



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Ana Carolina Tavares Vieira

**O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família:
um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio
de Janeiro e Ceará**

Rio de Janeiro

2016

Ana Carolina Tavares Vieira

**O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família: um estudo
com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Área de Concentração: Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

V658 Vieira, Ana Carolina Tavares.
O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família : um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará / Ana Carolina Tavares Vieira. - 2016.
94 f.

Orientador: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Redes sociais. 2. Equidade de acesso. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Enfermagem. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Carolina Tavares Vieira

**O enfermeiro na regulação na estratégia de saúde da família: um estudo
com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Área de Concentração: Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 23 de Fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^a Dr^a Sonia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^a Dr^a Regina Maria Marteleto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família: Antônio, Pety, Cláudia e Rafael. Sem vocês, eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

A conclusão de um curso de mestrado é apenas mais um passo em meu desenvolvimento pessoal e criativo. Aumentar meu arcabouço teórico e minha aptidão reflexiva significam abrir novas oportunidades no enfrentamento de desafios de nosso tempo. Um tempo em que a única constante é a "mudança".

Primeiramente, agradeço a Deus, fonte de minha inspiração, por minha força, pelas oportunidades dadas e pela sabedoria nas escolhas. A ele, todo o levantar nos momentos de queda e todos os sorrisos nos momentos de alegria. Sempre tive certeza que nunca estive só.

A minha orientadora, Prof^a Dra Helena Maria Scherlowski Leal David, por ter me dado a oportunidade de realizar o mestrado, por me apresentar uma temática que me apaixonei, por dividir comigo um pouco do seu vasto saber em Enfermagem, Saúde Pública e SUS. Nós acreditamos em dias melhores para a nossa profissão e para nosso sistema público de saúde.

À direção e ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, agradeço pela dedicação, por todo conhecimento construído e compartilhado nestes dois anos. Tudo que aprendi foi de imensa valia para minha formação profissional.

Às professoras Dr^a Sonia Acioli de Oliveira e Dr^a Regina Maria Marteleto pelas contribuições críticas que tanto enriqueceram essa pesquisa. A qualificação me inspirou a estudar ainda mais esta temática tão inquietante.

Aos meus pais Antônio José Vieira (*in memoriam*) e Maria Petronilha Tavares por todo investimento e amor incondicional dedicado à minha criação e minha formação. Eu nunca terei formas de agradecer tudo o que vocês fizeram por mim. Eu só estou aqui por que vocês escolheram me dar as melhores oportunidades que vocês não tiveram. Eu sempre farei tudo por vocês e para vocês. Pai... Eu consegui! Mãe... Ainda quero mais! Amo vocês para além desta vida.

À minha irmã Ana Cláudia, por todas as risadas, brigas, companheirismo, incentivo e paciência que teve comigo ao longo dos anos e do mestrado. Podemos ter passado pela tempestade, mas nunca duvidamos que bons dias chegariam. Você é a

melhor irmã que qualquer um poderia ter. Eu sempre estarei aqui para te apoiar e aplaudir seu sucesso.

Ao Rafael, meu grande amor, por todos esses anos de companheirismo e de cumplicidade. Por todos os momentos que estive comigo na riqueza e na pobreza, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença. Obrigado por fazer de tudo para me ver feliz.

Aos colegas de trabalho do município de Itaguaí e do Rio de Janeiro por todo o aprendizado no “fazer enfermagem” e no “trabalhar em equipe de saúde”. O que aprendi com vocês vai muito além de todos os livros que li e lerei. Fazemos o SUS acontecer todos os dias apesar de todas as fragilidades colocando como prioridade nossos usuários. Ainda temos muitos anos de trabalho pela frente.

Aos meus amigos por todo amor e apoio. Vocês são os irmãos que escolhi para seguir e amar. Obrigado por tudo e pela compreensão dos muitos momentos de ausência.

Aos amigos que conquistei ao longo do curso de mestrado. Construímos juntos, trocamos juntos, crescemos juntos. Foi um prazer estudar com todos vocês.

Aos sujeitos deste estudo, que me proporcionaram a oportunidade de constatar que o enfermeiro é um profissional ímpar na equipe de ESF. Em qualquer lugar do Brasil, acredito na nossa potencialidade. Espero que este estudo corresponda à confiança depositada em mim ao aceitarem participar desta pesquisa.

A todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a efetivação deste trabalho por meio de amparo frente às dificuldades, compreensão perante as faltas e motivação diante dos meus sentimentos de incerteza.

A todos que já falei, agradeço por acreditarem no meu potencial, na minha profissão, nas minhas ideias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mesma mais acreditava.

Mejor que decir es hacer. Mejor que prometer es realizar.

Juan Domingo Perón

RESUMO

VIEIRA, Ana Carolina Tavares. **O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família: um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará.** 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este estudo possui como objeto as redes sociais em que os enfermeiros estão inseridos quando utilizam-nas como sistema de regulação de usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O problema do estudo foi elaborado a partir da seguinte pergunta: Como se configuram as redes sociais cujos enfermeiros da ESF estão inseridos e cujos membros acionam para referenciar os usuários às assistências secundárias e terciárias a fim de garantir e ampliar o acesso? Os objetivos do estudo foram: Identificar as redes sociais existentes no trabalho dos enfermeiros da ESF segundo o conceito de redes sociais; Listar os atores que compõem as redes sociais segundo os enfermeiros da ESF; Descrever a atuação dos atores que compõem as redes sociais que os enfermeiros da ESF integram; Discutir a relação entre as redes sociais e a ampliação do acesso dos usuários à rede de referência. Metodologia: estudo qualitativo e descritivo a partir de uma triangulação metodológica do conceito de redes sociais e análise de conteúdo. Foram campos de pesquisa dois municípios de médio porte onde um localiza-se no estado do Rio de Janeiro e o outro no estado do Ceará, ambos com totalidade de cobertura de seus municípios pela ESF. Participaram do estudo 5 enfermeiros e 2 atores citados na rede social no município cearense e 5 enfermeiros e 1 ator citado na rede social do município fluminense, totalizando 13 entrevistas. Os resultados foram discutidos sob a luz do Campo Social do filósofo Pierre Bourdieu. Os resultados evidenciaram que consonantemente em ambos os municípios, os enfermeiros mostraram-se profissionais com aptidão crítica quanto ao sistema de regulação não só dos serviços que demandam referência nos cuidados de enfermagem como também a referência suscitada por outros profissionais da ESF. Revelaram-se proativos frente às fragilidades da regulação de seus municípios mediante critério clínico dos usuários que demandam referência. A busca dos atores citados da rede social possibilitou o entendimento qualitativo dos fluxos das redes sociais e como elas acontecem em divergências e conformidades segundo as falas dos enfermeiros, protocolos municipais ou outras normas regulamentadoras. No município cearense o fato dos atores citados entrevistados serem enfermeiros mostrou potência para sucesso da rede social frente aos obstáculos da regulação enquanto no município fluminense o fato de não ser enfermeiro e tampouco profissional de saúde acaba por diminuir mais o acesso aos serviços via regulação nas redes sociais. Houve conformidade nos atores quando também existe critério clínico em ambos os municípios e comprovado êxito da regulação via redes sociais. Este estudo contribui para o campo da enfermagem e da gestão em Saúde da Família quando fundamenta que o enfermeiro, detentor de aptidão crítica do sistema de regulação e proatividade frente às adversidades, é um profissional que deve ser integrado na equipe gerencial municipal.

Palavras-chave: Rede social. Equidade no acesso. Enfermagem.

ABSTRACT

VIEIRA, Ana Carolina Tavares. **The nurse in regulation the Family Health Strategy: a study based on the concept of social networks in states of Rio de Janeiro and Ceará.** 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This study has as object the social networks that nurses are inserted when used as user regulation system of the Family Health Strategy. The study of the problem was drawn from the following guiding question: How to configure the social networks in ESF nurses are inserted and whose members trigger to refer users to the secondary and tertiary assists to ensure and increase access? The objectives of the study were: Identify existing social networks in the work of the ESF nurses according to the concept of social networks; List the actors that make up the social networking according to the nurses of the ESF; Describe the performance of the actors that make up the social networks that the ESF nurses are inserted; Discuss the relationship between social networks and the expansion of access of users to reference network. Methodology: qualitative and descriptive study from a methodological triangulation of the concept of social networking and content analysis. Research were two medium-sized municipalities fields where one is located in the state of Rio de Janeiro and the other in the state of Ceará, both with full coverage of their citizens by the Family Health Strategy. The sample consisted of 5 nurses and 2 actors cited in the social network in Ceará municipality and 5 nurses and 1 actor cited the social network of Rio de Janeiro municipality, totaling 13 interviews. The results were discussed with the Social Field presented by the philosopher Pierre Bourdieu. The results showed in both cities, the nurses showed up professionals with critical aptitude as the regulation system not only of the services that require references in nursing care as well as the reference raised by other professionals. They proved to be proactive in the face of weaknesses in the regulation of their cities by clinical criteria of users who require reference. The pursuit of the above actors in the social network enabled a qualitative understanding of social media streams and how they happen in differences and compliance according to the nurses' speeches, municipal protocols or other regulatory standards. Divergence in the city of Ceará, the fact that the actors mentioned respondents were nurses showed power for successful social front network to the regulatory obstacles while on the other the fact of not being a nurse nor health worker ends up reducing more access to services via regulation. Compliance when there is also clinical judgment in both cities and proven success of regulation via social networks. This study contributes to the science of nursing and management in Health founded when the nurse, critical aptitude holder of the regulatory system and pro activity against adversity, is a professional who should be integrated into management group.

Keywords: Social network. Equity in access. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Sociograma Unidade 1 Município Cearense.....	71
Figura 2 -	Sociograma Unidade 2 Município Cearense.....	72
Figura 3 -	Sociograma Município Fluminense.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Publicações a partir de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde.....	19
Quadro 2 -	Caracterização Municípios estado Rio de Janeiro e Ceará.....	41
Quadro 3 -	Análise de Conteúdo Enfermeiros Fluminenses.....	47
Quadro 4 -	Análise de Conteúdo Atores Citados Rede Social Fluminense.....	48
Quadro 5 -	Análise de Conteúdo Enfermeiros Cearenses.....	48
Quadro 6 -	Análise de Conteúdo Atores Citados Rede Social Cearense..	49
Quadro 7 -	Análise de conteúdo enfermeiros fluminenses.....	87
Quadro 8 -	Análise de conteúdo atores acionados na rede social município fluminense.....	89
Quadro 9 -	Análise de conteúdo enfermeiros cearenses.....	90
Quadro 10 -	Análise de conteúdo atores citados rede social município cearense.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	PROPOSTA DE PESQUISA.....	17
1.1	Questão de pesquisa.....	17
1.2	Objetivos da pesquisa	17
1.3	Justificativa	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	Estratégia de Saúde da Família e o trabalho do enfermeiro	20
2.2	Acesso dos usuários aos níveis secundário e terciário a partir da Estratégia de Saúde da Família.....	25
2.3	O enfermeiro e a regulação do usuário da Estratégia de Saúde da Família a redes secundária e terciária.....	28
2.4	Redes sociais como referencial teórico para o estudo.....	31
2.5	Bourdieu e Redes Sociais.....	35
3	METODOLOGIA.....	40
3.1	Tipo de estudo.....	40
3.2	Cenário de estudo	40
3.3	Sujeitos do estudo	41
3.4	Procedimentos éticos.....	43
3.5	Procedimentos de coleta de dados.....	43
3.6	Elaboração do instrumento de coleta de dados.....	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1	Análise das entrevistas.....	46
4.1.1	<u>Entrevistas junto aos enfermeiros.....</u>	49
4.1.1.1	Sistema de Regulação Municipal.....	49
4.1.1.2	Análise Crítica da Regulação Municipal.....	50
4.1.1.3	Demandas específicas do sistema de regulação.....	56
4.1.1.4	Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família.....	58
4.1.1.5	Redes Sociais no Sistema de Regulação.....	59
4.1.1.5.1	Enfermagem nas Redes Sociais de Regulação.....	60
4.1.1.5.2	Redes Sociais de Regulação.....	62

4.1.2	<u>Entrevistas junto aos atores acionados.....</u>	63
4.1.2.1	Sistema de Regulação Municipal.....	64
4.1.2.2	Redes Sociais de Regulação.....	67
4.1.2.3	Análise do Sociograma.....	70
	CONCLUSÃO.....	74
	REFERENCIAS.....	76
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
	APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....	85
	APÊNDICE C - Cronograma de atividades.....	86
	APÊNDICE D - Unidades de registro, subcategorias e categorias no município fluminense.....	87
	APÊNDICE E – Unidades de registro, subtemas e temas município cearense.....	90
	ANEXO – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa.....	93

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) vigente no Brasil desde sua publicação (BRASIL, 1994). Descrito em legislação como “porta de entrada” do sistema de saúde público brasileiro, a ESF é responsável por assistir os usuários de um território e manejar a maioria das demandas de saúde. Entretanto, existem usuários que necessitam de atendimento em níveis secundário e terciário quanto à complexidade do nível de atenção e cuidado. Novamente é de responsabilidade da ESF o encaminhamento deste usuário a outro nível de atenção através do sistema de regulação ou de referencia. O usuário é encaminhado até o outro nível para exames e consultas, mas o cuidado permanece na Atenção Primária, de forma compartilhada (BRASIL, 2013).

A garantia do acesso do usuário a outro nível de assistência e a gestão desse fluxograma se evidencia como um novo desafio da gestão em saúde pública já que as pesquisas sobre a temática evidenciam as possíveis fragilidades na garantia dos serviços da rede secundária e terciária (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Diversas pesquisas já descrevem as razões para erros no sistema de regulação. Entretanto, as mesmas pesquisas descrevem uma falta de uma maior profundidade em um ou outro viés para que gestores e profissionais entendam de fato como interceder perante os desafios.

A partir da equipe mínima, dentro da equipe de saúde da ESF, há o enfermeiro com diversas atribuições e dentre elas o encaminhamento de usuários a outros níveis de atenção (BRASIL, 2012). O enfermeiro é identificado como profissional responsável pela gestão dentro da equipe e unidade de saúde, valorizado como profissional dotado de capacidade gerencial resolutiva, além de responsabilizado pelo desenvolvimento pró-ativo de ações que atendam às demandas de uma população. Ações que também incluem a referencia de usuários a outros níveis de atenção conforme a necessidade (SANTOS, 2013).

A partir da compreensão de que a referencia de usuários da ESF ainda não ocorre para satisfazer as demandas e que o enfermeiro é um profissional também responsabilizado pelo referenciamento segundo o Ministério da Saúde (MS) e o principal profissional responsável por definir ações em saúde a nível local segundo publicações de autores da Saúde Pública, questiona-se como ocorre a referência de

usuários da APS em níveis secundário e terciário quando se observa que, apesar dos entraves da regulação, a análise empírica demonstra que o encaminhamento ainda ocorre. Supõe-se que a partir de redes sociais institucionais às quais enfermeiros da ESF estão inseridos, sejam acionados atores que realizam a regulação do acesso além do estabelecido pelos fluxogramas municipais, criando assim suas próprias redes de regulação de usuários.

A ideia desse pressuposto empírico deve-se à minha experiência como enfermeira em diferentes equipes de saúde da família. Ao longo dos anos, percebia o quanto poderia haver lacunas que impediriam o sucesso do sistema de regulação dos usuários assistidos, diminuindo seu acesso a outros níveis de atenção. Ao me deparar com tais lacunas, tentava contorná-las através de colegas de trabalho que identificava com habilidades de regulação além do fluxograma institucionalizado pelo sistema de regulação.

Ao contribuir com a melhoria da compreensão do fluxo de informações entre indivíduos, apropriamo-nos do estudo de redes sociais para contemplar os objetivos desta pesquisa. Onde se têm pessoas unidas por ideias em prol de interesses compartilhados com fluxo de informações entre os integrantes deste grupo, temos uma rede social (MARTELETO, 2001). A troca de informações entre indivíduos pode transformar o cenário em que o grupo está inserido ou até outro cenário uma vez que um indivíduo pode pertencer a diversas redes sociais (RIBEIRO; 2014).

Propõe-se nesta pesquisa um estudo descritivo com base no conceito de redes sociais (MARTELETO, 2007), utilizando como método a análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Foram analisadas narrativas de profissionais, de enfermeiros e de outros integrantes das redes sociais existentes no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica de dois municípios de médio porte no estado do Rio de Janeiro e do Ceará. A inclusão de municípios de duas Unidades Federativas se justifica com a possibilidade de conhecer e de estudar diversas realidades nacionais de trabalho, porém regidas pelas mesmas normativas quanto à organização do processo de trabalho e aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao descrever as redes que os enfermeiros integram, buscou-se evidenciar fragilidades específicas no sistema de regulação, além de evidenciar semelhanças e diferenças entre as ações desenvolvidas nos dois Estados. Para a descrição e a discussão

de dados desta pesquisa, utilizou-se como referencial teórico o Campo Social discutido por Pierre Bourdieu.

A partir desse estudo, objetivou-se compreender como ocorre a articulação entre as redes sociais que os enfermeiros estão inseridos e como descrever quem são os atores acionados, além de sua importância para que a regulação ocorra entre os diferentes níveis de atenção. Dessa forma, é esperado demonstrar que os enfermeiros da ESF buscam, em seu trabalho, ampliar o acesso dos usuários a diferentes níveis de atenção, conforme se evidenciam as demandas específicas e coletivas.

Vale ressaltar que esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: estudo comparativo nos Estados do Rio de Janeiro e Ceará” coordenado pela pesquisadora Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David, professora associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

1 PROPOSTA DE PESQUISA

1.1 Questão de pesquisa

Como se configuram as redes sociais nas quais os enfermeiros da ESF estão inseridos e cujos membros acionam para referenciar os usuários às assistências secundárias e terciárias a fim de garantir e ampliar o acesso?

1.2 Objetivos da pesquisa

- a) Identificar as redes sociais existentes no trabalho dos enfermeiros da ESF segundo o conceito de redes sociais;
- b) Listar os atores que compõem a redes sociais segundo os enfermeiros da ESF;
- c) Descrever a atuação dos atores que compõem as redes sociais que os enfermeiros da ESF integram;
- d) Discutir a relação entre as redes sociais e a ampliação do acesso dos usuários a rede de referencia.

1.3 Justificativa

Compreendendo-se que o enfermeiro, integrante da equipe de ESF, é corresponsável pelo encaminhamento conforme a avaliação dele e da equipe da demanda individual e/ou coletiva (BRASIL, 2012) e responsabilizado pela formulação e gerenciamento das ações em saúde dos usuários assistidos conforme observado em referencial teórico e entendendo pode haver falhas no sistema de regulação a partir da ESF (AZEVEDO, 2007; CHAVES et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2009; SILVA;

BENITO, 2013; SILVA et al., 2011; TRAVASSOS; CASTRO, 2009), pode-se supor que o enfermeiro utilize de ações criativas e proativas para garantir o acesso dos usuários a outros níveis de atenção. Nesta linha de raciocínio, enfermeiros parecem buscar atores das redes sociais que integram como meio alternativo para que os usuários assistidos tenham acesso garantido e ampliado a serviços e atendimentos da rede secundária e terciária conforme a necessidade de demanda.

Além de promover a reflexão sobre a fragilidade da regulação a partir da APS no Brasil, esta pesquisa permitirá o estudo científico das vias alternativas e proativas desenvolvidas pelo enfermeiro da ESF para garantir a continuidade e o acesso à assistência nas redes secundária e terciária uma vez que foi observada a carência de pesquisas com os objetivos e sujeitos de pesquisa propostos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No levantamento da literatura sobre o tema, considerou-se documentos legais nacionais como a Constituição Brasileira, os manuais publicados pelo Ministério da Saúde, os trabalhos disponíveis em internet e as fontes de dados existentes na Biblioteca Virtual em Saúde, que integram as bases como LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO. Nas fontes de dados, foram utilizados os descritores “acesso aos serviços de saúde”, “equidade no acesso”, “acesso universal a serviços de saúde”, “enfermeiro”, “redes sociais” e “saúde da família”. Dentro dos descritores, buscou-se os com o assunto principal em “Atenção Primária à Saúde” dos últimos 10 anos. O quadro 1 mostra o consolidado com o número de publicações disponíveis a partir das bases consultadas.

Quadro 1 - Publicações a partir de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde

Descritores em Saúde	Total	Assunto principal: APS	2004-2014
Acesso aos serviços de saúde	59860	2935	1916
Equidade no acesso	781	35	22
Acesso universal aos serviços de saúde	1931	87	62
Redes Sociais	7484	57	36
Enfermeiro	110431	1451	924
Saúde da Família	124914	7263	4023

A partir de leitura dos resumos, foram selecionados 55 artigos para a revisão de literatura. O levantamento nas bases de dados ocorreu durante os meses de maio e setembro do ano de 2014.

Dentro do referencial teórico, e posteriormente utilizado para embasamento da discussão dos dados desta pesquisa, foram estudadas as publicações do filósofo francês Pierre Bourdieu sobre Campo Social do Capital Cultural, Simbólico e Social assim como busca nas mesmas bases de dados sobre pesquisas em saúde que utilizaram o mesmo filósofo a partir da busca do nome “Bourdieu” e “Saúde Pública” como assunto

principal. Totalizaram-se 13 artigos encontrados entre os anos de 2004 a 2014, onde 6 foram selecionados a partir da leitura dos resumos.

