**Capítulo** **1**

Introdução

O SUS (SUS) é composto de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) em que geralmente a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. [Brasil 2012].

O enfermeiro está presente em todos os níveis de atenção desenvolvendo atividades tanto assistenciais quanto gerenciais. Mesmo com a sua presença em ambientes tão diversos é na AB (AB) que suas habilidades tem potencial para se desenvolver com maior autonomia.

Em um estudo de [Kalinowski et al. 2013] os enfermeiros perceberam que tinham autonomia profissional quando surgiam situações com a possibilidade de tomar decisões no serviço de saúde e também no seu processo de trabalho, utilizando dispositivos indispensáveis como competência, responsabilidade, respeito e reconhecimento na equipe interdisciplinar.

Essa autonomia decorre não apenas de uma postura profissional, o saber-ser do enfermeiro, mas também da própria dinâmica da AB, que enfatiza uma assistência multidisciplinar ao paciente e às comunidades.

No mesmo estudo, comprovou-se que a enfermeira exerce no seu campo de trabalho diferentes atividades, cabendo à ela, reorganizar tanto o seu processo de trabalho, quanto o da sua equipe, criando assim, maior visibilidade da sua prática.

Este profissional é muitas vezes o articulador da equipe de saúde na AB, pois com suas competências gerenciais, tem no trabalho em equipe um caminho para a comunicação e contato entre os diferentes profissionais. Para [Rocha e Munari 2013], graças às atribuições do enfermeiro na ESF (ESF), este vem assumindo cada vez mais o papel de gerente das unidades. Isto exige dele um olhar mais amplo sobre o trabalho, despertando o reconhecimento dos outros profissionais como articulador, facilitador e mediador de muitas ações.

A ESF é uma estratégia que visa reorganizar a AB no país de acordo com os preceitos do SUS. Ela tem caráter de expansão, qualificação e consolidação da AB, pois favorece reorientação do processo de trabalho com potencial de aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos da AB, ampliando sua resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação de custo-efetividade. [Brasil 2012].

Para isso ela apresenta equipes multidisciplinares, que minimamente são formadas por por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se a esta acrescentar os profissionais de saúde bucal. [Brasil 2012].

Considerando-se as diferentes realidades de cada local, as diversas UBS (UBS) que compõe a AB precisam de uma articulação entre seus profissionais e os demais componentes do sistema de saúde, além de articulação também com as comunidades na qual estão inseridas de forma a oferecer assistência tendo como base os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e um processo de comunicação que vá contribuindo para autonomização e protagonismo de sujeitos nos processos de tomada de decisão.

Assim, a comunicação é uma dos principais componentes para o funcionamento de qualquer grupo. É a competência interpessoal capaz de decodificar as diversas formas de expressão humana capaz de ampliar as relações num dado território. [Rocha e Munari 2013].

Neste processo de comunicação, tem-se a formação de redes sociais. O conceito de Redes Sociais não é novo e não é restrito, nem restrito. Para [Marteleto 2010] É um conceito onipresente atualmente em diversos espaços e parece servir a dois propósitos: caracterizar o espaço em que a comunicação ocorre no mundo globalizado de hoje onde se tem a produção de formas diferentes de ações coletivas, expressão de identidades, conhecimentos informação e cultura; e para apontar as mudanças no modo de se comunicar e passar adiante a informação.

Assim sendo, [Marteleto 2010] também coloca que as informações e as redes sociais são dois conceitos que se encontram e que permeiam diferentes domínios de conhecimento, mídias, campos sociais ou comunidades profissionais. A troca de informações, seu uso e apropriação vão depender de como as pessoas e grupos envolvidos no processo de comunicação se associam.

Uma proposta para a análise dessas relações que se formam está na ARS (ARS) que é uma ferramenta que nos permite conhecer as interações entre qualquer classe de indivíduos, partindo preferencialmente de dados qualitativos do que quantitativos. [Alejandro e NORMAN 2005].

Na saúde, a ARS tem como foco a compreensão das relações entre os atores, ou seja, das relações entre os profissionais de diferentes categorias que participam do processo de comunicação, durante o cuidado prestado aos pacientes [Silva et al. 2013].

Consiste em uma ramo do campo de estudo das relações interorganizacionais que pode monitorar como ocorrem as trocas presentes na produção do serviço de saúde, observando de que forma a localização dos atores envolvidos se relaciona com poder e influência. [Bittencourt e Neto 2009].

Nesse contexto, os pacientes das várias linhas de cuidado são beneficiados com o bom funcionamento da comunicação, cooperação e do vínculo dos profissionais da unidade na qual são assistidos e da unidade com os outros serviços de saúde disponíveis.

Segundo [Cecí lio et al. 2003], a cocepção de linha de cuidado ilustra a produção da saúde de forma sistêmica, partindo das redes macro e microinstitucionais, com processos dinâmicos, onde se tem a imagem da linha de produção direcionada ao fluxo de assistência àquele que dela irá se beneficiar de acordo com suas necessidades.

A linha de cuidado pode ser abordada nas perspectivas de macro e micropolítica. Na micropolítica, tem-se o encontro entre o usuário e o profissional e nela, torna-se essencial que a assistência passe de procedimentos fragmentados a ações de responsabilização, vinculação e cuidado, possibilitando assim projetos terapêuticos singularizados. [Malta e Merhy 2010].

Quanto a macropolítica, tem-se as relações entre os gestores e profissionais envolvidos no cuidado, fomentando corresponsabilização de forma a garantir apoio para as ações de cuidado. [Malta e Merhy 2010].

Dentre os que mais buscam o atendimento a nível primário, encontramos os pacientes com HAS (HAS) e DM (DM). Estes pacientes muitas vezes requerem um atendimento diferenciado envolvendo uma diversidade de ações de cuidado que são implementadas por diferentes profissionais. Isto se deve ao aspecto crônico dessas patologias e aos fatores e determinações a elas associados.

Existe também a possibilidade do desenvolvimento de comorbidades associadas ao estado sistêmico em que o indivíduo se encontra, tudo isso dependendo do estilo de vida e seus modos de compreender a produção da saúde desses pacientes, envolvendo ainda seu contexto familiar e social.

Por exemplo, em um estudo desenvolvido com idosos hipertensos de um município do Paraná, [Ferrari et al. 2014], identificaram que as principais queixas que levavam esses pacientes a buscarem os serviços da UBS eram relacionados a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Consistiam em problemas como excesso de peso, elevação de níveis glicêmicos e hipercolesterolemia. Demandas como essas podem envolver toda a equipe em um cuidado que requer diversas abordagens profissionais.

Este contexto colabora para tornar o acompanhamento da HAS e DM na atenção primária um fator que pode evitar o surgimento e progressão de complicações. Isto faz com que se reduzam as internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos [Silva et al. 2012].

A AB para esses pacientes funciona então não só como porta de entrada, mas como importante território de matriciamento para acompanhamento e suporte à nova realidade a que esses pacientes devem se adaptar. Além disso, cuidados especializados devem ser providenciados através do sistema de referência, encaminhando o paciente a outros serviços dentro do sistema de saúde.

Uma vez que o enfermeiro se localiza em uma posição primordial para articular ações que promovam o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado, contemplando assim a integralidade da assistência, através da comunicação e da ativação de sua própria rede social ou interpessoal, questiona-se: como se configura a Rede Social para a linha de cuidado a pacientes hipertensos e diabéticos de uma enfermeira da ESF de um município de pequeno porte?

1 Justificativa

A escolha pelo tema teve origem com a vivência como acadêmica da disciplina Internato I durante o módulo de Atenção Básica na ESF em Pacoti-Ce. Como este sendo um município de pequeno porte, foi-me possível observar a rede de assistência com mais detalhes e percebi que em diversas situações a enfermeira da equipe intermediava ações de cuidado e assistência dos profissionais da unidade e com as demais instituições da rede municipal de saúde, além de acionar a participação de indivíduos da comunidade que facilitavam o acesso a variados equipamentos sociais que eram utilizados para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde na comunidade.

Percebi também a constante busca pela população com HAS e DM, que prioritariamente buscava a consulta médica devido a prescrição de algumas medicações, mas que quando passavam pela consulta de enfermagem, relatavam outras demandas. Em muitas dessas situações, a enfermeira recorria aos próprios contatos no hospital municipal, na Secretaria de Saúde, além do contato direto com os ASCs (ASCs) e os demais profissionais da unidade. Essas situações geralmente se relacionavam a falta de acesso a um serviço ou a demora na resolução de uma demanda.

Contou também para a escolha do tema o interesse em novas metodologias para análises no campo da Saúde Coletiva, sobretudo ligadas ao processo de trabalho do enfermeiro. Essas discussões foram suscitadas durante algumas reuniões do grupo de pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva da UECE (UECE).

