



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE

ANA ZAIRA DA SILVA

REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso

FORTALEZA – CEARÁ
2016

ANA ZAIRA DA SILVA

**REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

ANA ZAIRA DA SILVA

**REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (1º Membro)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado (2º Membro)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dedicado a Deus, por manter-me firme na busca dos meus objetivos; à minha mãe Maria, meu tesouro mais precioso, pelo seu amor incondicional que sempre me fez acreditar no poder dos nossos sonhos. Aos meus irmãos Wilson e Rodolfo, eles fundamentais na minha vida. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A conclusão do Curso de Mestrado foi um sonho idealizado, alimentado e conquistado do qual tenho um orgulho imenso. Neste momento, de todos os sentimentos bons existentes em mim, três deles se destacam: o amor, a fé e a gratidão! O amor que sinto pela minha família, a fé em Deus que nunca me deixou desistir, mesmo em meio a tantas dificuldades, e a gratidão a cada uma das pessoas que se fizeram essenciais à concretização dessa vitória.

Agradeço a Deus, meu guia e protetor fiel, por me conduzir até aqui com fé, perseverança, e sabedoria. Essa vitória tem sabor de mel, Senhor!

À minha mamãe Maria Aurelina, minha maior inspiração na vida! Agradeço o amor, as orações, a compreensão, as noites em claro cheias de saudade e de preocupação, e os estímulos que me foram tão necessários nessa caminhada. É dela todo o meu amor e admiração.

Aos meus amados irmãos José Wilson e José Rodolfo, companheiros de todas as horas, pelo amor tão bonito que nos une, por acreditarem tanto em mim, e por me estimularem a seguir em frente, sempre!

Agradeço ao meu “paidrasto” Edson Oliveira (Pelé), pelo amor dedicado à minha mãe, a mim e aos meus irmãos, pela compreensão e paciência característica.

À Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva, minha orientadora, a quem sou extremamente grata pela acolhida aqui em Fortaleza. Agradeço a generosidade em compartilhar comigo suas vivências e sabedoria, a confiança nos trabalhos desenvolvidos por mim, e por me ajudar a compreender que a pesquisa é uma competência adquirida através das experiências vividas, do esforço e vontade de fazer as coisas acontecerem.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pelos momentos de partilha e aprendizado que foram extremamente agradáveis e proveitosos.

Aos colegas da turma de mestrado, em especial, meus amigos Wagner de Paula, Amanda Newle e Amanda de Fátima. Agradeço o companheirismo nos momentos de alegria e de angústia, os abraços recebidos e o aconchego que me fez tão bem nos meus momentos de fragilidade.

Às professoras da banca examinadora, pelas quais tenho muita admiração, carinho e respeito. Agradeço as contribuições sugeridas para o aprimoramento do meu estudo.

À professora Ana Larissa Gomes Machado, preceptora da minha inserção no mundo da pesquisa, agradeço a amizade, o apoio e as sucessivas colaborações para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras Helena David e Regina Marteleto, pela generosidade e predisposição em nos ajudar na compreensão das Redes Sociais.

Ao Marcus Vinícius pela ajuda no manuseio do software UCINET/NETDRAW.

Às secretárias da Pós-Graduação, Aline Luzia e Fernanda Holanda, pela disponibilidade, atenção, acolhimento, carinho e alegria com que sempre me trataram.

Ao Alécio Oliveira, por se mostrar sempre tão amigo e disponível a ajudar, em todos os momentos.

Ao Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva vinculado ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS), pelos momentos de agregação e crescimento coletivo.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC/UFPI), que generosamente se disponibilizaram a auxiliar na coleta de dados dessa pesquisa. Toda a minha gratidão a Eveline Fontes, Fernanda Borges, Gabriela Bezerra, Mirianne Mota e Luzângela Pereira.

Agradeço a todos os meus amigos, os poucos e bons, que me ajudaram durante essa empreitada. Os laços estabelecidos até aqui me ajudaram a ser forte, por saber que sempre tive/tenho com quem contar. Sou grata pelo apoio nos momentos de tensão, pelo caminhar lado-a-lado e pela alegria nos momentos partilhados, apesar da distância geográfica que me separa de alguns.

Aos profissionais das Estratégias Saúde da Família que se disponibilizaram a participar da pesquisa, e prontamente compartilharam um pouco do seu universo de trabalho. Agradeço a colaboração e paciência, que oportunizaram a realização desse estudo.

À Universidade Estadual do Ceará por permitir a realização do Curso de Mestrado.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela bolsa de mestrado a mim concedida.

*“E, tudo o que pedirdes em oração, crendo, o
recebereis.” Mateus 21:22*

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se importante problema de saúde pública pela incidência e prevalência nas populações. As pessoas que convivem com a HAS necessitam de cuidado e acompanhamento contínuos, fornecidos na maioria das vezes por uma equipe multiprofissional atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF), que a partir do estabelecimento de elos buscam garantir um cuidado integral a essa clientela. Objetivou-se analisar as redes sociais formadas pelos profissionais atuantes na ESF no cuidado aos hipertensos. Estudo descritivo e exploratório, de abordagem mista desenvolvido em três ESF da cidade de Picos-PI, no período de março de 2015 a outubro de 2016. Participaram da pesquisa os profissionais da equipe mínima das ESF selecionadas: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS); e além destes o cardiologista, nutricionista e coordenador da Atenção Básica. A amostra foi composta por 15 profissionais, utilizando-se como critério de inclusão o período mínimo de atuação na ESF de doze meses. A coleta dos dados deu-se em duas etapas, a partir de roteiro de entrevista semiestruturada. Na primeira etapa participaram os profissionais da equipe mínima da ESF, e dentre outras questões, investigou-se os elos estabelecidos pelos profissionais durante o cuidado dos hipertensos. Na segunda fase participaram os atores que tiveram maior grau de centralidade: cardiologista, nutricionista, coordenador da Atenção Básica, enfermeira da equipe 2, médico da equipe 3. Além destes, foram incluídos também o ACS da equipe 2, e o técnico de enfermagem da equipe 3. Essa etapa consistiu na investigação subjetiva, a partir das questões relacionadas ao cuidado do hipertenso e dos vínculos estabelecidos a partir deste. A análise dos dados quantitativos deu-se pelo uso do *software* UCINET^(C)/NETDRAW^(C), a partir do qual obteve-se a representação gráfica da rede social formada pelos profissionais e a medida do grau de centralidade de cada ator, critério utilizado para inclusão dos participantes na segunda etapa da coleta de dados. Os dados qualitativos foram trabalhados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, número do parecer 1.506.156. Na rede social identificada verificou-se a centralidade de médicos, enfermeiros e nutricionistas. Da análise de Bardin, emergiram duas classes temáticas, cinco categorias e quatorze subcategorias acerca da Estrutura gerencial e manejo da hipertensão na ESF (condições estruturais favoráveis e desfavoráveis, cuidado clínico da HAS) e Elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso (cenário relacional e os seus implicantes). Encontraram-se, principalmente, relatos sobre as condições estruturais, favoráveis e desfavoráveis, no cuidado dos hipertensos (33,4%); o cuidado clínico da hipertensão e os seus determinantes (34,2%); os implicantes no estabelecimento das ligações (11,4%); e o cenário relacional frente ao cuidado da HAS (21,4%). Identificou-se a necessidade de melhor direcionamento das ações, a partir da compreensão, estabelecimento e manutenção de laços entre a equipe multiprofissional da ESF, gestores e usuários. Destaca-se a importância da articulação entre esses atores a fim de que se possa garantir um cuidado integral e efetivo, a partir de uma atuação coletiva pautada nos elos interdisciplinares.

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

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a serious public health concern due to its incidence and prevalence in various populations. People who coexist with SAH need ongoing care and follow up, most often provided by a multidisciplinary team acting in the Family Health Strategy Program (FHS) that based on certain liaisons, tries to grant a comprehensive care for these patients. We intended to analyze the social networks developed by FHS professionals aimed at the hypertensive patient care. It is a descriptive and exploratory study with a mixed approach developed in three FHS in the city of Picos –PI from March 2015 to October 2016. Several professionals from the selected FHS base team took part in the research: doctors, nurses, nursing technicians and health community agents (HCA) besides a cardiologist, a nutritionist and the Basic Care coordinator. The sample was composed of 15 professionals, using as primary inclusion criterion a minimum FHS serving time of twelve months. Data collection was performed in two stages based on the guidelines of a semi-structured interview. In the first stage, the basic FHS team professionals participated and among other issues, links developed by professionals during their hypertensive patients' care were studied. In the second stage, other key professionals involved in the research took part, such as the cardiologist, the nutritionist, the Basic Care coordinator, the second team nurse and the third team doctor. Besides these professionals, the second team HCA and the third team nursing technician were also included. This stage consisted of a subjective research based on issues related to the hypertensive patient care and the relationships developed through this care. Quantitative data analysis was obtained by using UCINET^(C)/NETDRAW^(C) *software*, which allowed for the analysis of a graphic representation of the social network formed by these professionals and a measurement of centrality levels for each participant. This criterion was also applied for the inclusion of actors in the second data collection stage. Quantitative data was developed based on the Bardin Contents Analysis. The Project was approved by the Ceará State University Research Ethics Committee and was duly registered with the number 1,506,156. In the identified social network we verified the centrality of doctors, nurses and nutritionists. Based on Bardin's analysis, two different topic types appeared, with five categories and fourteen subcategories related to structural management and hypertension handling at FHS centers (favorable and unfavorable structural conditions and SAH clinical care) and connections developed through the assistance offered to hypertension patients (Relational scenario and its implications). Data on favorable and unfavorable structural conditions was found (33.4%) as well as clinical hypertension care and its determinants (34.2%); links development implications (11.4%); and the relational scenario related to the SAH care (21.4%). The need for a better initiative management based on understanding, establishing and keeping interactions among multidisciplinary FHS teams, managers and users was identified. It is also worth highlighting the importance of encouraging team-based initiatives involving these actors, seeking to grant a comprehensive and efficient care based on a collective performance with strong interdisciplinary links.

