



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALEXANDRA DA SILVA LIMA

**CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA APS: ANÁLISE DE REDE SOCIAL
DO ENFERMEIRO**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

ALEXANDRA DA SILVA LIMA

CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA APS: ANÁLISE DE REDE SOCIAL DO
ENFERMEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Roci-
neide Ferreira da Silva

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Lima, Alexandra da Silva.

Cuidado a Hipertensos e Diabéticos na APS:
Análise de Rede Social do Enfermeiro [recurso
eletrônico] / Alexandra da Silva Lima. – 2015.
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 54 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Orientação: Prof.^a Dra. Maria Rocineide Ferreira
da Silva.

1. Enfermagem. 2. Redes Sociais. 3. Atenção
Primária à Saúde. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Coordenação de Graduação em Enfermagem
Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 – CEP: 60714-093 – Campus do Itaperi
Fone: 3101.9806 – Fax: 3101.9798 – E-mail: ccenferm@uece.br



FICHA DE AVALIAÇÃO DE MONOGRAFIA II

Atribuímos a (o) aluno (a) ALEXANDRA DA SILVA LIMA

que apresentou trabalho monográfico sobre o tema CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA APS: ANÁLISE DE REDE SOCIAL DO ENFERMEIRO

_____, o seguinte conceito:

Nota do (a) Orientador (a): 10,0

Nota do (a) 1º. Examinador (a): 10,0

Nota do (a) 2º. Examinador (a): 10,0

Média Final: 10,0

Fortaleza, 20 / 07 / 2015

BANCA EXAMINADORA

PROFA. DRA. MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA
Titulação e Nome em Letra de Forma

Maria Rocineide Ferreira da Silva
Assinatura do (a) Orientador (a)

PROFA. DRA. LUCIANE MARIASALES DA SILVA
Titulação e Nome em Letra de Forma

Luciane M. Sales da Silva
Assinatura do (a) 1º Examinador (a)

PROFA. MS. THAYZA MIRANDA PEREIRA
Titulação e Nome em Letra de Forma

Thayza Miranda Pereira
Assinatura do (a) 2º Examinador (a)

Dedico,

A Deus, por ter me proporcionado forças para seguir minha vocação com humildade e determinação. Aos meus pais, pela dedicação, apoio e amor. Ao meu esposo Antônio Sérgio, ator principal da minha rede. Todo meu amor e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar dentro do meu coração, mostrando-me meu caminho e me dando discernimento e coragem para ajustar as rotas da vida.

Aos meus pais Luís Carlos e Maria Lúcia, por sempre acreditarem em mim e terem tido paciência em todos os meus momentos de incerteza. Por toda abdicação, dedicação à família e amor por toda uma vida.

Ao meu esposo, Antônio Sérgio de Sousa Vieira, por todo amor, carinho, respeito e companheirismo. Por acreditar no meu potencial, dando-me forças e ajudando-me em todos os momentos que preciso inclusive, na execução deste trabalho. Que nosso caminho continue se entrelaçando para além dessa vida.

Aos meus irmãos Alan, Tatiana e Mariana pelos momentos em família e pelo afeto. Todo o amor fraternal.

À Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, minha orientadora e fonte de inspiração. A quem vejo como um exemplo de pessoa e de profissional, dedicada, competente, responsável e sobretudo, humada. Foi uma honra tê-la como minha orientadora e mestre. Agradeço por todo o carinho, compreensão, paciência e empatia.

À Prof.a Dra. Dafne Paiva Rodrigues, tutora e professora. Pessoa competente, responsável e dedicada ao ensino da Enfermagem.

À Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva e Ms. Thayza Miranda Pereira por terem aceitado o convite para compor a minha banca de monografia, muito tendo contribuído para a elaboração e aperfeiçoamento deste trabalho.

A todos os professores do curso de Enfermagem que tanto contribuíram para a minha formação acadêmica.

Aos meus amigos da UECE por todos os momentos compartilhados, de estudos e de diversão. Em especial a Jordana Moreira, Teresa Cristina, Carlos Bruno e Delani Fiusa. Desejo tê-los sempre por perto.

A todos do PET-Enfermagem e do LAPRACS, aprendi e cresci muito com vocês.

A todos os campos de estágio em que tive a oportunidade de realizar o internato, foram fundamentais para minha formação prática.

À Secretaria Municipal de Saúde e as instituições de saúde de Icapuí, representadas nas figuras de seus profissionais que autorizaram e colaboraram para a elaboração desse trabalho.

À Universidade Estadual do Ceará pela oportunidade de me graduar em um curso gratuito e de qualidade.

“Ontem passado. Amanhã futuro. Hoje agora.
Ontem foi. Amanhã será. Hoje é. Ontem experi-
ência adquirida. Amanhã lutas novas. Hoje,
porém, é a nossa hora de fazer e de construir.”