2 Relevância

Baseado no exposto é relevante mapear esta forma de enfrentamento de múltiplas situações que incidem sobre o processo de trabalho do enfermeiro e assim compreender melhor os elementos que permitem a este profissional configurar, participar e/ou liderar, explicita ou tacitamente as redes sociais visando responder às demandas e necessidades cotidianas dos usuários hipertensos e diabéticos.

Além disso, o presente estudo serve como passo inicial na investigação de como contribuir para a reorganização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da unidade básica com os outros serviços da rede de forma mais efetiva, solidária e cooperativa, facilitando o acesso e o cuidado integral dos pacientes dessa linha de cuidado.

**Capítulo** **2**

Revisão de Literatura

1 Redes Sociais e Análise de Redes Sociais: desvendando vínculos e transferências

Uma rede social é uma estrutura composta por indivíduos ou organizações. Cada um deles é denominado nó e podem ser conectados por um ou mais tipos de interdependência, como amizade, interesses comuns, troca financeira, relacionamento sexual, conhecimento ou prestígio social [Kadushin 2005].

A análise de rede social enxerga o relacionamento social considerando a teoria dos grafos, onde os principais elementos são os nós e ligações (também conhecidas por enlaces ou conexões). Os nós são os atores dentro de uma rede social e as ligações representam os relacionamentos entre eles [Kadushin 2005].

Muitas vezes, a rede social pode apresentar uma estrutura complexa pois podem existir diversos tipos diferentes de relacionamentos. As rede sociais podem funcionar em diversos níveis de complexidade e podem ser determinantes na forma como os problemas comuns são resolvidos. [Stanley e Katherine 1994].

2 Rede Social

O entendimento dos relacionamentos entre atores é fundamental para a compreensão de fenômenos sociais. Como uma doença se espalha ou como as pessoas podem ser influenciadas são exemplos de situações onde a compreensão das interações sociais são relevantes. Nesta seção serão apresentadas as principais definições no campo das redes sociais.

2.1 Conceitos Chaves

Uma rede social é definida como uma representação visual do relacionamento entre pessoas ou organizações. Cada nó (ator ou vértice) representa um indivíduo ou grupo de indivíduos. Um enlace (relacionamento) conecta dois nós, o quê representa visualmente o relacionamento entre eles.

O uso de grafos para representar essa estrutura social possibilitar uma análise rigorosa da informações intrínsecas na rede. Os conceitos da teoria dos grafos garantem o uso rigoroso de metodologias de análise para identificar e medir as correlações entre as entidades [Pan 2007].

2.2 Exemplo de Rede Social

Para facilitar o entendimento de uma rede social considere o seguinte exemplo: Os profissionais de uma unidade hospitalar necessitam abrir vaga de internação na unidade renal para uma paciente crítico. Para isso, eles precisam identificar um paciente estável da unidade renal que possa ser transferido. Neste caso, a equipe precisa trabalhar em conjunto, trocando informações em sua rede social para resolver dois problemas: (1) Identificar qual paciente pode ser transferido e (2) Identificar uma unidade que pode receber o paciente estável.

Partindo desta situação, foram coletadas informações sobre a interação dos atores para conseguir resolver o problema de abertura de vaga para o paciente crítico. A tabela 1 sumariza os dados coletados sobre a rede social hipotética considerada.

Os atores identificados foram: 1) Enf. Em. (Enfermeira da Emergência), (2) Méd. Em. (Médico da Emergência), (3) Enf. Renal (Enfermeira da Unidade Renal), (4) Méd. Renal (Médico da Unidade Renal), (5) Enf. Neo (Enfermeira da Unidade Neonatal) e (6) Méd. Neo (Médico da Unidade Neonatal). O relacionamento entre os atores é representado da seguinte forma: 1 quando existir ou 0 quando não existir.

Table 1: Exemplo de rede social em uma unidade hospitalar

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Enf. Em. | Enf. Renal | Méd. Em. | Méd. Renal | Enf. Neo | Méd. Neo |
| Enf. Em. | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enf. Renal | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Méd. Em. | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Méd. Renal | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Enf. Neo | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Méd. Neo | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |

Na Figura 1, cada nó representa um profissional do hospital e a ligação representa o relacionamento entre eles na resolução do problema. A direção da comunicação dos nós é do início para o fim da seta.

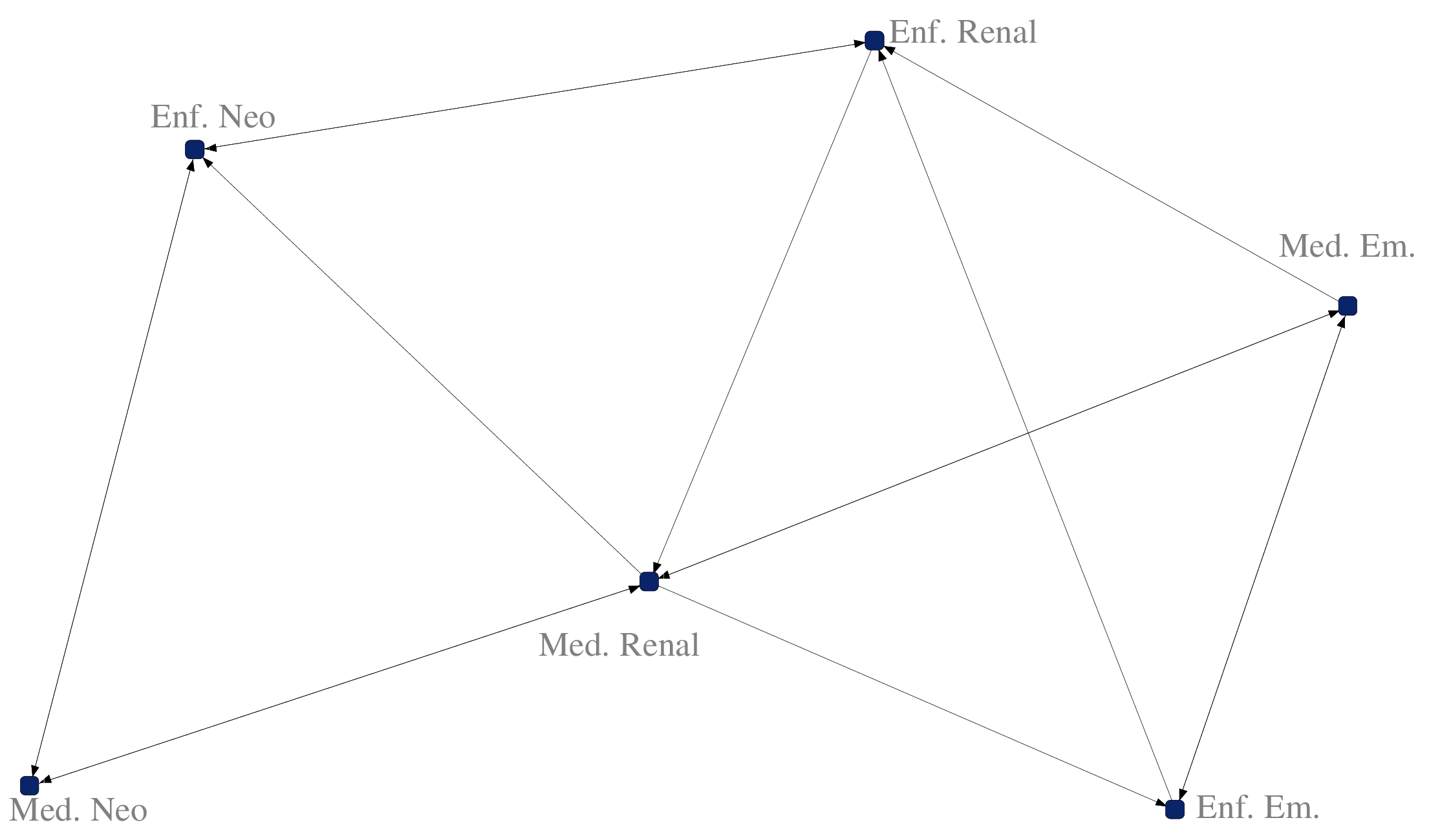


Figure 1: Representação visual da rede social hipotética

2.3 Obtenção de Dados

Segundo [Nooy et al. 2011], as informações de relacionamento de uma rede social podem ser coletadas utilizando duas técnicas principais: (1) Elicitação e (2) Registro. A primeira usa questionários como fonte de informações, enquanto que a segunda extrai os dados através de lista de membros, registro de emails, artigos científicos etc.

Os questionários, no início das pesquisas em redes sociais, eram o método principal para obtenção de informações. Neste método, pede-se aos atores que respondam questões sobre as interações que eles realizam na solução de problemas. Porém, segundo [Pastor-Satorras et al. 2003, Carrington et al. 2005, Newman 2003], este tipo de técnica pode levar a obtenção de informações imprecisas. Além disso, este método requer muito esforço para ser alcançado o que pode acabar limitando o tamanho da rede estudada.

