhas de cuidado em saúde, neste nível de atenção, e na média e alta complexidade.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar as relações em rede nas equipes da Atenção Básica e desta com os níveis de média e alta complexidade nos municípios, evidenciando a participação do enfermeiro; Estabelecer a configuração das redes sociais institucionais segundo a análise estrutural de redes, com medidas de centralidade e posição dos enfermeiros e demais atores sociais; Compreender as formas e

Endereço: Av. Siqueira Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9900 Fax: (85)3101-9905 E-mail: anavaloska@usp.br



Confirmação de Parecer: 816.029

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado, porém recomendamos que sejam pensadas e descritas estratégias de apoio durante as entrevistas para minimizar os desconfortos emocionais que venham a ocorrer.

FORTALEZA, 03 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Ana valeska Siebra e silva**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Silas Manguba, 1798  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9690 Fax: (85)3101-9356 E-mail: [anavaleska@uece.br](mailto:anavaleska@uece.br)

## APÊNDICE D – Parecer do Comitê de Ética da Pesquisa Atual

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO HIPERTENSO.

**Pesquisador:** GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66320017.5.0000.5534

**Instituição Proponente:** Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.020.264

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo analítico que utilizará a abordagem por triangulação de métodos, refere-se à interação entre as naturezas quantitativa e qualitativa. Será realizado no município de Fortaleza-CE. Os sujeitos participantes desse estudo serão os profissionais de saúde das equipes de saúde da família de uma unidade de atenção primária (UAPS) do bairro Bonsucesso, no município de Fortaleza/Ceará. Utilizar-se-á a técnica de entrevista semiestruturada para coleta de informações. Para a análise de redes sociais serão utilizados os softwares UCINET e NETDRAW. A análise qualitativa se pautará na análise temática, em que as informações serão categorizadas por núcleos de sentido e as discussões se fundamentarão na literatura de Pierre Bourdieu com ênfase no capital social.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as redes sociais (RS) estabelecidas no trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência ao hipertenso e seu delineamento.

Objetivo Secundário:

- Identificar as RS que são estabelecidas pelos profissionais da APS na assistência ao hipertenso;

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

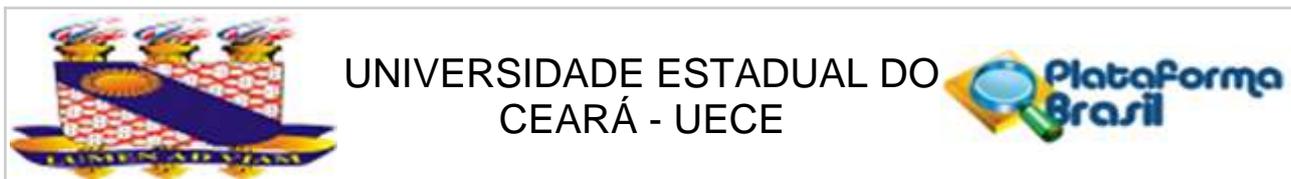
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.020.264

- Caracterizar as relações nas equipes da APS e os principais atores dessas RS;
- Descrever as RS estabelecidas pelos profissionais da APS na assistência ao hipertenso.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os autores apontam que os riscos da pesquisa referem-se a eventuais desconfortos que os entrevistados podem sentir, tais como desconforto emocional, dificuldade de responder alguma pergunta ou desinteresse, ou por falar sobressituações conflituosas e difíceis vivenciadas no momento da assistência.

Benefícios:

A referida pesquisa poderá contribuir para qualificar a atenção integral ofertada aos usuários que vivem com HAS e possibilitar reflexões sobre a participação ampliada do cuidado por diferentes profissionais.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa com mérito científico e relevância social a ser desenvolvida como atividade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto assinada pela pesquisadora e pela diretora do Centro de Ciências da Saúde da UECE; Termo de Anuência emitido pela coordenadora de gestão do Trabalho e Educação na Saúde-Secretaria de Saúde de Fortaleza; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando os objetivos, forma de participação, riscos e benefícios do estudo.

#### **Recomendações:**

Enviar o relatório ao CEP da UECE após a realização do estudo.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O estudo segue as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_855347.pdf	21/03/2017 20:38:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	21/03/2017 20:33:00	GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES	Aceito

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

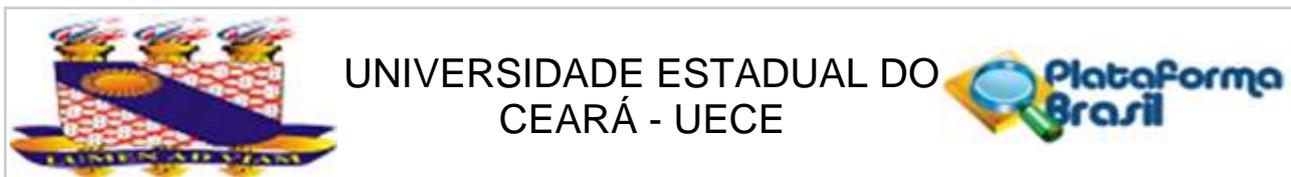
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.020.264

Ausência	TCLE.pdf	21/03/2017 20:33:00	GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/03/2017 20:32:46	GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	21/03/2017 20:27:26	GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	21/03/2017 20:27:07	GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES	Aceito
Folha de Rosto	Glaucilandia.pdf	21/03/2017 20:19:18	GLAUCILANDIA PEREIRA NUNES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 18 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**ISAAC NETO GOES DA SILVA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br