Keywords: Social Networking; Hypertension, Nursing; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Perfil dos profissionais entrevistados atuantes na assistência das pessoas com hipertensão. Fortaleza-CE, 2016.....	35
Quadro 2 -	Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências. Fortaleza-CE, 2016.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grau de Centralidade dos profissionais atuantes na assistência das pessoas hipertensão. Fortaleza-CE, 2016.....	38
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede Social formada a partir das ações de cuidado ao hipertenso. Fortaleza-CE, 2016.....	37
Figura 2 - Representação da rede social formada a partir das categorias profissionais. Fortaleza-CE, 2016.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Análise de Redes Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Assistência à Saúde em Redes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UR	Unidade de Registro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1	Acessibilidade dos Hipertensos na Estratégia Saúde da Família.....	20
3.2	As Redes Sociais na Estratégia Saúde da Família.....	23
4	MATERIAIS E MÉTODO.....	27
4.1	Tipo de estudo.....	27
4.2	Local e período de realização da pesquisa.....	27
4.3	Participantes.....	28
4.4	Coleta de dados.....	29
4.5	Análise dos dados.....	31
4.6	Aspectos éticos.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1	REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO HIPERTENSO.....	35
5.2	O CUIDADO DO HIPERTENSO COM BASE NA FORMAÇÃO DE ELOS: FOCO NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ESF.....	43
5.2.1	ESTRUTURA GERENCIAL E MANEJO DA HIPERTENSÃO NA ESF..	45
5.2.2	ELOS CONSTRUÍDOS A PARTIR DO CUIDADO AO HIPERTENSO.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES.....	81
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA....	82
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
	APÊNDICE C - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN.....	84
	ANEXOS.....	96
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	97
	ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	98

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam-se na atualidade como uma ameaça à saúde das populações, principalmente nos países em desenvolvimento, pela elevada incidência e prevalência em pessoas de todas as idades, baixas taxas de controle, e por constituir-se um dos principais fatores que levam os sujeitos a desenvolver comorbidades que, a médio e longo prazo, levam à incapacitação (BARRETO; MARCONS, 2013).

Conceituadas como um conjunto de enfermidades que apresentam altas taxas de mortalidade, morbidade e incapacidade, as doenças crônicas não transmissíveis constituem-se um problema de saúde pública que vem se perpetuando ao longo do tempo. Caracterizadas por apresentarem, no geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidades, essas patologias estão cada vez mais presentes na vida das sociedades, principalmente naquelas mais vulneráveis, que possuem baixa renda, e pouco nível de escolaridade (MARTINS et al., 2011).

As DCNT chamam a atenção pelo fato de que seus principais fatores desencadeadores são de caráter hereditário e comportamental, como obesidade, tabagismo, estresse, alcoolismo, sedentarismo e alimentação inadequada. Sendo esses últimos fatores de risco passíveis de controle, os mesmos recebem maior atenção por parte dos profissionais, visto que através da mudança de hábito e estilo de vida, pode-se obter a prevenção dessas enfermidades e de tantos outros agravos relacionados a tais doenças (ULBRICH et al., 2012).

Dados do Ministério da Saúde revelam que as DCNT são responsáveis por cerca de 72% dos óbitos no Brasil, e 63% no mundo (BRASIL, 2011a). Esse grupo de doenças, na maioria das vezes não resulta em morte súbita, mas leva os sujeitos afetados a se tornarem cada vez mais debilitados e dependentes de cuidados. Dentre as mais importantes DCNT, pela incidência e prevalência nas populações, pode-se destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BRASIL, 2013).

Definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA), a partir dos valores da pressão sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e de pressão diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg medidas com base nas técnicas sugeridas pelo Ministério da Saúde (MS), a HAS associa-se frequentemente às alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Pesquisas revelam que esta doença é responsável, por no mínimo, 40% dos óbitos causados pelo

acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e quando associada ao diabetes mellitus, contribui com 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

No Brasil, estima-se que o número de hipertensos chega a aproximadamente 17 milhões, o que representa 35% da população com idade superior aos 40 anos, e deste total apenas um terço consegue controlar os níveis da PA (BRASIL, 2013). Como causa isolada, a HAS pode ser considerada a mais importante morbidade da população adulta, representando assim, um sério problema de ordem pública e epidemiológica no país, tanto pela sua elevada prevalência, quanto pelas complicações que pode acarretar (PAZ et al., 2011).

Em contrapartida, sabe-se que há diferenças na prevalência da HAS em meio às populações, por influências de diversos fatores, entre os quais: genéticos, ambientais, comportamentais, além da organização do sistema de saúde local, e das possíveis interações entre todos esses componentes (MALACHIAS et al., 2016). No Brasil, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios na Atenção Primária à Saúde (APS), encontra-se o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido através da busca ativa, diagnóstico, cadastro das pessoas com HAS, acompanhamento ao longo do tratamento, e a realização de práticas educativas (BARRETO; MARCON, 2013).

Embora muito já se tenha avançado no que diz respeito à qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com hipertensão arterial, atribuída à implementação de um sistema de saúde baseado nas ações desenvolvidas na APS, muito ainda se tem a aprimorar. O Brasil vive, há mais de duas décadas, expressivas mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, decorrentes essencialmente, da necessidade de se disponibilizar para a população serviços básicos, acessíveis e igualitários que possam oferecer melhor qualidade de vida e saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase à gestão colaborativa por saber que esta, efetua-se a partir do momento em que os profissionais deixam de ser apenas prescritores, para tornar-se parceiros dos usuários dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Nesse cenário de transformações assistenciais no setor saúde, a Atenção Básica (AB) começou a ganhar destaque e investimentos a partir do surgimento, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF). Implantado no intuito de consolidar o SUS e ampliar o acesso da população aos diversos serviços oferecidos na AB, o PSF impulsionou consideráveis mudanças nas relações de trabalho estabelecidas entre usuários e profissionais (SILVA et al., 2012).

Os benefícios advindos da implantação do PSF para a saúde das populações levou profissionais e gestores dos sistemas de saúde a compreender que, muito mais que um programa, essa modalidade de atenção à saúde se constituía uma estratégia de ação, a partir da possibilidade de organizar os serviços oferecidos, constituindo-se numa ferramenta de transformação do modelo assistencial vigente. Tais reflexões resultaram, em 2007, na transformação do PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA et al., 2012).

Nesse processo, a ESF ganha evidência significativa como um instrumento de reorganização do sistema de serviços da saúde, através da definição de problemas, estabelecimento de prioridades, elaboração de planos de ação e, monitoramento de resultados tendo sempre como foco principal de todas as suas ações o cuidado dos sujeitos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013; MENDES, 2012).

Nesse cenário, caracterizado pela atuação de uma equipe multiprofissional, diversos trabalhadores da saúde têm a oportunidade de desenvolver um serviço pautado na formação de vínculos, com vistas a atuar na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidades. Uma equipe de Saúde da Família deve ser constituída por, no mínimo: um médico, da família ou generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem, e agentes comunitários de saúde (ACS). A partir das necessidades próprias de cada população, pode haver a incorporação de outros profissionais de nível superior à equipe da ESF, todavia, os profissionais supracitados são os responsáveis primeiros da satisfatória mobilização, e sucesso, das ações de cuidado desenvolvidas na AB (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012; ANDRADE et al., 2016).

Nesse contexto, a enfermagem está entre uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde, cabendo a ela o compromisso, dentre outros encargos, de incentivar a participação de toda a equipe na organização e produção de serviços que atendam às reais necessidades dos usuários. O enfermeiro se constitui, portanto, ator fundamental e indispensável, para o avanço da mudança nos sistemas de saúde pública, direcionada para um modelo assistencial que contemple a equidade, a integralidade, e a humanização (AZEVEDO et al., 2013a; FERNANDES et al., 2013).

Todavia, a atuação do enfermeiro no cenário da ESF, não se dá de maneira isolada e/ou distanciada dos demais profissionais que nela desenvolvem suas ações. Uma das características da ESF é, justamente, o caráter interdisciplinar pautado no trabalho e desenvolvimento de estratégias com interesse coletivo. No contexto do cuidado direcionado às pessoas com hipertensão, essa característica ganha ainda mais relevância pelo fato desses sujeitos apresentarem peculiaridades que os levam a precisar de acompanhando contínuo

pelos integrantes da equipe de saúde, principalmente aqueles que compõem a equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS), visando à prevenção de complicações e o controle da HAS (BRASIL, 2013). Evidencia-se desse modo, a ideia de se trabalhar através da formação de redes, a partir do momento em que os profissionais da ESF desenvolvem sucessivas interações e articulações que possibilitam o alcance de metas, conjuntamente idealizadas (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Sob este enfoque, sabe-se que as relações entre os diversos atores envolvidos em determinado processo de trabalho, interferem no modo como estes lidam com suas responsabilidades, com os que estão em seu entorno e com os que estão acima ou abaixo do seu próprio nível hierárquico. Esses diferentes tipos de relação entre pessoas, somados a interesses individuais, são cruciais ao desenvolvimento das atividades em grupo, e podem ser compreendidos através do prisma da Análise de Redes Sociais (ARS) (LINO; GOMIDE, 2012).

De acordo com Marteleto (2001), as redes sociais representam um sistema de nodos e elos envolvidos numa estrutura sem fronteira, ou comunidade não geográfica, que se configuram um sistema de apoio. Nessa estrutura organizacional os participantes, autônomos, unem ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. Desse modo, compreende-se que a rede social formada pelos profissionais da ESF pode ser considerada uma estratégia para melhorar a qualidade dos serviços de saúde desenvolvidos, especialmente quando estes tiverem como foco as pessoas hipertensas, por estas precisarem estar em contato regular com os membros dessa equipe. Apesar das pesquisas que evidenciam as redes sociais terem aumentado significativamente nas últimas décadas, muito ainda se tem a descobrir sobre essas estruturas no contexto da saúde e da atenção básica, bem como das suas influências junto aos profissionais da saúde e à população com HAS (MARTELETO, 2001; FAQUINELLO; MARCON, 2011).

Fala-se assim, que as redes sociais surgem como determinantes nas condições de enfrentamento das necessidades de saúde das sociedades, e como estratégia de articulação de vários setores sociais para a formulação de ações conjuntas. Nessa estrutura organizacional, cada indivíduo tem sua função e identidade cultural preservadas, ressaltando-se que a informação e o conhecimento movimentam a rede, e que ela não se reduz a uma simples soma de relações, mas a sua forma exerce uma influência sobre cada relação firmada (TOMAÉL; MARTELETO, 2013).

Estabelecendo uma relação direta com o enfoque e as diretrizes das redes sociais, busca-se dar visibilidade, (Re) estabelecer e evidenciar os laços desenvolvidos a partir dos

integrantes da equipe mínima da ESF com os demais atores que o circundam, especialmente quando o assunto se tratar de ações assistenciais desenvolvidas com foco no cuidado dos hipertensos. Ressalta-se a importância do enfermeiro neste cenário, enquanto gerente de ações e serviços, por se encontrar imerso numa rede social capaz de estimular e proporcionar os subsídios necessários para uma atuação interdisciplinar entre todos os envolvidos nesse contexto de cuidado (MARTELETO, 2010).

Pesquisar sobre redes sociais é, atualmente, um desafio, principalmente, quando se trata do processo de trabalho de profissionais que têm papel de grande relevância no contexto da atenção à saúde da população hipertensa. Diante disso, pode-se dizer que o mapeamento da rede social formada a partir de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS na assistência às pessoas com HAS permite elucidar as questões subjetivas que perpassam a comunicação, o conhecimento e o uso de informações pelos profissionais que implicam esse cuidado, bem como possibilita a visualização dos avanços e limites desta atuação e, de que forma isto se reflete na otimização e qualidade do cuidado oferecido.