O segundo método utiliza dos recursos de computação (redes de computadores, compartilhamento de informações, internet) para obtenção de informações de forma automática. Por exemplo, quando pesquisadores publicam um artigo há uma relação de colaboração entre eles, que pode ser usada na criação da rede social focada em pesquisa científica. Entretanto, em alguns casos, a interpretação destes dados necessita de mais atenção para entender melhor como o relacionamento dos atores está ocorrendo.

2.4 Tipos de Redes Sociais

As redes sociais podem ser classificadas levando em conta seus atributos no que diz respeito aos nós e ligações. Os nós, por exemplo, podem possuir pesos, que indicam sua importância na rede. Assim como os nós, as ligações também podem possuir pesos diferentes [Pan 2007].

Por exemplo, em uma rede social hospitalar, os atores podem indicar o grau de importância nas relações com outros atores através de um valor entre 0 a 5. Além disso, as ligações podem ser não-simétricas, ou seja, um ator A pode indicar um ator B, mas o último não indicar o primeiro como integrante de suas relações (ligações direcionadas). Ligações simétricas existem quanto há uma relacionamento em ambas as direções, ou seja, de A para B e de B para A.

A figura 2 exibe alguns exemplos diferentes de redes sociais.

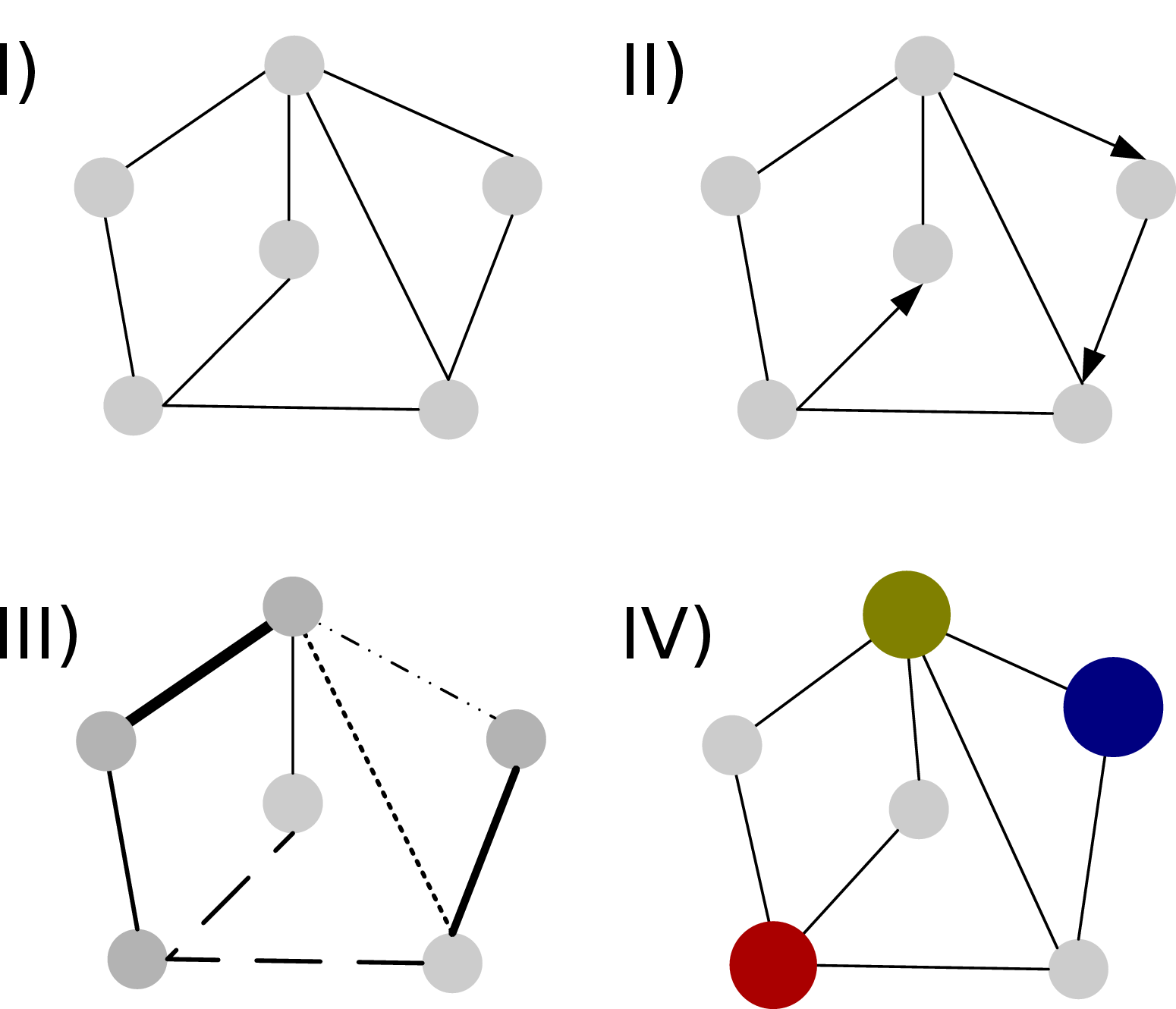


Figure 2: Exemplo de diferentes redes sociais. I) Possui apenas um tipo de nó e de ligações não direcionadas. II) Rede com ligações direcionadas e não direcionadas. III) Rede com ligações com pesos distintos e IV) Rede com nós de tipos e pesos diferentes.

2.5 Análise de Rede Social

A análise de rede social surgiu como uma técnica moderna da sociologia e acabou ganhando reconhecimento na antropologia, biologia, economia, saúde etc. Ela pode ser definida como, segundo [Krebs 2015], “O Mapeamento e medição do relacionamento e fluxos entre pessoas, grupos, organizações, computadores e outras informações das entidades.”

O Estudo das redes sociais se interessa primordialmente pelas interações entre os atores, ou seja, as análises são feitas em cima das ligações. Porém, isto não invalida a importância das características dos atores [Pan 2007].

As análises verificam as propriedades estruturais dos indivíduos ou grupos de indivíduos na rede, por exemplo: como os atores estão conectados aos outros, como os atores afetam as conexões dos outros ou mesmo como os grupos de atores estão conectados à rede.

2.5.1 Algumas Métricas Utilizadas na Análise de Redes Sociais

Nesta subseção serão listadas algumas métricas que podem ser utilizadas na análise de redes sociais.

• Grau de Intermediação (Betweenness): Esta métrica leva em conta a conectividade dos nós da rede. Quanto maior o grau de intermediação de um nó, maior o nível de propragação de informações na rede.

• Ponte (Bridge): Uma ligação é dita do tipo ponte quando a sua remoção resulta na separação da rede em grupos diferentes.

• Centralidade (Centrality): Indica a importância social de um nó na conexão da rede.

• Grau de Proximidade (Closeness): Reflete o grau de proximidade de um ator da rede aos outros, ou seja, indica a habilidade dele acessar informações de outros atores direta ou indiretamente.

• Coeficiente de Agrupamento (Clustering Coefficient): Indica a probabilidade de dois atores ligados a um terceiro poderem se associar.

• Coesão (Cohesion): No contexto de grupos sociais, um grupo está coeso quando seus membros possuem laços ligando-os uns aos outros e ao grupo como um todo. Os membros de grupos fortemente coesos estão mais inclinados a permanecer nele.

• Grau (Degree): Indica o número de vínculos com outros atores na rede.

• Centralidade de Intermediação de Fluxo (Flow betweenness centrality): Medida que um nó contribui para à soma do fluxo máximo entre todos os pares de nós.

• Centralidade Eigenvector (Eigenvector centrality): É a medida de importância de um nó na rede.

2.6 Redes Sociais e a Saúde

A análise de redes sociais na saúde constitui um campo de grande interesse. Através das redes de relacionamento, por exemplo, comunidades podem buscar melhorias na sua realidade, inclusive na melhoria do acesso à saúde. Tais iniciativas buscam promover apoio social, compartilhar experiências e oferecer serviços de cuidados à saúde. Estas ações podem facilitar a resolução de problemas, dando poder às comunidades para que elas possam lidar com os problemas locais [Maior e Eichner 2004].

As redes sociais desenvolvem ações solidárias para lidar com questões do cotidiano entre grupos menos favorecidos, e fortalecem o sentimento de participação de um grupo social. [Andrade e Vaitsman 2002].

A saúde pode ser entendida como um produto de interações humanas, e a partir daí, ela pode ser definida a partir de determinantes sociais, afetivos, culturais, econômicos etc. [Martins e Fontes 2004].

Além do importante papel que a rede social apresenta no cunho social, sua importância também se revela nas interações dos profissionais da saúde. A troca de experiências, o comprometimento da equipe na resolução de problemas comuns, podem contribuir no atendimento da população, pois garantem o acesso aos serviços de saúde e respostas as demandas dos usuários de forma integral e interdisciplinar.