2.1 Estratégia de Saúde da Família e o trabalho do enfermeiro

Com a Constituição de 1988, a saúde no Brasil “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A partir disso, o Sistema Único de Saúde foi construído de modo a garantir o acesso universal ao sistema e um novo conceito de saúde caracterizado como direito contemplando todos os níveis de atenção em saúde (BRASIL, 1990).

Os serviços de saúde passariam a priorizar ações de caráter coletivo ao invés das ações individuais e curativas, predominantes no modelo biomédico. A descentralização dos serviços, universalidade, a integralidade da atenção à saúde e a participação popular seriam então princípios que regeriam o novo sistema criado. Dessa forma haveria garantia da territorialidade que facilitaria o acesso da população aos serviços de saúde. A partir daí algumas medidas foram tomadas para tornar concreta a proposta de saúde definida pela então Constituição Federal (BRASIL, 1990) (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Uma das medidas criadas foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (BRASIL, 1991), segundo uma experiência vacilante no Nordeste para manejo de mortalidade materno infantil. Tal proposta foi considerada uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (SANTOS *et al.*, 2008).

Em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de reorganizar a atenção primária de saúde. A ESF estimula a implantação de um novo modelo onde as Unidades Básicas de Saúde são transformadas em Unidades de Saúde da Família, com geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas de acordo com a localidade em que a unidade básica está inserida (RONZANI; STRALEN, 2003).

Segundo Ribeiro, Pires e Blank (2004) há uma polêmica quanto a ser um programa ou uma estratégia, devido à sua forma de implantação. Um programa possui atividades com início, desenvolvimento e fim. Uma estratégia não possui uma finalização das atividades. Mesmo que inicialmente tenha recebido o nome de Programa de Saúde da Família, o mesmo já era catalogado como Estratégia pelo próprio MS em 1994, como um diferencial de seus outros programas. Em 1997, com a nova publicação, o PSF passou a receber sua nova nomenclatura de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF deriva do modelo de vigilância a saúde e está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico, mental e social (RONZANI; STRALEN, 2003). A família é colocada nas agendas das políticas sociais brasileiras, refletindo tanto os interesses do modelo neoliberal quanto de forças sociais solidárias. Essa inclusão gerou múltiplas abordagens sociais: família/indivíduo; família/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família (RIBEIRO, 2004). Entende-se a família como integrante de um contexto sociocultural, onde podem haver diferenças de necessidades e riscos mesmo que estejam numa mesma localidade.

A concepção de saúde nessa Estratégia é baseada na promoção da qualidade de vida, tendo a Norma Operacional Básica (NOB-96) como impulso para sua expansão. Desta forma, garantiu-se a descentralização de recursos e municipalização da saúde conforme descritos nas diretrizes do SUS na constituição de 1988 (BRASIL, 1997).

Em suma, a ESF é a estratégia para a reordenação da atenção à saúde, seguindo o que se preconizam os princípios e diretrizes do SUS. Priorizam-se as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias de forma longitudinal, continuada e integral (COTTA *et al.*, 2006) (COSTA; MIRANDA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, cada equipe de saúde da família deve minimamente ser composta por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico de família ou generalista e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Com essa constituição de equipe, a Saúde da Família tornou-se um importante mercado de trabalho para os profissionais de enfermagem no país. A atuação da enfermagem na saúde da família vem se consolidando na prática e na experiência adquirida pelos profissionais de saúde na saúde coletiva, construindo ao longo dos últimos anos o Sistema Único de Saúde (MARQUES; SILVA, 2004) (COSTA; MIRANDA, 2008).

São atividades atribuídas pelo Ministério da Saúde ao enfermeiro da ESF (BRASIL, 2012):

- a) Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- b) 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;
- c) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- d) Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- e) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- f) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Observando o segundo item descrito, fica comprovado em publicação federal ser também de responsabilidade do enfermeiro a referência do usuário a outros serviços e consequentemente a outros níveis de atenção.

Na estratégia, a prática de enfermagem se insere buscando a reformulação e a integração de ações com os demais trabalhadores da equipe de saúde. Esta reformulação e integração acontecem através de um processo de articulação das intervenções técnicas e da interação entre os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). A análise do papel do enfermeiro da ESF inclui também habilidades de planejamento; de execução e avaliação de ações assistenciais, administrativas e educativas, tornando-se uma peça fundamental para a gestão da equipe de saúde da família (PEREIRA; ALVES, 2004). Segundo Costa e Miranda (2008) o enfermeiro é descrito como um dos principais profissionais com a possibilidade de promover uma mudança de modelo assistencial, modificando estabelecimentos de saúde com

introdução de práticas e de dinâmicas de trabalho segundo o projeto da ESF. Essa conclusão deve-se ao acúmulo de papéis, funções e responsabilidades que ocorrem na sua atuação em equipe de saúde.

Segundo essa lógica, pode-se presumir que o enfermeiro também pode ser um ator de importância quando se faz necessário o encaminhamento dos usuários a outros níveis de atenção para consultas, exames e procedimentos observados por ele ou pela equipe de saúde da família.

O estudo das ações do enfermeiro na ESF apresenta dados que se resumem uma falta de identidade profissional frente ao processo de trabalho instaurado. A prática diária do enfermeiro da ESF é observada atividades de assistência, gerência, educação, ampliação de suas responsabilidades frente a dificuldades existentes para o bom funcionamento do serviço. Existe uma atribuição ao enfermeiro sobre a eficácia do processo de trabalho da ESF (ARAÚJO; ROCHA, 2004) além de uma responsabilização da produção dos serviços de saúde tanto a nível individual quando coletivo (MERHY, 1999).

A discussão sobre a identidade do enfermeiro tem sido tema de discussão quando se observa a complexidade da mudança do modelo assistencial e o potencial trabalho da enfermagem neste nível de atenção. A APS possibilitou ao enfermeiro a ampliação do seu processo de trabalho dentro do campo comunitário e do social. Existe maior visibilidade e oportunidade de atuação na APS tanto no cuidado de enfermagem individual e coletivo quanto na coordenação da equipe, na educação e promoção da saúde (BACKES *et al.*, 2012). O papel do enfermeiro na ESF é descrito pela destreza na compreensão do usuário de forma holística, pela integralidade da assistência, pela capacidade de identificar as necessidades e expectativas individuais e coletivas e relação entre equipe de saúde e população. Entretanto, esse papel de destaque do enfermeiro ainda precisa ser mais estudado a fim de compreender como se dá o processo de trabalho e assim, melhorar ainda mais a qualidade da assistência de enfermagem nos serviços de saúde (ROCHA *et al.*, 2009).

Em pesquisa realizada em um município do interior do estado de Minas Gerais, Vilela (2014) descreve que a identidade do enfermeiro da ESF está em constante reconstrução revelando a complexidade profissional da categoria em um contexto histórico de saúde em que o modelo de atenção também está sendo reconstruído. Após entrevistas com enfermeiros da ESF, ACS, médicos e gestores de saúde do município,

descreveu na análise de dados que existem fatores que interferem nesta identidade profissional: satisfação e valorização do trabalho pelos enfermeiros, organização do serviço e sua infraestrutura, processo de educação permanente da equipe e da comunidade, influência de personagens políticos no processo de trabalho da equipe de ESF, relacionamento interpessoal entre equipe-usuário-gestão, além do próprio vínculo entre a equipe de saúde e a população adstrita.

No Distrito Sanitário Centro Sul do município de Belo Horizonte, Caçador (2012) descreve a identidade do enfermeiro com características potenciais como a autonomia através da intervenção e tomada de decisão no processo de trabalho de enfermagem e na equipe de ESF e atuação emancipatória na APS. Como desafios na construção da identidade cita a ineficácia na transformação de necessidades identificadas, angústia e sofrimento devido a desvalorização profissional pela gestão local, salários desproporcionais comparados às atribuições designadas, específicas pelo enfermeiro ou não, pela gestão local. Ele reflete que a identidade profissional reflete às formas complexas do ser e fazer enfermeiro devido aos elementos transversais organizacionais e horizontais da filosofia da ESF.

As atribuições do enfermeiro podem inclusive ir além do descrito pela normativa federal da PNAB. Em pesquisa realizada no município de Natal, enfermeiros entrevistados citavam como atribuição a preceptoria a estagiários que aumentavam o sentimento de “tarefismo acentuado” que comprometiam o gerenciamento do processo de trabalho de enfermagem (BOAS; ARAÚJO; TIMOTEO, 2008). Pavoni e Medeiros (2009) afirmam que o enfermeiro encontra dificuldades na realização de atividades designadas, apesar de serem descritas em lei. Citam o acúmulo de funções na unidade que acarreta na falta de tempo de exercício pleno de suas funções com principal fator de interferência.

Dessa forma, percebe-se que a enfermagem dentro da proposta da ESF ainda está em processo de construção da identidade profissional e definição do processo de trabalho dentro da equipe de saúde da família e da proposta assistencial. Especificamente sobre a identidade do enfermeiro, nota-se carência de mais pesquisas nos diversos cenários brasileiros para fundamentar essa discussão e pleitear atribuições minimamente comuns aos territórios considerando características peculiares da profissão.

2.2 Acesso dos usuários aos níveis secundário e terciário a partir da Estratégia de Saúde da Família

O acesso do usuário ao SUS é direito descrito desde a Lei orgânica da Saúde 8080/90 através dos princípios e diretrizes da universalidade onde todos os indivíduos em território nacional têm o direito a serviço público de saúde de qualidade que atenda às demandas individuais e às coletivas. Outros conceitos que são apresentados e descritos nessa legislação, como a descentralização e hierarquização, são medidas de ampliação desse acesso através de processo de trabalho que incube aos municípios as principais ações em saúde, especialmente na atenção primária. Inclusive, esta é descrita como principal porta de entrada no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990).

Os princípios e as diretrizes do SUS descritos na Lei Orgânica (BRASIL, 1990) são redescritos e analisados por diversos autores quando se objetiva a regulação de serviços a outros níveis de atenção. Exemplificando tal reflexão, Mendonça *et al.* (2006) diz que no lugar o processo de trabalho é norteado pela universalidade, integralidade e equidade, haveria conseqüentemente uma expansão da oferta de serviços em saúde atendendo às dinâmicas e específicas demandas da população. Os autores também salientam que somente protocolos de atendimento, cotas e normas assistenciais assim como o uso de softwares não bastariam para garantir o acesso aos serviços de saúde. Existiria ainda a necessidade de articulação técnica-política para que a assistência em todos os níveis de atenção ocorresse de fato devido a complexidade de integração entre os níveis. Tal observação também é citada por Albuquerque *et al.* (2013), já que em sua pesquisa sobre a regulação assistencial no município de Recife, os autores concluíram que um projeto assistencial não seria suficiente, pois não há certeza de como as demandas surgirão, como será a atuação de outros sujeitos que participam do projeto e se o investimento público atenderá ao planejado. A pesquisa conclui a necessidade de planejamento gerencial em nível municipal para atender a todas as demandas citadas.

A regulação assistencial a outros níveis de atenção surge com a criação da Norma Operacional da Saúde (NOAS) 2001/2002 (BRASIL, 2002). Segundo esta publicação, a regulação assistencial deve ocorrer a partir da atenção primária conforme as demandas apresentadas pelo indivíduo ou coletivo. Anos depois com o Pacto pela Saúde, especificamente no Pacto de Gestão, resgata-se a importância da regulação.

Define a regulação assistencial como "conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes". Observa-se assim a necessidade de articulação entre ações para que a demanda seja manejada e solucionada nos serviços disponíveis pelo SUS (BRASIL, 2006).

No entanto, o suporte da rede primária, secundária e terciária, como também do próprio sistema de regulação, mostrou-se ineficaz. Azevedo (2007) descreve em sua publicação que a garantia e a qualidade do acesso é uma condição para implementação e sucesso de qualquer política pública em saúde. O autor salienta que o desafio no acesso permeia condições complexas das necessidades humanas em que os serviços de saúde deveriam ser estruturados de forma a atender à variedade de necessidades.

Travassos e Castro (2009) citam que as condições de saúde da população são diretamente relacionadas ao acesso ao serviço e ao modo que o serviço de saúde está estruturado. Segundo os autores, grupos menos favorecidos socioeconomicamente são mais vulneráveis ao adoecimento e concomitantemente, possuem menos acesso aos serviços de saúde quando comparados a outros grupos mais favorecidos. O autor também discute a estrutura do serviço de saúde, relacionando-o com as vulnerabilidades da população assistida. Eles citam que o serviço de saúde como ineficaz quando liga que as vulnerabilidades socioeconômicas encontradas em populações com menores rendas por habitante não são totalmente manejadas pelos serviços em saúde. Fatores como a pobreza, fome, desemprego, exclusão social, condições de moradia e outros demandam de intervenções além das em saúde e quando estas não são manejadas, não interrompem o ciclo do processo saúde e doença.

Pensar na avaliação da regulação de serviços é indispensável quando entendemos que o sucesso desse fluxo ocorre quando a oferta de serviços de saúde está integrada com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Analisar sistema de regulação dos serviços é pensar e aplicar os preceitos do SUS (SILVA et al, 2011).

Percebe-se que garantir o acesso dos usuários frente às necessidades dos mesmos demonstra não ser tarefa simples. Não basta garantir que a atenção primária seja a porta de entrada do usuário, mas a sua regulação a outros níveis de atenção caso seja necessário são desafios que as gestões em saúde dos diferentes níveis de atenção teriam que alinhar e manejar frente a diversos possíveis desafios já documentados.

Fatores são necessários para o acesso em saúde como a combinação de recursos humanos e físicos além de sistemas administrativos e financeiros que definirão como e em que condições os indivíduos serão absorvidos pelo sistema de saúde. O tipo de atenção requerida por um usuário ou coletivo, critério de acesso e ingresso, mão de obra disponível, localidade do serviço e qualidade de atendimento são itens que devem ser analisados em todos os níveis de atenção. Especificamente na atenção primária, o acesso é compreendido e avaliado também como um indicador de eficácia deste nível de atenção (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Apesar da importância desta avaliação, a mensuração do mesmo é de difícil realização. Segundo Sanchez e Ciconelli (2012) o acesso é importante objeto de estudo, mas que alguns dos recursos que garantem o acesso são de difícil mensuração dificultando esta análise de qualidade. Cita como exemplo de que o acesso necessita além da qualidade e quantidade da oferta de serviços mas também a organização do processo de trabalho no serviço de saúde, experiência dos profissionais, insumos e outros.

Diversos problemas gerenciais são observados em estudo desenvolvido por Silva e Benito (2013) como a alta demanda atendida pelas unidades municipais, falta de oferta dos serviços de referencia ofertados pela rede estadual, falta de investimento nas unidades da ESF para que a maioria dos atendimentos sejam resolvidos na própria ESF e fragilidade das articulações intermunicipais para resolução de demandas no território estadual. Sendo assim, observando as ações em saúde da gestão municipal, a garantia do acesso deve superar as dificuldades em organizar suas ações em saúde conforme características individuais do território, dos usuários residentes em um município e articulação com outros níveis de atenção. Nesta lógica, temos características do acesso organizacional: o modo de organização dos recursos de atenção à saúde para a continuidade da atenção na referência e contra-referência e a proporção dos usuários que após procurarem a unidade obtiveram o atendimento necessário ou não (CHAVES *et al.*, 2012).

Efeitos do acesso ineficaz a outros níveis de atenção são documentados e vivenciados pelas equipes de ESF. A intervenção jurídica para garantia do acesso, usuários buscando o serviço de saúde especializado por meios próprios e a formação de filas de espera são evidências da ineficiência da regulação a partir da Atenção Primária (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Sendo a ESF a proposta de trabalho defendida pela Atenção Primária, torna-se pertinente o estudo do acesso e a gestão deste nível de atenção conforme observado em levantamento teórico. Os municípios são responsáveis pelas ações em saúde segundo as políticas federais (BRASIL, 1990), além de ser responsabilidade da gestão municipal a garantia do acesso dos usuários. Garantir o acesso não é somente aplicar o que é descrito em legislação, mas também o resgatar a cidadania dos usuários da ESF e empoderá-los de direitos já validados legislativamente (BREHMER; VERDI, 2010).

2.3 O enfermeiro e a regulação do usuário da Estratégia de Saúde da Família às redes secundária e terciária

Resgatando uma das atribuições do enfermeiro da ESF na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), o enfermeiro é responsável por: "[...]solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços [...]". Desta forma, fica evidente que dentre as atribuições descritas pela política, o enfermeiro é responsabilizado como um dos profissionais que realiza o encaminhamento do usuário para a referência de exames ou atendimento especializado conforme avaliação.

A literatura sobre o potencial do trabalho do enfermeiro demonstra que as ações desempenhadas pelo processo de trabalho vão além do descrito pela PNAB. Na prática diária, observa-se atividades de assistência, de gerência, de educação e de ampliação de suas responsabilidades frente as dificuldades existentes para o bom funcionamento do serviço. Existe ainda uma atribuição do enfermeiro sobre a eficácia de todo o processo de trabalho da ESF visto que ele é o gestor desse processo de cuidado na equipe de saúde da família e/ou gestor da unidade de saúde da família (ARAÚJO; ROCHA, 2004).

É reconhecido que na Atenção Primária, o enfermeiro possui maior autonomia para a definição e a intervenção no processo de trabalho já que o papel gerencial seria de sua responsabilidade. Entende-se que essa intervenção é multiprofissional e não só na equipe de enfermagem e/ou na equipe de Agentes Comunitários de Saúde (BÔAS, 2004). Em pesquisa sobre gestão do cuidado em Atenção Básica em Saúde realizada em

um município do estado da Bahia (SANTOS, 2013), evidenciou-se a importância do enfermeiro na condução e manutenção do modelo da ESF. Segundo a publicação, a enfermagem é a categoria responsável pela gestão e gerência da unidade. Essa atribuição é constatada pela gestão municipal quando compensa financeiramente para esta prática. Além do papel gerencial burocrático ainda existem as ações que visam a melhor relação entre os membros da equipe de saúde e a comunidade, para melhor acolher e resolver as demandas dos usuários através de formulação e mudanças no processo de trabalho.

Na reflexão sobre as atribuições específicas do enfermeiro segundo a PNAB e sobre o processo de trabalho do enfermeiro, pode-se concluir que o perfil gerencial do enfermeiro vai além da melhoria do cuidado em enfermagem e de sua equipe. Ele pode melhorar o cuidado de outras categorias profissionais devido a características do seu processo de trabalho quando também avalia a eficácia das assistências prescritas pela equipe multiprofissional. A cada publicação, comprova-se que as ações do enfermeiro da ESF vão além do descrito da portaria. Ele utiliza as aptidões profissionais para melhoria de todo processo de trabalho e também em sistemas de regulação.

Na busca de publicações que trazem o enfermeiro como sujeito no sistema de regulação, observou-se poucas publicações nas bases de dados com este objeto de estudo. Em suma, as conclusões das pesquisas publicadas evidenciam o enfermeiro como profissional que exerce importante papel na garantia do acesso dos usuários a outros níveis de atenção seja ele agindo de forma individualizada, em equipe de saúde da família ou em equipe multiprofissional.

Em pesquisa realizada na Central de Marcação de Consultas de municípios do Ceará (SILVA *et al.* 2011) em que enfermeiros integravam a coordenação de regulação, observou-se que além do enfermeiro possuir atributos significativos também se evidenciava as fragilidades da regulação. O enfermeiro é descrito como ator integrante da gestão municipal e da estadual, sendo responsável tanto pela implantação como na organização do processo de trabalho nas Centrais. Demandas como falta de organização da coordenação, desconhecimento da rede assistencial, falta de mão de obra foram abordadas no estudo e segundo os autores, o enfermeiro capacitado para habilidades gerenciais neste setor seria o melhor profissional para a gestão dos serviços de referência a fim de garantir a integração com as demandas dos usuários.

Santos (2013) em pesquisa realizada em Vitória da Conquista, Bahia, quanto à regionalização da rede para coordenação do cuidado a partir da APS, descreve-se que enfermeiros da ESF buscavam a coordenação da Central Médica de Consultas mediante usuários com alguma urgência sob critérios clínicos, já que não haveria mais disponibilidade de agendamento via fluxograma municipal. A mesma pesquisa descreve também a influência do enfermeiro como profissional técnico integrante da coordenação do sistema de regulação para priorização de um ou outro usuário também mediante critérios clínicos. Além disso, entende-se como critérios clínicos achados fisiopatológicos que remetem à urgência e/ou emergência no manejo da demanda em saúde observada pelo profissional de saúde.

Em pesquisa realizada em Belo Horizonte por Dias (2012), foi observado que na tentativa de melhoria da qualidade das regulações em saúde, foram criadas comissões de regulação local compostas pelo gerente da unidade de saúde, técnico administrativo, médico e enfermeiro. Essa comissão teria entre outras finalidades, apoiar e analisar as solicitações no sistema de regulação. Diante critérios clínicos, ela aciona a Central de Especialidades Médicas ou com a Central de Marcação de Consultas para menor tempo de agendamento do serviço ao usuário.