O interesse pelo tema em questão deu-se através das vivências da pesquisadora no Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS), ocasião em que teve a oportunidade de acompanhar estudos que tinham como foco as redes sociais. Por acreditar que os profissionais atuantes na ESF encontram-se imersos numa rede social extensa, capaz de proporcionar um cuidado ampliado e fundamental às pessoas hipertensas, buscou-se desvendar qual a composição dessa estrutura organizacional em que se constitui a Rede desenvolvida a partir do cuidado desses profissionais ao hipertenso. Assim, entende-se que a relevância em pesquisar as redes sociais que se formam a partir desses atores, dá-se tanto pela complexidade e inovação do tema proposto, quanto pela disseminação de novos conhecimentos científicos, tão necessários ao setor saúde na contemporaneidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as redes sociais formadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família no cuidado aos hipertensos.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os atores centrais da rede social dos profissionais da ESF a partir da assistência às pessoas com hipertensão;
- Compreender os fluxos de informação e os processos pelos quais se estabelecem os elos entre os profissionais;
- Estabelecer um desenho das redes desvendadas com base na atuação da equipe de saúde na assistência dos usuários com HAS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Acessibilidade dos Hipertensos na Estratégia Saúde da Família

As constatações feitas por diversos estudiosos apontam que a hipertensão arterial é uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, 15% a 20% da população adulta, chamando a atenção dos gestores e profissionais da saúde no sentido de designar maior atenção e cuidado às pessoas que convivem com essa doença, visando garantir-lhes acesso pleno aos serviços de saúde (MELO et al., 2015).

Estimativas de alcance internacional apontam que a HAS afeta 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos e, 1 bilhão de pessoas no mundo. No território brasileiro, alguns autores têm confirmado prevalência que varia entre: 7,2 a 40,3% no Nordeste; 5,04 a 37,9% no Sudeste; 1,28% a 27,1% no Sul; e 6,3% a 16,75% no Centro-Oeste (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013). Uma vez ressaltada as proporções nas quais a HAS tem alcançado nos países de um modo geral, torna-se pertinente elucidar a importância da qualidade do acesso aos serviços de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Antes de tudo, se faz oportuno resgatar o conceito de acessibilidade, que de acordo com Donabedian (1973), refere-se à “facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde”. Para este estudioso, a acessibilidade depende de fatores sócio-organizacionais e geográficos que se relacionam diretamente entre si.

Donabedian (1973) cita os fatores sociais e culturais e as referências étnicas e religiosas como fatores importantes para a acessibilidade e, embora enfatize fatores geográficos e organizacionais, considera o acesso aos serviços de saúde como um dos principais fatores da aceitabilidade social para a assistência (DONABEDIAN, 1973; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Sabe-se que garantir o direito constitucional de acesso universal e integral aos sistemas e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, não é tarefa simples. Pesquisadores têm se debruçado em busca de identificar os principais fatores que influenciam o acesso dos usuários ao SUS, na tentativa de compreender e resolver aspectos que se constituem verdadeiras barreiras para a efetivação da acessibilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Implantado há mais de 20 anos, e considerado como o maior sistema de saúde de todos os tempos, o Sistema Único de Saúde (SUS), vive ainda uma fase de pleno amadurecimento e reajustes nos seus componentes. Apesar dos significativos avanços relacionados ao SUS, sobretudo no que diz respeito à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde,

operacionalizá-lo de maneira totalmente igualitária e com ampla cobertura populacional, constitui-se ainda um grande desafio para os gestores dos sistemas de saúde (SIQUEIRA, 2013; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Sob este enfoque é que surgiu a ESF, configurando-se num modelo de atenção que visa principalmente à prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos, estruturada de modo a atender mais de 80% das necessidades de saúde das populações, e caracterizada como marco inicial e/ou porta de entrada dos usuários para o SUS. Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença e desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais essas equipes assumem responsabilidade (KRUG et al., 2015).

No Brasil, entre as ações mínimas de responsabilidade dos municípios no setor saúde, se evidenciam aquelas presentes na atenção básica, tais como: o controle da hipertensão arterial, através do diagnóstico de casos, no cadastramento de usuários, entrega de medicamentos, busca ativa, tratamento farmacológico e não farmacológico, e desenvolvimento de ações educativas. Essas ações, executadas na sua totalidade pela ESF, e evidenciadas pelo Ministério da Saúde, visam à organização da assistência básica. As orientações à saúde dos indivíduos, famílias e seus entornos propõe-se meramente a estreitar o vínculo entre as pessoas com hipertensão arterial e as unidades de saúde, estando este fato complementemente relacionado à qualidade de acesso e satisfação dos usuários frente às ações e serviços de saúde ofertados (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Na ESF, o cuidado tem como objetivo principal a promoção da saúde através de mudança de comportamento e do controle de fatores ligados ao estilo de vida. A proposta é dar diferentes opções aos indivíduos para criar mecanismos e formas variadas de lidar com os agravantes de saúde. Desse modo, é indispensável falar da importância que a atenção básica (AB), através da Estratégia Saúde da Família, exerce na vida dos sujeitos que convivem com a hipertensão arterial, principalmente pelo fato da ESF assumir a lógica organizacional da assistência à saúde em redes (RAS). Sendo, portanto, responsável por compartilhar a capacidade de resposta do sistema de saúde, bem como sua qualidade de acesso, custos, promoção e reabilitação da saúde, devendo a equipe estar centrada nos interesses de indivíduos e comunidades, pelo fato primordial de acompanhar de perto suas questões e necessidades de vida e saúde (REIS et al.; 2013).

Na tentativa de obter sucesso frente à diminuição dos indicadores de morbi-mortalidade relacionados à HAS, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao

Diabetes Mellitus, operacionalizado pela ESF, tem papel fundamental, necessitando da utilização de mecanismos que tenham como objetivo a aplicabilidade dos princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema universal, integral e igualitário à toda população (MELO et al., 2015).

Sabe-se, porém, que as desigualdades relacionadas ao acesso em saúde ainda são tema central de discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações, no mundo inteiro. As desigualdades implicadas na acessibilidade aos serviços de saúde estão amplamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico. O acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidade da população, que depende, dentre outras coisas, do capital humano, físico, financeiro e social disponibilizado (ASSIS; JESUS, 2012).

Outro aspecto importante é o fato de que o acesso aos serviços de saúde, em sua mais ampla dimensão, fundamenta-se no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários; devendo para isso os cuidados serem dispensados ao longo do tempo, de modo que se tenha continuidade e formação de vínculos que favoreçam a coordenação destes cuidados como meio de integrar ações e serviços de saúde de forma prática e resolutiva (SANTOS; ANDRADE, 2012).

Nessa perspectiva, considera-se que a postura e as estratégias adotadas pelos serviços e profissionais de saúde, devem garantir o acesso universal e igualitário das pessoas, especialmente aquelas com alguma doença crônica, como é o caso dos hipertensos, mediante adequada interpretação das demandas apresentadas, priorizando suas necessidades de saúde, em detrimento dos objetivos que buscam alcançar (BLOCH; ROZMOVITS; GIAMBRONE, 2011; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

No que concerne à relação entre os usuários com hipertensão e profissionais da saúde atuantes na ESF, alguns autores discutem a importância da interação entre quem realiza e quem recebe o cuidado, estabelecendo o fato de que essa relação muitas vezes define o sucesso (ou fracasso) da qualidade do acesso aos serviços de saúde, bem como as respostas emitidas pelos usuários. Ademais, a educação em saúde se revela como fator decisivo no acesso e satisfação, de clientes e profissionais, devendo esta se dar de maneira participativa de modo a dar empoderamento a todas as partes envolvidas (SANTOS; ANDRADE, 2012).

Tais constatações evidenciam que a utilização dos serviços de saúde pode, em alguns casos, ter impacto negativo se não estiver aliado à qualidade dos cuidados eficazes. Por mais acesso que se possa ter aos serviços de saúde, e por mais que se possa planejar e organizar os procedimentos de assistência, a execução destes roteiros vai muito além da técnica, ou seja, a

relação que se estabelece entre profissionais e usuários hipertensos, consumidores assíduos dos serviços ofertados pelas ESF, se coloca como um dos determinantes essenciais desse processo, definindo de fato o grau de satisfação do cliente, e a efetividade dos cuidados prestados (ASSIS; JESUS, 2012).

3.2 As Redes Sociais na Estratégia Saúde da Família

A ideia de rede social começou a ser utilizada no início do século XX como forma de identificar as relações complexas entre os vários elementos de um sistema social nas suas diferentes dimensões. Diversos autores foram pioneiros na Análise de Redes Sociais (ARS), entre eles John Barnes que estudou as Redes Sociais para compreender as influências das interações entre indivíduos dentro de um sistema social (CENERINO et al., 2013). No Brasil, os estudos abordando esta temática se intensificaram a partir da década de 1990 (SILVA et al., 2006).

Apresentando-se cada vez mais como um conceito onipresente, as redes sociais têm ocupado espaços crescentes no meio acadêmico, na mídia e nos diversos tipos de instituições. Tais estruturas organizacionais se formam a partir de relações motivadas por amizades, vínculos de trabalho ou compartilhamento de informações, que viabilizam a sua (Re) construção (ANDRADE; DAVID, 2015).

Isto posto, faz-se necessário conhecer alguns elementos fundamentais na compreensão da teoria de ARS, dentre os quais se destacam: atores/nós, atributos, laço, relação e fluxos (HATALA, 2006).

Na ARS, **ator** se caracteriza como uma unidade que pode ser representada em diferentes tipos: uma pessoa, ou um conjunto discreto de indivíduos reunidos em uma unidade social coletiva, como subgrupos e/ou organizações. Geralmente representados por círculos, os atores podem ser tanto um colaborador (individual) quanto toda a empresa (coletivo), e a soma de todos é que define o tamanho da rede. Os atores são dotados de **atributos**, estes por sua vez, são as características individuais de cada ator, tais como idade, gênero, formação, instituição a que ele está vinculado (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2011).

O **laço**, também denominado vínculo ou ligação, é responsável por ligar os pares de atores. Podem ser citados como exemplos de laços a avaliação de uma pessoa por outra, a associação a um evento, clube ou conselho profissional, as relações formais e informais dentro de uma empresa, etc. Por exemplo, numa rede de trabalho, um dado ator estabelece contato, direto ou indireto, com outro ator ambos profissionais de uma mesma instituição, e aí é que se configura o laço, geralmente representado por linhas.

Por sua vez, o conjunto de laços que seguem um mesmo critério dentro de uma rede é chamado de **relação**. As relações entre atores podem ser exemplificadas como transações comerciais, fluxos de informações, avaliação afetiva de uma relação à outra (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2011). Consequentemente, o **fluxo** indica a direção do vínculo/laço, e pode assumir diferentes designações: unidirecional ou bidirecional (quando os atores se referenciam reciprocamente). Quando um ator não tem nenhum tipo de fluxo, o que implica também a ausência de vínculos, este pode ser denominado “nó solto” dentro da rede ou, “ator isolado” (FIALHO, 2014).