3 O cuidado a Hipertensos e Diabéticos na Atenção Básica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA – PA (PA ≥ 140 x 90 mmHg). Está associada às mudanças na função e/ou na estrutura de órgãos-alvo e também a mudanças no metabolismo, levando a um aumento no risco de problemas cardiovasculares. [Plenária 150].

A HAS é um problema de saúde pública preocupante no Brasil, pois tem prevalência alta entre 22% e 44% para adultos (32% em média), alcançando mais de 50% da população de indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos [Plenária 150].

No Brasil, as equipes da AB estão geralmente ligadas às ações de controle e prevenção da HAS e de suas complicações. As equipes multiprofissionais devem desenvolver seu processo de trabalho estabelecendo vínculo com a comunidade e considerando diversidade racial, cultural, religiosa e os demais fatores sociais envolvidos a cada indivíduo. Para o Ministério da Saúde, fatores relacionados ao estilo de vida são essenciais para melhor desenvolvimento da terapia e prevenção da hipertensão. [Básica. 2013].

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) os hábitos saudáveis de vida devem ser adotados ainda na infância e adolescência, tendo como principais medidas não-farmacológicas para a prevenção da HAS a alimentação saudável, o consumo controlado de sódio e álcool, a ingestão de potássio e o combate ao sedentarismo e ao tabagismo. E os fatores de risco são a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros comprometimentos vasculares. [Plenária 150].

[Silva et al. 2012], colocam a HAS como uma doença crônica, também conhecida como “assassina silenciosa”, já que na maioria das vezes, ela não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento. Essa adesão envolve ações de hábitos saudáveis, o que muitas vezes sucinta a mudança de estilos de vida. Tarefa nem sempre fácil ou bem aceita pelos pacientes e suas famílias.

Pela PNAB [Brasil 2012], as atribuições do Enfermeiro na AB são: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.

Destacando a consulta de enfermagem, esta é importante para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS e deve ser realizada com aplicação da SAE (SAE) [Básica. 2013], que segundo a Resolução do Cofen, nº 358, de 15 de outubro 2009, é composta pelo histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa); implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado).e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado. [Enfermagem 2009].

Esta consulta deve se focar nos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, as mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC (IMC) recomendado e o abandono do tabagismo. Deve também estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, a manutenção de níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco.

O sucesso dessas ações vai depender em suma, do vínculo entre profissional e paciente, estabelecendo pactuações e corresponsabilização. Para garantir isso, o profissional deve ter em mente que o momento da consulta é também um momento de educação em saúde.

[Santos et al. 2012], coloca que para haver o desenvolvimento do conhecimento sobre saúde-doença faz-se necessário haver profissionais voltados à educação, mas que sejam aliados dos pacientes na tarefa de encorajá-los a respeito do autocuidado e de desenvolverem o senso de responsabilidade de proteção a própria saúde.

As ações de educação em saúde também devem contar com a participação dos demais membros da equipe de saúde, criando assim, uma maior atmosfera de apoio e comprometimento de todos.

As necessidades que estes pacientes demandam, envolvem o trabalho do enfermeiro tanto no desempenho de suas ações assistenciais quanto gerenciais. Os aspectos gerenciais envolvem a comunidação efetiva com a equipe e também outros profissionais e serviços externos a unidade. Assim, profissionais bem articulados em suas relações, favorecem um acompanhamento mais satisfatório desses pacientes.

Com relação ao DM, esta patologia encontra-se por vezes associada ao quadro de HAS, uma vez que o DM pode levar a alterações vasculares, colaborando para o desenvolvimento de HAS. A hipertensão arterial sistêmica afeta a maioria dos portadores de diabetes. É fator de risco importante para a doença coronariana e para as complicações microvasculares como a retinopatia e a nefropatia. [Básica. 2006].

O termo “Diabetes Mellitus” trata-se de um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina [Assal e Groop 1999].

Os efeitos do diabetes mellitus incluem danos de longo prazo, disfunção e falha de vários órgãos. DM pode estar presente com sintomas característicos como sede, poliúria, visão embaçada e perda de peso. [Assal e Groop 1999].

Frequentemente os sintomas podem não ser severos ou mesmo podem estar ausentes e consequentemente, a hiperglicemia necessária para causar alterações patológicas e funcionais pode estar presente por um longo tempo antes de diagnosticada. [Assal e Groop 1999].

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), uma epidemia de diabetes mellitus está em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. [Sarah et al. 2004].

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes referida pela própria população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Quanto ao gênero, a análise mostrou um aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011. Entretanto, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. [Monteiro et al. 2007].

A pesquisa demonstrou também que a escolaridade está relacionada a ocorrência da doença, que é mais comum em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% [Monteiro et al. 2007].

Na mesma análise, os dados demonstraram que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, 0,6% em pessoas entre 18 e 24 anos. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências [Monteiro et al. 2007].

Por possuir diferentes etiologias, o DM apresenta uma classificação quanto aos tipos de diabetes que inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. O DM1, forma presente em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. O DM gestacional trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. [Diabetes 2013-2014]

Assim, pacientes diabéticos, independentemente da etiologia, necessitam de um acompanhamento contínuo e focado em diversas estratégias. Faz-se necessária também a avaliação e identificação de pessoas com fatores de risco ao desenvolvimento de quaisquer das referidas cronicidades.

[Chor e Menezes 2011] comenta em seu estudo que as ações de atenção básica são fornecidas em sua grande parte pelas equipes de ESF, uma vez que essa estratégia se encontra cada vez mais expandida pelo território nacional, melhorando assim o acesso integral e contínuo e com isso, proporcionando uma plataforma para a prevenção e o gerenciamento de doenças crônicas.

A equipe mínima de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do diabetes. A definição das atribuições da equipe no cuidado integral a Diabetes deve responder às peculiaridades locais, tanto do perfil da população sob cuidado como do perfil da própria equipe de saúde [Básica. 2006].

No que concerne as atribuições do enfermeiro da AB no cuidado ao paciente diabético ou com risco de desenvolver a doença são: desenvolver atividades educativas e de promoção da saúde; capacitar auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como agentes comunitários, realizando também sua supervisão; consulta de enfermagem, focando o monitoramento, identificação de fatores de risco e encorajamento a hábitos saudáveis, estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão, orientação quanto à terapêutica, realizar os encaminhamentos necessários, observar membros inferiores, focar nas metas de acordo com o plano terapêutico individualizado e acordado com o paciente, organizar com a equipe as tarefas para o cuidado integral e usar os dados cadastrais [Básica. 2006].

Nas consultas de enfermagem o processo educativo deve ter como base a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. O enfermeiro deve estimular e auxiliar o paciente na elaboração de seu plano de autocuidado tendo em mente os fatores de risco que foram identificados no acompanhamento [Básica. 2006].

Deve-se observar também que as orientações a respeito da MEV (MEV) não é exclusiva do médico e/ou do enfermeiro. Todos os profissionais da Saúde podem participar desse processo. Isso resulta em ações de possuem baixo custo e baixo mínimo, que vão ajudar a controlar a glicemia e outros fatores de risco, aumentando a efetividade do tratamento medicamentoso, diminuindo assim a necessidade grandes doses ou quantidade de medicações, promovendo qualidade de vida [Básica. 2013]

Assim, tanto na HAS quanto na DM são necessárias ações que envolvem diretamente toda a equipe, o desenvolvimento do vínculo com o paciente, sua família e a comunidade. Para um satisfatório acompanhamento e evolução desses pacientes, a equipe deve ter uma comunicação favorável, um bom poder de articulação entre seus membros, demais serviços de saúde e gestão para o fortalecimento da assistência integral que se busca no SUS.

**Capítulo** **3**

Metodologia

1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa e exploratória. A pesquisa exploratória segundo [Leopardi et al. 2001] permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

Já um estudo de caso, para [Leopardi et al. 2001], trata-se de uma investigação sobre um único evento ou situação (caso) em que se busca aprofundamento dos dados sem preocupação com a frequência de sua ocorrência. Quanto a pesquisa qualitativa, [Leopardi et al. 2001] enfoca a preocupação com a informação que surge a partir de pessoas que estão diretamente envolvidas com a experiência estudada. Considerando-se a rede social que se forma a partir de um indivíduo e compreensão da realidade em que esta é formada, o tipo de estudo adequa-se a situação que se deseja estudar.

2 Cenário de Estudo

A coleta de dados realizou-se em Icapuí-Ce, na Unidade Básica de Saúde da localidade de Barreira, local onde a enfermeira escolhida para análise da rede desenvolvia suas atividades. Além deste local, foram utilizados também os locais de trabalho dos outros trabalhadores da saúde citados por ela ou suas residências de acordo com a conveniência dos entrevistados. Dentre estes locais de trabalho estão a Secretaria de Saúde do município, o Centro de Atenção Psicossocial e o Hospital Municipal Maria Idalina Rodrigues de Medeiros.