(Chico Xavier)

RESUMO

Entre os que mais procuram atendimento no nível primário, encontramos pacientes com hipertensão e diabetes. Eles muitas vezes exigem um atendimento diferenciado, envolvendo uma diversidade de ações de cuidado que são implementadas por diferentes profissionais. A atenção primária não funciona só como uma porta de entrada, mas como importante território de matriciamento para acompanhamento e suporte à nova realidade a que esses usuários devem se adaptar. O enfermeiro está localizado em uma posição privilegiada para articular ações para promover o acesso a serviços de saúde e continuidade de cuidados, cobrindo assim a atenção integral através da comunicação e ativação de sua própria rede social ou interpessoal. A fim de elucidar como é essa articulação e como ela interfere na resolução das demandas desses pacientes, o objetivo deste estudo foi analisar a rede social de uma enfermeira da Estratégia de Saúde em Icapuí-Ce. Para isto, foi utilizado os softwares UCINET 6.18 e Netdraw. Através deles, foram analisados a densidade da rede, o grau de centralidade, o grau de proximidade e a intermediação de nós. Conclui-se que no presente estudo emergiram atores que em sua maioria eram enfermeiros ou profissionais da enfermagem, identificando o potencial do enfermeiro para estabelecer a comunicação entre outros trabalhadores da saúde e diferentes setores e instituições de saúde do município.

Palavras-chave: Enfermagem. Redes Sociais. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Among those who most seek care at the primary level, we find patients with hypertension and diabetes. They often require a differentiated service involving a diversity of care actions that are implemented by different professionals. The primary care so it works not only as a gateway, but as an important territory of matricial for monitoring and support to the new reality to which they must adapt. The nurse is located in a prime position to articulate actions to promote access to health services and continuity of care, thus covering comprehensive care through communication and activation of their own social or interpersonal network. In order to elucidate how is this articulation and how it interferes in solving the demands of these patients, the aim of this study was to analyze the social network of a Nurse Health Strategy on Icapuí-Ce. It used the technique of Social Network Analysis with the aid of software version UCINET 6:18 and Netdraw. They analyzed the network density, degree of centrality, degree of proximity and intermediation of us. It was concluded that in this study emerged actors who mostly were nurses or nursing professionals, identifying the nurse's potential to establish communication between other healthcare workers and different sectors and municipal health institutions.

Keywords: Social Network Analysis. Nursing. Primary Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Exemplo de rede social em uma unidade hospitalar	21
Tabela 2 – Significado dos rótulos dos atores da rede segundo suas profissões.	34
Tabela 3 – Significado dos rótulos dos atores da rede segundo as áreas de atuação.	35
Tabela 4 – Grau de centralização de cada ator.	36
Tabela 5 – Grau de Proximidade e Intermediação dos Nós.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Análise de Rede Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
MEV	Mudança de Estilo de Vida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA	18
1.2	RELEVÂNCIA	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	REDES SOCIAIS E ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: DESVENDANDO VÍNCULOS E TRANSFERÊNCIAS	20
2.2	REDE SOCIAL	20
2.2.1	Obtenção de dados	22
2.2.2	Tipos de redes sociais	22
2.2.3	Análise de rede social: caminhos em produção	23
2.2.3.1	Algumas Métricas Utilizadas na Análise de Redes Sociais	23
2.2.4	Redes sociais e a saúde: entrelaçamentos para o cuidar	24
2.3	O CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA	25
3	METODOLOGIA	30
3.1	TIPO DE ESTUDO	30
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO	30
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
3.4	PERÍODO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
3.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	32
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	ANÁLISE DA REDE SOCIAL: O ENFERMEIRO OCUPANDO ESPAÇOS DE DESTAQUE NO SISTEMA DE SAÚDE	34
5	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS	43
	GLOSSÁRIO	45
	APÊNDICES	46
	APÊNDICE A – GLOSSÁRIO DE TERMOS E CONCEITOS	47
	ANEXOS	48
	ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	49

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO	50
ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA	51
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	52

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Para isso ela apresenta equipes multidisciplinares, que minimamente são formadas

por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se a esta acrescentar os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012).

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

Assim, a comunicação é uma dos principais componentes para o funcionamento de qualquer grupo. É a competência interpessoal capaz de decodificar as diversas formas de expressão humana capaz de ampliar as relações num dado território (ROCHA; MUNARI, 2013).

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

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

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

Na saúde, a Análise de Rede Social tem como foco a compreensão das relações entre os atores, ou seja, das relações entre os profissionais de diferentes categorias que participam do

processo de comunicação, durante o cuidado prestado aos pacientes (SILVA et al., 2013).