De 2012 a 2014, constatei enquanto enfermeira da ESF, que a enfermagem desempenha importante papel na garantia do acesso dos usuários a outros níveis de atenção conforme a necessidade do usuário. O reconhecimento da demanda poderia ser constatado pelo enfermeiro como também pelo médico da equipe de saúde. Saliento que apesar do médico também solicitar a referencia, o enfermeiro era o profissional responsável por acompanhar o andamento da regulação nas filas virtuais e, informalmente, responsabilizado por identificar a demora da marcação para comunicação à gerência da unidade de possível falha operacional da regulação.

Ao correlacionar minhas observações ao longo do período com os referenciais teóricos expostos, entendo que enfermeiros são atores que podem contornar os obstáculos na garantia de acesso dos usuários a outros níveis de atenção. Nesta linha de raciocínio, vejo sob o prisma do conceito de Redes Sociais, a possibilidade de descrição científica da pró-atividade que diversos colegas exercem de maneira anônima à comunidade científica na regulação dos usuários a outros serviços de saúde.

2.4 Redes sociais como referencial teórico para o estudo

Entendendo que trabalhar em saúde é trabalhar em equipe e buscando-se a definição de como seria realizada essa prática pode-se concluir que “o trabalho da equipe de saúde é considerado uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos” (FORTUNA *et al.*, 2005). A partir dessa conclusão, tem-se a concepção de que a relação entre integrantes de uma equipe constitui uma característica fundamental que possibilita a formação de uma rede social.

Marteletto (2001) define redes sociais como uma representação de um conjunto de participantes autônomos que unem ideias e recursos em torno de valores e de interesses compartilhados. Especificamente nas redes sociais de informações, têm-se o fluxo de informações como forma de alcance dos interesses em comum dos integrantes da rede. Ribeiro (2013) discute redes sociais ao longo de sua publicação valorizando a ideia de produção e troca de conhecimentos entre os integrantes de uma rede. Esses integrantes, chamados de atores, podem interferir tanto no espaço em que estão inseridos como em outros promovendo mudanças e adaptações conforme as demandas que o cenário exige já que eles levam consigo o conhecimento gerado em uma rede pode ser transmitido para outros atores em outra rede.

É equivocada a ideia que o tema redes sociais é originada a partir do advento da globalização econômica ocorrida no século XX. A relação entre indivíduos é inerente à natureza humana, logo, basta que pessoas se comuniquem que é possível o estudo de redes sociais (RIBEIRO; 2013). Breno Fontes (2012) corrobora com essa afirmativa em capítulos de sua publicação intitulado “Redes Sociais e o poder local”. A leitura evidencia essa afirmativa e complementa que este tipo de estudo possibilita tanto a compreensão da interação social como também a estrutura social dos atores envolvidos considerando a trajetória das ciências sociais. Existem diversas possibilidades de estudos sobre redes sociais quando se entende que indivíduos podem ter diversos elos com outros indivíduos, em diferentes cenários e em diferentes momentos históricos.

Além de objetivos em comum, a análise de redes sociais considera características estruturantes da rede. As redes sociais analisam a posição e os papéis dos atores que nela participam. Essa análise não deve considerar os atores como estanques visto que as relações entre pessoas podem mudar conforme o contexto. As demandas do

cotidiano influenciam na capacidade de atuação, de compartilhamento, de aprendizagem, de captação de recursos e de mobilização. Ressalta-se que não se deve analisar uma rede através da relação de somente dois indivíduos (díade) pois seria uma análise redundante. As redes sofrem complementaridade de redes sociais densas - proximidade geográfica, familiar, vizinha etc - e redes sociais ampliadas - trabalho, mobilização, gosto, afinidades etc -. A discussão das características densas e ampliadas descrevem a análise estrutural das redes sociais. Um estudo restrito impossibilitaria parcialmente ou totalmente a complexidade e riqueza de informações trocadas entre os atores uma vez que a estrutura da rede interfere diretamente na dinâmica da rede (MARTELETO, 2010).

O estudo das redes sociais prevê uma abordagem metodológica em que se torna capaz a não só a observação dos atores inseridos na rede como também o fluxo de informações trocadas entre os integrantes. Neste fluxo, pode-se analisar o que os atores que enunciam e/ou recebem informações além de sua importância para o funcionamento e manutenção da rede (MARTELETO; 2010). Através desta análise, torna-se possível a visualização de como se dão as relações e como atores são acionados conforme as demandas surgem além da mensuração quantitativa das informações geradas e permutadas entre os atores. A mensuração quantitativa deve ser relacionada aos fenômenos sociais pois é o cenário de uma prática social entre sujeitos, aspectos políticos, econômicos e históricos devem ser considerados e analisados (MARTELETO; 1997).

A metodologia de análise de redes sociais valoriza as redes formadas informalmente entre os sujeitos. Segundo Marteleto (2006), nas redes sociais há valorização dos elos informais e das relações sem necessariamente haver hierarquia prévia entre os sujeitos. Tal abordagem metodológica coloca em evidência uma realidade social pouco estudada uma vez que valoriza as ações informais frente às demandas observadas pelo coletivo. A ação informal não deve ser desvalorizada uma vez que seus produtos podem ter efeito fora da rede, no Estado e na sociedade.

Em sua análise Martins (2010) propôs que a formação e o fortalecimento de redes sociais é uma solução em relação aos obstáculos que grupos e indivíduos subalternos enfrentam. A discussão científica da rede social existente nesses grupos daria ênfase aos sujeitos menos visíveis e favorecidos ao invés da formulação de teses em que generalizam os que são estudados em uma ou em poucas caracterizações sem

evidenciar os conflitos entre os de uma mesma comunidade. O autor discute que as redes sociais seriam uma resposta às mudanças gerais - sociais e históricas -, valorizando o discurso de identidades sociais e culturais emergentes. Nesta lógica, o estudo de redes sociais não seria uma coisa simples pois ele evidencia a complexidade daqueles que podem não ter voz e mesmo assim, organizam-se em prol de um objetivo em comum.

Os estudos de redes sociais "despertam um sentimento de emergência entre os que estudam a emancipação da sociedade civil, a gestão social solidária e a democracia participativa" (MARTINS, 2010, p.405). Martins (2010), após reflexão de referenciais bibliográficos sobre redes sociais, descreve-as como produções ricas e diversificadas, mas com conclusões caóticas e de difícil análise quando comparadas entre si. Segundo o autor, isso ocorre devido às formas que a análise de redes sociais é aplicada, que pode ou não atingir a riqueza da situação estudada. O estudo de redes sociais não deve contemplar somente o objetivo em comum de um grupo pois torna-se uma operacionalização matemática. O que deve ser entendido é a pluralidade de motivações em um fenômeno histórico e consequentemente incorporar abordagens fenomenológicas e hermenêuticas com técnicas que ampliem a análise.

Na procura de referenciais teóricos, buscou-se pesquisas em saúde que utilizaram a metodologia de análise de redes sociais para apropriação das potencialidades da aplicabilidade. As leituras dos achados de tais publicações demonstraram a relevância e potência do método já que se existe um grupo de indivíduos, a exemplo a equipe de saúde, é inevitável a formação de redes sociais tornando viável a aplicabilidade.

A utilização da metodologia de redes sociais é descrita por Silveira (2010) em um distrito sanitário da cidade de Recife sobre os vínculos entre os agentes comunitários de saúde e suas ações junto a entidades associativas no território. Dentre os achados da pesquisa, o autor destaca a existência de ACS que não citavam padrões de sociabilidade (30,26%) com evidente isolamento no sociograma do grupo estudado. Dos demais entrevistados, 76,4% citavam até três entidades associativas do território (Associação de Moradores, Associações Religiosas e Outras Associações) e 4,3% citam sete entidades.

As entrevistas sugeriram que a diferença na ligação dos ACS com as entidades acontecia pelo percurso histórico e social que este profissional teve no território em que atua.

Apesar de tal constatação, o vínculo evidenciado com as entidades não guiava a dinâmica do processo de trabalho da ESF como uma possibilidade de participação popular e controle social. A pesquisa conclui que a formação de vínculos sociais entre os ACS e as entidades associativas não seria a melhor forma de aproximação das entidades com a ESF e que ainda deveriam ser desenhadas outras formas de aproximação sendo sugerido pelo autor a interação entre os ACS para criação de novos processos de participação em outros espaços da vida social no território.

Em um estudo com temática semelhante a esta pesquisa, foi analisada a existência de redes sociais fomentadas por usuários de serviços públicos de saúde em Portugal para garantir acesso (PORTUGAL, 2005). A pesquisa foi feita através de 60 entrevistas com homens e mulheres entre 25 e 34 anos de idade usuários da rede pública de saúde. A publicação discorre com o contexto histórico, político e econômico do país em um momento desfavorável para seus habitantes exemplificado pelo corte de verbas no setor saúde.

Essa constatação é descrita também pelos entrevistados quando citam a precariedade dos serviços de atenção primária. Os resultados da pesquisa mostraram a existência de redes informais de acesso à saúde quando os usuários possuem um familiar que é profissional de saúde. Esses familiares seriam atores que inseririam seus parentes no sistema de saúde garantindo e ampliando o acesso aos serviços, sendo citadas desde a acessibilidade mais fácil, menor tempo de espera e melhor qualidade de atendimento e cuidados em saúde. O mesmo estudo salienta dois empecilhos quando comprova a existência de redes sociais na garantia do acesso: uma vez que os indivíduos conseguem pela informalidade algo que não lhes é garantido pela cidadania, isto abre a possibilidade de aumentar a desigualdade social. Quem não integra uma rede social é mais marginalizado pelo sistema de saúde.

O estudo de tal metodologia através das publicações disponíveis me permitiu a reflexão e a conclusão da possibilidade da utilização deste método na Estratégia de Saúde da Família sobre o sistema de regulação utilizando o enfermeiro como sujeito da pesquisa. Entendendo que trabalhar na Estratégia de Saúde da Família é trabalhar em

equipe e relacionando à definição de redes sociais, conclui-se ser pertinente, além de promissora, a utilização deste método para estudo na Atenção Primária em Saúde.

Adiciono à reflexão minha experiência profissional, onde houve certas ocasiões onde o agendamento da regulação não atendia à demanda dos usuários apesar da interferência da gerência da unidade para acelerar a marcação junto ao nível regional administrativo. Consequentemente, busquei por meio de colegas em outras unidades de saúde secundárias e terciárias a possibilidade de encaixe de um usuário com maior urgência de referencia. Com este exemplo, podemos afirmar que há relação entre o trabalho do enfermeiro e a garantia de acesso por meio de relações em rede. Eu procurei também além da unidade de saúde em que trabalhava a solução para uma demanda da ESF, por meio de uma rede social existente na regulação do acesso dos usuários.

Vale ressaltar que estudos sobre Redes Sociais considerando o trabalho de enfermeiros da ESF na regulação dos usuários são inéditos no campo científico não existindo publicação disponível sobre esta temática.

2.5 Bourdieu e Redes Sociais

Objetivando-se melhor embasamento da pesquisa, foram buscados conceitos desenvolvidos pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, que nos permitissem aprofundar a discussão sobre as relações em rede. Durante o estudo da metodologia de Redes Sociais, a maioria das publicações utilizavam suas obras para melhor discussão dos dados uma vez que os conceitos de Capital Social, Capital Simbólico, Capital Cultural e *habitus* muito remetem às Redes Sociais. A apropriação do pensamento desse teórico permitirá um melhor entendimento do papel dos enfermeiros entrevistados, além de enriquecer as justificativas para que os atores acionados ocuparem tais posições nas redes sociais.

O conceito de campo social descrito por Bourdieu trata do espaço social de relações entre os indivíduos que compartilham de interesses em comum, mas que não possuem necessariamente as mesmas características e recursos para seus objetivos. É também um espaço de disputa no qual alguns agentes dominarão enquanto outros serão

dominados, segundo o acúmulo de capitais e seu posicionamento na estrutura social (BOURDIEU, 1998).

A partir de Bourdieu, o estudo do Campo Social lista alguns tipos de capitais que merecem ser brevemente apresentados ao leitor para posterior compreensão ao longo discussão dos dados. O capital de um indivíduo ou de um grupo se produz a partir da integração, não necessariamente igualitária, de alguns capitais: econômico, cultural, social e simbólico.

O capital econômico provém dos fatores financeiros passíveis de acúmulo gerando riqueza. Tal acúmulo possibilitaria que um indivíduo ocupe posição de destaque em uma rede de relações a partir da lógica capitalista (BOURDIEU, 1998).

O capital cultural se origina da educação escolar e dos conhecimentos adquiridos. Ele também determina e reproduz posições sociais assim como o capital econômico e interfere na rede de relações dos indivíduos. Ele quebra o pré-julgamento de que existiriam dons e habilidades inatas uma vez que o indivíduo pode adquirir habilidades e acumular capital cultural. (BOURDIEU, 1998).

O capital cultural pode apresentar-se em três formas: incorporado, objetivado, institucionalizado. Entende-se como capital cultural incorporado aquele que passou por um processo de assimilação ao longo de tempo investido pelo indivíduo, fazendo-o de forma inerente. Capital Cultural objetivado é representado pela materialização física de capacidades culturais que podem ser transferidas entre indivíduos. Exemplificam-se as pinturas, esculturas, livros e outros. Este tipo de capital cultural pode estar ligado ao capital econômico, pois tais exemplos podem ser vendidos e/ou trocados. Por fim, existe o capital cultural institucionalizado, que se caracteriza pela aquisição de certificados de competências culturais atribuídos diretamente a um indivíduo. Por exemplo um diploma, onde o indivíduo portador possui reconhecimento institucional e legal sobre determinada ciência. Também pode estar relacionado ao capital econômico quando o tipo de capital cultural institucionalizado de um indivíduo remete à uma conversão em capital econômico (BOURDIEU, 1999).

O capital simbólico é exemplificado por uma posição de prestígio que um indivíduo ou grupo ocupa. Ele pode ocupar tal posição por nascimento, associações sociais por conveniência, indicação, reconhecimento social e outros. Pode-se pensar na lógica de classes sociais, na qual a ordem social produz classes de burgueses, camponeses, assim como a lógica administrativa, que produz funcionários e chefia

(BOURDIEU, 1998). A discussão do capital simbólico merece breve apresentação em função do contraponto da violência simbólica. O indivíduo dotado de capital simbólico detém o poder de exercer o que ele denomina violência simbólica. Esta possibilidade, prevista e discutida por Bourdieu (1998) é entendida quando o sujeito dotado deste capital faz uso de ações que garantam a manutenção de legitimidade da posição de quem é dominante. A dominação, as regras e crenças impostas pelo dominante acarretam em incapacidade crítica de reconhecer a relação de poder entre dominantes e dominados.

Capital social é descrito como um conjunto de fatores que influenciam em uma rede de relações durável com recursos de interconhecimento. Mais ainda, o volume do capital social de um indivíduo, que integra a rede, é diretamente proporcional ao número de relações interpessoais possíveis mantidas por este indivíduo. O estudo do capital social evidencia como redes de relações podem atuar defendendo seus próprios interesses ou excluindo outros indivíduos que não se integram à rede. Ou ainda evidenciar como as redes de relações sociais em que um indivíduo pode ter acesso por integrá-la pode permitir o alcance de recursos em outros indivíduos inseridos na mesma rede de relações. (BOURDIEU, 1998).

“O volume do capital social que um agente singular possui depende da rede de relações que ele pode mobilizar e do volume de capital econômico, cultural ou simbólico que é posse exclusiva de cada agente que pertence a essa rede de relações a que está ligado.” (Pierre Bourdieu, p. 67)

A partir de reflexões sobre o capital social proposto por Bourdieu, Marteleto e Oliveira (2004) concluem o Capital Social é multidimensional podendo incorporar vários níveis e unidades de análise. Por esta razão, a combinação de metodologias quantitativas e qualitativas são possíveis e desejáveis dentro de estudos com base no conceito de Capital Social. Eles desconstruem também a ideia otimista do Capital Social pois, dependendo da rede em que ele ocorre, pode ser nocivo aos indivíduos que não a compõem gerando cenários autoritários e corruptos. Não se pode generalizar ingenuamente o capital social e sim entender a fundo sua dinâmica no campo em que se propõe investigação. Ele pode ser, ora benéfico, ora não.

O conjunto desses capitais interfere na posição e mecanismos de atuação de um indivíduo ou grupo. É definido por Bourdieu como *habitus*. Ele provém da demanda de compreensão das relações e atuações entre os agentes, estruturas e condicionamentos

sociais permeados pelas práticas individuais e condições impostas pelo contexto social. Reflete a interação entre o contexto interno e o externo de um indivíduo, ou um grupo de indivíduos. Trata-se de um contexto de características duráveis e transponíveis, considerando inclusive a influência de experiências passadas, uma vez que é a referência história para tomadas de decisão de um indivíduo ou um grupo. A estrutura social discutida pelo *habitus* expressa a distribuição da hierarquia entre os agentes a partir dos diferentes tipos de capital e suas posições na estrutura social. Um agente está em uma posição ou uma classe e a partir da distância e contatos com outros agentes, possui características individuais que o posicionam quanto ao *habitus*. A posição de um indivíduo não deve entendida como estática na estrutura social pois se entende que um indivíduo possui uma trajetória social que transforma tanto uma única posição quanto a de outros agentes de forma dinâmica e infinita (BOURDIEU, 2010).

Na revisão teórica efetuada foram também buscadas publicações onde houvesse o estudo de temas referentes à Enfermagem e o Capital Social, pois existem ambos os descritores. Observou-se que tal relação vem sendo abordada com maior frequência nos últimos anos a partir de levantamento nas bases de dados consultadas. Destaca-se a publicação de Lopes, Sobrinho e Costa (2013) que em sua publicação trazem um levantamento sobre a contribuição de Bourdieu para a Enfermagem. O texto inicia a reflexão com a conclusão que o campo da saúde é um campo social com construção de saberes e ações e ao mesmo tempo é um campo de disputas, transformando-o continuamente. Os autores descrevem a existência de disputa entre enfermeiros e médicos devido ao poder simbólico oriundo de capital simbólico da medicina e o capital cultural acumulado nos enfermeiros influenciando na posição que este ocupa em uma equipe de saúde e na busca de reconhecimento social.

Durante a leitura sobre o Capital Social a partir de Bourdieu, em diversos momentos se pode pensar na aplicabilidade do conceito de redes sociais à área da saúde. Buscou-se referencial teórico onde houvesse menção a este aspecto para fundamentar o referencial teórico desta pesquisa.

Loebel (2004) estuda em profundidade diversos autores que abordam o Capital Social, inclusive Bourdieu, e em dado momento o relaciona à estruturação das redes sociais. Segundo o autor, o capital social de um indivíduo é diretamente influenciado pela rede de relacionamentos interpessoais. Quando os relacionamentos interpessoais de

um indivíduo são incluídos na análise, o pesquisador poderá como se dão suas redes sociais.

Grootaert *et al.* (2003) sob a luz do capital social ainda o desmembra em possibilidades de capital social que qualificam a compreensão. Segundo os autores, existiriam três tipos de capital social: de ligação, de ponte e de conexão. O capital social de ligação descreve os laços entre pessoas semelhantes como entre familiares. Capital social de ponte se dá entre pessoas diferentes, mas em posições sociais semelhantes. Capital social de conexão ocorreria através de conexões com pessoas em posição hierarquicamente superiores. A leitura desses autores, apesar de não citar o conceito de redes sociais, contribui com a presente análise uma vez que considera características estruturantes da rede como passíveis de interferir no Capital Social.

Segundo Pattussi *et al* (2006), o capital social seria pouco mensurável devido a sua relação com a interação de indivíduos inseridos em um grupo. Entretanto, a apropriação da análise de redes sociais evidenciou a possibilidade de visualização de como se dão os fluxos de informação, o que remete ao acúmulo de capital social dentro da rede, assim como quantificar esse fluxo.

Existe uma crítica quanto à tentativa de mensuração do capital social nos campos da saúde pois não havendo uma metodologia definida para tal, a saúde acabaria por apropriar-se de instrumento de outros campos para tentar manejar tal demanda. O autor sugere que sejam utilizadas metodologias qualitativas para tal. (BAQUERO, 2008)

Pattussi *et al* (2006) ao discutir acerca de instrumento de mensuração de capital social conclui que poucos instrumentos são validados. Não existiria um com maior confiabilidade para o emprego pelo pesquisador para ser indicado como apropriado. Marteleto e Oliveira (2004) também alertam a dificuldade de mensuração de capital social porque ele é relacionado nas redes de relações sociais podendo ser de difícil visualização dependendo do campo do saber que se pretende investigar, a exemplo, a economia no bem-estar dos integrantes da rede. Além desse ponto de atenção, os autores também citam que a quantificação e a qualificação de características que compõem a rede como confiança, comunidade e redes podem dificultar a análise. Eles alertam que não é suficiente identificar os integrantes da rede e o número de ligações existentes e sim a importância dentro da comunidade.