O município de Icapuí está situado no extremo Leste do estado do Ceará, a 210,05 km da capital, Fortaleza [Rodovias 2015]. Tem como fronteira a norte com o Oceano Atlântico, a leste com o estado do Rio Grande do Norte, e no Ceará com a cidade de Aracati. É subdividida em três (3) distritos: Icapuí (sede), Ibicuitaba e Manibu. Possui uma população de 18.392 habitantes [Censo 2010].

O município conta com 8 equipes de ESF, 8 UBS, um NASF (NASF) da Residência Multiprofissional, um CAPS (CAPS) Geral e um Hospital Municipal. Sendo um município com atividade pesqueira e de beneficiamento de pescados como uma das principais fontes de renda, apresenta comunidades em localidades mais afastadas de seu centro, fazendo-se assim necessária uma boa articulação dos trabalhadores da saúde entre si para resolução das demandas diárias. Além disso, a rede conta com as pactuações junto ao município de Aracati.

3 Participantes da Pesquisa

Para o estudo foi-se escolhida por conveniência a enfermeira da UBS de Barreira e a partir dela, cinco (5) atores que a mesma considerou serem os mais representativos para sua rede social no cuidado a hipertensos e diabéticos. Estes atores, por sua vez, também nomearam cinco (5) atores cada um. Ficando a rede nesse nível, delineada para facilitar a análise qualitativa dos dados.

Ressalta-se que todos os participantes apontados como atores foram trabalhadores da saúde com diferentes vínculos com o município ou com sua rede de assistência.

4 Período e Instrumento de Coleta de Dados

A coleta realizou-se nos dias 29 e 30 de junho de 2015. Foi elaborada uma entrevista semi-estruturada para permitir aos participantes a exposição livre a respeito do tema, bem como a investigação mais ampla por parte do pesquisador. Após serem dadas as informações sobre a pesquisa e sobre a coleta de dados, foi apresentado aos participantes o TCLE (TCLE). Após a assinatura do TCLE e com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise.

O instrumento elaborado passou por uma testagem prévia de seu roteiro com profissionais não participantes da pesquisa a fim de detectar situações que fugissem ao tema de interesse ou que influenciassem o discurso do participante, criando enviesamentos. Nele constavam questionamentos a respeito da formação dos participantes, vínculo empregatício com o município, tempo de atividade no Sistema de Saúde municipal, tipos de atendimentos prestados aos pacientes hipertensos e diabéticos, como os profissionais percebiam o sistema de referência e contra-referência municipal a esses pacientes, situações em que tiveram que ativar outros atores para a continuidade do cuidado a esses pacientes e as cinco pessoas que elas julgassem serem as mais ativadas por elas para suas redes sociais no que tange ao desempenho de duas ações de cuidado.

5 Organização e Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas em arquivos no Word. Foi utilizada a técnica de ARS (ARS) com o auxílio do software UCINET versão 6.18 e Netdraw [Borgatti et al. 2015]. Os atores sociais citados tiveram os nomes decodificados para a análise dos dados no software. O grafo gerado foi analisado visando identificar quais foram os profissionais mais acessados pela enfermeira cuja rede foi inicialmente analisada, como também a localização da mesma profissional dentro da rede que se construiu a partir dos atores posteriormente citados.

Quanto às medidas utilizadas para a análise, estas surgiram a partir dos objetivos a que se propôs o estudo: identificar os atores e localizar a posição da enfermeira origem na rede formada. O grafo originado permitiu ainda o uso das medidas: densidade, grau de centralidade, grau de proximidade e grau de intermediação.

Além disso, foi feita a leitura do transcrito das entrevistas de onde emergiram os temas que foram discutidos em paralelo com as análises dos grafos e com a literatura pertinente.

A leitura segundo [Campos 2004] é feita sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim se tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais.

Assim, a partir das respostas dadas, podem surgir não só aspectos relativos aos objetivos da pesquisa, mas também aspectos diferenciados e importantes para uma ampliação do conhecimento acerca do problema estudado, revelando através do discurso dos participantes pontos não pensados pelo pesquisador. No estudo em curso as respostas dos sujeitos foram fomentadoras importantes.

6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa teve início com a aprovação do projeto Redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará pelo CEP (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, instituição coparticipante do estudo, com Parecer número 818.029/2014, CAAE 33423114.9.3001.5534 (ANEXO A) Foram respeitados os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/2012 do CNS (CNS).

Mediante a assinatura no TCLE e a permissão dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Garantiu-se o sigilo das informações fornecidas, bem como o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito do estudo, do roteiro da entrevista e dos benefícios, riscos e o direito dos participantes em desistirem de seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Para manter a identidade dos participantes sob sigilo, seus nomes foram substituídos por siglas nas transcrições e nos resultados encontrados.

**Capítulo** **4**

Resultados e Discussão

Neste capítulo, trazemos os achados e a análise dos mesmos utilizando a ARS (ARS) juntamente com o discurso dos entrevistados para aprofundar qualitativamente os achados e para fomentar a discussão. As respostas foram fornecidas objetivando vislumbrar a caracterização e o funcionamento desta rede para pacientes hipertensos e diabéticos.

1 Análise da Rede Social: o enfermeiro ocupando espaços de destaque no sistema de saúde

Analisar redes sociais permite vislumbrar as interações entre qualquer classe de indivíduos, partindo tanto de dados qualitativos quanto quantitativos. Segundo [Stanley e Katherine 1994], o uso de análise de redes sociais possibilita coletar informações relevantes sobre a estrutura de um grupo, sendo possível, identificar as posições ocupadas pelos indivíduos, bem como identificar o cerne das relações criadas ao redor de cada um.

Como explicado anteriormente, os dados foram coletados no município de Icapuí-Ce, na UBS da localidade de Barreira assim como em outros locais (Secretaria de Saúde do Município, o Centro de Atenção Psicossocial e o Hospital Municipal Maria Idalina Rodrigues de Medeiros), considerando as pessoas citadas nas entrevistas.

Logicamente, uma infinidade de análises pode ser realizada considerando os dados coletados, o que pode ser inviável de abordar em um único trabalho. Portanto, um número limitado de atores, conexões e métricas foi utilizado, e a partir deles, foram feitas considerações sobre o comportamento geral da rede social de uma única enfermeira.

A rede pesquisada não contempla todas as relações possíveis e existentes de cada pessoa entrevistada, mas somente um recorte viável de analisar. As notações consideradas no desenho do grafo estão reunidas nas tabelas 1 e 2.

Table 1: Significado dos rótulos dos atores da rede segundo suas profissões.

|  |  |
| --- | --- |
| Notação | Profissão |
| E | Enfermeiro(a) |
| E[R] | Enfermeiro(a) Residente |
| F | Farmacêutico(a) |
| N | Nutricionista |
| N[R] | Nutricionista Residente |
| M | Médico(a) |
| A | Outro |

Table 2: Significado dos rótulos dos atores da rede segundo as áreas de atuação.

|  |  |
| --- | --- |
| Notação | Área de Atuação |
| [H] | Hospital |
| [S] | Secretaria de Saúde de Icapuí |
| [P] | Policlínica de Aracati |
|  | Atenção Básica |

Além disso, a identificação dos atores segue a seguinte notação [Profissão][Identificador Único] [Área de Atuação], por exemplo, *E*1[*R*] (Enfermeiro(a) 01 Residente); *E*2 (Enfermeiro 02 Atenção básica) etc.

Como pode ser observado na Figura 1, o grafo permite identificar vinte e seis (26) atores que fazem parte da rede, onde seis (6) pessoas foram entrevistadas, vinte (20) outras foram citadas, trinta (30) relações e nenhum laço.