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

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

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

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

Quanto a macropolítica, tem-se as relações entre os gestores e profissionais envolvidos no cuidado, fomentando corresponsabilização de forma a garantir apoio para as ações de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

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

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

Por exemplo, em um estudo desenvolvido com idosos hipertensos de um município do Paraná, Ferrari et al. (2014), identificaram que as principais queixas que levavam esses pacientes a buscarem os serviços da UBS eram relacionados a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Consistiam em problemas como excesso de peso, elevação de níveis glicêmicos e

hipercolesterolemia. Demandas como essas podem envolver toda a equipe em um cuidado que requer diversas abordagens profissionais.

Este contexto colabora para tornar o acompanhamento da HAS e DM na Atenção Primária à Saúde (APS) um fator que pode evitar o surgimento e progressão de complicações. Isto faz com que se reduzam as internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (SILVA et al., 2012).

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

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

1.1 JUSTIFICATIVA

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

Percebi também a constante busca pela população com HAS e DM, que prioritariamente buscava a consulta médica devido a prescrição de algumas medicações, mas que quando passavam pela consulta de enfermagem, relatavam outras demandas. Em muitas dessas situações, a enfermeira recorria aos próprios contatos no hospital municipal, na Secretaria de Saúde, além do contato direto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os demais profissionais da

unidade. Essas situações geralmente se relacionavam a falta de acesso a um serviço ou a demora na resolução de uma demanda.

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

1.2 RELEVÂNCIA

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

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

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REDES SOCIAIS E ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: DESVENDANDO VÍNCULOS E TRANSFERÊNCIAS

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

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

Muitas vezes, a rede social pode apresentar uma estrutura complexa pois podem existir diversos tipos diferentes de relacionamentos. As redes sociais podem funcionar em diversos níveis de complexidade e podem ser determinantes na forma como os problemas comuns são resolvidos (STANLEY; KATHERINE, 1994).

2.2 REDE SOCIAL

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

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

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

Para facilitar o entendimento de uma rede social considere o seguinte exemplo: Os profissionais de uma unidade hospitalar necessitam abrir vaga de internação na unidade renal

para uma paciente crítico. Para isso, eles precisam identificar um paciente estável da unidade renal que possa ser transferido. Neste caso, a equipe precisa trabalhar em conjunto, trocando informações em sua rede social para resolver dois problemas: (1) Identificar qual paciente pode ser transferido e (2) Identificar uma unidade que pode receber o paciente estável.

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

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

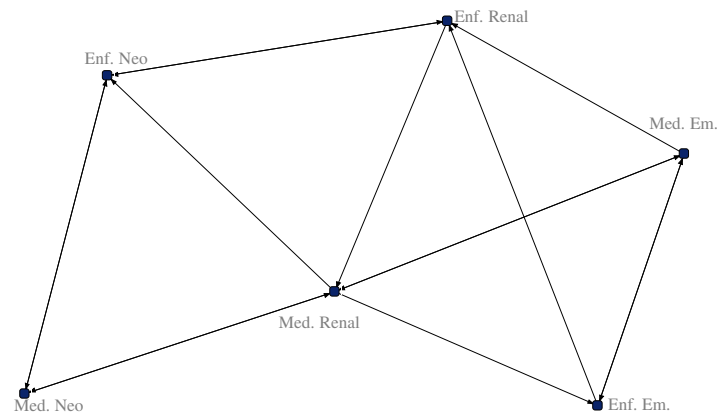
Tabela 1 – Exemplo de rede social em uma unidade hospitalar

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

Fonte: Elaborado pelo autor.

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

Figura 1 – Representação visual da rede social hipotética



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.2.1 Obtenção de dados

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

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

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

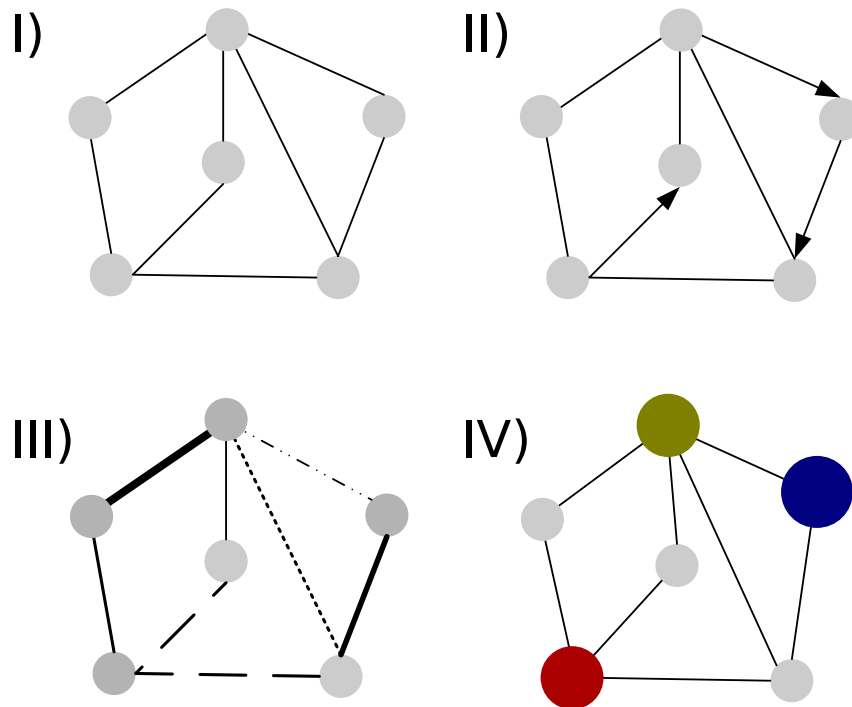
2.2.2 Tipos de redes sociais

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

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

A figura 2 exibe alguns exemplos diferentes de redes sociais.