A ARS é considerada um instrumento indutivo de investigação social, voltada para o reconhecimento de oportunidades ou desafios que revelam as falhas no fluxo de informações e conhecimentos. Esta técnica permite que o conhecimento de um indivíduo ou grupo na estrutura da organização, onde os movimentos e contatos não são aleatórios, seja mapeado e, a partir daí viabiliza a quantificação e qualificação das relações entre os atores como fortes/fracos, formais/informais, cooperação/competição, centralizadas/descentralizadas (VARANDA, 2007).

Muitas vezes, a rede social pode apresentar uma estrutura complexa, pois podem existir diversos tipos de relacionamentos que compõem a sua concepção. Estas podem funcionar, ainda, em diversos níveis de complexidade e podem determinar a forma como os problemas comuns/cotidianos são resolvidos (SALLES; SALES, 2012).

Para Mendes e Neves (2007), os fundamentos básicos das relações são as redes sociais, constituídas por sujeitos sociais. Segundo esses mesmos autores, a compreensão da dinâmica de grupo não pode ser baseada apenas em atributos individuais dos sujeitos, mas principalmente, nas relações que eles promovem entre si; a análise das redes não pode ser desligada do contexto, uma vez que as relações possuem variedades de conteúdos e formas, onde os dados relacionais apresentam diferenciadas redes, e o mesmo participante pode representar vários papéis sociais e estruturais.

Fortemente relacionado ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), as Redes Sociais se vinculam à garantia do atendimento integral e universal à saúde dos usuários, e a sua compreensão é extremamente necessária para o entendimento das relações sociais dentro desse sistema e, para o efetivo planejamento das ações de saúde (SOUSA et al., 2015).

Compreende-se a partir de tais constatações, que os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, frente à busca constante por um modelo assistencial que contemple a acessibilidade, equidade, integralidade, humanização e que supere a histórica fragmentação entre os níveis de atenção à saúde, estão inseridos em relações e elos pelos quais esses

indivíduos se conectam, trocam informações e efetivam o cuidado de maneira coletiva, desenvolvendo a formação de redes (MARTELETO, 2001; SILVA, FIALHO, SARAGOÇA, 2013; BARRETO; MARCON, 2013).

O processo de trabalho dos profissionais da ESF, com destaque para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, desde as dimensões do cuidado assistencial ao gerencial, ambos indissociáveis, somados às interações que ocorrem entre eles, acaba por afetar o processo de trabalho das demais categorias profissionais. Especificamente no que diz respeito ao enfermeiro, pesquisas apontam que este ator pode ser considerado um facilitador do trabalho de outros profissionais no ramo da saúde, independente de pertencerem à equipe de enfermagem, pelo fato de desenvolverem ações diretas com os diversos profissionais que atuam no cenário da ESF (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Com efeito, as redes sociais, caracterizadas pelo dinamismo e troca constante de informações, são fundamentais para atuação precisa dos profissionais no enfrentamento dos problemas e condições de saúde da sociedade contemporânea, sejam eles agudos ou crônicos; uma vez que nessa estrutura organizacional cada indivíduo tem sua função e identidade cultural preservada. Destaca-se que a informação e o conhecimento movimentam as redes sociais, e estas não se reduzem a uma simples soma de relações; mas constituem-se como estratégia de articulação para ações de interesses coletivos sendo, portanto, de fundamental relevância no desenvolvimento do trabalho das equipes da ESF, que mantêm um processo contínuo de interação interpessoal (MARTELETO, 2010; TOMAÉL; MARTELETO, 2013).

O processo de interagir, intrínseco à sociedade de um modo geral, se dá através de ações recíprocas entre sujeitos que constituem uma unidade, levando-se sempre em consideração os fins determinados dessas ações. A cooperação e a colaboração fazem parte do conceito de interação, pois apenas quando os indivíduos produzem ações que influenciam uns aos outros acontece tal fenômeno, em razão de impulsos ou propósitos comuns. A importância da interação reside no fato desta ser essencial na formação das unidades, que se dá através do agrupamento de indivíduos em torno de um objetivo comum, resultando na formação das redes (FIALHO, 2014).

Assim, é importante mapear esta dimensão de enfrentamento das múltiplas determinações sobre o processo de trabalho dos profissionais na ESF, ao passo em que se deve avançar na compreensão dos elementos que permitem a estes configurar, participar e/ou liderar, explicita ou tacitamente as redes sociais, com vistas a responder às demandas e necessidades cotidianas das populações, podendo ser compreendidas também como espaços

de produção de conhecimentos relevantes que merecem e precisam ser ouvidos, analisados, sistematizados e difundidos para todas áreas da saúde (FIALHO, 2014).

Ainda são muitas as deficiências que permeiam as redes no cenário da saúde brasileiro, dentre elas pode-se destacar: a ineficiência das equipes de saúde, a não contemplação das necessidades dos pacientes, e as falhas na configuração dos sistemas de informação na saúde (FRACOLLI et al., 2011).

Identifica-se desse modo, a necessidade de compreender as relações formadas nos amplos cenários do sistema de saúde brasileiro, para a identificação das fragilidades e qualidades existentes no atendimento aos pacientes que necessitam dispor de atendimento integral, contínuo e diferenciado. A análise das redes sociais formadas entre os atores do sistema de saúde proporciona, pois, um instrumento potencialmente transformador a ser utilizado pelos gestores dos sistemas e serviços de saúde, a fim de alcançar a excelência no cuidado à saúde das populações.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, sobre as Redes Sociais que se formam a partir dos profissionais da ESF no cuidado às pessoas hipertensas. O estudo exploratório tem o objetivo de promover ao pesquisador maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa, constituindo-se quase sempre, uma fase preliminar de pesquisas com delineamentos mais rigorosos, como os estudos descritivos (FIGUEIREDO, 2009).

A pesquisa descritiva, por sua vez, é um tipo de investigação que oferece ao pesquisador a possibilidade de melhor compreender o comportamento de diversos fatores e elementos que exercem influência sobre determinado fenômeno (GIL, 2010). Para Cervo e Bervian (2006), esse tipo de estudo também busca conhecer as inúmeras situações e relações que acontecem na vida social, econômica, política e outros aspectos do comportamento humano, tanto no que se refere ao sujeito tomado isoladamente, quanto de grupos e comunidades mais complexas.

No que tange à triangulação metodológica, produzida pela integração entre os métodos quantitativos e qualitativos, esta propicia a inclusão de múltiplos métodos de coleção e análise de dados, cujo objetivo principal é a convergência dos resultados da investigação. Essa abordagem metodológica exige a combinação de diversas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto de estudo, visando-se à complementação necessária para análise e compreensão do objeto de estudo (FLICK, 2009).

No âmbito da ARS, a abordagem quantitativa foca os padrões de relacionamentos, ressalta a objetividade das relações e possibilita o mapeamento do fluxo da informação, bem como os padrões de comunicação. A abordagem qualitativa, por sua vez, investiga as aspirações, atitudes, crenças, valores e os reflexos que os padrões de relacionamento produzem no contexto em que se desenvolvem (TOMAÉL, MARTELETO, 2013).

4.2 Local e período de realização da pesquisa

O estudo foi realizado no período de março de 2015 a outubro de 2016, em três unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana, do município de Picos no Estado do Piauí, após autorização institucional (ANEXO A).

A cidade de Picos está localizada no centro-sul do estado do Piauí, há 306 km da capital Teresina, e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) possui uma população estimada de 73.414 habitantes, sendo que 58.307, correspondente a

79% da população vive na zona urbana da cidade; caracterizando-a como a terceira maior cidade do estado, fica atrás apenas da capital Teresina, e Parnaíba (PICOS, 2014).

Com uma área de aproximadamente 803 km², Picos se destaca como grande pólo industrial, e centro de referência para os mais de 20 municípios que são diretamente dependentes econômica e socialmente desta cidade, conhecida como “cidade modelo”, e que possui um dos maiores entroncamentos rodoviários do país. Picos apresenta o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, sendo que sua região fiscal arrecada mais que as regiões fiscais de Parnaíba, Floriano e Campo Maior, juntas (IBGE, 2010).

Picos é um município habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e teve a ESF instituída em seu território desde 1999. Atualmente conta com 37 equipes de Estratégia Saúde da Família, oferecendo 100% de cobertura populacional. Do total de equipes de ESF, 25 localizam-se na zona urbana e 12 na zona rural, e são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além da maioria contar com a colaboração dos profissionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (PICOS, 2014).

A escolha por esse cenário deu-se, principalmente, pelo fato das equipes da ESF da cidade de Picos terem sido classificadas como muito organizadas e eficientes nos projetos de prevenção de agravos e promoção da saúde, e receber nos últimos anos excelentes notas através das avaliações feitas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (PICOS, 2014).

Ressalta-se que a escolha das ESF foi realizada com base no número de hipertensos assistidos pelas mesmas, sendo selecionadas as três equipes com o maior número de hipertensos cadastrados em suas áreas de atuação, essa informação foi conseguida junto à Secretaria Municipal de Saúde. A realização do estudo nas ESF da zona urbana deu-se em virtude da facilidade de acesso a elas.

4.3 Participantes

A população do estudo constituiu-se pelos profissionais que compõem a equipe mínima da ESF – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) – das três ESF selecionadas, resultando no total de 12 profissionais no primeiro momento.

A partir dos 12 profissionais inicialmente investigados, foram identificados mais dez atores como importantes na rede analisada, perfazendo um total de 22 profissionais que conformaram a rede desvendada, destacando-se entre eles o cardiologista (atuante na atenção secundária do referido município), o nutricionista (atuante no NASF) e o coordenador da

Atenção Básica, também nutricionista. Estes foram incluídos na segunda fase da pesquisa, totalizando uma amostra de 15 participantes.

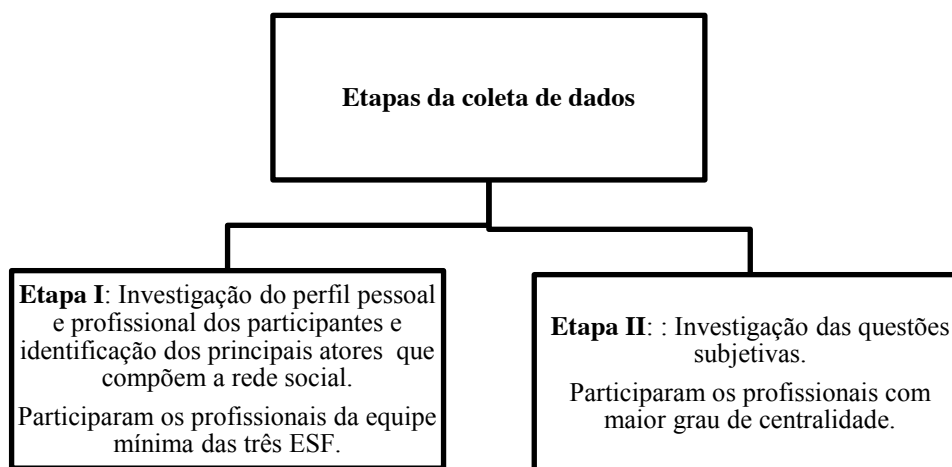
O número reduzido de participantes pode ser explicado a partir do entendimento da metodologia das redes sociais, a qual considera os indivíduos, enquanto atores/nós de um sistema, o ponto de partida para o desenvolvimento de uma estrutura organizacional que pode ter proporções diversas a partir do perfil comunicacional de cada sujeito (MARTELETO, 2001).