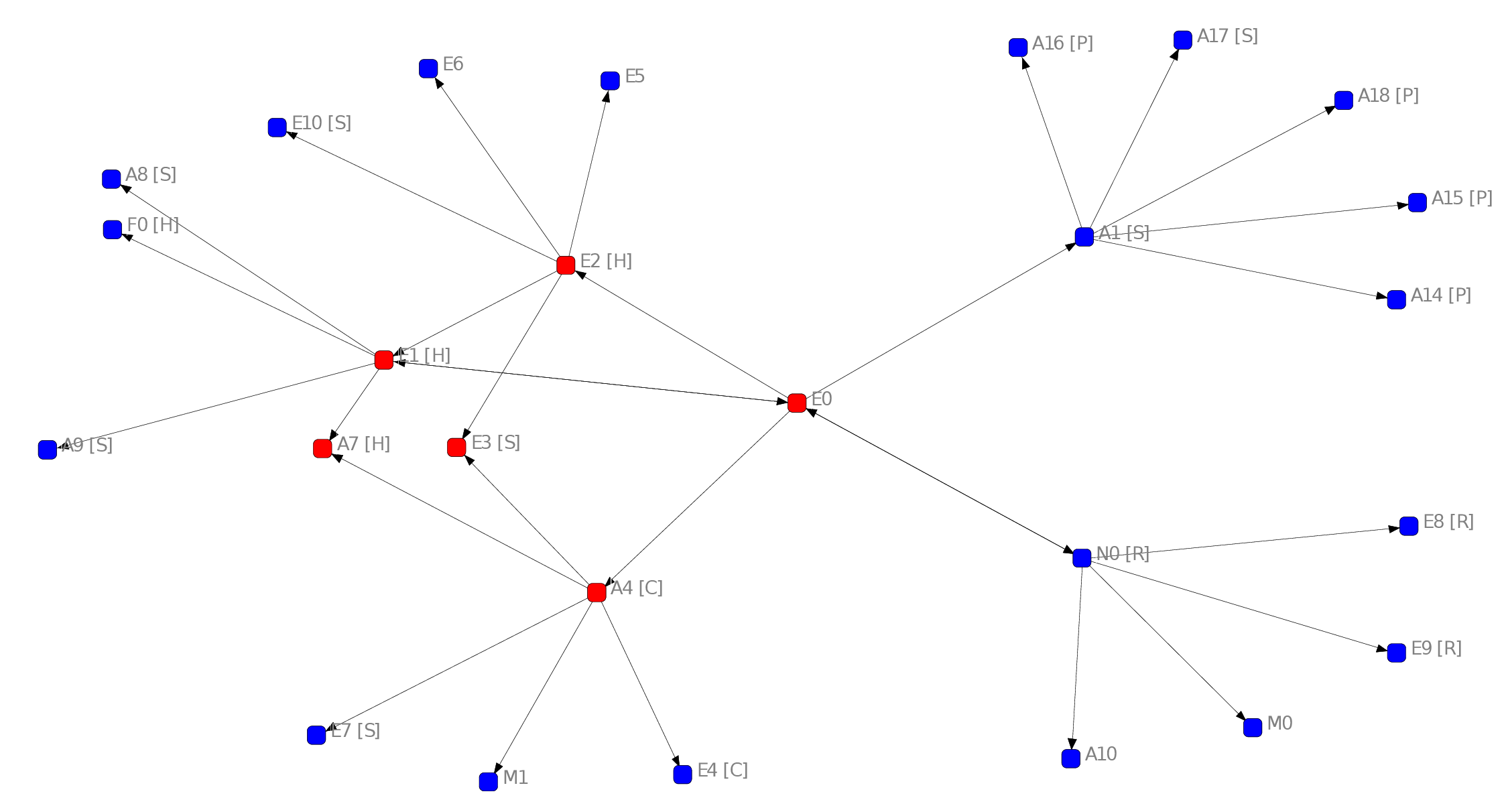


Figure 1: Representação da rede social utilizada neste trabalho.

A primeira medida analisada da rede foi a densidade que é a relação entre o número de laços existentes e o número de laços possíveis. Tal métrica exibe a taxa de conectividade da rede. Neste trabalho, o valor de densidade encontrado foi de 4,61% (baixa densidade) o que pode denotar a existência de alguma dificuldade na resolução de problemas em grupo.

Geralmente, nas circunstâncias onde existe baixa densidade, os atores não conseguem se identificar como participantes de um grupo maior e podem demonstrar certa dificuldade de relacionamento. Tal situação pode acarretar pouca cooperatividade entres os atores envolvidos, podendo até mesmo existir apatia na resolução de problemas, gerando conflitos. [HANNEMAN e HANNEMAN 2001].

Entretanto, devemos ressaltar que os atores identificados na rede localizam-se em diferentes espaços de trabalho, o que pode contribuir para uma comunicação mais limitada junto a outros possíveis atores. Além deste fato, as motivações de cada um dos entrevistados na denominação dos atores de suas redes, bem como o número de entrevistados devem ser levados em conta nesta análise como um fator interveniente na densidade.

Outra medida importante é o grau de centralidade, ele indica o número de ligações que entram e que saem de um ator. Através dele são identificados os atores principais da rede. A tabela 3 exibe o grau de centralidade associado a cada ator.

Table 3: Grau de centralização de cada ator.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificador | Grau de Saída | Grau de Entrada | Grau de Saída | Grau de Entrada |
|  |  |  | Normalizada | Normalizada |
| E0 | 5,000 | 2,000 | 0,200 | 0,080 |
| A1 [S] | 5,000 | 1,000 | 0,200 | 0,040 |
| E1 [H] | 5,000 | 2,000 | 0,200 | 0,080 |
| N0 [R] | 5,000 | 1,000 | 0,200 | 0,040 |
| A4 [C] | 5,000 | 1,000 | 0,200 | 0,040 |
| E2 [H] | 5,000 | 1,000 | 0,200 | 0,040 |
| F0 [H] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A7 [H] | 0,000 | 2,000 | 0,000 | 0,080 |
| A8 [S] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A9 [S] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A10 | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E9 [R] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E8 [R] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| M0 | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A14 [P] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A15 [P] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A16 [P] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A17 [S] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| A18 [P] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E10 [S] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E3 [S] | 0,000 | 2,000 | 0,000 | 0,080 |
| E6 | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E5 | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E4 [C] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| M1 | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |
| E7 [S] | 0,000 | 1,000 | 0,000 | 0,040 |

Através da tabela 3 identifica-se que os principais atores da rede são *E*0, *E*1[*H*], *A*7[*H*] e *E*3[*S*] pois cada um possui Grau de Entrada Normalizada de 0,8 (mais requisitados).

*E*0 trata-se de uma enfermeira bastante conhecida no município, pois foi uma das primeiras enfermeiras a integrar a ESF quando esta foi implantada em Icapuí e ainda recebia a denominação de PSF (PSF). Está no quadro de funcionários do município como enfermeira desde o fim da graduação tendo passado também pelo Hospital Municipal, integrando a equipe assistencial. Em sua fala, *E*0 coloca que:

*“Esse mesmo tempo, que quando eu me formei eu vim pra cá, e fiquei trabalhando aqui em Barreiras e mais em outra área, a gente conjugava duas unidade de saúde, quando iniciou a formação do PSF do município, então não tinha muito profissional na época, então a gente se dividia em duas equipes, com o passar do tempo que a gente foi... Eu to aqui só em Barreiras mesmo, esses vinte anos, mas eu sempre dividi até o ano passado dividi com outra unidade de saúde.”*

Por esse longo período imersa na comunidade, inclusive em duas equipes, pela carência de profissionais na época, *E*0 teve a oportunidade de servir como referência a outros profissionais que adentraram no programa posteriormente. Seu período como plantonista no hospital, também proporcionou a ela o desenvolvimento de outras relações com outros profissionais, como *E*1[*H*] e *E*2[*H*].

*E*1[*H*] é coordenador do serviço de enfermagem do hospital, além de enfermeiro plantonista. Adentrou no serviço de saúde do município exercendo o cargo de auxiliar de serviços gerais em 1990. A partir daí, fez cursos técnicos tanto na área de enfermagem como na área de análises clínicas, trabalhando na instituição tanto como técnico e auxiliar de enfermagem como técnico em radiologia por seis (6) anos. Graduou-se em Ciências Biológicas e em Enfermagem no ano de 2013. Exercendo atualmente as funções assistenciais e gerenciais na instituição.

*E*1[*H*] cita *E*0 e é citado por esta, pois desenvolveram um vínculo devido ao período em que trabalharam juntos no hospital. *E*1[*H*] chegou a se emocionar durante a entrevista ao falar de *E*0, denotando o desenvolvimento também de vínculo emocional. Ele relata:

*“Quer dizer é...em especial em termo de dedicação assim, eu gostaria até de destacar, a mesma pessoa que me indicou, porque é uma pessoa além de muito capacitada, muito sensível, muito humana, e... E a gente têm um perfil de profissional muito parecido. E ela, a E0, já faz parte da minha história também, né? (E1[H]).*

*Então é... Falando da enfermeira E0 novamente, eu tenho todo orgulho e satisfação, em dizer que à nossa aproximação se deu é...pela semelhança que a gente têm como profissional né, por esse feedback que existe, certo e...a gente têm um perfil de profissional muito parecido, eu já falei e to repetindo porque eu realmente to emocionado, ela acompanhou o meu trajeto, é...da minha profissão como eu falei anteriormente, desde o comecinho e me acompanha até hoje, e hoje a gente é colega de trabalho, e ela sempre me procura quando precisa, e isso faz um vínculo muito forte, que eu não quero que quebre nunca (risos) (E1[H]).”*

Ao citar *A*7[*H*], *E*1[*H*] apontou a importância do contato baseado nas questões gerenciais, pois *A*7[*H*], enquanto diretora administrativa do hospital, conseguia resolver as questões que *E*1[*H*] não conseguia dar seguimento. Ao ser solicitado que relatasse uma situação na qual ele teve um problema que não conseguiu solucionar E1[H] respondeu: “A direção administrativa do hospital.(*E*1[*H*])”