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



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.2.3 Análise de rede social: caminhos em produção

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

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

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

2.2.3.1 Algumas Métricas Utilizadas na Análise de Redes Sociais

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

- Grau de Intermediação (Betweenness): Esta métrica leva em conta a conectividade dos nós da rede. Quanto maior o grau de intermediação de um nó, maior o nível de propagação de informações na rede.
- Ponte (Bridge): Uma ligação é dita do tipo ponte quando a sua remoção resulta na separação da rede em grupos diferentes.
- Centralidade (Centrality): Indica a importância social de um nó na conexão da rede.
- Grau de Proximidade (Closeness): Reflete o grau de proximidade de um ator da rede aos outros, ou seja, indica a habilidade dele acessar informações de outros atores direta ou indiretamente.
- Coeficiente de Agrupamento (Clustering Coefficient): Indica a probabilidade de dois atores ligados a um terceiro poderem se associar.
- Coesão (Cohesion): No contexto de grupos sociais, um grupo está coeso quando seus membros possuem laços ligando-os uns aos outros e ao grupo como um todo. Os membros de grupos fortemente coesos estão mais inclinados a permanecer nele.
- Grau (Degree): Indica o número de vínculos com outros atores na rede.
- Centralidade de Intermediação de Fluxo (Flow betweenness centrality): Medida que um nó contribui para a soma do fluxo máximo entre todos os pares de nós.
- Centralidade Eigenvector (Eigenvector centrality): É a medida de importância de um nó na rede.

2.2.4 Redes sociais e a saúde: entrelaçamentos para o cuidar

A análise de redes sociais na saúde constitui um campo de grande interesse. Através das redes de relacionamento, por exemplo, comunidades podem buscar melhorias na sua realidade, inclusive na melhoria do acesso à saúde. Tais iniciativas buscam promover apoio social, compartilhar experiências e oferecer serviços de cuidados à saúde. Estas ações podem facilitar a resolução de problemas, dando poder às comunidades para que elas possam lidar com os problemas locais (MAIOR; EICHNER, 2004). Observa-se um forte componente de contribuição para o empoderamento de sujeitos e autonomização para tomada de decisão.

As redes sociais desenvolvem ações solidárias para lidar com questões do cotidiano entre grupos menos favorecidos, e fortalecem o sentimento de participação de um grupo social (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). São estruturantes nos movimentos de produção de sentidos para produção da saúde, da educação e de tantos outros elementos necessários ao sujeito.

A saúde pode ser entendida como um produto de interações humanas, e a partir daí, ela pode ser definida a partir de determinantes sociais, afetivos, culturais, econômicos etc (MARTINS; FONTES, 2004).

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

2.3 O CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Está associada às mudanças na função e/ou na estrutura de órgãos-alvo e também a mudanças no metabolismo, levando a um aumento no risco de problemas cardiovasculares (PARTICIPANTES DA REUNIÃO PLENÁRIA, 2010).

A HAS é um problema de saúde pública preocupante no Brasil, pois tem prevalência alta entre 22% e 44% para adultos (32% em média), alcançando mais de 50% da população de indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (PARTICIPANTES DA REUNIÃO PLENÁRIA, 2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

senso de responsabilidade de proteção a própria saúde.

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

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

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

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

Os efeitos do diabetes mellitus incluem danos de longo prazo, disfunção e falha de vários órgãos. DM pode estar presente com sintomas característicos como sede, poliúria, visão embaçada e perda de peso (ASSAL; GROOP, 1999).

Frequentemente os sintomas podem não ser severos ou mesmo podem estar ausentes e conseqüentemente, a hiperglicemia necessária para causar alterações patológicas e funcionais pode estar presente por um longo tempo antes de diagnosticada (ASSAL; GROOP, 1999).

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

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes referida pela própria população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Quanto ao gênero, a análise mostrou um aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e

passaram para 5,2%, em 2011. Entretanto, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população (MONTEIRO et al., 2007).

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

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

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

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

As ações de atenção básica são fornecidas em sua grande parte pelas equipes de ESF, uma vez que essa estratégia se encontra cada vez mais expandida pelo território nacional, melhorando assim o acesso integral e contínuo e com isso, proporcionando uma plataforma para a prevenção e o gerenciamento de doenças crônicas (CHOR; MENEZES, 2011).