Os profissionais foram contatados e questionados com antecedência, através de visitas feitas pela pesquisadora às ESF, acerca da possibilidade e interesse destes em participar do estudo.

Destaca-se que como critério de inclusão adotou-se o período mínimo de atuação na ESF equivalente há 12 meses (um ano), por se entender que esse período seja o mínimo necessário para que os sujeitos estejam familiarizados com a dinâmica da ESF (FERNANDES et al., 2013). Como critérios de exclusão foram adotados: profissionais que estavam de férias, licença saúde, greve ou afastados no período da coleta de dados.

4.4 Coleta de dados

Para maior aprofundamento das questões relativas à investigação e análise das redes sociais, os dados foram coletados em duas fases, através de roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) elaborado previamente com esta finalidade. O fluxograma a seguir descreve as etapas da coleta de dados:



Fonte: Autor

Primeira etapa da coleta de dados: essa fase da pesquisa ocorreu na própria unidade de saúde, em ambiente reservado para essa finalidade, nos meses de abril a junho de 2016.

Nesse primeiro momento participaram os profissionais da equipe mínima de cada ESF – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS – foram investigadas as questões ligadas à identificação do participante como gênero, idade, tempo de formação, renda mensal, tipo de vínculo empregatício, etc. No final dessa primeira parte, indagava-se os participantes através da questão norteadora: “Cite cinco pessoas com as quais você estabelece algum tipo de ligação frente ao cuidado do hipertenso”. O intuito era de identificar, no primeiro momento, os indivíduos que se caracterizavam como os contatos, mediadores e/ou facilitadores do acesso e influenciadores desse cuidado.

Com base nessas informações, foi possível mapear a rede social formada a partir da assistência prestada pelos profissionais das ESF aos usuários hipertensos, e partir daí identificar os atores com maior número de ligações/elos, com base na análise do grau de centralidade.

A centralidade de um ator significa a identificação da posição em que ele se encontra em relação às trocas e à comunicação na rede. Em outras palavras, se refere ao número de laços que se estabelecem entre um sujeito e demais atores. Um ator que possui grande centralidade está em contato direto e adjacente com muitos outros, e é reconhecido como um grande canal de informações (MARTELETO, 2001; MOLINA et al., 2006). A medida do grau de centralidade foi o critério estabelecido para inclusão dos participantes na segunda etapa da pesquisa.

Segunda etapa da coleta de dados: participaram dessa fase do estudo os profissionais que tiveram maior grau de centralidade: cardiologista, nutricionista, coordenador da Atenção Básica, enfermeira da equipe 2, médico da equipe 3. Além destes, foram incluídos também o ACS da equipe 2 e o técnico de enfermagem da equipe 3, a fim de dar voz à pelo menos um representante de cada categoria da equipe mínima da ESF, por saber do relevante papel de todos nesse cenário.

Essa etapa da pesquisa aconteceu no período de agosto a setembro de 2016, e consistiu na aplicação da segunda parte do instrumento de coleta de dados, o qual era composto por questões subjetivas que versavam acerca do papel de cada profissional no cenário de assistência às pessoas com HAS, bem como os tipos de relações, seus implicantes e significados frente à efetivação do cuidado. Foi realizada nas dependências das Unidades de Saúde, em local reservado. Por se tratar de questões abertas, e para garantir maior

fidedignidade aos depoimentos dos participantes todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, após esclarecimento e autorização dos sujeitos.

Utilizada em conjunto com as pesquisas qualitativas, a entrevista semiestruturada emprega certos questionamentos comuns para todos os entrevistados possibilitando que expressem os pontos de vista de forma mais flexível, trazendo assim novas questões referentes aos questionamentos realizados (FLICK, 2009). Para Gil (2010), a entrevista semiestruturada ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, proporciona todas as perspectivas necessárias para que o sujeito investigado alcance a espontaneidade, enriquecendo dessa maneira a investigação.

Desse modo, a escolha pela entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados possibilitou um maior movimento do sujeito entrevistado, ao passo em que permitiu que este trouxesse novas informações e indagações, sem se atentar somente às questões previamente investigadas. A possibilidade de uma aproximação do pesquisador, por estar presente no momento da entrevista, possibilitou um esclarecimento detalhado em relação aos objetivos do estudo e as possíveis dúvidas dos participantes.

Destaca-se que inicialmente fez-se um teste piloto para conhecer a aplicabilidade e validar as entrevistas destinadas aos profissionais. O teste foi realizado no mês de julho, com duas enfermeiras atuantes na ESF de Picos/PI, estas não integram os sujeitos do estudo. Após o teste piloto, verificou-se a necessidade de fazer algumas modificações no instrumento, a fim de possibilitar maior coerência acerca das questões investigadas.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos ocorreu a partir da técnica de Análise de Redes Sociais (ARS) com o auxílio do software UCINET^(C) e sua extensão de representação gráfica NETDRAW^(C), os quais possibilitaram o mapeamento da rede social dos atores envolvidos nessa pesquisa através de modelagem estatística e visualmente representativa, bem como possibilitaram as medidas de centralidade dos diversos atores (HANNEMANN; RIDDLE, 2005).

Faz-se importante dizer que, os atores sociais citados a partir do desvendamento das Redes tiveram seus nomes codificados para facilitar a análise dos dados no software, à saber: Enf 1, Enf 2, Enf 3, Med 1, Med 2, Med 3, Téc. Enf 1, Téc. Enf 2, Téc. Enf 3, ACS 1, ACS 2, ACS 3, Cardio, Endocrino, Nutri, Coord. AB, Coord. Hipertensão, Fisio, Denti, Ortop, Ass. Social, Recep. Além disso, o grafo gerado foi analisado visando identificar quais os

profissionais mais acessados a partir dos cuidados direcionados às pessoas hipertensas, como também a localização destes dentro da rede desvendada.

Já os dados qualitativos, oriundos das questões subjetivas da entrevista semiestruturada, foram trabalhados com base na técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na Pré-análise foi feita a própria organização do trabalho, momento em que se organizou o material, foram escolhidos os documentos a serem analisados e formulam-se as questões norteadoras do estudo. Nesta fase as entrevistas foram devidamente transcritas e agrupadas, constituindo-se assim o corpus da pesquisa. Procedeu-se então à preparação do material, através da “edição” das entrevistas transcritas. Optou-se, particularmente, por organizar o material selecionado em colunas, a fim de identificar e destacar semelhanças e contrastes, fazendo uso de canetas coloridas utilizadas no agrupamento visual das expressões que guardavam semelhança.

A segunda fase foi a Exploração do material, considerada a mais longa e cansativa. É o momento da codificação, onde os dados brutos são transformados e agregados sistematicamente em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes às questões investigadas (BARDIN, 2011). A codificação compreendeu a escolha de unidades de registro, a definição de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a ser codificada, esta pode ser o tema, palavra ou frase, e a frequência com que uma UR aparece define a sua significância.

Neste estudo, o corpus foi constituído por 07 entrevistas, tendo sido definida como unidade de registro a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. A unidade de contexto atua como uma unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao seguimento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro (OLIVEIRA, 2009).

É importante ressaltar que a fala dos participantes entrevistados foram codificadas com base na categoria profissional de cada um, sendo utilizado número arábico (1 e 2) para

aquelas com mais de um representante, a saber: Méd 1; Méd 2; Nutri 1; Nutri 2; Enf; Téc. Enf.; ACS.

Em seguida, procedeu-se com a categorização. As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), em razão de características comuns. Na tarefa de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: *inventário*, a partir do qual os elementos comuns são isolados, e *classificação* onde os elementos são repartidos e impõem-se certa organização às mensagens (APÊNDICE C) (OLIVEIRA, 2009).

Finalmente seguiu-se ao Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, a fim de identificar algum conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possam haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, foi preciso voltar incansavelmente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação proposta, pois são eles que dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dá sentido à interpretação (MINAYO, 2010; BARDIN, 2011).

Neste estudo, as falas foram categorizadas por similitude em unidades temáticas. Ressalta-se que a análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a análise temática é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples.

4.6 Aspectos éticos

Esse estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), que preconiza tratar o ser humano com dignidade e respeito, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Sabe-se que todas as pesquisas, principalmente as que são desenvolvidas com seres humanos, envolvem riscos de tipos e gradações variadas, e que quanto maior e mais evidente o risco, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los, e maior esforço será necessário para garantir proteção aos participantes (BRASIL, 2012). Nesta pesquisa, os desconfortos ou riscos mínimos aos participantes, representaram, na grande maioria dos casos, o constrangimento dos profissionais a partir das indagações relativas ao seu cotidiano de

trabalho. Em contrapartida, os benefícios residem na relevância social do estudo, ao ressaltar a importância desses profissionais no cenário da ESF, principalmente no controle e acompanhamento das ações relativas à hipertensão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme parecer nº 1.506.156 (ANEXO B). Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e metodologia da pesquisa e, após sua anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual lhes garantiu o anonimato e a liberdade de permanecer ou deixar a pesquisa em qualquer das suas etapas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REDES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO HIPERTENSO

A partir da investigação e análise das Redes Sociais dos profissionais atuantes na ESF frente ao cuidado dos hipertensos, foi possível estabelecer o perfil dos participantes, elaborar um desenho da Rede Social formada pelos diversos atores envolvidos nesse contexto de cuidado e identificar aqueles com maior destaque dentro dessa estrutura organizacional através da medida de centralidade de grau.

O Quadro 1 resume as características relacionadas à identificação e formação dos participantes do estudo.

Quadro 1 – Perfil dos profissionais entrevistados atuantes na assistência das pessoas com hipertensão. Fortaleza-CE, 2016. N=15

Características	Frequência (n)
Gênero	
Feminino	11
Masculino	4
Idade (anos)	
25-35	5
36-45	4
46-55	3
56-60	3
Categoria Profissional	
Médico	4
Enfermeiro	3
Téc. de Enfermagem	3
ACS	3
Nutricionista	2
Vínculo Empregatício	
Concursado	11
Contratado	4
Outro Vínculo Empregatício	
Sim	6
Não	9
Tempo de Atuação na ESF (anos)	
1 a 5	5
6 a 10	7
11 ou mais	3
Pós-Graduação	
Sim	10
Não	5
Renda Mensal	

1 a 2 salários	5
3 a 5 salários	7
6 ou mais	3

Como se pode observar no Quadro 1, o estudo contou com a participação de profissionais predominantemente do gênero feminino (11), com vínculo empregatício do tipo concursado (11), com pós-graduação (10), tempo de atuação na ESF há um período de 6-10 anos (7), e não possui outro vínculo empregatício (9). A maioria dos participantes apresentou idade na faixa etária de 25-35 anos (5), renda mensal equivalente a 3-5 salários mínimos (7), a categoria profissional médica (4) e de enfermagem (6) (nível superior e médio) foram mais prevalentes, dados que demonstram um perfil profissional com certo nível de experiência no cenário investigado.