Sendo assim, esta pesquisa pretendeu tentar contornar os vieses descritos e apresentar uma forma de estudo sobre capital social através da triangulação metodológica. Essa iniciativa não é inédita uma vez que foi explorada por Marteleto e Oliveira (2007). Em publicação, os autores descrevem que apropriação de ambos os conceitos possibilita a compreensão da relação entre os indivíduos dentro do contexto social a qual pertencem. O capital social estaria, conseqüentemente, referido a uma rede social. O acúmulo de capital social e a construção de redes sociais são influenciados por fatores culturais, políticos e sociais e o estudo de ambos os conceitos complementa os achados em um e/ou em outro. Entender a existência de interações hierarquizadas, a relação dos integrantes de um grupo, o desenvolvimento do mesmo e outros fatores são compreendidos quando ambos os conceitos são utilizados.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. Foi realizada uma triangulação metodológica para obtenção e análise dos dados, com utilização de métodos, abordagens teóricas e fontes de dados diferentes sobre o mesmo objeto de pesquisa. Tal abordagem objetiva contornar as fragilidades da análise de dados quando se emprega um único método. A aplicação de mais de um método de análise possibilita olhar sob mais de uma perspectiva e enriquecer a compreensão (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Os dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, foram, em um primeiro momento, aplicados para o desenho de rede social, e também foram posteriormente analisados segundo o método da análise de conteúdo. A rede social, que obtida por meio de software de análise de redes sociais (ARS), foi representada graficamente através de um sociograma onde foi possível observar os sujeitos citados pelos enfermeiros e a dinâmica que eles exercem na manutenção da rede segundo o objeto de estudo. A apresentação do sociograma será feita ao longo da apresentação dos resultados da pesquisa

No segundo momento, houve análise de conteúdo (BARDIN, 2009) das entrevistas, objetivando-se a justificativa para a formação e caracterização de redes de referencia dos usuários através das redes sociais das UBS além das possíveis fragilidades das redes de regulação segundo protocolos municipais.

3.2 Cenário do estudo

Na escolha de um cenário para estudo, buscou-se municípios de médio porte. Em estudos referentes à população, atribui-se o termo "município de médio porte" os que abrigam entre 100 e 300 mil habitantes. Em busca dos dados do CENSO 2010 (IBGE, 2011), levantou-se quais cidades dos estados do Rio de Janeiro e do Ceará seriam

elegíveis para a coleta de dados. Após essa listagem, foi feito levantamento de quais municípios teriam total cobertura dos seus munícipes em saúde da família. Tais dados foram consultados na plataforma online do DATASUS do Ministério da Saúde na competência de janeiro de 2015. Características dos municípios pesquisados como o número de habitantes, número de equipes de saúde da família, número de unidades de atenção primária e número de famílias serão apresentadas no quadro 2:

Quadro 2 – Caracterização Municípios estado Rio de Janeiro e Ceará

Características / Municípios	Município estado Rio de Janeiro	Município estado Ceará
Número de habitantes	65.364	147.353
Número equipes de saúde da família	65	60
Número unidades de saúde da família	45	36
Número famílias cadastradas	29.154	60.176

3.3 Sujeitos do Estudo

Segundo Minayo (2008), na escolha dos sujeitos de estudo qualitativo não deve haver preocupação com a generalização e sim com aprofundamento do conteúdo proposto pela pesquisa. O número de sujeitos escolhidos é entendido como ideal quando reflete múltiplas dimensões dos objetos de estudo. Desta forma, garante-se a riqueza na coleta de dados.

Em uma metodologia de base qualitativa, o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser anteriormente determinado. Dependerá da qualidade das informações obtidas em cada depoimento assim como do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “informações” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar sendo feitas (DUARTE; MIRANDA, 2002). Atendendo também a orientação da análise de redes sociais onde pode-se ter o estudo de grandes redes aconselha-se fazer a estratégia de buscar um indivíduo e seus contatos

mais diretos. A partir dele é possível entender as relações e suas quantidades existentes, os papéis dos indivíduos e outros atributos. Um indivíduo somente não permite entender a pluralidade das relações (ACIOLI, 2007).

Desta forma, durante a coleta de dados, foi realizada entrevista com cinco enfermeiros de cada um dos dois municípios pesquisados. Foi percebido o esgotamento de dados segundo análise prévia do pesquisador enquanto ocorria a coleta de dados em ambos os municípios.

No município fluminense, a organização da unidade de ESF apresentava-se com um único enfermeiro em cada unidade de saúde da família não existindo unidades investigadas com mais de uma equipe de saúde da família das cinco visitadas. Todas pertenciam ao mesmo distrito sanitário.

No município cearense, foram também realizadas cinco entrevistas onde três ocorreram em uma unidade de saúde da família e duas em outra. Ambas as unidades pertenciam ao mesmo distrito sanitário segundo a divisão administrativa da secretaria municipal de saúde.

Em ambos os municípios, a busca dos atores acionados da rede social se deu a partir das entrevistas realizadas junto aos enfermeiros quanto ao objetivo da pesquisa. Os enfermeiros selecionados para entrevista assim como os atores foram buscados segundo critérios de inclusão visando a qualidade da coleta de dados contemplando os objetivos da pesquisa.

Critérios de Inclusão para os enfermeiros:

- a) Ser enfermeiro da ESF;
- b) Desempenhar a função de enfermeiro a no mínimo 6 (seis) meses;

Critérios de Inclusão para os atores da rede social

- a) Ser sujeito integrante da rede social desenhada a partir dos dados das entrevistas realizadas junto aos enfermeiros sendo acionado quanto à regulação de usuários.

3.4 Procedimentos éticos

Este projeto é parte de um projeto maior intitulado “Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: estudo comparativo nos Estados do Rio de Janeiro e Ceará sendo a Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David, professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a pesquisadora responsável maior e orientadora deste projeto. O projeto foi aprovado junto ao comitê de ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro CAAE n. 33423114.9.0000.5282 em 24 de julho de 2014 assim como também pelo comitê de ética da Universidade do Estado do Ceará n. 33423114.9.3001.5534 em 3 de outubro de 2014.

Sendo assim, esta pesquisa atende a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

3.5 Procedimento de coleta de dados

Através de um roteiro semiestruturado, foram realizadas entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas, gerando dados que permitiram a Análise de Redes Sociais (MARTELETO, 2007) e Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). Cabe ressaltar que a entrevista só foi iniciada após a apresentação da pesquisa, o objetivo da mesma, garantia de anonimato ao entrevistado e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados no município cearense deu-se no mês de abril de 2015 e no município fluminense em julho de 2015.

3.6 Elaboração do instrumento de coleta de dados

A elaboração do instrumento de coleta de dados foi realizada a partir do estudo do processo de trabalho do enfermeiro da ESF, sua possibilidade de interferência na garantia e ampliação do acesso e a relação com a formação de redes sociais de informação já descritas em referencial teórico. A partir do estudo da temática da pesquisa e definição dos objetivos da mesma, o instrumento de coleta de dados foi formulado de forma a contemplar as metas propostas pela pesquisa.

Durante o estudo de referencial bibliográfico e desenho dos objetivos da pesquisa optou-se pela especificação do sistema de regulação nas linhas de cuidado de Hipertensão e Diabetes como pergunta disparadora sobre a temática. Essa escolha se deu devido à descrição específica em publicação do Ministério da Saúde da realização do exame eletrocardiograma para pacientes hipertensos (BRASIL, 2013) e a fundoscopia para pacientes diabéticos (BRASIL, 2013). Em ambas as recomendações, tais exames são descritos como “rotina complementar mínima” para os usuários acometidos por tais patologias. Ao se entender que não é preconizado que esses exames sejam realizados dentro da unidade primária em saúde, os usuários seriam obrigatoriamente referenciados a outros serviços de saúde. A partir dessa questão em um questionário semiestruturado, seria possível o desdobramento para outras demandas observadas pelos enfermeiros de família.

Antes da aplicação do questionário com os sujeitos, houve a realização de um pré-teste com enfermeiros de um município em que se pretende realizar a pesquisa maior a qual esta integra. Essa ação garantiria maior sensibilidade dos pesquisadores na percepção da necessidade de mudanças no instrumento de coleta de dados para o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa (MINAYO, 2008). Foram realizados os pré-testes com dois sujeitos selecionados segundo os critérios de inclusão objetivando a resposta positiva quanto ao entendimento do instrumento e a não necessidade de qualquer alteração. Os sujeitos do pré-teste não foram incluídos análise de dados desta pesquisa.

O roteiro da entrevista dos enfermeiros incluiu as seguintes perguntas:

- a) Quanto tempo você é enfermeiro da ESF?
- b) Você possui alguma formação além do bacharelado em Enfermagem?

- c) Você possui outro vínculo de trabalho? Se sim, onde?
- d) A regulação para o referencia e encaminhamento para a rede secundária e/ou terciária dos usuários que você assiste é satisfatória ou insatisfatória?
- e) Existe um ou mais serviços ou atendimentos da rede secundária e terciária que você tem dificuldade para garantir o acesso aos seus usuários na linha de cuidado da Hipertensão e/ou Diabetes?
- f) Quando a regulação e encaminhamento formal não atendem à demanda do usuário, você faz uso de encaminhamento através de contados na linha de cuidado da Hipertensão e/ou Diabetes?
- g) Cite até 5 pessoas que você busca quando precisa de regulação e encaminhamento para seus usuários de Hipertensão e/ou Diabetes.
- h) Exemplifique qual serviço cada uma das pessoas citadas garantiu para o seu usuário.

Conforme exposto, esta pesquisa pretende entrevistar também os atores citados como integrantes da rede social de regulação dos usuários. Esses atores serão entrevistados com roteiro próprio a fim de aprofundar o entendimento da sua dinâmica na rede social. Ressalta-se que a análise de conteúdo dos dados oriundos dos dois roteiros será feita separadamente.

As entrevistas aos atores mencionados na entrevista dos enfermeiros foram realizadas através do roteiro com as seguintes perguntas:

- a) Qual o seu cargo profissional?
- b) Há quanto tempo você atua nesta função?
- c) Na sua opinião, o sistema de regulação atende às demandas do município?
- d) A regulação de atendimentos e serviços no seu serviço ocorre, em maior parte, de maneira formal ou de maneira informal?
- e) Como você consegue garantir resolutividade de demandas através da regulação informal de atendimentos e serviços?

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise das entrevistas

Conforme citado na abordagem metodológica, todas as entrevistas foram transcritas para realização de análise de conteúdo segundo Bardin (2009). Durante as entrevistas dos cinco enfermeiros fluminenses, identificou-se um ator na rede social que foi entrevistado com roteiro próprio. No município cearense, após cinco entrevistas realizadas junto aos enfermeiros, foram identificados três atores que também foram buscados para novas entrevistas. Totalizam-se 13 entrevistas semiestruturadas gravadas, transcritas e analisadas.

No início da análise das entrevistas adotaram-se alguns códigos para os materiais analisados. As entrevistas realizadas junto aos enfermeiros foram nomeadas com a letra “E” com posterior algarismo arábico crescente e as entrevistas junto aos atores acionados com a letra “A” também com posterior algarismo arábico crescente. Para as unidades de registro, nomeou-as de “UR”.

As entrevistas realizadas com os enfermeiros utilizaram um roteiro para a coleta de dados e com os atores acionados outro. Desta forma, optou-se pela categorização diferenciada do material atendendo à orientação metodológica na descrição dos dados. Essa categorização também permitiu melhor relação congruente e divergente entre os dados emitidos pelos enfermeiros e pelos atores acionados.

Ao final, a coleta e análise originaram em 4 análises de conteúdo: enfermeiros do município fluminense, atores citados do município fluminense, enfermeiros do município cearense e atores citados do município cearense. Todas as categorizações encontram-se em Apêndice.

Das entrevistas realizadas juntos aos enfermeiros do estado do Ceará foram identificadas 45 UR. Nas entrevistas do município do estado do Rio de Janeiro 77 UR. Nas entrevistas realizadas junto aos 2 atores acionados na rede social do estado do Ceará 46URs e no ator acionado do estado do Rio de Janeiro, 13UR.

As UR de ambos os municípios foram divididas em subcategorias e categorias com a mesma nomenclatura, entretanto as particularidades das subcategorias das

entrevistas dos enfermeiros e atores acionados segundo as UR foram utilizadas para descrição qualitativa. Essa opção para análise deu-se não como categorização prévia, e sim para melhor discussão e entendimento dos dados uma vez que se percebeu a riqueza das categorias sob prismas diferentes. Cada subcategoria e categoria de enfermeiros serão exploradas em capítulo individual assim como as subcategorias e categorias dos atores acionados.

Essa opção foi tomada após tentativas de análise das UR para aplicação da análise de conteúdo. Na primeira tentativa, realizou-se classificação das UR das entrevistas dos enfermeiros e atores acionados em uma mesma tabulação. Tal forma foi descartada, pois não permitira melhor exploração dos dados de um e de outro grupo já que as UR não se repetem necessariamente com enfermeiros e com atores acionados. Em um segundo momento, tentou-se a tabulação de forma separada, mas ao utilizar as mesmas locuções nas nomeações das UR para caracterizar a semelhança nos discursos dos enfermeiros e atores acionados. A tabulação completa dos grupos entrevistados está disponível nos Apêndices.

A seguir, serão apresentados dois quadros com os resultados resumidos das entrevistas realizadas junto aos enfermeiros e posteriormente das entrevistas realizadas junto aos atores citados pela rede social que os enfermeiros integram. Os resultados serão apresentados através das subcategorias e categorias no quadro 3 e 4.

Quadro 3 - Análise de Conteúdo Enfermeiros Fluminenses

Subcategoria		Categoria	
Nome	Fr%	Nome	Fr%
Demandas específicas de serviços na regulação	13,3	Sistema de regulação municipal	65,5
Análise Crítica da Regulação Municipal	38,1		
Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	12,4		
Enfermagem na Regulação Municipal Institucionalizada	1,8		
Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe da ESF	8,8	Redes sociais no sistema de regulação	29,2
Enfermagem na Regulação via Redes Sociais	20,4		
ESF municipal	2,7	Processo de trabalho na esf	5,3
Fragilidades na ESF municipal	2,7		

Quadro 4 - Análise de Conteúdo Atores Citados Rede Social Fluminense

Subcategoria		Categoria	
Nome	Fr%	Nome	Fr%
Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	7,7	Sistema de regulação municipal	7,7
Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe de Saúde da Família	46,2	Redes sociais no sistema de regulação	76,9
Enfermagem na Regulação via Redes Sociais	30,8		
Fragilidades na ESF municipal	15,4	Processo de trabalho na ESF	15,4

As URs, subcategorias e categorias das entrevistas dos enfermeiros e atores acionados no município cearense também estão resumidas nos Quadros 5 e 6:

Quadro 5 - Análise de Conteúdo Enfermeiros Cearenses

Subcategoria		Categoria	
Nome	Fr%	Nome	Fr%
Demandas específicas no sistema de regulação	14,7	Sistema de regulação municipal	66,2
Análise Crítica da Regulação Municipal	41,2		
Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	5,9		
Enfermeiro no Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	4,4		
Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe da ESF	13,2	Redes sociais no sistema de regulação	25,0
Enfermeiro na Regulação via Redes Sociais	11,8		
ESF do município	2,9	Processo de trabalho na ESF	8,8
Fragilidades da ESF	5,9		

Quadro 6 - Análise de Conteúdo Atores Citados Rede Social Cearense

Subcategoria		Categoria	
Nome	Fr%	Nome	Fr%
Demandas específicas no sistema de regulação	14,04	Sistema de regulação municipal	52,63
Análise Crítica da Regulação Municipal	33,33		
Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	5,26		
Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe de ESF	28,07	Redes sociais de regulação	42,11
Enfermeiro na Regulação via Redes Sociais	14,04		
ESF do município	1,75	Processo de trabalho na ESF	5,26
Fragilidades ESF	3,51		

4.1.1 Entrevistas junto aos enfermeiros

A riqueza da coleta de dados junto aos enfermeiros de ambos os municípios revelou aspectos relevantes que iam além do almejado pelo pressuposto empírico desta pesquisa. Ao entender que tais dados evidenciam que a capacidade analítica e intervencionista do enfermeiro vai além do imaginado em um primeiro momento, foi decidido abordar de forma breve os achados mais relevantes e em profundidade os que contemplam os objetivos da pesquisa e comprovam o pressuposto empírico sugerido.

A seguir, serão discutidas as categorias “Sistema de Regulação Municipal”, “Redes Sociais de Regulação” e “Processo de Trabalho na ESF”.

4.1.1.1 Sistema de Regulação Municipal

Esta categoria abriga as subcategorias “Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado”, “Análise Crítica da Regulação Municipal” e “Demandas específicas da Regulação”, respectivamente apresentadas a seguir.

O objetivo desta categoria é descrever, a partir da fala dos enfermeiros entrevistados, como se dá a regulação dos municípios estudados segundo a orientação

da gestão local, as fragilidades percebidas no fluxograma descrito e demandas de serviços na referência secundária e terciária a partir do encaminhamento da atenção primária.

Apesar do pressuposto empírico desta pesquisa pretender descrever as redes sociais de referência dos usuários, o entendimento de como ocorre o sistema de regulação dos municípios analisados se faz necessário para compreensão da organização da gestão local assim como melhor análise das percepções dos enfermeiros para potencialidades e fragilidade dos fluxos estabelecidos. Os dados referentes à descrição do sistema de regulação do município estudado foram abrigados em uma subcategoria intitulada “Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado”. Como esta subcategoria não contempla o objetivo descrito na pesquisa, será apresentada brevemente nos parágrafos a seguir.

No município do estado do Ceará, o fluxo ocorre a partir da solicitação de exame ou consulta especializada em impresso próprio que posteriormente é encaminhado a auxiliar administrativo lotado na própria unidade primária para referenciamento via telefone. As entrevistas revelaram que todas as unidades do município possuem um profissional em cada unidade de saúde da família para este fim (UR5 em E1, E2, E3, E5). No município do estado do Rio de Janeiro, o fluxo ocorre em maneiras distintas segundo a demanda do encaminhamento. Ao ser uma demanda de consulta especializada, o usuário deve ligar para uma central telefônica de agendamento de exames (UR17 em E2, E3, E4, E5). Entretanto, se a demanda é um exame de imagem, o impresso de referência é encaminhado via malote pela unidade de Saúde da Família solicitante até a Secretaria Municipal de Saúde (UR16 em E2, E4, E5).

4.1.1.2 Análise Crítica da Regulação Municipal

Esta subcategoria descreve na qual ou nos quais segmentos do fluxo de regulação municipal são observadas fragilidades e/ou potencialidades segundo as avaliações dos enfermeiros entrevistados no encaminhamento dos usuários a outros níveis de atenção. Ressaltamos que não existe desenho engessado no fluxograma que garanta o acesso dos usuários ao nível secundário e terciário de atenção pela instância

estadual e federal. O empoderamento dos municípios dá-se a fim contemplar qualquer peculiaridade dos munícipes e do território (BRASIL, 2002).

Nesta categoria há indicativo de que o sistema de regulação é insatisfatório (UR22) na totalidade dos enfermeiros entrevistados no município do estado do Rio de Janeiro e da maioria dos enfermeiros entrevistados do município estado do Ceará (E1, E2, E3). A fala da insatisfação dos enfermeiros fluminenses e cearenses é relacionada a algumas peculiaridades da regulação. São exemplificados nos seguintes trechos das entrevistas:

“Na maioria dos casos [a regulação] é insatisfatória. A demanda é muito grande pra pouca oferta. Alguns, quando é feita essa pactuação, eu não sei como é feita, que fazem lá, baseado na população, a gente sabe que muitos pra pouco exame, pra pouco especialista. Aqui em (...) nós temos poucas especialidades, aí isso já superlota o sistema por que os municípios vizinhos vêm pra cá tá entendendo? Por exemplo neurologista, aqui em (...) só tem por exemplo 3 médicos ou no máximo 4. Então abrange tanto (...) como a região aqui praticamente toda. Então a gente passa por problemas desse tipo também. E as vagas são poucas realmente.” E1, município cearense.

“Insatisfatória. Por que a demanda é assim... não tem... às vezes demora um ano pra marcar um exame. Um ultrassom mesmo, uma endoscopia, uma coisa assim básica. Ressonância então... Nós tivemos até que... tem várias aqui do ano passado que voltaram tudo pra saber se a pessoa quer de tanto que demorou” E4, município fluminense.

O desenho do fluxograma para regulação dos usuários pela gestão municipal não é engessado pelas instâncias estadual e federal. Conforma dinâmica, demandas e especificidades de cada cidade e territórios adstritos, cabe aos gestores locais a definição da melhor organização do acesso dos usuários da atenção primária a outros níveis de atenção (BRASIL, 2002).