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

No que concerne as atribuições do enfermeiro da AB no cuidado ao paciente di-

abético ou com risco de desenvolver a doença são: desenvolver atividades educativas e de promoção da saúde; capacitar auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como agentes comunitários, realizando também sua supervisão; consulta de enfermagem, focando o monitoramento, identificação de fatores de risco e encorajamento a hábitos saudáveis, estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão, orientação quanto à terapêutica, realizar os encaminhamentos necessários, observar membros inferiores, focar nas metas de acordo com o plano terapêutico individualizado e acordado com o paciente, organizar com a equipe as tarefas para o cuidado integral e usar os dados cadastrais (BRASIL, 2006).

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

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

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

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

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

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

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

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

O município de Icapuí está situado no extremo Leste do estado do Ceará, a 210,05 km da capital, Fortaleza (DEPARTAMENTO ESTADUAL DE RODOVIAS, Acessado em julho de 2015). Tem como fronteira a norte com o Oceano Atlântico, a leste com o estado do Rio Grande do Norte, e no Ceará com a cidade de Aracati. É dividida em três (3) distritos: Icapuí (sede), Ibicuitaba e Manibu. Possui uma população de 18.392 habitantes (IBGE, Acessado em julho de 2015).

O município conta com 8 equipes de ESF (2.299 pessoas por equipe), 8 UBS, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Residência Multiprofissional, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral e um Hospital Municipal. Sendo um município com

atividade pesqueira e de beneficiamento de pescados como uma das principais fontes de renda, apresenta comunidades em localidades mais afastadas de seu centro, fazendo-se assim necessária uma boa articulação dos trabalhadores da saúde entre si para resolução das demandas diárias. Além disso, a rede conta com as pactuações junto ao município de Aracati.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

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

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

3.4 PERÍODO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta realizou-se no mês de junho de 2015. Foi elaborada uma entrevista semi-estruturada para permitir aos participantes a exposição livre a respeito do tema, bem como a investigação mais ampla por parte do pesquisador. Após serem dadas as informações sobre a pesquisa e sobre a coleta de dados, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE e com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise.

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

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

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

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

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

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

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

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

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

Mediante a assinatura no TCLE, garantiu-se o sigilo das informações fornecidas,

bem como o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito do estudo, do roteiro da entrevista e dos benefícios, riscos e o direito dos participantes em desistirem de seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Para manter a identidade dos participantes sob sigilo, seus nomes foram substituídos por siglas nas transcrições e nos resultados encontrados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

4.1 ANÁLISE DA REDE SOCIAL: O ENFERMEIRO OCUPANDO ESPAÇOS DE DESTAQUE NO SISTEMA DE SAÚDE

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

Como explicado anteriormente, os dados foram coletados no município de Icapuí-Ce, considerando a primeira entrevistada para seguir o processo. Tendo como foco a linha de cuidado de pessoas que tem hipertensão arterial e diabetes.

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

A rede pesquisada não contempla todas as relações possíveis e existentes de cada pessoa entrevistada, mas somente um recorte viável de analisar. As notações consideradas no desenho do grafo estão reunidas nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Significado dos rótulos dos atores da rede segundo suas profissões.

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

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3 – Significado dos rótulos dos atores da rede segundo as áreas de atuação.

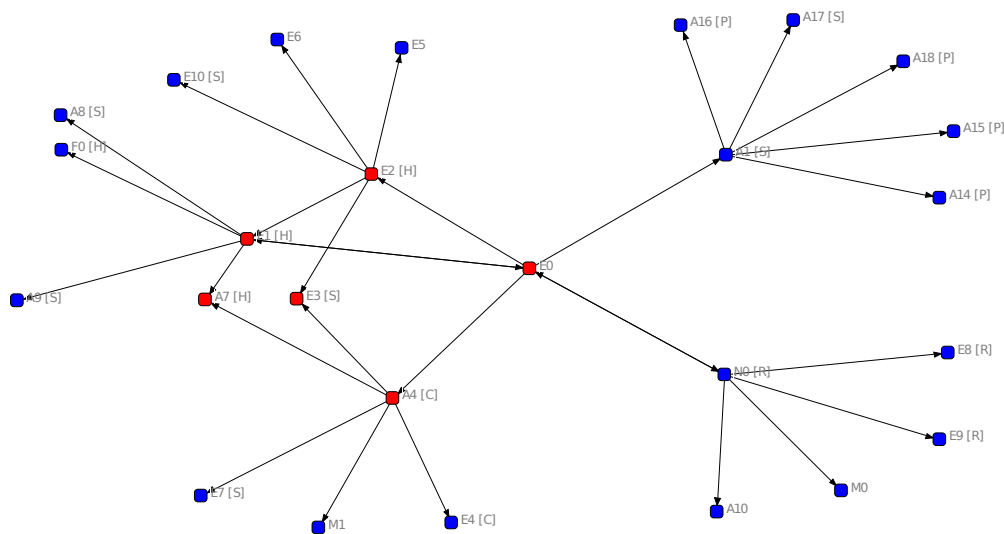
Notação	Área de Atuação
[H]	Hospital
[S]	Secretaria de Saúde de Icapuí
[P]	Policlínica de Aracati
	Atenção Básica