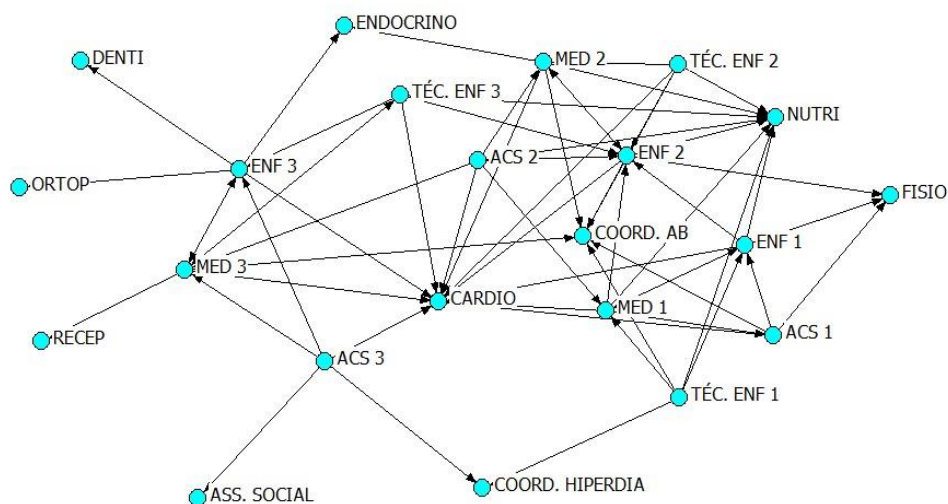
No que diz respeito à composição majoritária de mulheres, esses achados convergem com o resultado de pesquisas realizadas com profissionais da Atenção Básica (AB), onde constatarem ser predominante a atuação de pessoas do gênero feminino (CORRÊA et al., 2012; POGGETO et al., 2012). Tal achado pode estar relacionado ao número expressivo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no cenário da ESF. Ao longo da história da humanidade, as práticas de cuidado, de modo geral, estiveram atreladas ao universo feminino, e se afirmaram como tal devido a cultura social enraizada de que a mulher era um ser dotado de qualidades “naturais” para o desempenho de tais atividades (FERNANDES, 2016).

Quanto à predominância de profissionais adulto-jovens, esse fato pode ser justificado com base na visível ampliação do acesso ao nível superior, e na expansão do número de Equipes de Saúde da Família, impulsionada principalmente pela portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, que alterou a fórmula de cálculo do teto máximo das equipes inseridas na Atenção Básica, a fim de desenvolver atividades pautadas na prevenção de agravos e promoção da saúde, através de práticas educativas que garantissem maior acessibilidade das populações aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A seguir, exibe-se a representação gráfica da Rede Social formada pelos profissionais envolvidos no cuidado direcionado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família.

A Figura 1 contempla a Rede Social formada pelos profissionais pertencentes à equipe mínima da ESF (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, ACS) e os demais atores com os quais se ligam a partir da assistência aos hipertensos.

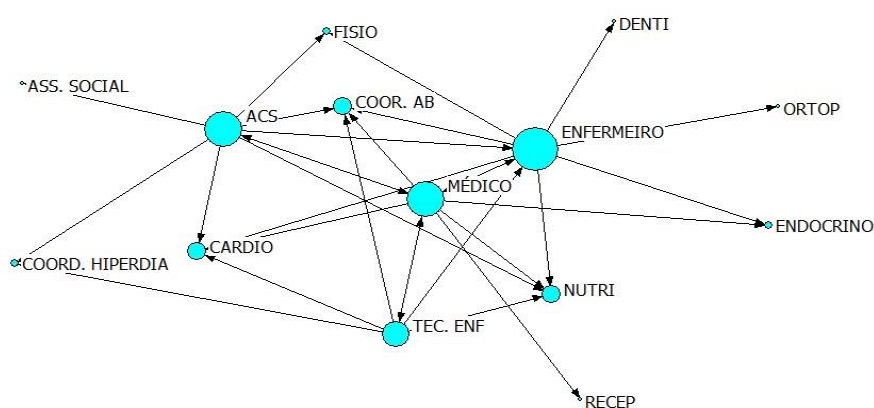
Figura 1 - Rede Social formada a partir das ações de cuidado ao hipertenso. Fortaleza-CE, 2016.



Fonte: NETDRAW^(C) (2016)

Com base na figura 1, observam-se as diversas ligações que se estabelecem a partir dos profissionais da equipe mínima da ESF com foco no cuidado do paciente com hipertensão. Verifica-se que no centro dessas ações de cuidado encontram-se os enfermeiros, médicos, nutricionista, coordenador da Atenção Básica (nutricionista) e o cardiologista. A fim de possibilitar maior entendimento e clareza nos elos que se formam entre esses profissionais, fez-se um desenho da rede agrupando os atores por categorias profissionais, como pode ser visto na Figura 2.

Figura 2 - Representação da rede social formada a partir das categorias profissionais. Fortaleza-CE, 2016.



Fonte: NETDRAW^(C) (2016)

A figura 2 possibilita uma melhor visualização no que diz respeito à significância dos atores em termos de categoria profissional, frente ao desenvolvimento de ações direcionadas ao cuidado dos hipertensos na ESF. Confirma-se a posição de centralidade dos médicos, enfermeiros, nutricionistas, e agentes comunitários de saúde, estes últimos devido ao número diversificado de atores que buscam visando garantir melhor qualidade de assistência aos pacientes.

Para reforçar esses achados, apresenta-se na Tabela 1, o grau de centralidade correspondente às ligações existentes entre os indivíduos, sendo o grau de saída equivalente ao número de atores citados por determinado profissional e, o grau de entrada referente ao número de vezes em que um dado ator foi citado pelos demais investigados, sendo este último mais significativo no contexto de Análise das Redes Sociais.

Tabela 1 - Grau de Centralidade dos profissionais atuantes na assistência das pessoas com hipertensão. Fortaleza-CE, 2016.

Atores	Grau de Saída	Grau de Entrada	Valor Relativo
Cardiologista	0.0	11.0	52.0
Nutricionista	0.0	8.0	38.0
Coord. AB	0.0	6.0	28.5
ENF 2	5.0	6.0	28.5
MED 3	5.0	5.0	19.0
ACS 3	5.0	1.0	4.7
TÉC. ENF 2	5.0	1.0	4.7
MED 2	0.0	3.0	14.2
ENF 1	5.0	3.0	14.2
ENF 3	5.0	3.0	14.2
MED 1	5.0	3.0	14.2
TÉC. ENF 1	5.0	0	0.0
TÉC. ENF 3	5.0	0	0.0
ACS 1	5.0	0	0.0
ACS 2	5.0	0	0.0
Fisioterapeuta	0.0	3.0	14.2
Coord. Hiperdia	0.0	2.0	9.5
Endocrinologista	0.0	2.0	9.5
Ortopedista	0.0	1.0	4.7
Ass. Social	0.0	1.0	4.7
Dentista	0.0	1.0	4.7
Recepcionista	0.0	1.0	4.7

Com base nos dados da Tabela 1, verifica-se que os atores com maior grau de centralidade (grau de entrada) são respectivamente: cardiologista (11 graus), nutricionista (8

graus), enfermeira da equipe 2 (6 graus), coordenador da AB (6 graus), e médico da equipe 3 (5 graus). Dados que ratificam a conformação da rede social identificada.

Contemporaneamente a formação de grupos como estratégia útil ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde é cada vez mais utilizada, sendo um requisito avaliado e incentivado pelo Ministério da Saúde e Educação. Caracteriza-se grupo pelo conjunto restrito de pessoas que se ligam através de constantes de tempo e espaço e se articulam com objetivos e anseios compartilhados, de modo explícito ou não, em busca da concretização de determinada tarefa e/ou finalidade (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Tomamos nesta pesquisa o contexto da ESF e o cuidado desenvolvido pelos profissionais aos hipertensos, a partir de um grupo inserido em um campo determinado. O conceito de campo é descrito como um espaço em que acontecem as relações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais (BOURDIEU, 2007). Ressalta-se que, não são relações entre agentes, mas relações entre posições, que os sujeitos ocupam nesse campo, motivadas pelas disputas que ocorrem em seu interior e cujo movimento é constantemente o interesse em ser bem-sucedido nas relações entre os seus componentes, seja no nível dos agentes ou no nível das estruturas.

Na ESF a formação de grupos, traduzidos em grande escala por equipes de saúde, associa-se à realização de tarefas que envolvem diversas categorias profissionais que buscam, coletivamente, o sucesso de suas ações. Considera-se o pressuposto empírico de que os profissionais desenvolvem interações sociais com foco no cuidado, neste particular do hipertenso, ao passo em que estão imersos em nós de redes complexas com o estabelecimento constante de elos, fortes ou fracos, por meio de mediações diversas que conferem sustentação à capacidade de resposta dos serviços de saúde diante dos implicantes da qualidade de vida de determinada população (LINO; GOMIDE, 2012).

Sabe-se que as relações entre os diversos atores envolvidos em determinado processo de trabalho, interferem no modo como estes lidam com suas responsabilidades, com os que estão em seu entorno e com aqueles que estão acima ou abaixo do seu próprio nível hierárquico. Esses diferentes tipos de relação entre pessoas, somados a interesses individuais, são cruciais ao desenvolvimento das atividades do grupo, e são compreendidos através da Análise de Redes Sociais (ARS) (TOMAÉL; MARTELETO, 2013).

Com base nos achados desse estudo, pode-se dizer que os atores que apresentam maior quantidade de ligações têm uma posição mais vantajosa nesta rede, pelo fato de disporem de variadas alternativas para alcançar objetivos e superar necessidades, e por isso são menos dependentes dos demais atores que conformam esta rede.

Quando atores, a exemplo dos profissionais como, médicos, enfermeiros e nutricionistas recebem muitas entradas, ou seja, são muito referenciados, eles estão mais propensos a ganhar destaque no cenário em que estão inseridos, já que os demais buscam instituir vínculo com eles. Deste modo, é cabível ressaltar que a categoria médica, representada pelos médicos da ESF e pelo cardiologista (atuante na atenção secundária), tem papel relevante no cenário de cuidado do hipertenso nessa rede, conforme figura 1.