As entrevistas também evidenciaram a existência de insatisfação relacionada ao desenho do fluxo municipal para o referenciamento dos usuários a outros níveis de atenção. No município fluminense, a criação de uma central de marcação de consultas via telefone é mal avaliada pelos enfermeiros entrevistados. Tal fluxo não garantiria acesso aos usuários vulneráveis econômicos e socialmente quando restringe o acesso ao

sistema de regulação à ligações telefônicas realizadas pelos próprios usuários (E2, E5). A análise desse fluxo de regulação pode ser evidenciada no seguinte trecho:

“Quando o paciente não tem condições de ligar, não sabe ler, não sabe escrever... Esse 0800 aceita ligação até de celular, mas tem paciente que não consegue ligar, tem dificuldade pra ouvir... então a gente liga pra esses pacientes. Mas a referência na mão dele já vai com a data bonitinha que eles marcam ou se não tem agenda aberta eles pegam o telefone e fica em fila de espera. Nessa hora eu acho complicado que eles ligam pro paciente pra avisar do exame e aí não explicam direito o local, não espera o paciente pegar um papel e uma caneta, às vezes esse paciente não sabe escrever, às vezes o paciente está na rua e aí ele recebe essa ligação. Tem vezes que o paciente vem aqui na unidade e pede pra gente falar aonde é e aí fica um pouco mais difícil por que a gente não sabe, a gente não tem essa informação.” E2, município fluminense.

No município cearense, os enfermeiros discursam sobre a responsabilização de um auxiliar administrativo incumbido pela inserção dos usuários no sistema de referencia uma vez que essa atribuição é formalmente centralizada nesse profissional (UR5 em E1, E2, E3, E5). Uma vez centralizado, percebe-se que os enfermeiros têm menos oportunidades de acompanhamento das demandas de seus usuários. Entretanto, ainda assim o enfermeiro percebe a fragilidade na oferta de serviços em outros níveis de atenção (UR1, em E1, E2, E3) quando é alertado pelos seus usuários (UR7 em E1, E2). Essa conclusão pode ser observada nos seguintes trechos:

“O sistema de regulação pra rede secundária, não somos nós que temos esse controle. É uma outra pessoa que faz esses agendamentos” E3, município cearense.

“Aí tem uma moça aqui, uma funcionária que está aqui só pra fazer isso: pra fazer o contato, a ligação. Todo dia pela manhã e à tarde ela está ligando, tentando, pra ver se consegue a vaga. Ela sabe explicar bem direitinho quantos exames que faz num dia(...)Tem mês que eu percebo na minha área, por exemplo, paciente reclamando que está demorando demais” E1, município cearense.

As entrevistas dos enfermeiros cearenses também enumeraram as potencialidades da rede municipal em que trabalham. Os enfermeiros descrevem a facilidade de regulação para a rede terciária em serviços de cardiologia (UR 24 em E3 e E4), boa referência para o pé diabético (UR 19 em E2 e E3) e boa oferta de exames laboratoriais (UR38 em E3 e E4). Surgiu também a descrição da análise do sistema de

regulação municipal como satisfatório (UR 23 em E2 e E5). Todavia, as análises do quadro de unidades de registro de tais entrevistas mostram que os mesmos enfermeiros que classificam como satisfatório o sistema de regulação também enunciam as fragilidades em outras unidades de registro já apresentadas.

Esta categoria pode indicar uma variação do pressuposto empírico desta pesquisa segundo a ótica do Capital Cultural descrito por Bourdieu (1998). Segundo o filósofo, o Capital Cultural pode ser acumulado através de educação escolar e conhecimentos adquiridos ao longo da vida do indivíduo. Enfermeiros de Saúde da Família são profissionais com aptidão profissional para apurar o êxito ou não de fluxos de referencia de seus usuários. Essa aptidão profissional é oriunda de seus conhecimentos teóricos assistenciais e sociais adquiridos na formação universitária e vivências práticas nos territórios em que atuou. Este capital acumulado faz do enfermeiro um indivíduo competente em análise de fluxos de referencia inclusive multiprofissionais. Portanto pode-se afirmar que é dotado de Capital Cultural para a atuação profissional.

Nessa discussão, percebe-se que o enfermeiro não possui hegemonia na mediação do acesso dos usuários a outros níveis de atenção. As falas dos enfermeiros demonstraram uma rica análise de diversos pontos e aspectos do sistema de regulação municipal, mas que aparentemente não são percebidas ou consideradas pelos gestores municipais. A falta de hegemonia acaba por submeter o enfermeiro a processos de trabalho que são avaliados com fragilidades por eles. Sanchez, Heidemann e Gomes (2008) descrevem ao longo de publicação a riqueza das pesquisas realizadas por Antônio Gramsci no campo da História da Enfermagem. Gramsci contemplava reflexões sobre a busca da hegemonia da enfermagem perante as relações de subordinação e dominação. Para ele, a enfermagem possui comportamentos e embates nos grupos sociais que está inserida na busca pela hegemonia pois é subordinada a um grupo profissional de pensamento dominante perante a sociedade.

O conceito de capital cultural para discutir o trabalho de enfermagem foi apresentado no referencial teórico, quando se buscou sintetizar os conceitos de Bourdieu e as reflexões de pesquisas relevantes no campo da enfermagem. Entendendo que o conceito de capital cultural de Bourdieu relacionado à enfermagem auxiliou na análise de conteúdo após a coleta de dados dessa pesquisa, buscaram-se outras pesquisas com a mesma relação. Oliveira e Santos (2007) em publicação sobre a atuação das enfermeiras

brasileiras na Segunda Guerra Mundial faz diversas análises da atuação destas profissionais resgatando por vezes, dentre os outros capitais, o capital cultural na análise dos dados obtidos nos momentos da guerra e pós-guerra. Primeiro, refere que as enfermeiras brasileiras tinham menor capital cultural frente às enfermeiras americanas devido à diferença de patente militar e conhecimento técnico. Devido a isto, era conferido às americanas soberanias hierárquicas frente ao grupo brasileiro no *front* italiano. Após, com o decorrer da guerra, as enfermeiras brasileiras acumularam capital cultural devido à experiência em campo. Esse capital conferiu às nossas enfermeiras destreza profissional frente situações impostas pela guerra. Retornando ao Brasil, as enfermeiras dotadas de capital cultural no momento pós-guerra, não foram valorizadas pelo Serviço de Saúde do Exército Brasileiro devido à dominação masculina do serviço militar. Foram desprestigiadas pelo poder simbólico conferido ao sexo masculino frente ao sexo feminino na sociedade brasileira.

Ainda se tem Correia e Baptista (2004) que analisam o impacto do internato da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em um hospital universitário como estratégia de integração docente assistencial. Essa inserção visava que os alunos tivessem contato efetivo e intenso com o serviço além de promover interação entre os docentes e o hospital universitário. Após contextualização histórica de como se deu essa articulação, os autores concluem que a articulação entre os enfermeiros docentes e enfermeiros do serviço hospitalar universitário obtiveram maior autonomia profissional devido a um enriquecimento de seu capital cultural e profissional, em que serviço e academia dividiram os mesmos espaços. Houve fortalecimento da Enfermagem tanto na faculdade quanto no serviço hospitalar.

Vale ressaltar que as publicações citadas não se atêm somente ao capital cultural. Os pesquisadores relacionam seus dados a outros capitais também segundo Bourdieu e conforme esta pesquisa também o fará nos próximos capítulos.

. Silva e Benito (2013) discutem em sua pesquisa sobre o acesso a outros níveis de atenção à saúde, segundo os gestores municipais. Os entrevistados expressam as dificuldades no fluxograma para acesso rede secundária e terciária devido uma estrutura verticalizada frente à esfera estadual, além da necessidade de fortalecimento da organização da saúde de forma regionalizada e articulada.

Buscando outras produções sobre a articulação entre os serviços de saúde de diferentes níveis de atenção em prol da integralidade do usuário, Cecílio (2001) cita que

nunca existirá integralidade, plena não importando o empenho da equipe. Isso ocorreria devido a necessidade de articulações macrorregionais, ou entre serviços microrregionais, que potencializaria a falha no fluxo dos usuários. Um usuário ou um grupo não demanda um único serviço em um ou outro nível de atenção e sim uma gama de serviços. Necessariamente é necessário um esforço intersetorial para o êxito no manejo das demandas. O autor cita ainda que a busca da integralidade não deve ser uma batalha individual, pois a integralidade é incumbência gerencial do sistema de saúde, e consequentemente de um grupo de gestores. A articulação entre os serviços defendida pelo autor deveria atender às reais necessidades dos usuários onde a integralidade do "micro", descrito como o serviço de saúde que identifica a necessidade do indivíduo, seria refletida no "macro", a organização gerencial que atende às demandas dos usuários do sistema de saúde. O "micro" e o "macro" se dariam de forma articulada, complementar e dialética, sem uma excluir a outra ao longo do processo de trabalho

O presente estudo em dois municípios evidenciou que formas de regulações municipais distintas podem ter fragilidades similares, conforme observado nas entrevistas dos enfermeiros. No município cearense, um auxiliar administrativo é incumbido por inserir os usuários no sistema de regulação. Ao centralizar e assim responsabilizar esta atribuição a um profissional, culmina por diminuir e/ou anular o poder de intervir dos enfermeiros. No município fluminense o usuário teria que regular-se via telefone para consultas e regulada pela unidade de saúde da família para exames. Ao responsabilizar o usuário por parte da regulação, o processo pode ser parcial quanto ao acesso ao processo de regulação de consultas.

O referencial teórico já salientava os diversos vieses que podem interferir no sucesso ou não de um sistema de regulação indo desde recursos humanos, físicos e gerenciais (MENDONÇA *et al.* 2006) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013) até peculiaridades do território adstrito (AZEVEDO, 2007) (TRAVASSOS; CASTRO, 2009). As fragilidades do sistema de regulação percebidas pelo enfermeiro podem ir além do já documentado uma vez que não foram encontradas pesquisas onde os enfermeiros eram sujeitos do estudo.

A reflexão sobre os dos achados das entrevistas realizadas junto aos enfermeiros cearenses e fluminenses fomenta a hipótese que enfermeiros da ESF deveriam integrar as equipes de regulação municipais. Seriam também entendidos como profissionais sabidamente capacitados e dotados de fina percepção na avaliação dos processos de

referencia dos usuários, tendo seus discursos considerados pelos gestores municipais como indicação de acesso aos munícipes tanto nas potencialidades quanto nas fragilidades.

4.1.1.3 Demandas específicas do sistema de regulação

Essa subcategoria descreve todos os serviços, sejam exames ou consultas, de regulação municipal que são insuficientes para a assistência aos usuários segundo a análise dos enfermeiros.

No município do estado do Rio de Janeiro, essa subcategoria representa 14,5% do total de UR. Consultas em oftalmologia são citadas como as de maiores demandas (UR29 em E2, E3, E5)

No município do estado do Ceará, essa subcategoria apresenta-se com 29,9% do total de UR onde as principais demandas estão em consulta de cardiologia ambulatorial (UR36 em E4 e E5) e exames de alto custo (UR29 em E3, E5). Em ambos os municípios, os enfermeiros entrevistados listaram diversas demandas no acesso dos usuários a outros níveis de atenção, mas as demandas refletem a falta de especialidades médicas disponíveis na rede pública de saúde.

Tal constatação é descrita por Pérez, López-Valcárcel e Vega (2011) sobre a projeção da demanda de médicos no Brasil para 2020. Os autores salientam em referencial teórico que não existe um método quantitativo perfeito para estimar o número necessário de médicos devido as demandas e necessidades de uma população serem dinâmicas e obedecerem a aspectos peculiares dos territórios. Neste estudo, a projeção para 2020 cita que se não houver investimentos para especialização segundo as demandas brasileiras, haverá importantes demandas em grande déficit em especialidades otorrinolaringologia, endocrinologia, dermatologia e neurologia.

Entendendo que existe demanda profissional em todo o Brasil constatada anteriormente ao estudo supracitado, particularmente de médicos especialistas apresentado nessa subcategoria, resgata-se o decreto interministerial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação de 20 de junho de 2007 (BRASIL) que aprova a "Comissão Interministerial de Gestão de Educação na Saúde" para a formação de

recursos humanos seguindo a oferta e demanda de áreas prioritárias. A formação desses recursos humanos deverá obedecer a demanda, analisada pelas gestões de saúde.

Atualmente o Ministério da Saúde incentiva a especialização da categoria médica, especificamente da Medicina de Família e Comunidade para atuação da ESF. A exemplo, cito o programa "Mais Médicos" que prevê estímulo a contratação de médicos, investimentos em unidades de Saúde da Família, novas vagas de graduação em medicina e residência em Medicina de Família e Comunidade. Na publicação do Ministério da Saúde acerca do programa, não há menção ao enfermeiro ou de outro profissional em demanda na ESF brasileira (BRASIL, 2015).

Na busca por referenciais bibliográficos sobre a adequação quanti-qualitativa de recursos humanos para a ESF, observa-se que a categoria médica não é a única em demanda no Brasil. Em pesquisa realizada no norte do país, ficou evidenciado que médicos e enfermeiros não apresentam perfil profissional segundo os objetivos da ESF necessitando de educação permanente para adequação do processo de trabalho (CORDEIRO *et al*, 2009). Em um município do estado de São Paulo, uma pesquisa concluiu que o alto número de profissionais sem residência ou especialização inseridos da ESF sugere um perfil profissional de baixa qualificação podendo prejudicar a continuidade do próprio programa visto que o processo de trabalho não é norteado pelos objetivos da APS. Este fato alerta aos gestores a necessidade de investimentos na qualificação desses profissionais já que os entrevistados demonstraram aprimoramento profissional (LOPES; BOUSQUAT, 2011). Em outra pesquisa realizada junto a enfermeiros da ESF participantes do Telesaúde do município do Rio de Janeiro durante os anos de 2009 e 2010, verificou-se que uma das demandas em Educação Permanente é a própria implementação de atividades de Educação Permanente em suas unidades de serviço como parte do processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2012).

Diversas publicações alertam sobre a demanda de Educação Permanente para profissionais de saúde na ESF devido à escassez de mão de obra especializada para este nível de atenção. (CONILL, 2002) (CHIESA; BATISTA, 2004) (COSTA *et al.* 2010). O ministério da saúde, entendendo essa demanda, cria a Política Nacional de Educação Permanente em 2009 que não atendeu às demandas da expansão da ESF brasileira. Sendo assim, existe demanda de especialização também na categoria de enfermagem para a garantia do acesso de qualidade dos usuários e atendimento integral e com equidade.

4.1.1.4 Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Esta categoria foi criada para agrupar características do processo de trabalho em ESF assim como as fragilidades observadas pelos enfermeiros. Devido ao instrumento de coleta de dados não ser direcionado a estes aspectos constituem categorias com pouca frequência. No município do Ceará apresenta-se com 8,8% do total de UR e 5,26% no Rio de Janeiro. As subcategorias que a constituem são “ESF do município” (2,9% no Ceará e 2,6% no Rio de Janeiro) e “Fragilidades da ESF” (5,9% no Ceará e 4,3% no Rio de Janeiro).

A UR cearense com maior expressão apresenta sobre a análise do excesso de demanda livre de usuários (UR21 em E1 e E2). Podemos relacionar ao estímulo que se têm feito ao longo dos anos desde a publicação da PNAB quanto à ESF ser de fato a porta de entrada do usuário. De fato, a leitura da recomendação ministerial, recomenda-se que não haja restrições no acesso sem agendamento a partir da lógica que o cuidado em Saúde da Família é longitudinal sem descarte das situações agudas (BRASIL, 2012). Atualmente, o Ministério da Saúde possui publicações em dois volumes com orientações quanto ao atendimento da equipe de saúde da família frente aos agravos agudos ou crônicos agudizados mais frequentes nos usuários. Nessas mesmas publicações, a esfera federal orienta o estudo do território a partir do diagnóstico situacional, bem como o estudo da demanda livre para posterior desenho do processo de trabalho a partir das necessidades dos usuários cobertos (BRASIL, 2012).

Em reflexão sobre universalidade de acesso, equidade e integralidade, Cecilio (2001) conclui que a demanda dos usuários é um "pedido explícito, a 'tradução' de necessidades mais complexas do usuário". Seria uma resposta frente à oferta dos serviços de saúde que não são necessariamente consultas médicas podendo ser demandas sociais e culturais.

Na tentativa de APS absorver uma demanda livre de usuários que se sobrepõem à programada, atualmente têm-se a discutido o ‘acesso avançado’ para territórios com demandas livres numerosas. Conceitua-se o Acesso Avançado como agendas que sejam ocupadas com até 50% de pré-agendamentos onde é contemplado o atendimento de usuários em demanda livre, ou seja, sem agendamento prévio. Esta proposta é justificada pela premissa que o usuário atendido pela ESF também demanda de

atendimento em saúde em um momento patológico agudo ou outras situações. Entendo que a equipe de ESF assiste-o em todos seus ciclos de vida, os profissionais da ESF teriam o melhor manejo segundo o histórico de saúde e doença do usuário já assistido ao longo de sua vida (CURITIBA, 2014).

Na busca de resultados de Acesso Avançado, a pesquisa realizada por Vidal (2013) o contextualiza frente às características da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Resgatando a literatura internacional, o autor exemplifica que países como o Canadá e a Inglaterra utilizam o acesso avançado na PAS para ampliar o acesso dos seus usuários. A pesquisa comparou o número de atendimentos por meio de consulta médica segundo este modelo organizacional e o modelo tradicional com a maioria das consultas mediante atendimento prévio. Apesar de o autor comprovar que o Acesso Avançado permite maior número de consultas, ele salienta que deve haver ponderação visto que não houve maior número de pessoas atendidas e somente de consultas. Deveria haver vigilância quanto ao alcance dos usuários adstritos em um território e busca ativa de populações alvo como doentes crônicos, vulneráveis e ciclos de vida específicos.

4.1.1.5 Redes Sociais no Sistema de Regulação

O estudo das redes sociais existentes nos municípios pesquisados com o enfermeiro sendo sujeito da pesquisa evidenciou as diversas possibilidades investigativas a partir desta concepção.

A aplicação da triangulação metodológica com o conceito de redes sociais e análise de conteúdo comprovaram o pressuposto empírico desta pesquisa assim como contemplou além dos objetivos descritos. Perante todas as categorias nomeadas durante a análise temática, esta categoria representa 16,2% do total de UR no município do estado do Ceará e 24,8% no município do estado do Rio de Janeiro. A discussão desta categoria será feita em profundidade em duas subcategorias intituladas “Enfermagem nas Redes Sociais de Regulação” e “Redes Sociais no Sistema de Regulação”. Ambas serão discutidas respectivamente a seguir.

4.1.1.5.1 Enfermagem nas Redes Sociais de Regulação

Esta categoria abriga todas as UR que representam as ações de enfermeiros da ESF na intervenção no sistema de regulação institucionalizado de seus usuários a outros níveis de atenção. Apesar da pergunta disparadora ser sobre a linha de cuidado de hipertensão e diabetes no instrumento semiestruturado, conforme apresentado na metodologia de pesquisa, os enfermeiros narraram diversas situações segundo as peculiaridades de seus municípios em que advogam e atuam na garantia e ampliação do acesso além do fluxograma institucional. No município cearense, esta subcategoria abrange 11,8% do total de UR identificadas enquanto o município fluminense, 23,1%.

No município do estado do Ceará, enfermeiros acionam contatos das redes sociais de regulação de usuários mediante critério clínico (UR10 em E1 e E4). Entende-se critério clínico como um achado fisiopatológico que oferece risco ao usuário caso não seja manejado em menor tempo como em uma classificação de risco em serviços de urgência e emergência (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010). Esse achado é evidenciado no seguinte trecho:

“(...)oftalmo, o exame de fundo de olho... a demanda é muito grande. Mas em caso de urgência e emergência nós temos a oftalmoclínica que a gente pode estar referenciando que pode estar atendendo no dia. Se no dia do atendimento de hipertensão e diabetes a gente percebe que aquele paciente está sentindo alguma dor, já tem uma história de glaucoma, tá sentindo alguma coisa naquele momento a gente pode estar referenciando pra ele ser atendido naquele dia.” E1, município cearense.

No município do estado do Rio de Janeiro, os enfermeiros entrevistados também acionam elos das redes sociais mediante critérios clínicos assim como os enfermeiros cearenses. Entretanto, todos os enfermeiros entrevistados referem acionar redes sociais mediante este critério (UR76):

“(...)se for um exame que a gente vê que tem uma certa urgência a gente tenta fazer esse link com alguém que você acha que vai conseguir te atender. E aqui no município a gente tem algumas pessoas que a gente sabe que pode contatar (...)” E5, município fluminense.

Esclarece-se que o sistema de regulação institucional também adota critérios de prioridade para os usuários regulados conforme as demandas municipais. Não foram

encontradas orientações sobre tempo hábil para agendamentos nos sistemas de regulação nos Planos Municipais de Saúde dos municípios estudados. Exemplifico como se daria essa delimitação com a orientação do município do Rio de Janeiro: usuários graves e/ou prioritários teriam agendamentos em até 30 dias, usuários prioritários em até 90 dias, usuários prioritários que podem aguardar agendariam em até 180 dias e usuários que não necessitam de agendamento prioritário com agenda em mais de 180 dias. A normativa do sistema de regulação atenta que esta classificação deveria ser adotada para atendimentos ambulatoriais. As situações de urgência ou emergência deverão ser reguladas como "vaga zero" com remoção via ambulância e atendimento no mesmo dia (RIO DE JANEIRO, 2015).