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além disso, a identificação dos atores segue a seguinte notação [Profissão][Identificador Único] [Área de Atuação], por exemplo, *E1[R]* (Enfermeiro(a) 01 Residente); *E2* (Enfermeiro 02 Atenção básica) etc.

Como pode ser observado na Figura 3, o grafo permite identificar vinte e seis (26) atores que fazem parte da rede, onde seis (6) pessoas foram entrevistadas, vinte (20) outras foram citadas, trinta (30) relações e nenhum laço.

Figura 3 – Representação da rede social utilizada neste trabalho.



Fonte: Elaborado pelo autor.

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

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

HANNEMAN, 2001).

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

Outra medida importante é o grau de centralidade, ele indica o número de ligações que entram e que saem de um ator. Através dele são identificados os atores principais da rede. A tabela 4 exhibe o grau de centralidade associado a cada ator.

Tabela 4 – Grau de centralização de cada ator.

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

Fonte: Elaborado pelo autor.

Através da tabela 4 identifica-se que os principais atores da rede são *E0*, *E1[H]*,

A7[H] e E3[S] pois cada um possui Grau de Entrada Normalizada de 0,08 (mais requisitados).

E0 trata-se de uma enfermeira bastante conhecida no município, pois foi uma das primeiras enfermeiras a integrar a ESF quando esta foi implantada em Icapuí e ainda recebia a denominação de Programa Saúde da Família (PSF). Está no quadro de funcionários do município como enfermeira desde o fim da graduação tendo passado também pelo Hospital Municipal, integrando a equipe assistencial. Em sua fala, E0 coloca que:

Esse mesmo tempo, que quando eu me formei eu vim pra cá, e fiquei trabalhando aqui em Barreiras e mais em outra área, a gente conjugava duas unidade de saúde, quando iniciou a formação do PSF do município, então não tinha muito profissional na época, então a gente se dividia em duas equipes, com o passar do tempo que a gente foi... Eu to aqui só em Barreiras mesmo, esses vinte anos, mas eu sempre dividi até o ano passado dividi com outra unidade de saúde.
(E0)

Por esse longo período imersa na comunidade, inclusive em duas equipes, pela carência de profissionais na época, E0 teve a oportunidade de servir como referência a outros profissionais que adentraram no programa posteriormente. Seu período como plantonista no hospital, também proporcionou a ela o desenvolvimento de outras relações com outros profissionais, como E1[H] e E2[H].

E1[H] é coordenador do serviço de enfermagem do hospital, além de enfermeiro plantonista. Adentrou no serviço de saúde do município exercendo o cargo de auxiliar de serviços gerais em 1990. A partir daí, fez cursos técnicos tanto na área de enfermagem como na área de análises clínicas, trabalhando na instituição tanto como técnico e auxiliar de enfermagem como técnico em radiologia por seis (6) anos. Graduou-se em Ciências Biológicas e em Enfermagem no ano de 2013. Exercendo atualmente as funções assistenciais e gerenciais na instituição.

E1[H] cita E0 e é citado por esta, pois desenvolveram um vínculo devido ao período em que trabalharam juntos no hospital. E1[H] chegou a se emocionar durante a entrevista ao falar de E0, denotando o desenvolvimento também de vínculo emocional. Ele relata:

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

Então é... Falando da enfermeira E0 novamente, eu tenho todo orgulho e satisfação, em dizer que à nossa aproximação se deu é...pela semelhança que a gente têm como profissional né, por esse feedback que existe, certo e...a gente têm um perfil de profissional muito parecido, eu já falei e to repetindo porque eu realmente to emocionado, ela acompanhou o meu trajeto, é...da minha profissão como eu falei anteriormente, desde o comecinho e me acompanha até hoje, e

hoje a gente é colega de trabalho, e ela sempre me procura quando precisa, e isso faz um vínculo muito forte, que eu não quero que quebre nunca. (E1[H])

Ao citar A7[H], E1[H] apontou a importância do contato baseado nas questões gerenciais, pois A7[H], enquanto diretora administrativa do hospital, conseguia resolver as questões que E1[H] não conseguia dar seguimento. Ao ser solicitado que relatasse uma situação na qual ele teve um problema que não conseguiu solucionar E1[H] respondeu:

A direção administrativa do hospital. (E1[H])

A7[H] também é apontada por A4[C], técnica de enfermagem e atualmente recepcionista do CAPS do município, por ser apontada por ela como uma pessoa que resolve conflitos e facilita o acesso do usuário. A4[C] conta:

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

E3[S] é enfermeiro e atualmente coordena a Atenção Básica. É citado por A4[C] e por E2[H]. Estando em um cargo de gestão no município, entra em contato com diferentes profissionais e lida com diversas demandas. É apontado pelos entrevistados que o citaram como alguém sempre acessível e bem próximo a comunidade, conseguindo realizar pactuações e articulações. Seguem as falas que ilustram o fato:

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

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

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

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

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

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

A tabela 5 lista o Grau de Proximidade e Intermediação dos atores.