O fato do cardiologista, atuante na atenção secundária, ter se destacado como ator mais citado e consequentemente, um dos influenciadores na formação da rede, ratifica os achados de pesquisas que identificam a dependência que as demais categorias profissionais, no setor saúde, ainda preservam na atualidade, frente à categoria médica e na valorização do tratamento farmacológico, ainda tão presente mesmo com todos os avanços conquistados, em termos tecnológicos e científicos (LOPES; MARCON, 2012; KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Geralmente indivíduos que possuem alto grau de centralidade são considerados detentores de poder e influência sobre os demais atores, por possuir um relacionamento ativo com todos os integrantes da rede (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2011). Todavia, o fato do cardiologista ter conseguido o maior grau de centralidade, representou tão somente a extrema valorização do modelo biomédico, a ausência de capacitação profissional e as dificuldades de referência e contra-referência apresentadas pelos profissionais investigados frente ao cuidado dos hipertensos, aspectos que poderão ser comprovados mais adiante, durante a análise dos dados qualitativos.

Estudo desenvolvido no interior de São Paulo no cenário da ESF mostrou que a categoria médica continua exercendo forte influência sobre os demais profissionais e consequentemente sobre a saúde das populações em decorrência de vários fatores, dentre eles o diagnóstico de patologias e, o histórico poder da prescrição de medicamentos que limita as ações dos demais integrantes da equipe. Nas relações que se estabelecem entre médicos e demais profissionais, inclusive o enfermeiro, encontra-se um vínculo que muitas vezes reflete na disputa de poder e na hierarquização de saberes inerentes à cada profissão, fato este que pode levar ao desgaste das relações e fragilizar o processo de cuidado dos indivíduos e coletividades (LOPES; MARCON, 2012).

Nesse sentido, é possível explicar os elos construídos na rede de cuidados ao hipertenso, a partir do conceito de poder simbólico, que algumas categorias exercem umas sobre as outras como um poder invisível e dissimulado, que constrói a realidade a partir da subordinação dos agentes (BOURDIEU, 2007). Para que o poder simbólico seja exercido é necessário que haja

a cumplicidade daqueles que se submetem, com a consciência ou não daqueles que a ele estão sujeitos ou mesmo que o realizam. É um poder que constrói a crença da realidade, criando uma nova visão de mundo e por meio de estratégias de dominação organizadas e esquematizadas, sendo desnecessário o uso da força e assim torna perceptível o discurso dominante, interagindo, com a proposta de tornar oficial o pensamento e as demandas de um grupo ou dos agentes dominantes, que detêm o saber, a cultura e o capital.

Outra categoria que se evidenciou nesse cenário de cuidado foi a enfermagem, sendo esta uma das categorias profissionais mais mobilizadas para o gerenciamento das Unidades Básicas, cabendo a ela o compromisso, dentre outros encargos, de incentivar a participação dos demais membros da equipe na organização e produção de serviços de saúde que atendam às reais necessidades dos usuários. Os enfermeiros encontram na ESF um campo propício ao desenvolvimento de um trabalho pautado na prevenção de agravos, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidades, a partir do momento em que dedicam grande parte de suas atividades ao contato direto com os usuários, estabelecendo e fortalecendo os vínculos. O fato de conhecer de perto cada sujeito, o contexto no qual estão inseridos, bem como suas peculiaridades, anseios e os círculos sociais nos quais estão envolvidos, talvez seja um dos principais motivos capaz de garantir seu papel de destaque dentro da Rede Social (AZEVEDO et al., 2013b; FERNANDES et al., 2013).

Entretanto, o trabalho da enfermagem neste cenário precisa de maior reconhecimento que se traduza na valorização econômica desta prática e na agregação de maior capital social, sendo este definido, como um agregado de recursos atuais ou potenciais, vinculados à posse de uma rede duradoura de relações de familiaridade ou reconhecimento mais ou menos institucionalizadas (BOURDIEU, 1983). Neste sentido, o capital social que um dado agente possui depende da extensão da rede de relações por ele mobilizada e, do (Re) conhecimento deste pelos demais atores de uma determinada rede.

Faz-se oportuno destacar que a enfermagem é essencialmente uma prática de relações, além de ciência do cuidado e da saúde, que busca através da sua evolução uma mudança paradigmática expressa através da necessidade de um agir eminentemente interdisciplinar, e pautado na produção de saberes científicos e tecnológicos. Através da gestão e gerenciamento das ações e serviços de saúde, o enfermeiro destaca-se no cenário do cuidado e é, repetidamente, identificado como ator indispensável nesse contexto de atuação (FERNANDES et al., 2013; LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Outra questão a ser relatada, é o fato de o nutricionista ter ganhado destaque na rede social identificada, ressaltando a ideia de uma mudança de paradigma no cenário da AB. De

modo lento e progressivo, os profissionais estão incorporando a ideia de promoção da saúde através do trabalho interdisciplinar, com vistas a minimizar ou mesmo neutralizar os agravantes de saúde de determinada população, a partir do desenvolvimento de ações de cunho preventivo e emancipatório, especialmente através da educação em saúde onde tanto o nutricionista quanto os enfermeiros se destacam como indispensáveis para a concretização de tais atividades (ACIOLI et al., 2014).

Outro profissional que merece referência é o agente comunitário de saúde que embora não tenha apresentado grau de centralidade elevado, se destaca como ator capaz de integrar e acionar vários outros profissionais, da equipe ou fora dela, induzindo e/ou possibilitando a entrada destes na rede assistencial de cuidado do hipertenso. A partir do desenho da figura 2 confirma-se essa visão, ao passo em que se observam com maior clareza os elos que se estabelecem entre as categorias profissionais.

Acredita-se que o ACS, assim como o enfermeiro, por ter como uma das principais características do seu trabalho o contato direto com os usuários e a realidade na qual estão inseridos, consegue identificar através das atividades desenvolvidas na própria Unidade Básica ou por meio das visitas domiciliares as necessidades de cada sujeito e, a partir daí estabelecer ligações com outros profissionais a partir da ampliação de visões e maior flexibilidade no estabelecimento das relações, buscando satisfazer as carências dos pacientes (FIALHO, 2014).

Desse modo, entende-se que a ESF propõe na sua essência o desenvolvimento de práticas de saúde que englobam além de conteúdos técnicos e científicos, os relacionamentos (formais ou não), ainda tão pouco relatados e discutidos na literatura atual. A própria natureza da ESF inclui a proposta da criação de vínculo contínuo, entre a equipe profissional, destacando desde os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas e demais profissionais, e destes com os usuários, destacando a ideia de se trabalhar geograficamente mais próximo das comunidades a partir da elaboração de planejamentos que promovam a saúde das pessoas e que envolvam a participação interdisciplinar das mais diversas categorias profissionais (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

A seguir, são apresentados os resultados e discussões referentes às questões subjetivas, da entrevista semiestruturada.

5.2 O CUIDADO DO HIPERTENSO COM BASE NA FORMAÇÃO DE ELOS: FOCO NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ESF

As interlocuções resultantes das questões subjetivas trabalhadas no roteiro de entrevista semiestruturada com os participantes, dizem respeito à formação de elos na ESF a partir do cuidado aos hipertensos.

A seguir, apresenta-se o Quadro 2 com o resultado da análise de conteúdo temática, em que foram identificadas duas classes temáticas: *Estrutura gerencial e manejo da hipertensão na Estratégia Saúde da Família* e *Elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso*. A primeira com três categorias e dez subcategorias e a segunda com duas categorias e quatro subcategorias, totalizando 140 unidades de análise temáticas.

QUADRO 2 – Distribuição das classes temáticas, categorias, subcategorias e respectivas frequências. Fortaleza-CE, 2016. N= 140

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS (Codificação)	f (%)	SUBCATEGORIAS (Codificação)	f (%)
I. ESTRUTURA GERENCIAL E MANEJO DA HIPERTENSÃO NA ESF	1. Condições estruturais favoráveis (CEF)	27 (19,2)	1.1 Acesso aos recursos humanos, materiais e organizacionais (CEFARHMO)	8 (5,7)
			1.2 Função dos profissionais (CEFFP)	12 (8,5)
			1.3 Serviços e profissionais de referência (CEFSPR)	7 (5,0)
	2. Condições estruturais desfavoráveis (CED)	20 (14,2)	2.1 Falhas na referência e contra-referência (CEDFRCR)	5 (3,5)
			2.2 Ausência de incentivo à qualificação	7 (5,0)

			profissional (CEDAIQP)	
			2.3 Identidade profissional fragmentada (CEDIPF)	8 (5,7)
			3.1 Complicações que influenciam o cuidado (CCHCIC)	5 (3,5)
			3.2 Valorização do tratamento farmacológico (CCHVTF)	15 (10,7)
			3.3 Ações de promoção da saúde (CCHAPS)	13 (9,2)
			3.4 Atenção interdisciplinar (CCHAI)	15 (10,7)
			4.1 Fatores que facilitam o vínculo (IELFFV)	8 (5,7)
			4.2 Fatores que dificultam o vínculo (IELFDV)	8 (5,7)
			5.1 Significados das relações na efetivação do cuidado (CRCHSREC)	10 (7,1)
			5.2 Profissionais que ligam usuários à equipe de saúde (CRCHPLUES)	20 (14,2)
II. ELOS CONSTRUÍDOS A PARTIR DO CUIDADO AO HIPERTENSO				
3. Cuidado clínico da hipertensão (CCH)	48 (34,2)			
4. Implicantes no estabeleciment o das ligações (IEL)	16 (11,4)			
5. Cenário relacional no cuidado ao hipertenso (CRCH)	30 (21,4)			

5.2.1 CLASSE TEMÁTICA I - ESTRUTURA GERENCIAL E MANEJO DA HIPERTENSÃO NA ESF

Esta classe temática reúne 94 unidades de registro (UR) em três categorias e dez subcategorias que agruparam aspectos relacionados às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, a forma como desempenham suas funções, e os fatores que influenciam diretamente o cuidado dos usuários hipertensos na ESF, aspectos discutidos a seguir.

CATEGORIA I: CONDIÇÕES ESTRUTURAIS FAVORÁVEIS

Esta categoria abrange 27 UR, distribuída em três subcategorias, nas quais os profissionais descrevem a disponibilidade dos recursos humanos, materiais e organizacionais, os papéis de cada um dentro da equipe na ESF, e os serviços e profissionais de referência que dão subsídios para o desenvolvimento de um cuidado integral aos pacientes hipertensos.

A seguir, cada subcategoria é apresentada com as respectivas discussões baseadas nas UR encontradas e nos achados da literatura.

1.1 Acesso aos recursos humanos, materiais e organizacionais

Nessa subcategoria foram reunidas oito UR. Os discursos a seguir expõem a percepção dos profissionais sobre a disponibilidade dos recursos humanos, materiais e organizacionais e o acesso a estes pelos hipertensos na ESF:

Os pacientes têm acesso a vários profissionais, temos o médico, a enfermeira, a nutricionista, o dentista, os agentes de saúde. (Méd 1)

Aqui no postinho oferecemos desde medicamentos a profissionais bem capacitados no cuidado (Enf)

Se precisar de exame tem, se precisar de especialista tem pra onde mandar! (ACS)

As falas dos profissionais demonstram satisfação no quesito de planejamento e distribuição dos diversos recursos necessários para o desenvolvimento de uma boa prática de cuidado ao hipertenso. O gerenciamento e planejamento de recursos humanos, materiais e organizacionais constituem-se de fundamental importância para que haja eficiência nos serviços de saúde ofertados e, consequente satisfação dos clientes assistidos.