A análise de ambos os dados comprova que o enfermeiro é ativo no papel de regulação como membro da rede social, com base no conhecimento fisiopatológico adquirido primariamente na formação universitária. Esse conhecimento é aplicado além do processo de trabalho da enfermagem e sim no processo de toda a equipe de saúde da família conforme será citado ao longo da análise dos dados. Os enfermeiros identificam demandas em serviços da rede secundária e terciária, analisam essas referências no sistema de regulação e interferem na priorização de usuários mediante achados baseados em cientificidade.

Resgatamos novamente o Capital Cultural descrito por Bourdieu (1998) para reflexão uma vez que observamos a aplicação de conhecimento técnico para priorização de um usuário frente à lista de espera de outros usuários em situação fisiopatológica de menor gravidade. A discussão fomentada pelo teórico ressalta que o posicionamento de atores que constituem uma rede social também é influenciado, dentre os Capitais descritos, também pelo acúmulo de Capital Cultural profissional. Enfermeiros cearenses e fluminenses redefinem processos de trabalho no sistema de regulação através do acionamento de atores acionados nas redes sociais mediante aplicação teórica na prática do trabalho.

Lopes, Sobrinho e Costa (2013) ao longo de sua publicação sobre a contribuição da sociologia de Bourdieu para a Enfermagem descreve que o acúmulo de Capital Cultural de Enfermeiros frente à equipe de saúde, especificamente ao profissional médico, seria um fator que contribuiria para definição da posição ocupada pelos enfermeiros. A partir da análise do cenário pesquisado e das referências citadas na publicação, são enumeradas a falta de discussão dos enfermeiros na equipe e o pouco

poder de questionamento e deliberação sobre o andamento dos serviços prestados aos usuários. Segundo os autores o acúmulo de capital cultural influenciaria diretamente na posição que o enfermeiro ocupa dentro da rede de profissionais da equipe de saúde para sanar essas lacunas.

4.1.1.5.2 Redes Sociais de Regulação

Sem descartar o enfermeiro como sujeito que aciona atores das redes sociais conforme exposto no capítulo anterior, esta subcategoria foi criada para apresentação dos dados referente a características do fluxo de regulação via redes sociais. Com o total de 4,4% das UR no município do estado do Ceará e 1,7% no município do Rio de Janeiro, destacam-se como potencialidade os dados que descrevem o sucesso temporal na referencia através das redes sociais.

No município fluminense, os enfermeiros citam ser possível referenciar os usuários via redes sociais em entre 7 (UR37 em E2 e E3) e 30 dias (UR 36 em E2 e E3). Nas falas dos enfermeiros cearenses houveram citações de agendamento após 2 dias (E3) e até 30 dias (E5) via redes sociais. Tais estimativas de agendamento evidenciadas nas entrevistas são mais ágeis que as institucionalizadas apresentadas em capítulo anterior (RIO DE JANEIRO, 2015).

A fragilidade da regulação via redes sociais é descrita no município do estado do Rio de Janeiro quanto ao insucesso na referencia intermunicipal (UR50):

“A parte de mamografia não consegue por que está indo pra fora do município. Então isso é difícil às vezes a gente ter contato com outro município. Então assim, não é resolutivo. Mas assim, dentro do município a gente até consegue resolver bastante coisa diretamente né” E3, município fluminense.

No município cearense, o fluxo municipal estabelecido através da centralização da inserção dos usuários no sistema de regulação diminui o controle do enfermeiro sobre o andamento dos agendamentos de seus usuários.

“Aí vai pra uma central de marcação (após inserção do auxiliar administrativo) que vai regular esses atendimentos e aí acaba que a fila de espera é muito grande por

que a gente não tem como estar lá pra fazer o acompanhamento e seguimento do paciente... a gente não tem essa... é muito moroso os agendamentos.” (E3)

“(Qual o tempo de regulação via fluxo municipal?) Mais ou menos, agora a questão de dias ela (auxiliar administrativo) pode estar te explicando melhor.” (E1)

Desta forma, podemos entender que apesar de evidente potencialidade do fluxo via redes sociais, ele ainda assim pode ser limitado por características dos municípios. Neste estudo foi identificado que a regulação via redes sociais sofre limitação quando a organização do sistema de regulação institucionalizado diminui o poder de intervenção do enfermeiro (UR80 em E1 e E3 do município cearense) e quando a própria é possível de falha como a regulação institucionalizada (UR50 em E3 no município fluminense). Entendo que pode haver outros fatores limitantes na rede, fazem-se necessários outros estudos para aprofundamento do tema.

4.1.2 Entrevistas aos atores acionados

A definição dos atores, integrantes da rede social que os enfermeiros integram, que seriam buscados para nova entrevista deu-se a partir da análise do conteúdo das entrevistas e do conceito de redes sociais. A apropriação do conceito de redes sociais possibilitou à pesquisa a entrevista e investigação de como os sujeitos acionados pelos enfermeiros atuam frente às demandas apresentadas. Buscaram-se os atores que eram dotados de resolutividade na regulação via redes sociais segundo os enfermeiros e centralidade de grau de entrada de informações. Dentre os tipos de centralidade de grau, a de grau de entrada de informações mostrou-se a mais assertiva frente à triangulação metodológica que inclui abordagem qualitativa da rede (FREEMAN, 1978).

Após a análise das entrevistas realizadas junto os enfermeiros também foi desenhado o sociograma através do software, evidenciando graficamente o posicionamento dos mais atores citados. Tais sociogramas serão expostos em capítulo próprio, após apresentação da análise de conteúdo das entrevistas.

A análise qualitativa das entrevistas dos enfermeiros norteou que não todos os atores mencionados deveriam ser entrevistados. No município cearense, a análise

qualitativa indicou três atores com importância na manutenção da rede: gerente da unidade 1, gerente da unidade 2 e o coordenador do distrito sanitário. Tais atores se revelaram peças importantes no sistema de regulação via redes sociais de ambas as unidades segundo informações contidas nas entrevistas dos enfermeiros. Foram entrevistados o gestor da unidade 2 e o coordenador do distrito sanitário. O gestor da unidade 1 encontrava-se de folga no dia da coleta de dados.

A contribuição da análise qualitativa na identificação do ator acionado na rede social deu-se através das UR12 do município cearense (E1, E2 e E5) onde eles descreveram o gestor local como o ator com atuação para a regulação via redes sociais. Também surge no discurso a referência ao gestor regional e municipal como também atores na regulação via redes sociais (E4 e E5).

No município fluminense a maioria dos enfermeiros entrevistados cita em seu discurso que o coordenador do distrito sanitário é o ator acionado para a regulação via redes sociais como fluxo rotineiro na unidade (UR58 em E2, E3, E4 e E5).

Os trechos a seguir exemplificam a contribuição da análise qualitativa na identificação desses atores:

"(...)a gerência sempre tenta agilizar de uma forma ou de outra. Eu não sei se encaixa, mas eu já vi ela ligando e pedindo pra marcar alguma coisa." E2, município cearense.

"(...)aqui do município está sendo com as apoiadoras que aqui no caso é (Ator acionado). Então geralmente a gente passa pra ela e ela tenta marcar." E3, município fluminense.

4.1.2.1 Sistema de Regulação Municipal

No município cearense, ambos os atores acionados entrevistados classificam o sistema de regulação como insatisfatório (UR22). Assim como os enfermeiros deste município citaram, enumeram alguns serviços com maior demanda, mas descrevem a maior lacuna no serviço ambulatorial de neurologia.

"Alguns 'istas' da vida por exemplo a neurologia, né?" (A1, município cearense)

No município fluminense, o ator acionado não classifica o sistema de regulação como insatisfatório (UR63) mas refere fazer uso de redes sociais quando a regulação municipal não obtém êxito (UR48). A rede social do ator acionado no município fluminense será descrita em capítulo próprio.

“Olha... na minha opinião sim (é satisfatório) (...) Na parte informal você vai ter esses casos que são prioridade, você acaba que é diretamente pra mim, pra eu resolver. Mas fora isso é o 0800” A1, município fluminense.

Na coleta de dados de ambos os municípios, um dado peculiar e pertinente para discussão é a formação acadêmica dos atores acionados. No município cearense, ambos os atores acionados são enfermeiros pós-graduados conforme descrito nas UR77 (A1) e UR78 (A1 e A2). No município fluminense, o ator é uma ex-recepcionista com o segundo grau completo conforme exposto na UR79.

Pode-se analisar que o Capital Cultural Profissional, Social e Simbólico acumulado nos atores acionados dos municípios estudados influenciam na capacidade analítica do sistema de regulação. Os acúmulos de tais Capitais não são os mesmos nesses atores uma vez que eles apresentam diferentes argumentos para a análise do sistema de regulação como satisfatório ou não além de outras fragilidades identificadas.

No município cearense, o ator 2 descreve o benefício de serem enfermeiros e a facilidade que isso influenciaria quanto a atuação em Saúde da Família conforme evidenciado no trecho a seguir:

“Os gerentes eram indicados e esses indicados eram os enfermeiros que se destacavam nas unidades em que trabalhavam. (...)E ele (gestor municipal antigo) sempre viu no enfermeiro esse gestor né, e por ter sempre ter visto essa questão do enfermeiro coincidentemente a maioria dos profissionais selecionados eles eram enfermeiros.” A2, município cearense

Resgatamos a discussão do capital cultural profissional nos enfermeiros entrevistados, mas acrescido do capital simbólico e social para os atores acionados das entrevistas cearenses. Tais enfermeiros, gestores da ESF do município, acumulam o Capital Cultural Profissional proveniente da formação universitária, o Capital Simbólico pela ocupação de cargo de chefia e o Capital Social pela indicação ao cargo de chefia mediante destaque no processo de trabalho e possibilidade de articulação dentro das unidades que lideram. Os três Capitais, conforme discutido por Bourdieu em grandezas

não necessariamente proporcionais, existem nos atores acionados entrevistados e interferem potencialmente na atuação regulação municipal.

Enfermeiros em cargos de gestão na ESF é um dado abordado em pesquisas anteriores desde a frequência até justificativas visto a recorrência nos cenários da Atenção Primária. Em levantamento sobre a profissão dos gerentes de unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, Mariz (2014) descreve que 68,6% das gerências são feitas por enfermeiras. Esse predomínio também foi encontrado por Ohira, Cordoni e Nunes (2014) com frequência de 83,3% em municípios de pequeno porte do norte do Paraná e também por Ximenes e Sampaio (2007) com 100% de gestores enfermeiros no município de Sobral, Ceará.

Quanto as explicações para tal ocupação, têm-se Merhy (1999) que descreve em publicação sobre a equipe de saúde da família onde cita que o enfermeiro é responsável pela produção de serviços de saúde tanto a nível individual quanto no coletivo. Ele seria o responsável pelas ações em saúde em ambos os contextos. Nesta linha, Araújo e Rocha (2004) descrevem o enfermeiro como um profissional detentor de aptidões como a assistência, gerência, educação dentre outros. Tais características influenciariam no contorno das dificuldades existentes e garantiria de bom funcionamento do serviço. Segundo estes autores, existiria ainda uma atribuição ao enfermeiro sobre a eficácia do processo de trabalho da ESF.

Existe ainda no município do estado do Rio de Janeiro a questão da indicação do cargo político conforme a gestão vigente na cidade (UR75). O ator cita que está momentaneamente no cargo, mas pode não estar na próxima gestão. Quando questionado sobre qual sua formação acadêmica, define-se como recepcionista. “(Qual o seu cargo profissional?) *Recepcionista*”. A1, município fluminense.

“(Conte a sua trajetória até a coordenação) *É um cargo político né, é um cargo de confiança (...) eu estou no momento, é nessa gestão. Quando acabar essa gestão fica a critério da próxima que vier.*” A1, município fluminense..

A baixa qualificação acadêmica também é um dado discutido em outras publicações conforme observou-se em busca de referencial. Junqueira *et al* (2010) em pesquisa realizada em municípios de médio porte de determinada região do estado de Minas Gerais, observou-se que do total de secretários de saúde investigados somente 28,9% possuíam o nível superior completo e dentre estes apenas 13,3% são profissionais de saúde, e somente 11,1% concluíram a pós-graduação. Quanto à baixa

escolaridade, os autores salientam que tal incidência seria devido ao clientelismo exemplificado pela indicação política para cargos de direção. Tal fenômeno seria mais frequente em cidades de pequeno porte.

Em entrevista à Radis no campus da Universidade Estadual de Campina, Gastão Wagner (médico sanitaria e professor) contextualiza o cenário brasileiro em geral sobre a sociedade e o SUS. Durante a entrevista, reforçando a necessidade de real reforma em saúde em prol da APS, relaciona que um dos obstáculos para tal objetivo é a escolha dos gestores de saúde. Cita que diretores de unidades básicas são cargos de confiança de secretários de saúde e exemplifica que em diversos municípios que visitou indivíduos leigos eram nomeadas para tal função. Segundo o professor, tais cargos deveriam ser alcançados por carreira e concursos internos (DE LAVOR, 2011).

Frente aos dados apresentados e discutidos, podemos concluir primariamente que no município do estado do Ceará os atores acionados evidenciam possuir o Capital Cultural Profissional, o Simbólico e Social. Na atuação dos atores acionados enquanto no estado do Rio de Janeiro, o Capital Simbólico e o Social sobrepõem ao Cultural profissional. As implicações nas redes sociais tanto no ator acionado do Rio de Janeiro quanto do Ceará na ação desses capitais serão discutidas no capítulo a seguir.

4.1.2.2 Redes Sociais de Regulação

Tão importante quanto a constatação de que enfermeiros lançam mão de redes sociais para garantir e ampliar o acesso aos seus usuários é a que os atores acionados se reconhecem como sujeitos ativos e resolutivos nas redes descritas de ambos os municípios pesquisados.

No município cearense, esta categoria apresenta-se com frequência de 43,22% enquanto no município fluminense com 77%. Apesar de notória expressividade, as subcategorias são seguem a mesma linha conforme será apresentado a seguir.

Especificamente sobre as redes sociais de regulação como subcategoria, o município fluminense com total de 46,2% e o município cearense com 31,58%, apresentam semelhanças como o discurso que conseguem sucesso da rede social mediante contato com gestores da rede secundária ou terciária e até via secretário de

saúde para regulação de usuários conforme evidenciado nos trechos a seguir (UR78 no Rio de Janeiro e UR12, UR40 no Ceará):

“(...)tudo tem exceção né. Se chega uma gestante e eu não posso esperar pelo ultra som, aí eu entro em contato com pessoas que a gente já conhece. ‘Ó... to com uma gestante que tá sangrando e não pode esperar. Tem como encaixar? Tem como fazer um extra?’ Essa via ela acontece. Sempre o enfermeiro, o gerente da unidade tenta resolver pra esse problema não se estique mais... dependendo da necessidade do paciente. A gente não vai esperar... a gente vai tentar resolver e na grande maioria a gente resolve.” A1, município cearense.

*“(...)uma gestante que está sangrando e a consulta só vai ser daqui a 10 dias e aí a gente entra em contato tanto com (Ator 1), quanto com *anônimo*. E aí no CEM (Central de Especialidades Médicas), diretamente no CEM. Aí dependendo da situação a gente vai por outros meios por que eu não posso esperar até o marcador conseguir uma consulta. Até abrir a agenda, a agenda que está com dez dias pra frente... esses casos de urgência eu vou logo na fonte, eu já vou pro CEM que é o Cento de Especialidades Médicas. Eu já ligo pra lá, eu já falo com a enfermeira, ela já encaixa dependendo da situação. Ligo pra coordenação, a coordenação já tenta quando é muito grave. Às vezes ligo pra Santa Casa, sempre tem esse jogo de cintura. E quando a gente não consegue a gente vai direto na secretária que ela dá um jeito. Mas só nesses casos mais urgentes. Mas se for um que dá pra esperar vai pra regulação mesmo de consultas.”* A2, município cearense

"Eu acho que tem que fazer isso com as pessoas que estão lá dentro que tem um cargo de confiança como eu faço com meus pacientes com prioridade. Eu não pego qualquer referência e não vou passar na frente de ninguém não. Eu pego a que o médico pediu que tem prioridade e com urgência." A1, município fluminense.

Em consonância, em ambos os municípios é perceptível que os atores acionados lançam mão do Capital Social e Simbólico acumulados para também acionarem suas redes sociais para regulação a fim de garantir o acesso a serviços e consultas. Capital Social quando faz uso da rede de contatos do contexto que estão inseridos a partir do prestígio de uma posição de chefia.

Aprofundando mais na análise comparativa entre os atores acionados nas redes sociais, evidencia-se algumas diferenças nas causas para o acionamento na subcategoria “Enfermagem na Regulação via Redes Sociais”. Nos trechos de ambos atores acionados

do município cearense citados acima, são exemplificados com alguns casos clínicos as razões para regulação via redes sociais (UR10 em E1 e E2). Assemelha-se às razões dos enfermeiros entrevistados em ambos os municípios: critério clínico. Lembrando que tais atores acionados são também enfermeiros, podemos compreender que tais atores também fazem uso de Capital Cultural profissional para tal aptidão. Mais uma vez, nota-se que a combinação do Capital Cultural profissional, Social e Simbólico desses atores formam uma tríade no Campo Social deste município favorecendo o sucesso desta forma de regulação. Entende-se que enfermeiros das equipes de saúde da família, dotados de Capital Social e Cultural profissional, acionam outros enfermeiros gestores, por sua vez dotados de Capital Social, Cultural profissional e Simbólico na articulação da rede social em prol da regulação dos usuários com demandas urgentes a outros níveis de atenção.

No município do estado do Rio de Janeiro, a falta de Capital Cultural profissional previamente discutida no capítulo anterior, apresenta aparentes efeitos nas razões para acionamento das redes sociais conforme apresentados nos trechos a seguir:

“Às vezes o médico nem colocou uma prioridade ali mas você lendo a referência, você vê que tem que ser uma coisa...entendeu? Ou até mesmo... eu penso que se for um funcionário, que está trabalhando, aí pediu um exame, você sabe que vai ser uma dificuldade, a pessoa pode estar com um problema sério e a gente não sabe... a gente tenta agilizar. Pra mim também eu acho que o funcionário também é a prioridade. (...) Por estar ali com você, você sabe como é o trâmite. E até mesmo, se a pessoa está ali trabalhando, está com um problema ... pô, vamos ajudar e vamos resolver. Pra pessoa até se sentir melhor trabalhando” A1, município fluminense.

O ator fluminense, ao acionar a rede social para usuários sem critério clínico e para funcionários do município estudado acaba por diminuir o acesso aos serviços de saúde de usuários que possuem demandas mais urgentes. Esse achado corrobora a pesquisa realizada por Portugal (2005) descrita no referencial teórico. As redes sociais poderiam tornar-se mais desiguais o acesso aos serviços de saúde uma vez que alguns integrantes da rede possuem mais contatos que outros. A partir da lógica de Bourdieu, a falta de Capital Cultural evidenciado pela falta conhecimento técnico sobre fisiopatologia e outros saberes faz com que este ator possivelmente tenha avaliações inadequadas frente à classificação do risco da clientela assistida como também avalie o Capital Social como critério de quem necessita de regulação quando um funcionário da

prefeitura da cidade possui privilégios frente ao cidadão. O Capital Simbólico deste ator pode implicar em Poder Simbólico e Violência Simbólica visto a desigualdade do acesso a atenção secundária e terciária.

Em busca de publicações sobre Violência Simbólica no campo de saúde, destacam-se pesquisas que relacionam esse tipo de violência às questões de gênero e raça/cor. Exemplifico tal constatação com a pesquisa de Pereira (2004) em que relaciona a violência simbólica com o poder simbólica da equipe médica exercido à mulher gestante, parturiente e puérpera. Apesar da pesquisa abordar majoritariamente a equipe médica, esta cita a enfermagem como segunda categoria a exercer violência simbólica com a mulher. Na pesquisa junto à essas mulheres, as mesmas referem terem sido má assistidas devido à violência simbólica sofrida.