A partir da tabela 5 observa-se que os atores $E0$, $A1[S]$, $E1[H]$, $N0[R]$, $A4[C]$ e $E2[H]$ possuem os maiores Graus de Proximidade e os atores $E0$, $A1[S]$ e $N0[R]$ possuem maiores Graus de Intermediação.

Nesta análise $E0$ possui maior grau de intermediação pois a rede foi construída a partir dela. Mas destaca-se a mesma medida de $A1[S]$. $A1[S]$ é responsável pela distribuição de um grande número de informações na rede. Ela possibilita o acesso a outros profissionais e serviços contactando atores de difícil acesso aos demais atores da rede, uma vez que encontra-se na Central de Marcação de Consultas do município, realizando o contato da rede municipal de Icapuí com a rede de Aracati através da policlínica.

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

Devemos atentar também para a importância da Residência Multiprofissional no município, uma vez que alguns profissionais residentes foram citados. $E0$ em sua fala coloca:

A gente na verdade se articula muito por conta do pessoal da residência a gente consegue resolver muita coisa, é mais a questão nutricional né, que muitas vezes a gente tem a questão dos hipertensos, diabéticos que dão trabalho em relação á hábito alimentar, a fisioterapeuta é mais a questão de prevenção, né nem de tratamento né, é mais de prevenção, orientação, de orientar essa questão

Tabela 5 – Grau de Proximidade e Intermediação dos Nós.

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

Fonte: Elaborado pelo autor.

da caminhada, dos exercícios, fortalecer. É mais isso. Mas de acompanhamento de tratamento é muito pouco. (E0)

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

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

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

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

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

5 CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

- ALEJANDRO, V.; NORMAN, A. G. Manual introdutório à análise de redes sociais. **UAEM–Universidad Autonoma Del Estado de Mexico**, 2005.
- ANDRADE, G. R. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & saúde coletiva**, SciELO Brasil, v. 7, n. 4, p. 925–934, 2002.
- ASSAL, J.; GROOP, L. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. 1999.
- BITTENCOURT, O. N. d. S.; NETO, F. J. K. Rede social no sistema de saúde: um estudo das relações interorganizacionais em unidades de serviços de hiv/aids. **Revista de administração contemporânea. Rio de Janeiro. Vol. 13, Edição especial (2009), p. 87-104**, 2009.
- BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **UCINET 6.18 for Windows**. Acessado em julho de 2015. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/home>>.
- BRASIL, M. da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Cadernos da atenção básica n. 16. Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, M. da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. **Política nacional de atenção básica**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL, M. da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Cadernos da atenção básica n. 37. Ministério da Saúde, 2013.
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, SciELO Brasil, v. 57, n. 5, p. 611–4, 2004.
- CARRINGTON, P. J.; SCOTT, J.; WASSERMAN, S. **Models and methods in social network analysis**. [S.l.]: Cambridge university press, 2005.
- CECÍLIO, L. C. d. O.; MERHY, E. E.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, IMSAbrasco Rio de Janeiro, v. 1, p. 197–210, 2003.
- CHOR, D.; MENEZES, P. R. Saúde no brasil 4 doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60135–9, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN - 358/2009. **Aprova a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN**, 2009.
- DEPARTAMENTO ESTADUAL DE RODOVIAS. **Sistema de Rotas e Trafegabilidade**. Acessado em julho de 2015. Disponível em: <<http://mapas.der.ce.gov.br/>>.
- FERRARI, R. F. R.; RIBEIRO, D. M. M.; VIDIGAL, F. C.; MARCON, S. S.; BALDISSERA, V. D. A.; CARREIRA, L. Motivos que levaram idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 15, n. 4, 2014.

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

IBGE. **CENSO 2010**. Acessado em julho de 2015. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.

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

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

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

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

MAIA, D. B.; SOUZA, E. T. G. de; GAMA, R. M.; LIMA, J. C.; ROCHA, P. C. de F.; SASSAKI, Y. Atuação interdisciplinar na atenção básica de saúde: a inserção da residência multiprofissional [performance interdisciplinary in primary health: inserting the multidisciplinary residency]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 1, p. 103–110, 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

PARTICIPANTES DA REUNIÃO PLENÁRIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Scielo Brasil, 2010.