*A*7[*H*] também é apontada por *A*4[*C*], técnica de enfermagem e atualmente recepcionista do CAPS do município, por ser apontada por ela como uma pessoa que resolve conflitos e facilita o acesso do usuário. A4[C] conta:

*“...e a terceira pessoa, a diretora do hospital, porque assim...sempre quando a gente tem um problema aqui no Caps, que a gente precisa de um atendimento médico mais o médico não tá aqui, aí eu passo pra enfermeira daqui de dentro, que ela é também coordenadora....e a diretora do hospital, porque às vezes o médico que ta de plantão, não conhece o trabalho do Caps, não conhece o paciente, se nega a fazer, então a diretora vai lá e aí ajeita tudo, e dá um jeito de contornar a situação né, paciente não ficar sem atendimento. (A4[C])”*

*E*3[*S*] é enfermeiro e atualmente coordena a Atenção Básica. É citado por *A*4[*C*] e por *E*2[*H*]. Estando em um cargo de gestão no município, entra em contato com diferentes profissionais e lida com diversas demandas. É apontado pelos entrevistados que o citaram como alguém sempre acessível e bem próximo a comunidade, conseguindo realizar pactuações e articulações. Seguem as falas que ilustram o fato:

*“...aí sempre a gente dar um jeitinho, por exemplo, vem um paciente, a família chega aqui diz assim, olha paciente tá lá em casa, surtou, né, teve uma crise muito grande, tá incontrolável, e aí? A gente vai lá no hospital, chama o E3[S], o E3[S] vai com o médico que tá de plantão no hospital, e aí a gente acaba trazendo o paciente, levando pro hospital e ele sendo atendido assim, nunca acontece dele não ter o atendimento, (A4[C]).*

*...às vezes acontece dum médico se recusar, mas aí a gente vai e comunica a secretaria de saúde, e aí E3[S], ele é o coordenador, vai lá e conversa passa o caso pra ele, e aí tudo se resolve,(A4[C])*

*Hum, deixa eu ver. $E3[S]$ já foi? Porque $E3[S]$, é o coordenador da atenção básica...(risos) é porque ele está a par das situações...É...digamos, eu tenho que fazer uma busca ativa daquele paciente, quero saber como tá, ele já por ter toda essa rede de agilidade, conhece todo mundo, do agente de saúde de Redonda, ao agente de saúde de...esse povo que é a última unidade, que já é quase é divisa com o Rio Grande, ele já têm mais esse conhecimento, aí já facilita. (E2[H])”*

Percebemos assim o importante papel que os profissionais de Enfermagem exercem na rede de atenção municipal, ocupando os diferentes espaços não apenas nos níveis de atenção, mas também em funções administrativas e de gestão de recursos. Nestas funções eles gerenciam recursos humanos, intermediando conflitos e mobilizando pessoas. O contato com a comunidade e a pertença ao território, facilitam as intermediações e a comunicação dos profissionais com a gestão e da comunidade com os serviços de saúde.

O Grau de Proximidade denota a capacidade de um ator se ligar a todos os outros atores de uma rede, ou seja, quanto menor a distância entre um ator e outro, maior será seu grau de proximidade.

Já o Grau de Intermediação mostra a capacidade que um ator possui de intermediar a comunicação entre pares de atores da rede. Sua importância se dá, pois, através de atores que possuem alto grau de intermediação que as informações são propagadas para diversos outros atores.

A tabela 4 lista o Grau de Proximidade e Intermediação dos atores.

Table 4: Grau de Proximidade e Intermediação dos Nós.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identificador | Grau de Proximidade | Grau de Intermediação |
| E0 | 55.556 | 66.667 |
| A1 [S] | 42.373 | 36.667 |
| E1 [H] | 44.643 | 26.333 |
| N0 [R] | 40.984 | 30.000 |
| A4 [C] | 42.373 | 27.333 |
| E2 [H] | 44.643 | 26.333 |
| F0 [H] | 31.250 | 0.000 |
| A7 [H] | 35.211 | 2.667 |
| A8 [S] | 31.250 | 0.000 |
| A9 [S] | 31.250 | 0.000 |
| A10 | 29.412 | 0.000 |
| E9 [R] | 29.412 | 0.000 |
| E8 [R] | 29.412 | 0.000 |
| M0 | 29.412 | 0.000 |
| A14 [P] | 30.120 | 0.000 |
| A15 [P] | 30.120 | 0.000 |
| A16 [P] | 30.120 | 0.000 |
| A17 [S] | 30.120 | 0.000 |
| A18 [P] | 30.120 | 0.000 |
| E10 [S] | 31.250 | 0.000 |
| E3 [S] | 35.211 | 2.667 |
| E6 | 31.250 | 0.000 |
| E5 | 31.250 | 0.000 |
| E4 [C] | 30.120 | 0.000 |
| M1 | 30.120 | 0.000 |
| E7 [S] | 30.120 | 0.000 |

A partir da tabela 4 observa-se que os atores *E*0, *A*1[*S*], *E*1[*H*], *N*0[*R*], *A*4[*C*] e *E*2[*H*] possuem os maiores Graus de Proximidade e os atores *E*0, *A*1[*S*] e *N*0[*R*] possuem maiores Graus de Intermediação.

Nesta análise *E*0 possui maior grau de intermediação pois a rede foi construída a partir dela. Mas destaca-se a mesma medida de *A*1[*S*]. *A*1[*S*] é responsável pela distribuição de um grande número de informações na rede. Ela possibilita o acesso a outros profissionais e serviços contactando atores de difícil acesso aos demais atores da rede, uma vez que encontra-se na Central de Marcação de Consultas do município, realizando o contato da rede municipal de Icapuí com a rede de Aracati através da policlínica.

Com as análises do grafo formado e as falas dos entrevistados, temos uma visão da importância do enfermeiro na rede e de outros profissionais da enfermagem que adentraram no serviço exercendo diferentes funções, desempenhando a comunicação em diferentes espaços de trabalho.

Devemos atentar também para a importância da Residência Multiprofissional no município, uma vez que alguns profissionais residentes foram citados. *E*0 em sua fala coloca:

*“A gente na verdade se articula muito por conta do pessoal da residência a gente consegue resolver muita coisa, é mais a questão nutricional né, que muitas vezes a gente tem a questão dos hipertensos, diabéticos que dão trabalho em relação á hábito alimentar, a fisioterapeuta é mais a questão de prevenção, né nem de tratamento né, é mais de prevenção, orientação, de orientar essa questão da caminhada, dos exercícios, fortalecer. É mais isso. Mas de acompanhamento de tratamento é muito pouco.(E0)”*

Quando questionada a respeito de como era antes da Residência no município, E0 responde:

*“Mulher a gente encaminhava pra fisioterapia aqui, e a nutricionista a gente encaminhava pra Aracati. Era mais difícil né, pela questão do poder aquisitivo pra ir pra lá, e as vezes a pessoa vinha pra cá pela questão da proximidade. Mas as vezes nem quer aderir, quem quer que vá fazer adesão é a gente né, com acompanhamento da nutricionista. Aí pra ir pra Aracati, fica mais difícil, aqui se torna mais fácil. (E0)”*

Percebemos aqui o impacto que a Residência Multiprofissional exerce na continuidade do cuidado e no fácil acesso a esses serviços. Maia et al. (2013) coloca o potencial gerado da experiência de interação entre os diversos saberes:

Essas trocas entre diferentes saberes geram uma nova configuração interna, que, se ouvida e entendida, cria a possibilidade de atitudes interdisciplinares. Isso quer dizer que a atitude inter não se dá porque duas ou mais profissões vão habitar o mesmo espaço, mas porque se produz um ambiente no qual os profissionais interagem, se comunicam, trocam e unem informações e conhecimentos.

A comunicação aparece bem vinculada aos enfermeiros e aos demais profissionais da enfermagem no grafo, e apesar de outros profissionais participarem da rede e serem citados, o desenho da rede aponta para uma necessidade de envolvimento de outros trabalhadores da saúde no processo.

**Capítulo** **5**

Conclusões e Trabalhos Futuros

O presente estudo retratou que na análise da rede social de uma enfermeira da ESF do município de Icapuí para atender às demandas de paciente hipertensos e diabéticos, emergiram atores que em sua maioria eram enfermeiros ou profissionais da enfermagem, identificando o potencial do enfermeiro para estabelecer a comunicação entre outros trabalhadores da saúde e diferentes setores e instituições de saúde do município.

Além disso, através dos discursos podemos perceber os vínculos pessoais e profissionais que influenciam a qualidade desses laços e em como eles possibilitam a expansão da rede para diferentes níveis de atenção, criando articulações que fogem ao sistema convencional de contato, mas que é eficiente na resolução dos problemas, pois conta com a cooperação entre os atores.