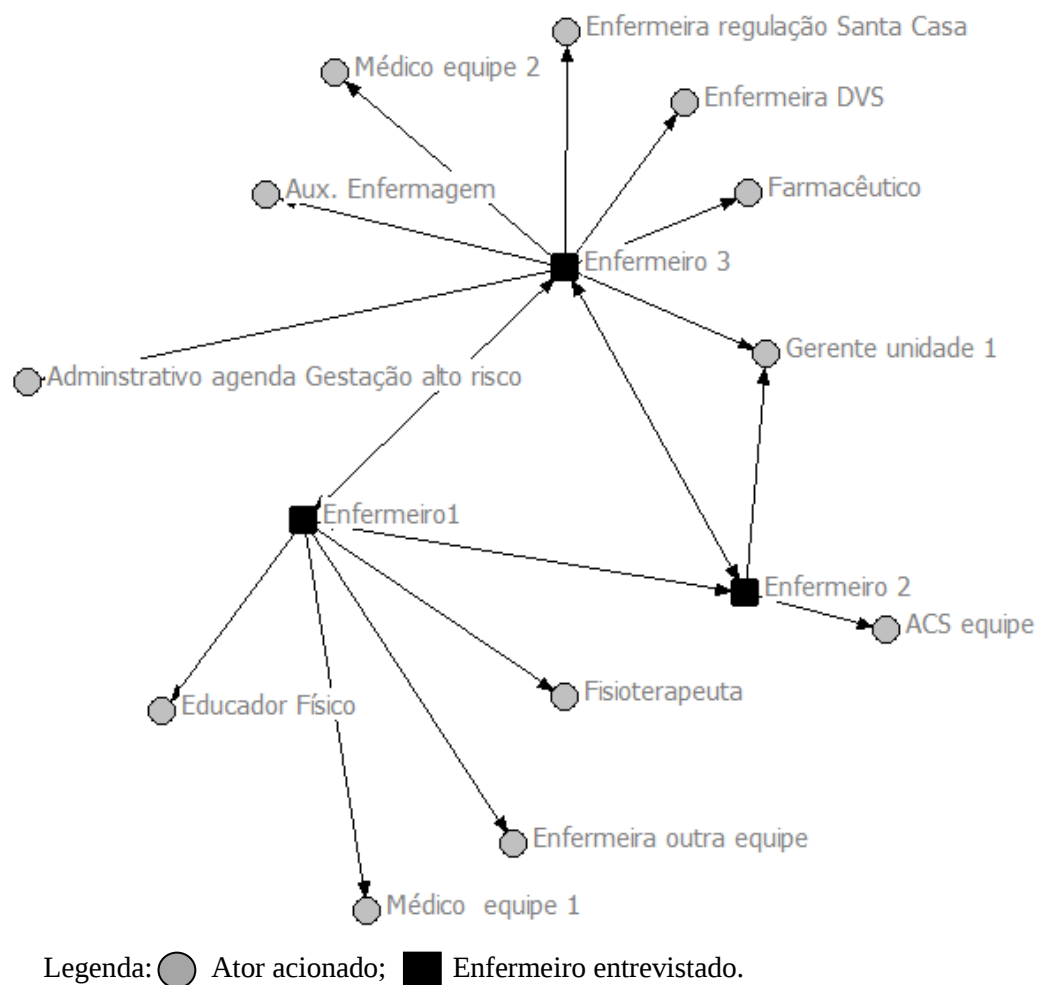
Visto a carência de publicações nesse campo de pesquisa, evidencia-se mais um campo de saber a ser explorado quanto ao Poder Simbólico ou Violência Simbólica e as Redes Sociais na APS.

Esse achado alarmante exemplifica as consequências de ocupação de cargos de gestão por indivíduos sem preparo técnico já descritos ao longo deste capítulo. Concluímos que não se pode descartar o Capital Cultural profissional frente ao Social e Simbólico nas gestões em Saúde da Família. Também se soma à conclusão que as comparações entre ambos os municípios quanto aos atores mostraram a destreza do enfermeiro como gestor em saúde da família frente às adversidades uma vez que em um dos locais de pesquisa foi observada fragilidade gerencial devido a baixo acúmulo acadêmico.

4.1.2.3 Análise do Sociograma

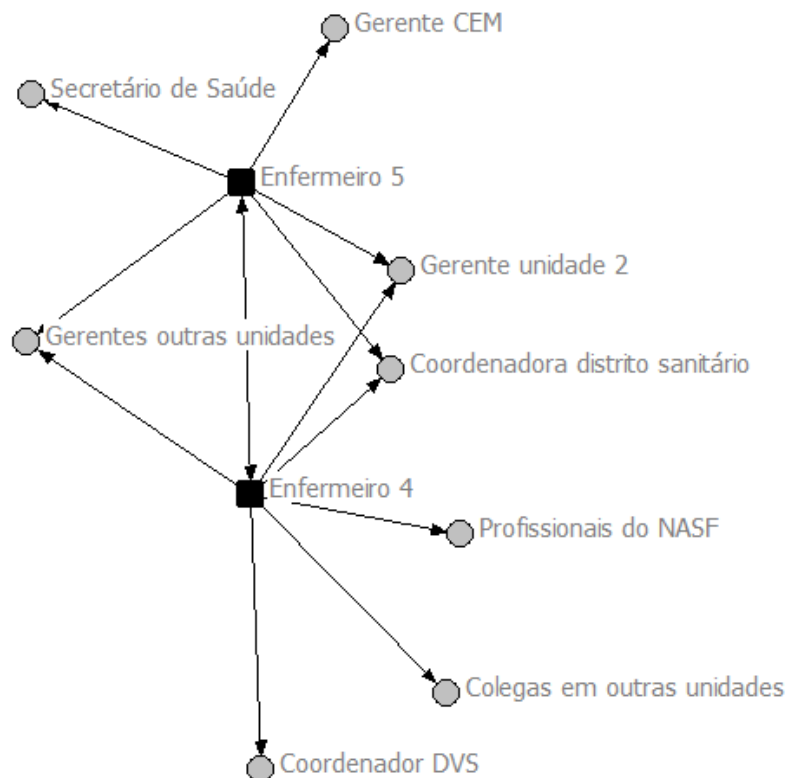
Após as entrevistas no município cearense, utilizou-se o software Ucinet® para desenho do sociograma e identificação gráfica dos atores acionados. Segue abaixo o sociograma exibido pelo software na unidade 1 na figura 1:

Figura 1 - Sociograma Unidade 1 Município Cearense



A seguir, o sociograma da unidade 2 na Figura 2:

Figura 2 - Sociograma Unidade 2 Município Cearense



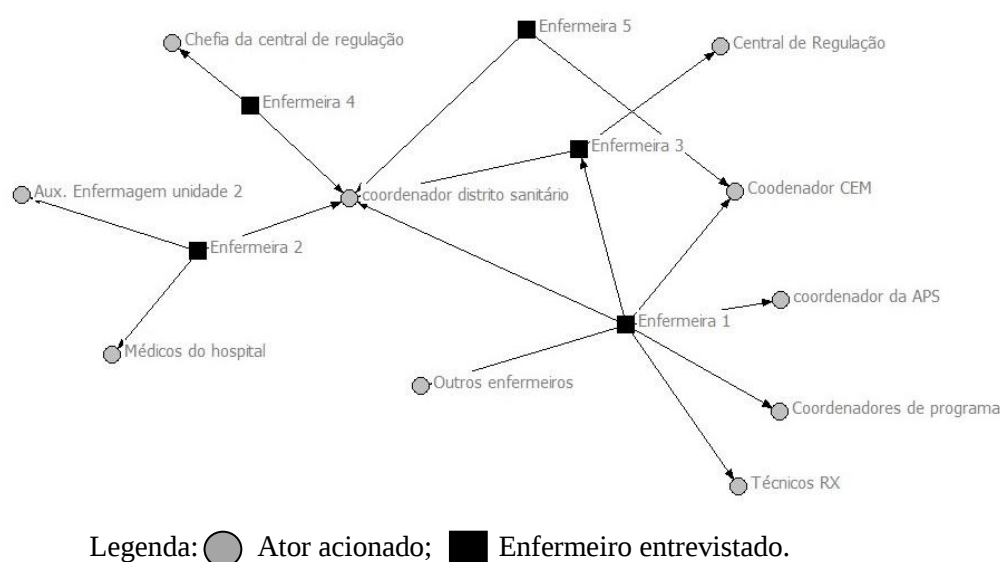
Legenda: ● Ator acionado; ■ Enfermeiro entrevistado.

A análise dos sociogramas citados direcionou e confirmaram quais seriam os atores que deveriam ser buscados para aplicação de nova entrevista conforme abordagem metodológica pretendida. A delimitação dos atores acionados a partir do software foi feita a partir da identificação dos de maior centralidade. Um ator com maior centralidade em uma rede pode deter o maior número de conexões com outros atores possivelmente visíveis no sociograma, conferindo-lhe centralidade de grau. Pode ser central quando está entre dois outros atores, significando centralidade de intermediação. E por fim, pode ser central pela proximidade, devido a proximidade aos outros atores da rede (FREEMAN, 1978). Dentre as três possibilidades, a centralidade de grau, mais especificamente o grau de entrada de informações, mostrou-se a mais assertiva frente à triangulação metodológica que inclui abordagem qualitativa.

Na coleta de dados do município cearense, a análise do sociograma através do software direcionaria para os atores mais acionados da unidade 1 as Enfermeiras 1, 2, 3 e a gerente 1. Na unidade 2 os atores acionados são o coordenador do distrito sanitário, gerentes de outras unidades e gerente da unidade 2. Conforme discutido na análise de conteúdo, o viés qualitativo norteou que os atores gerente 1, gerente 2 e coordenador de distrito sanitário teriam maior importância na manutenção das redes sociais no sistema de regulação.

Na coleta de dados do município fluminense, também foi utilizado o software Ucinet® para desenho de sociograma próprio. Segue abaixo a figura 3 contendo o sociograma exibido pelo software dos enfermeiros entrevistados:

Figura 3 - Sociograma Município Fluminense



A análise do sociograma das redes sociais do município fluminense revelou que o coordenador do distrito sanitário dos enfermeiros entrevistados é o principal ator acionado segundo o objeto de pesquisa devido ao grau de centralidade além do destaque ao longo da análise qualitativa (UR58 em E2, E3, E4 e E5).

CONCLUSÃO

Trabalhar na ESF e não buscar e atuar sobre o sistema de regulação desenhado pela gestão municipal aparentemente é impossível para os trabalhadores da APS. Conforme exposto no referencial teórico, a ESF brasileira, ainda em construção, apresenta fragilidades e a regulação dos usuários a outros níveis de atenção é comprovadamente uma delas.

Evidenciou-se primariamente que os enfermeiros lançam mão das redes sociais em que estão inseridos para referenciar os usuários às assistências secundárias e terciárias garantindo e ampliando o acesso conforme exposto no pressuposto empírico. A apropriação do conceito de redes sociais e o Campo Social a partir da ótica de Bourdieu auxiliaram a discussão de dados no alcance dos objetivos da pesquisa. Ambos os conceitos foram complementares para a proposta desta pesquisa quando se entende que todos nós vivemos em grupos unidos por características, objetivos e contextos semelhantes onde todos vivemos sob influência de condicionantes sociais, culturais e simbólicos.

O desenho da triangulação metodológica combinando o conceito de redes sociais e análise de conteúdo, seguindo a orientação dos referenciais bibliográficos, possibilitaram o estudo dos dados em profundidade e além da discussão e apresentação de achados relevantes para o campo da enfermagem e da gestão em Saúde da Família. Tal proposta mostra-se promissor para compreensão de outras demandas em Saúde da Família quanto une a possibilidade de compreensão da dinâmica de grupos de profissionais e a forma que as relações entre os indivíduos são estabelecidas e pautadas.

Consonantemente em ambos os municípios, os enfermeiros mostraram-se profissionais com aptidão crítica quanto ao sistema de regulação não só dos serviços que demandam referencia nos cuidados de enfermagem como também a referência suscitada por outros profissionais da ESF. Além da aptidão crítica, revelaram-se proativos frente às fragilidades da regulação de seus municípios mediante critério clínico dos usuários que demandam referencia.

A busca dos atores citados da rede social fomentada pelo sistema de regulação possibilitou à pesquisadora o entendimento qualitativo dos fluxos das redes sociais e como elas acontecem em divergências e conformidades segundo as falas dos

enfermeiros, protocolos municipais ou outras normas regulamentadoras. Ainda sobre as redes sociais no sistema de regulação, observa-se uma limitação da pesquisa quando o sujeito do estudo foi o enfermeiro. O estudo de redes sociais orienta que todos os integrantes de um grupo que forma uma rede social sejam entrevistados, logo, todos os integrantes da equipe de saúde da família podem ser entrevistados sob o mesmo objeto de pesquisa. Novos achados podem ser evidenciados ampliando-se os sujeitos do estudo.

Divergência em que no município cearense, o fato de que os atores citados entrevistados serem enfermeiros mostrou que esse desenho municipal culmina em potência para sucesso da rede social frente aos obstáculos da regulação enquanto no outro o fato de não ser enfermeiro e tampouco profissional de saúde acaba por diminuir mais ainda o acesso aos serviços via regulação. Conformidade quando também existe critério clínico em ambos os municípios e comprovado êxito da regulação via redes sociais.

Finalmente este estudo contribui para o campo da enfermagem e da gestão em Saúde da Família quando fundamenta que o enfermeiro, detentor de aptidão crítica do sistema de regulação e pró-atividade frente às adversidades, é um profissional que deve ser integrado na equipe gerencial municipal frente aos achados dos enfermeiros de equipe e dos enfermeiros gestores. Entende-se que persistem outras questões sobre o sistema de regulação a partir da ESF demandando então, outras pesquisas para além da compreensão, nortear decisões gerenciais dos gestores em saúde.

REFERENCIAS

- ACIOLI, Sonia. Redes Sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Informação & Informação**, Londrina, v.12, n.esp., não paginado, 2007.
- ALBUQUERQUE, Maria S.V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.
- ARAÚJO, Maria de Fátima; OLIVEIRA, Fabíola. A atuação do enfermeiro na equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Rev. Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 14, p.3-14, 2009. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%20I_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf. Acesso em: 20 abril 2014.
- ARAÚJO, Marize; ROCHA, Paulo. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007.
- AZEVEDO, Ana L.M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- AZEVEDO, Carlos E. F. et al. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo . In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília, p.1-16. Disponível em http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ5.pdf. Acessado em 14 de abril de 2015.
- BAQUERO, Marcello. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Rev. Sociologia Política**, Curitiba, v.21, p. 83-108, nov. 2003
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: 70 ed, 2009.
- BÔAS, Lygia. **O saber/fazer da Enfermagem no Cotidiano do PSF na Perspectiva de Construção de sua autonomia: um estudo de caso no Distrito Sanitário Norte de Natal/RN**. 2004. 220 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.
- BOURDIEU, Pierre. (1998). O capital social — notas provisórias. In: NOQUEIRA, M. A.; CATANI, A (Org.). **Escritos de educação**. 4. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, pp. 65-69.
- BOURDIEU, Pierre. In: NOQUEIRA, M. A.; CATANI, A (Org.). **Escritos de educação**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Ed.Vozes, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 37, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 36, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/SUS. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 52, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. **Decreto de 20 de junho de 2007**. Disponível em <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/94706/decreto-07>>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família de Municípios e profissionais integrantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). **Portaria Nº 81, de 21 de janeiro de 2013**. Disponível em: <http://www.cosemsal.org/public/documentos/PORTARIA_N_81_DE_21_DE_JANEIRO_DE_2013.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

BREHMER, Laura C.F.; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, nov. 2010.

CAMPOS, Gastão W.S. É preciso um novo pacto da sociedade pelo SUS. **Revista Radis**, Rio de Janeiro. v.108, p.18-22, ago, 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis-108.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

CAÇADOR, Beatriz. S. **Configuração identitária do enfermeiro na estratégia de saúde da família**. 2012. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

CECILIO, Luíz C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **IMS ABRASCO**, Rio de Janeiro, p.113-126, 2001.

CHAVES, Sônia C. L. *et al* . Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, nov. 2012.

CHIESA, Anna; BATISTA, Karina. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. **Mundo Saúde**, São Paulo, 28, n.1, p.42-48, 2004.

CONILL, Eleonor M.; GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2783-2794, 2011.

CONILL, Eleonor. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.191-202, 2002.

CORDEIRO, Hesio et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.695-710, 2009.

CORREIA; Luiza M., BAPTISTA; Suely S. O internato de enfermagem como estratégia de integração docente-assistencial em hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.12-19, 2004.

COSTA, Valdecir Z. et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Investindo na Educação em Enfermagem**, Medellín, v.28, n.3, nov. 2010.

COSTA, Roberta K. S.; MIRANDA, Francisco A.N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.9, n.2, p. 120-128, abr./jun.2008.

COTTA, Rosângela M. M. et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiológica e Serviços de Saúde do SUS**, Brasília, v.15, n.3, set. 2006.

CURITIBA (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba, 2014. Disponível em <
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf> Acesso em: 18 nov. 2015.

DUARTE, Lúcia; MIRANDA, Aline. Satisfação dos usuários da estratégia saúde da família no município de Sorocaba, SP. **Rev. Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n.2, p. 87-93, 2007.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Escola Enfermagem. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006. Disponível em
<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/286.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2014.

FARIA, Magda G. A.; DAVID, Helena M. S. Telessaúde Brasil Redes - Núcleo Rio de Janeiro: A Educação Permanente no Trabalho de Enfermeiros da Atenção Básica. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, v.1, n.1, p.24-25, 2012.

FIGUEIREDO, Tânica M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.43, n.5, p.825-831, 2009.

FORTUNA, Cinira M.; MISHIMA, Silvana M.; MATUMOTO, Silvia, PEREIRA Maria J.B. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, abr. 2005.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de Classificação de Risco. **Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. Belo Horizonte: ed. GBCR, 2010.

HEIDEMANN, Miriam; GOMES, Maria L.B.; SANCHEZ, Maritza C.O. O pensamento de Antônio Gramsci como referencial teórico na pesquisa em História da Enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.4, p.1159-64, 2008. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a29.htm>> . Acessado em: 10 de dezembro de 2015

JUNQUEIRA, Túlio 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, maio 2010 Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000500014&script=sci_arttext> Acesso em: 4 jul. 2015.

LOEBEL, Eduardo. As noções de capital social e pobreza no brasil. **Pensamento & Realidade**, São Paulo, ano 7, n.14, 2004. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/8453/6265>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

LOPES, Maria E.L; SOBRINHO, Moisés D.; COSTA, Solange F.G. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.819-825, set. 2013.

LOPES, Eliana; BOUSQUAT, Aylene. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.6, p.118-24, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/download/185/313>> Acessado em 10 de junho de 2015.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p.545-550, 2004.

MARTELETO, Regina M. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Informação & Informação**, Londrina, PR, v. 12, n. 1esp, p. 46-62, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1785>>. Acesso em: 3 de fevereiro de 2015.

MARTELETO, Regina M. Informação: elemento regulador dos sistemas, fator de mudança social ou fenômeno pós-moderno?. **Ciência e Informação**, Brasília, v.16, n.2, p.169-80, jul. /dez. 1987.

MARTELETO, Regina 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.

MARTELETO, Regina M.; SILVA, Antônio B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004.

MARTINS, Paulo H. Redes Sociais como marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 23, n. 59, p. 401-418, maio/ago. 2010.

MENDONÇA, Claunara et al. **A política de regulação no Brasil**. Brasília, DF: OPAS: MS, 2006.

MERHY, Emerson. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.305-314, 1999.

MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, Maristela; NASCIMENTO, Maria Ângela. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

OHIRA, Regina H.F.; CORDONI JUNIOR, Luiz; NUNES, Elizabeth F.P.A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, fev. 2014.

OLIVEIRA, Alexandre B.; SANTOS, Tânia C.F. Entre ganhos e perdas simbólicas: a (des) mobilização das enfermeiras que atuaram na Segunda Guerra Mundial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.423-428, 2007.

PATTUSSI, Marcos P. *et al* . Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1525-1546, ago. 2006

PEREIRA, Cláudia M.O; ALVES, Maria. A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.3, p.311-315, 2004.

PÉREZ, Patrícia B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz G.; VEJA, Rafael S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil:Proyecciones a 2020**. Equipo Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Febrero, 2011. Disponível em
<http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/oferta%20demanda%20y%20necesidad%20de%20medicos%20especialistas%20brasil_patricia_beatriz.pdf>

PORTUGAL, Silvia. **"Quem tem amigos tem saúde"**: O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. Comunicação apresentada ao Simpósio "Família, Redes Sociais e Saúde", Hamburgo, Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo, 7 e 8 de abril de 2005. Disponível em
<<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/235.pdf>>

RIBEIRO, Edilza M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004.

RIBEIR, Edilza; PIRES, Denise; BLANK, Vera. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: em 30 mar. 2011.

RIBEIRO, Fabiana F. **Redes Sociais de pessoas com câncer: Um olhar sob o prisma da informação e comunicação em saúde**. 2013. 114f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2013

RIO DE JANEIRO. SISREG - Sistema de Regulação. Protocolo para o Regulador. Procolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Data de atualização: 13 de março de 2015. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em <http://www.subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf> acessado em 10 de dezembro de 2015.

ROCHA, Bárbara S. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do programa saúde da família: perfil profissional. **Rev. enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p.229-223, abr./jun., 2009.

RONZANI, Telmo; STRALEN, Cornelis. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 99-107. 2003.

SANCHEZ, Raquel; CICONELLI, Rozana. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam. Salud Publica**, Panamá, v.31, n.3, p.260-268, 2012.

SANTOS, Sueli M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 124-30, 2008.

SANTOS, Adriano M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 332 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013

SILVA, Maria V. S. et al. A regulação do aceso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.15, n.3, p.550-557, jul.-set. 2011.

SILVA, Bela; BENITO, Gladys. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2189-2200, 2013.

SILVEIRA, Paulo H. M. A perspectiva de redes sociais para formação de vínculos entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.16, n.2, p. 163-190, jul.-dez./2010.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de janeiro: Editora FIOCRUZ, CEBES, p.183-206, 2008.

VIDAL, Tiago B. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à saúde**. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em< http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87111?locale=pt_BR>. Acessado em 10 de setembro e 2015.