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

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

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

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

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

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. [S.l.]: São Paulo: AC Farmacêutica, 2013–2014.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Glossário de Termos e Conceitos

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

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

1. Há quanto tempo exerce essa profissão?
2. Qual sua formação geral?
3. Quanto tempo você tem de trabalho na Unidade, no município, na Atenção Básica, na equipe?
4. Você tem outros empregos?
5. Como você percebe o sistema de referência e contra-referência do município? Para pacientes hipertensos e diabéticos para obter serviços de saúde?
6. A disponibilidade desses serviços atende à demanda?
7. Quais são os serviços mais procurados pelos hipertensos e diabéticos? Quais os atendimentos que você faz?
8. Houve alguma situação em que o paciente necessitou de algum cuidado, tipo de atendimento ou serviço e não conseguiu obter? O quê você fez? Foi necessária alguma intervenção sua?
9. Na situação/situações citada(s) você buscou ajuda? De quem? Por quê você o contactou? Pode falar mais sobre isso?
10. Cite 5 pessoas, que nesse sentido facilitam seu trabalho (3 referências).
11. Como você as conheceu?

ANEXO B – Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Análise da Rede Social de uma Enfermeira da Atenção Básica na Linha de Cuidado a Hipertensos e Diabéticos: Um Estudo de Caso”. Este estudo é um recorte da pesquisa “Redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará”. Os objetivos deste estudo consistem em analisar a rede social que se produz no trabalho de uma enfermeira da Atenção Básica, na linha de cuidado para hipertensos e diabéticos, estabelecendo a posição e o papel desse e dos demais profissionais e atores sociais na efetivação do acesso a essa linha de cuidado, neste nível de atenção.

Caso você autorize, você irá: 1) Responder à entrevista proposta, 2) permitir sua gravação em áudio.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos quanto a sua participação sendo esses desconfortos durante as perguntas. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes expressam sua realidade focando as questões abordadas e a sua participação pode contribuir para se conhecer como as relações do enfermeiro se dão com o objetivo de melhorar a acessibilidade do usuário. As suas respostas não

serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

 Maria Rocineide Ferreira da Silva (085 996133221)
 Profa. Adjunta UECE-Ce, Alexandra da Silva Lima,
 (085 997068104)

Eu,

 declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação

Sendo que:

() aceito participar

() não aceito participar

Fortaleza, de
 de

 Assinatura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

ANEXO C – Termo de Anuência



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ICAPUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO



TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Cleilton da Paz Bezerra, Coordenador da Atenção Básica do município de Icapuí - Ceará , autorizo a realização da *pesquisa REDES SOCIAIS NO TRABALHO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO EM MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E CEARÁ* a ser realizada pelas Pesquisadoras Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, Profa. Dra. Helena Maria Leal David , e Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará – (UECE).

Autorizo as pesquisadoras a utilizarem o espaço da Secretaria Municipal de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde ou outro espaço do território municipal que julguem necessário para realização da coleta de dados. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

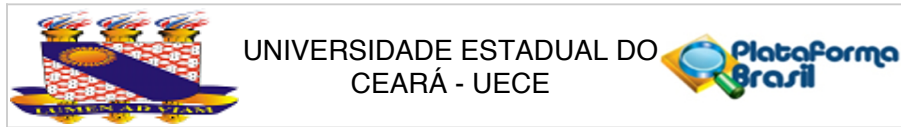
Icapuí, 10 de junho de 2015

Cleilton da Paz Bezerra

Coordenador da Atenção Básica de Icapuí - CE

Cleilton da Paz Bezerra
Enfermeiro
COREN 22013

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Helena Maria Scherlowski Leal David

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33423114.9.3001.5534

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.029

Data da Relatoria: 12/09/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

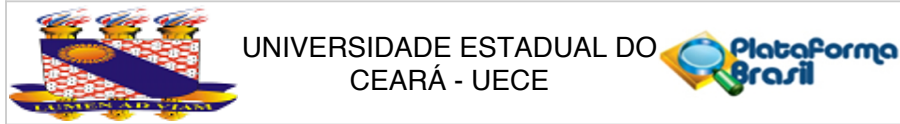
Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906
	E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 818.029

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos foram apresentados de maneira satisfatória.

Recomendações:

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

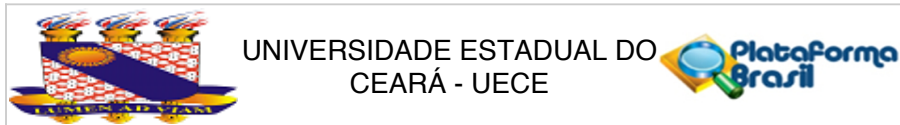
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 818.029

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

FORTALEZA, 03 de Outubro de 2014

Assinado por:
Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br