A técnica de Análise de Redes Sociais permitiu, com o desenho do grafos e o uso das medidas de centralidade, desvendar características dessas ligações, revelando os atores mais importantes nesse retrato para garantir as ações voltadas para a continuidade do cuidado a hipertensos e diabéticos do município sob a perspectiva dessa rede.

Entretanto, por se tratar da análise de uma única rede, apresenta limitações a respeito da elucidação de toda a rede municipal para esses pacientes, fazendo-se necessária, para um retrato mais completo, estudos futuros que envolvam as demais equipes da ESF do município.

A entrevista semi-estruturada apresentou-se como instrumento satisfatório para a coleta de dados, pois enriqueceu os achados qualitativos dos grafos e das medidas revelando aspectos a respeito do vínculo dos profissionais entre si que originavam e fortaleciam os laços.

References

[Alejandro e NORMAN 2005] ALEJANDRO, V.; NORMAN, A. G. Manual introdutório à análise de redes sociais. **UAEM–Universidad Autonoma Del Estado de Mexico**, 2005.

[Andrade e Vaitsman 2002] ANDRADE, G. R. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & saúde coletiva**, SciELO Brasil, v. 7, n. 4, p. 925–934, 2002.

[Assal e Groop 1999] ASSAL, J.; GROOP, L. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. 1999.

[Básica. 2006] BÁSICA., M. da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. Cadernos da atenção básica n. 16. Ministério da Saúde, 2006.

[Básica. 2013] BÁSICA., M. da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. Cadernos da atenção básica n. 37. Ministério da Saúde, 2013.

[Bittencourt e Neto 2009] BITTENCOURT, O. N. d. S.; NETO, F. J. K. Rede social no sistema de saúde: um estudo das relações interorganizacionais em unidades de serviços de hiv/aids. **Revista de administração contemporânea. Rio de Janeiro. Vol. 13, Edição especial (2009), p. 87-104**, 2009.

[Borgatti et al. 2015] BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **UCINET 6.18 for Windows**. 2015. Disponível em: https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/home.

[Brasil 2012] BRASIL, M. da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. **Política nacional de atenção básica**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2012.

[Campos 2004] CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, SciELO Brasil, v. 57, n. 5, p. 611–4, 2004.

[Carrington et al. 2005] CARRINGTON, P. J.; SCOTT, J.; WASSERMAN, S. **Models and methods in social network analysis**. [S.l.]: Cambridge university press, 2005.

[Cecí lio et al. 2003] CECÍLIO, L. C. d. O.; MERHY, E. E.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, IMSAbrasco Rio de Janeiro, v. 1, p. 197–210, 2003.

[Censo 2010] CENSO, I. Disponível em:< http://www. censo2010. ibge. gov. br/>. **Consultado em**, v. 12, 2010.

[Chor e Menezes 2011] CHOR, D.; MENEZES, P. R. Saúde no brasil 4 doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60135–9, 2011.

[Diabetes 2013-2014] DIABETES, S. B. de. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. [S.l.]: São Paulo: AC Farmacêutica, 2013–2014.

[Enfermagem 2009] ENFERMAGEM, C. F. de. Resolução cofen-358/2009. **Aprova a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN**, 2009.

[Ferrari et al. 2014] FERRARI, R. F. R.; RIBEIRO, D. M. M.; VIDIGAL, F. C.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A.; CARREIRA, L. Motivos que levaram idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 15, n. 4, 2014.

[HANNEMAN e HANNEMAN 2001] HANNEMAN, R. A.; HANNEMAN, R. Centralidad y poder. **HANNEMAN, RA Introducción a los métodos del análisis de redes sociáles. Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside, 2002a. cap**, v. 6, 2001.

[Kadushin 2005] KADUSHIN, C. Who benefits from network analysis: ethics of social network research. **Social Networks**, Elsevier, v. 27, n. 2, p. 139–153, 2005.

[Kalinowski et al. 2013] KALINOWSKI, C. E.; MARTINS, V. B.; NETO, F. R. G. X.; CUNHA, I. C. K. O. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: Uma análise da percepção dos enfermeiros. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 11, n. 1, 2013.

[Krebs 2015] KREBS, V. **Social Network Analysis, A Brief Introduction**. 2015. Disponível em: http://www.orgnet.com/sna.html.

[Leopardi et al. 2001] LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. Metodologia da pesquisa na saúde. **Santa Maria: Pallotti**, v. 9, 2001.

[Maior e Eichner 2004] MAIOR, B. A. F. S.; EICHNER, K. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. **Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**, Universitat Autònoma de Barcelona, n. 7, p. 47–80, 2004.

[Malta e Merhy 2010] MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, SciELO Public Health, v. 14, n. 34, p. 593–605, 2010.

[Marteleto 2010] MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em ciência da informação. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 3, n. 1, 2010.

[Martins e Fontes 2004] MARTINS, P. H.; FONTES, B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. **Recife: Editora Universitária da UFPE**, 2004.

[Monteiro et al. 2007] MONTEIRO, C. A.; MALTA, D. C.; MOURA, E. C. d.; MOURA, L. d.; NETO, O. L. d. M.; FLORINDO, A. A.; BRASIL, B. G.; MOREIRA, J. R.; SARDINHA, L. M. V.; MASCARENHAS, M. D. M. et al. Vigitel brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. In: **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2007.

[Newman 2003] NEWMAN, M. E. Ego-centered networks and the ripple effect. **Social Networks**, Elsevier, v. 25, n. 1, p. 83–95, 2003.

[Nooy et al. 2011] NOOY, W. D.; MRVAR, A.; BATAGELJ, V. **Exploratory social network analysis with Pajek**. [S.l.]: Cambridge University Press, 2011.

[Pan 2007] PAN, L. Effective and efficient methodologies for social network analysis. Virginia Tech, 2007.

[Pastor-Satorras et al. 2003] PASTOR-SATORRAS, R.; RUBI, M.; DIAZ-GUILERA, A. **Statistical mechanics of complex networks**. [S.l.]: Springer Science & Business Media, 2003.

[Plenária 150] PLENÁRIA, P. da reunião. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. SciELO Brasil, 150.

[Rocha e Munari 2013] ROCHA, B. S.; MUNARI, D. B. Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n. 03, 2013.

[Rodovias 2015] RODOVIAS, D. E. de. **Sistema de Rotas e Trafegabilidade**. 2015. Disponível em: http://mapas.der.ce.gov.br/.

[Santos et al. 2012] SANTOS, J. C. d.; FLORÊNCIO, R. S.; OLIVEIRA, C. J. d.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 2, 2012.

[Sarah et al. 2004] SARAH, W.; GOJKA, R.; ANDERS, G.; RICHARD, S.; HILARY, K. Global prevalence of diabetes. **Diabetes care**, v. 27, n. 5, p. 1047–1053, 2004.

[Silva et al. 2013] SILVA, A. S. da; AVELAR, A. B. A.; FARINA, M. C. Transferência intra-hospitalar de pacientes: Uma aplicação da análise de redes sociais. **XXVII Encontro da ANPAD**, 2013.

[Silva et al. 2012] SILVA, D. B. D.; SOUZA, T. A. D.; SANTOS, C. M. D.; JUCÁ, M. M.; MOREIRA, T. M. M.; FROTA, M. A.; VASCONCELOS, S. M. M. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família-doi: 10.5020/18061230.2011. p16. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 16–23, 2012.

[Stanley e Katherine 1994] STANLEY, W.; KATHERINE, F. **Social network analysis. Theory and applications**. [S.l.]: Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

Glossário de termos e conceitos

Table 1:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Atores | Pessoas que se unem em um objetivo comum. Representados por círculos | |  |
| Rede | Conjunto de atores e relacionamentos para um fim específico. | |  |
| UCINET | | Aplicativo usado para analisar redes sociais. Ele pode ser usado em análises | |
|  | | gerais e multivariadas e contém diversas ferramentas para manipulação e | |
|  | transformação de dados. | |  |
| NetDraw | Aplicativo para ilustrar a rede social. | |  |

Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

1. Há quanto tempo exerce essa profissão?

2. Qual sua formação geral?

3. Quanto tempo você tem de trabalho na Unidade, no município, na Atenção Básica, na equipe?

4. Você tem outros empregos?

5. Como você percebe o sistema de referência e contra-referência do município? Para pacientes hipertensos e diabéticos para obter serviços de saúde?

6. A disponibilidade desses serviços atende à demanda?

7. Quais são os serviços mais procurados pelos hipertensos e diabéticos? Quais os atendimentos que você faz?

8. Houve alguma situação em que o paciente necessitou de algum cuidado, tipo de atendimento ou serviço e não coneguiu obter? O quê você fez? Foi necessária alguma intervenção sua?

9. Na situação/situações citadada(s) você buscou ajuda? De quem? Por quê você o contactou? Pode falar mais sobre isso?

10. Cite 5 pessoas, que nesse sentido facilitam seu trabalho (3 referências).

11. Como você as conheceu?