VILELA, Gláucia M. **Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais**. 2014. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

XIMENES NETO, Francisco R.G.; SAMPAIO, José J.C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev. Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, dec. 2007.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O enfermeiro na regulação na estratégia de saúde da família: um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará

OBJETIVOS DO ESTUDO: Caracterizar as redes sociais desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros da ESF pelo conceito de redes sociais; analisar as demandas específicas de serviços de referencia e contra-referência que são percebidas pelos enfermeiros da ESF; listar os atores que compõem a redes sociais dos enfermeiros da ESF; descrever como é a atuação dos atores que compõem as redes sociais acionadas pelos enfermeiros da ESF; e verificar a relação entre as redes sociais e a ampliação do acesso dos usuários a rede de referencia. **RECUSA DE PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Sua decisão em participar ou não dessa pesquisa não afetará as suas relações atuais ou futuras com a Universidade do Estado Rio de Janeiro e com a Secretaria Municipal de Saúde do município estudado. **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Se você concordar em participar deste estudo, será realizada uma entrevista com um roteiro que será gravada e transcrita para análise pelos pesquisadores. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. **RISCOS:** Há riscos mínimos decorrentes da emissão de suas opiniões sobre o tema da pesquisa e, a qualquer momento, você poderá interromper a entrevista bem como desistir da participação em qualquer fase da pesquisa. **BENEFÍCIOS:** as suas opiniões serão analisadas pelos pesquisadores e contribuirão para a compreensão da fragilidade da regulação a partir da Atenção Primária em Saúde no Brasil, esta pesquisa permitirá o estudo científico das alternativas informais e proativas desenvolvidas pelo enfermeiro da ESF para garantir a continuidade e o acesso à assistência. **CUSTO PARA OS PARTICIPANTES:** Não haverá custos para você caso decida participar deste estudo, tampouco receberá algum tipo de pagamento. **CONFIDENCIALIDADE:** As informações fornecidas por você são confidenciais, quer sejam gravadas ou não O sigilo será assegurado pelos pesquisadores responsáveis pela coleta durante toda a pesquisa incluindo o processamento e análise dos dados e os dados identificados neste TCLE. Suas opiniões não serão identificadas. **DESISTÊNCIA:** Você tem o direito de desistir em participar nesta pesquisa em qualquer fase, sem penalização alguma. **DÚVIDAS, RECLAMAÇÕES E ACOMPANHAMENTO:** Esta pesquisa está sendo realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, e eu, Enfermeira ANA CAROLINA TAVARES VIEIRA. A investigadora está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, fale com Ana Carolina no telefone (21)81790034 (e-mail enfactv@gmail.com). Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma cópia será entregue a você e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo será destruída.

Ana Carolina Tavares Vieira
Mestranda de Enfermagem

Eu, _____, portador do documento _____ informado (a) dos objetivos da pesquisa “O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família: um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data: ____/____/____.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Roteiro de entrevista para os enfermeiros:

- a) A quanto tempo você é enfermeiro da ESF?
- b) Você possui alguma formação além do bacharelado em Enfermagem?
- c) Você possui outro vínculo de trabalho? Se sim, onde? A regulação para o referencia e encaminhamento para a rede secundária e/ou terciária dos usuários que você assiste é satisfatória?
- d) Existe um ou mais serviços ou atendimentos da rede secundária e terciária que você tem dificuldade para garantir o acesso aos seus usuários?
- e) Se sim à última questão, quando a regulação e encaminhamento formal não atendem à demanda do usuário, você faz uso de encaminhamento através de contatos informais?
- f) Cite 5 pessoas que você busca quando precisa de regulação e encaminhamento para seus usuários.
- g) Exemplifique qual serviço cada uma das pessoas citadas garantiu para o seu usuário.

Roteiro de entrevista aos atores acionados mencionados nas entrevistas realizadas junto aos enfermeiros

- a) Qual o seu cargo profissional?
- b) A quanto tempo você atua nesta função?
- c) A regulação de atendimentos e serviços no seu serviço ocorre, em maior parte, de maneira formal ou de maneira informal?
- d) Na sua opinião, a regulação formal atende às demandas do município?
- e) Como você consegue garantir resolutividade de demandas através da regulação informação de atendimentos e serviços?

APÊNDICE D – Unidades de registro, subtemas e temas município fluminense

Quadro 7 - Análise de conteúdo enfermeiros fluminenses (continua)

Unidades de Registro			Subcategoria		Categoria	
Cod.	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
8	Fundo de olho com difícil marcação via sistema de regulação	0,9	Demandas específicas de serviços na regulação	13,3	SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL (cont.)	65,5
28	Todos os exames para hipertensão e diabetes são de difícil regulação	0,9				
29	Dificuldade para regulação de oftalmologia	2,7				
30	Dificuldade de regulação para vascular	1,8				
33	Demora para regulação de dermatologia	0,9				
42	Polo de curativo do município não possui coberturas	0,9				
43	Dificuldade para regulação de neurologista	0,9				
44	Dificuldade para regulação de ortopedista	0,9				
53	Dificuldade para regulação de ultrassom	0,9				
54	Dificuldade para regulação de endoscopia	0,9				
61	Dificuldade para regulação de mamografia	0,9				
62	Dificuldade para regulação de ressonância magnética	0,9				
11	Poucos especialistas médicos no município	1,8	Análise Crítica da Regulação Municipal	38,1		
45	Paciente paga rede privada para acesso à especialidade médica	1,8				
55	Auditoria junto aos pacientes para exames com demora de agendamento	0,9				
1	Sistema de Regulação é insatisfatório	4,4				
2	O tamanho do município influencia no sistema de regulação	0,9				
3	Centralização do Sistema de Regulação na Secretaria Municipal de Saúde	0,9				
6	Muita demanda, pouca oferta	0,9				
10	Exames urgentes com agendamento distante via sistema de regulação	1,8				
15	Convênios/licitações sem renovação para sistema de regulação	2,7				
20	A unidade não recebe a informação do agendamento quando solicitado via "0800"	0,9				
22	Fila de espera quando o "0800" não possui vaga	1,8				
24	Perda do impresso de regulação	0,9				
34	Regulação de exames com demora de um ano	1,8				
46	Mudanças no sistema de regulação	1,8				
47	Antes, o paciente comparecia até o Centro de Especialidades Médicas de madrugada	0,9				
51	Falha nas informações da contrareferencia	1,8				
73	A regulação passou para "0800" para diminuir "fura-fila"	0,9				
18	Paciente com vulnerabilidade socioeconômica não consegue regulação via "0800"	1,8				
12	O paciente alarma a demora no agendamento via sistema de regulação	1,8				
63	Sistema de regulação é satisfatório	0,9				
64	Boa oferta de dermatologia	0,9				
65	Boa oferta de ginecologia	0,9				
66	Boa oferta de cardiologia	0,9				
67	Boa oferta de neurologia	0,9				
68	Boa oferta de exames laboratoriais	0,9				
69	Boa oferta de mamografia	0,9				
70	Boa oferta de tomografia	0,9				
7	Fácil regulação de eletrocardiograma	0,9				

Quadro 7 - Análise de conteúdo enfermeiros fluminenses (conclusão)

Unidades de Registro			Subcategoria		Categoria	
Cod.	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
14	Alguns agendamentos são entregues via agente comunitário de saúde	0,9	Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	12,4	SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL (conclusão)	65,5
16	Agendamento para exames via sistema de regulação com regulação pela unidade de ESF	2,7				
17	Agendamento de consultas via sistema de regulação com regulação por telefone "0800" pelo paciente	3,5				
21	Exame de sangue com agendamento pela unidade de ESF	0,9				
25	Ultrassom com regulação pela unidade de ESF	0,9				
26	Ecodoppler com regulação pela unidade de ESF	0,9				
27	Teste ergométrico com regulação pela unidade de ESF	0,9				
71	Mamografia é realizada no próprio município	0,9				
13	A secretaria municipal de saúde informa via telefone o agendamento do sistema de regulação	0,9				
19	Enfermeiro liga para "0800" para pacientes com vulnerabilidade sócio-econômica	0,9	Enfermagem na Regulação Municipal Institucionalizada	1,8		
23	Enfermeiro prefere o fluxo via "0800"	0,9				
32	Regulação via redes sociais é resolutiva	1,8	Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe da ESF	8,8		
5	ACS acionando redes sociais para regulação	0,9				
36	Regulação via redes sociais com resolutividade em até 30 dias	1,8				
37	Regulação via redes sociais com resolutividade em até 7 dias	1,8				
49	Médico aciona suas redes sociais para regulação	0,9				
50	A regulação via redes sociais pode não ser resolutiva	0,9				
74	Políticos interferiam na prioridade do sistema de regulação	0,9	Enfermagem na Regulação via Redes Sociais	20,4	REDES SOCIAIS NO SISTEMA DE REGULAÇÃO	29,2
4	Enfermeira vai/liga para sistema de regulação para adiantar regulação sem sucesso	1,8				
31	Própria enfermeira se aciona na regulação de exames no hospital em que trabalha	0,9				
35	Auxiliar de enfermagem se aciona para regulação no hospital que trabalha	0,9				
38	Enfermeiros com dois vínculos empregatícios aumentam a rede de contatos	0,9				
39	Rede sociais para coberturas em curativos	0,9				
48	Aciona redes sociais quando a regulação não funciona	4,4				
58	Regulação via redes sociais a partir do apoiador de área	3,5				
59	Aciona redes sociais pela central de regulação do município	0,9				
60	Tempo no serviço aumenta o acesso a redes sociais	0,9				
72	Regulação via redes sociais com resolutividade de até 15 dias	0,9				
76	Regulação via redes sociais com critério clínico	4,4				
40	Troca de saberes com profissionais da rede hospitalar	0,9	ESF Municipal	2,7	PROCESSO DE TRABALHO NA ESF	5,3
52	A maioria dos enfermeiros do município possui dois vínculos empregatícios	0,9				
57	Enfermeiro prefere organização da unidade com setor de Hipertensão/Diabetes	0,9				
9	O enfermeiro não solicita exame de fundo de olho	0,9	Fragilidades na ESF municipal	2,7		
41	Fragilidade no incentivo à educação permanente	0,9				
56	Pouco espaço físico para ESF	0,9				

Quadro 8- Análise de conteúdo atores acionados na rede social município fluminense

Unidades de Registro			Subcategoria		Categoria	
cod	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
63	Sistema de regulação municipal é satisfatório	7,7	Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	7,7	SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL	7,7
77	Maior parte das regulações ocorre via sistema de regulação institucional	7,7	Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe de Saúde da Família	46,2	REDES SOCIAIS NO SISTEMA DE REGULAÇÃO	76,9
78	Sujeito aciona chefias de outros setores/serviços	7,7				
79	Apoiadora interpreta a prioridade da regulação para redes sociais sem sinalização médica	7,7				
80	Funcionários do município têm preferência na regulação via redes sociais	7,7				
82	ACS aciona apoiador de área para regulação via redes sociais	7,7				
74	Políticos interferiam na prioridade do sistema de regulação	7,7				
48	Aciona redes sociais quando a sistema de regulação institucional falha	7,7	Enfermagem na Regulação via Redes Sociais	30,8		
58	Regulação via redes sociais a partir do apoiador de área	7,7				
76	Regulação via redes sociais com critério clínico sinalizado	7,7				
81	Enfermeiro aciona apoiador para regulação via redes sociais	7,7				
75	Apoiador é um cargo político	7,7	Fragilidades na ESF municipal	15,4	PROCESSO DE TRABALHO NA ESF	15,4
83	Antiga função do sujeito: recepcionista	7,7				

APÊNDICE E – Unidades de registro, subtemas e temas município cearense

Quadro 9 - Análise de conteúdo enfermeiros cearenses (continua)

Unidade de registro			Subcategoria		Categoria	
cod	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
2	Falta de especialista	1,5	Demandas específicas no sistema de regulação	14,7	SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL	66,2
4	Poucas vagas na referencia secundária	1,5				
8	Falta de oferta de neurologista	1,5				
9	Falta de oferta de tomografia computadorizada	1,5				
30	Falta oferta ortopedista	1,5				
31	Falta oferta reumatologista	1,5				
35	Pouca oferta de clínico vascular	1,5				
36	Pouca oferta cardiologia ambulatorial	2,9				
39	Falta oferta ressonancia magnética	1,5				
22	Sistema de Regulação Municipal insatisfatório	4,4	Análise Crítica da Regulação Municipal	41,2		
24	Atenção terciária de fácil regulação para cardiologia	2,9				
25	Atenção secundária de difícil regulação	1,5				
28	Sistema de regulação é lento	1,5				
29	Lentidão em regulação em exames de alto custo	2,9				
34	Atenção terciária de difícil regulação	1,5				
1	Alta demanda dos usuários, pouca oferta de serviços	4,4				
5	Responsabilização a aux. Administrativo para inserção no sistema de regulação	5,9				
7	Enfermeiro recebe queixa do usuário sobre lentidão	2,9				
33	Sem o exame não há seguimento no atendimento	1,5				
3	Recebe regulação de municípios vizinhos	1,5				
19	Boa referência e contra referencia para o pé diabético	2,9				
23	Sistema de Regulação Municipal Satisfatório	2,9				
32	Boa oferta de ginecologia, oftalmologia e clínica médica	1,5				
37	Boa oferta de exames em cardiologia	0,0				
38	Boa oferta de exames laboratoriais	2,9				
15	O município conta Fluxograma de regulação institucional	4,4	Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	5,9		
26	Maioria dos encaminhamentos realizado pelo médico	1,5				
27	Enfermeiro não acompanha o fluxo da regulação	1,5	Enfermeiro no Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	4,4		
16	Protocolo de enfermagem para hipertensão e diabetes	1,5				
17	Enfermeiro solicita o carimbo do médico para exames extra protocolo de enfermagem	1,5				
12	Gestão local como ator acionado para regulação	4,4	Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe da ESF	13,2	REDES SOCIAIS NO SISTEMA DE REGULAÇÃO	25,0
14	Médico acionando redes sociais para regulação	2,9				
40	Gestor regional e municipal como ator acionado na rede social de regulação	2,9				
41	Cargos de gestão como atores acionados para regulação	1,5				
42	Usuário acionando rede social para regulação	1,5				
80	Fluxo municipal limita atuação do enfermeiro regulando via redes sociais	2,9	Enfermeiro na Regulação via Redes Sociais	11,8		
10	Regulação via redes sociais mediante critério clínico	2,9				
13	Aciona outros atores para ginecologia e obstetrícia	1,5				
43	Aciona rede social para exames de alto custo	1,5				
6	Tenta resolver lentidão da regulação institucional	1,5				
79	Enfermeiro aciona rede social devido ao perfil sócio econômico do usuário/território	1,5				

Quadro 9 - Análise de conteúdo enfermeiros cearenses (conclusão)

Unidades de Registro			Subcategoria		Categoria	
cod	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
18	Atendimento compartilhado entre o médico e enfermeiro	2,9	ESF do município	2,9	PROCESSO DE TRABALHO NA ESF	8,8
20	Muitas atribuições para o enfermeiro além da regulação municipal	1,5	Fragilidades da ESF	5,9		
11	Não cumprimento da recomendação do Ministério da Saúde para Diabetes	1,5				
21	Muita demanda livre de usuários	2,9				

Quadro 10 - Análise de conteúdo atores citados rede social município cearense (continua)

Unidade de registro			Subcategoria		Categoria	
cod	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
8	Falta de oferta de neurologista	3,51	Demandas específicas no sistema de regulação	14,04	SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL	52,63
31	Falta oferta reumatologista	1,75				
46	Falta de dermatologistas	1,75				
54	Falta de oftalmologistas	1,75				
57	Descredenciamento de oftalmologistas particulares	1,75				
74	Falta de oferta de neurocirurgião	1,75				
75	Falta de oferta de pequenas cirurgias	1,75				
22	Sistema de Regulação insatisfatório	3,51	Análise Crítica da Regulação Municipal	33,33		
28	Sistema de regulação é lento	1,75				
1	Alta demanda, pouca oferta	3,51				
5	Responsabilização do aux. Administrativo para inserção no sistema de regulação	3,51				
45	Demanda de referencia orientada por outros serviços sem ser a ESF e inseridas pelo médico de família	1,75				
50	Resgate de solicitações de referência com mais de 2 anos	1,75				
51	Muitas solicitações de regulação devido acúmulo ao longo dos anos	1,75				
52	Critério clínico na classificação de risco para inserção na regulação municipal	1,75				
53	Falha na contrareferencia em caso de urgência e emergência	1,75				
56	Solicitações de regulação de oftalmologia sem avaliação clínica	1,75				
58	Existe classificação de risco para regulação de oftalmologia	1,75				
59	Aumento de acesso sem aumento de Recursos Humanos	1,75				
55	Boa oferta de mamografia	1,75				
71	Boa oferta de ultrassonografia	1,75				
72	Boa oferta de pediatria	1,75				
73	Boa oferta de otorrinolaringologista	1,75				
15	O município conta Fluxograma de regulação oficial	3,51	Sistema de Regulação Municipal Institucionalizado	5,26		
62	Maioria das regulações ocorre por regulação formal	1,75				
40	Gestor regional e municipal como ator central na rede social de regulação	1,75				
41	Cargos de gestão como atores centrais	1,75				
42	Usuário aciona rede social	1,75				
48	Redes sociais com regulação resolutive	3,51				
49	Rede social ocorre sem cessar ou interferir na regulação municipal	1,75				

Quadro 10 - Análise de conteúdo atores citados rede social município cearense (conclusão)

Unidade de registro			Subcategoria		Categoria	
cod	Nome	Fr%	Nome	Fr%	Nome	Fr%
66	Tempo de trabalho na rede ocasiona mais contato com atores centrais na regulação via redes sociais	1,75	Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe de ESF	28,07	REDES SOCIAIS DE REGULAÇÃO (continua)	70,18
67	Primeiro é acionada a regulação municipal antes da rede social	3,51				
68	Existe uma hierarquia de atores centrais acionados	3,51	Redes Sociais no Sistema de Regulação pela equipe de ESF	28,07	REDES SOCIAIS DE REGULAÇÃO (conclusão)	70,18
69	Rede social ineficaz para regulação intermunicipal	1,75				
70	Central de Marcação com mais agendamentos via redes sociais que as municipais no passado	1,75				
76	Agendamento via redes sociais em 2 dias	1,75				
64	Enfermeiro acessa ator central apresentado pelo gestor local	1,75	Enfermeiro na Regulação via Redes Sociais	14,04		
10	Critério clínico para a regulação via redes sociais	3,51				
63	Gerente compartilha com os enfermeiros os contatos com atores centrais	1,75				
77	Gestor regional é enfermeiro e ator central na regulação via redes sociais	1,75				
78	Gestor local é enfermeiro e ator central na regulação via redes sociais	3,51				
65	Gestor local realiza mais regulação via redes sociais que os enfermeiros de equipe	1,75				
61	Somente o médico insere na regulação de exames não incluídos nos protocolos de enfermagem	1,75	ESF do município	1,75	PROCESSO DE TRABALHO NA ESF	5,26
47	Alto número de vínculos de médicos especialistas	1,75	Fragilidades ESF	3,51		
60	Médico solicitando exames em excesso	1,75				

ANEXO – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

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 Scherlowski Leal David

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33423114.9.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 728.664

Data da Relatoria: 24/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica em municípios do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisadora utiliza abordagem metodológica extensa, com análise estrutural de redes sociais, combinada a uma abordagem qualitativa de profundidade, de cunho etnográfico. Serão incluídos serviços da Atenção Básica, incluindo Unidades de Saúde da Família ou outras modalidades de municípios de pequeno, médio/grande porte de todas as Regiões Fluminenses. Os sujeitos serão os enfermeiros que atuam nessas unidades, e informantes identificados por eles, sendo previsto um total de 70 sujeitos para a fase de análise estrutural de redes sociais. A etapa qualitativa prevê entrevistas individuais em profundidade, com base em uma abordagem etnográfica, com 6 a 12 e até 24 informantes

Objetivo da Pesquisa:

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. Objetivos específicos: 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

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 35and. Sl 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 728.664

de redes, com medidas de centralidade e posição dos enfermeiros e demais atores sociais; Compreender as formas e 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:

Não há riscos diretamente envolvidos. Segundo a pesquisadora, a descrição das atividades de trabalho no setor saúde pode gerar algum desconforto em alguns sujeitos, que serão alertados para a opção de manter-se ou não no estudo.

As contribuições esperadas incluem a integração disciplinar das áreas da Enfermagem e da Ciência da Informação, a produção de conhecimentos sobre a atuação dos enfermeiros na mediação de redes sociais no SUS e na efetivação do acesso, além da formação de recursos humanos em pesquisa e produção de publicações, relatórios e outras sistematizações acadêmicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante para o campo da saúde coletiva cujo objeto é o processo de trabalho do enfermeiro e outros atores no contexto da atenção primária de saúde. Contempla dois estados brasileiros bastante significativos em se tratando da conformação da estratégia saúde da família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta título, resumo, justificativa, objetivos, métodos, população estudada, cronograma, orçamento e referências bibliográficas. A folha de rosto foi corretamente preenchida e está assinada, o cronograma está adequado, o TCLE está redigido em linguagem clara. A pesquisa atende as recomendações da resolução 466/12.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 5ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br