Planejar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos com vistas a alcançar objetivos múltiplos é uma tarefa necessária e complexa, na qual os gestores dos serviços de saúde precisam rotineiramente recorrer aos princípios da administração, ao passo em que devem conhecer o território de abrangência, o perfil da população e os implicantes da sua saúde, o perfil profissional da equipe que compõe a unidade e a partir daí traçar metas capazes de atender satisfatoriamente as demandas que surgem (ORRICO et al., 2014).

No discurso a seguir, identifica-se que existem profissionais não tão satisfeitos com o provimento dos recursos, especialmente materiais, ao passo em que destaca dificuldade na distribuição de medicamentos para os hipertensos:

Falta uma boa farmácia básica para que os doentes tenham acesso a essas medicações. (Méd 2)

Verifica-se que embora haja certa satisfação no que diz respeito ao provimento dos recursos, na visão da categoria médica persistem ainda alguns anseios a serem atendidos a fim de garantir o acesso amplo e integral aos usuários hipertensos na ESF.

Implantado há mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta muitos desafios, apesar dos significantes avanços já alcançados. Um dos grandes dilemas que ainda perpassam os serviços de saúde é a dificuldade em garantir acesso integral e igualitário aos recursos de saúde para todos os usuários do SUS; essa questão sofre influência de diversos aspectos que impactam diretamente a distribuição dos recursos, tais como a predisposição dos indivíduos para utilização dos serviços de saúde, disposição e disponibilidade dos serviços, necessidade da população de utilizá-los e filosofia organizacional da instituição (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

1.2 Função dos profissionais

Essa subcategoria ressaltava os aspectos relacionados à função dos profissionais envolvidos no cuidado ao hipertenso no cenário da ESF. Constituída por 12 UR, a subcategoria retrata fielmente as questões de atuação particulares e coletivas dos participantes do estudo, como pode ser visto através das falas seguintes:

Acho que meu papel é prescrever as medicações, né? E acompanhar os pacientes mais complicados. (Méd 1)

A função do agente comunitário é tá batendo naquela mesma tecla: vamos fazer caminhada, cuidado com o que come, tome o remédio direito, vão no posto verificar a pressão... (ACS)

O papel da enfermagem inicia desde a prevenção, combatendo os fatores de risco, ne? (Enf)

A atuação interdisciplinar e o conhecimento do papel de cada um dos profissionais que compõem a equipe de saúde da ESF é um dos fatores que contribuem para o sucesso das diversas ações de cuidado desenvolvidas nesse cenário de atenção. O trabalho em equipe é característica inerente da Atenção Básica (AB), especialmente no contexto da ESF, uma vez que há nesse nível de atenção o compromisso em prestar uma assistência pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade frente às necessidades de saúde da população adscrita, através de práticas responsáveis pautadas em evidências científicas e preceitos éticos (SILVA et al., 2012).

Pelas falas analisadas, verifica-se que há certa discrepância entre os ideais de cuidado na saúde cultivados pelos profissionais. Isso reflete um pouco do modelo hierárquico predominante no cenário da saúde, e a valorização do saber biomédico ainda tão marcante na sociedade contemporânea. No contexto geral da formação em saúde, em cenário nacional, os profissionais atuantes na Atenção Básica, principalmente a categoria médica, tem a sua formação marcada por uma abordagem individual, curativista, e centrada no modelo hospitalocêntrico. Em geral, esses profissionais apresentam dificuldades em transcender o espaço imutável e inflexível da consulta médica, e elaborar intervenções de saúde que ultrapassem a prescrição de medicamentos, capazes de atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde junto aos demais profissionais (SILVA et al., 2012).

Estudo desenvolvido por Carvalho, Peduzzi e Ayres no Estado do Paraná, encontrou resultados que se assemelham aos dessa pesquisa uma vez que identificou entre os profissionais atuantes na ESF conflitos envolvendo as divergências de visões relacionadas ao cuidado frente à supremacia do saber biomédico, gerando conflitos de ideias que influenciavam diretamente na qualidade do serviço oferecido e, conseqüentemente, na qualidade de saúde da população (CARVALHO; PEDUZZI, AYRES, 2014).

Nesse particular, destaca-se a atuação dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) que se constituem instrumentos facilitadores do cuidado, na medida em que viabilizam o intercâmbio de experiências entre os saberes populares destes e, os conhecimentos científicos daqueles que juntos fortalecem o vínculo instituído a partir do cuidado, especialmente quando esse cuidado está sendo direcionado às pessoas com algum agravo crônico de saúde, como é o caso da hipertensão arterial. As ações desenvolvidas por esses profissionais geralmente são mais focadas na promoção da saúde e prevenção de agravos,

uma vez que conhecem melhor a realidade na qual os sujeitos estão inseridos e os recursos, financeiros e sociais, dos quais dispõem (SILVA et al., 2014).

Vale à pena destacar aqui, alguns aspectos implicados na fala do ACS, uma vez que esta revela a sua atuação contínua e, imperativa junto aos usuários hipertensos. Sabe-se que fazer caminhada, por exemplo, faz bem à saúde de um modo geral, todavia na assistência aos usuários é indispensável dar espaço para que consigam se expressar e decidir sobre quais ações são mais adequadas ao seu estilo de vida, a partir das condições sociais e pessoais em que vivem. Os profissionais de saúde, de modo geral, devem respeitar as peculiaridades e decisões de cada sujeito, inclusive quando estes não estiverem dispostos a aderir às sugestões propostas.

Mais importante do que impor, é imprescindível ouvir as pessoas, entender e respeitar suas decisões, inclusive quando as orientações e recomendações dos profissionais da saúde não forem atendidas. Apesar de identificarmos a fala impositiva nas ações do agente comunitário de saúde, a reprodução desse comportamento pode ser visto com frequência entre médicos, enfermeiros, e outros profissionais que muitas vezes esquecem os benefícios que a autonomia e o empoderamento dos usuários têm sobre a adesão destes, frente o tratamento.

Com vistas a ampliar as ações desenvolvidas pela ESF, foram instituídos em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes multiprofissionais que devem atuar em parceria com os profissionais da ESF (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2012). Essa parceira fortalece o plano assistencial de cuidados garante maior qualidade dos serviços oferecidos, uma vez que envolve profissionais com formação diversificada e visões de saúde diferentes que ajudam na implantação de atividades com foco mais preventivo, como pode ser visto nas seguintes falas:

Eu vejo que nesse cenário eu auxilio no que diz respeito à alimentação, orientação alimentar né? (Nutri1)
Geralmente a enfermeira faz o papel de orientar as pessoas e encaminha já pra nutricionista. (Téc. Enf)

Cabe relatar que o NASF deve ser constituído por trabalhadores de diversas categorias profissionais, os quais devem atuar subsidiando e compartilhando as práticas de saúde desenvolvidas pela equipe da ESF no seu contexto de atuação. No cenário investigado, o NASF apresentou em sua composição nutricionista, educador físico, assistente social e fisioterapeuta, todavia, sendo que o nutricionista foi quem mais se destacou no cuidado direcionado para os hipertensos, como se observou nos relatos acima. O NASF representa uma rede de apoio que alicerça as ações desenvolvidas pela ESF, apresentando como eixo

orientador a gestão acompanhada e o ampara à coordenação do cuidado; não se constitui porta de entrada para demais níveis de atenção, mas garante melhor qualidade e integralidade dos serviços prestados à sociedade.

1.3 Serviços e profissionais de referência

Esta subcategoria abrange sete UR as quais se relacionam com a existência de profissionais e serviços de referência no manejo de pacientes com hipertensão, com vistas a garantir melhor qualidade de cuidado quando na ESF não é possível oferecer tudo o que é preciso para manter e/ou recuperar a saúde desses sujeitos.

Os discursos abaixo retratam essas características:

Aqueles que têm uns casos mais difíceis a gente faz o encaminhamento para um especialista, que no caso é o cardiologista, na clínica especializada. (Méd1)

O cuidado ele pode prosseguir até o cardiologista, o ortopedista, o oftalmologista, depende do caso. (Enf)

...Mais é o cardiologista e o endocrinologista, eles atendem na CLISAM e no Hospital Regional. (ACS)

A partir das falas, confirma-se o que foi observado na configuração da rede assistencial do cuidado ao hipertenso no município de Picos-PI. Neste município o referenciamento dos pacientes hipertensos a especialistas é algo marcante, uma vez que ajuda no manejo das ações direcionadas àqueles usuários que apresentam complicações no curso do seu tratamento. Quando necessário, cardiologista, endocrinologista, e outros especialistas entram em ação e buscam garantir maior qualidade de assistência. Tal característica revela o respeito do município aos princípios do SUS, principalmente quanto à garantia da integralidade das ações de saúde.

O controle da hipertensão arterial não é tarefa simples, o seu caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática que contribui para o inadequado controle pressórico e consequente manifestação de muitas complicações que acabam por dificultar as ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais atuantes na Atenção Básica. Estimativas apontam que dois terços das pessoas hipertensas cadastradas na ESF não conseguem manter a pressão arterial em níveis desejáveis. Destas, cerca de 30% chegam a desenvolver acidente vascular encefálico e 70%, insuficiência cardíaca congestiva, agravos que geram a necessidade de participação rápida e precisa de especialistas, na maioria das vezes, atuantes na atenção secundária e/ou terciária como é o caso, por exemplo, do cardiologista (BARRETO; MARCON, 2013).

Com efeito, o elevado percentual de comorbidades associadas à HAS surge na maioria das vezes com o diagnóstico tardio e a não adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso, demandando, pois, a necessidade de uma atuação multidisciplinar na atenção ao hipertenso através do acompanhamento constante e de práticas que busquem promover a saúde e envolver esses sujeitos diretamente na co-responsabilização de seu plano de cuidado de modo a motivá-los a participar ativamente desse processo (SOUSA et al., 2015).

Sob este enfoque, destaca-se a importância dos gestores dos sistemas e serviços de saúde e dos profissionais de modo geral, a fim de juntos garantirem a integralidade de acesso entre os diversos níveis de atenção. Acredita-se que as múltiplas categorias profissionais, sobretudo aquelas que atuam diretamente na ESF devem estar instrumentalizadas e sensibilizadas para atuar junto aos hipertensos, no intuito de proporcionar maiores benefícios ligados ao bem-estar e à qualidade de vida desses sujeitos (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

CATEGORIA 2: CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESFAVORÁVEIS

A presente categoria abrange vinte UR e retrata aspectos relacionados às falhas de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado do hipertenso, a escassez de incentivo à qualificação profissional bem como a visão fragmentada da identidade profissional dos participantes do estudo.

2.1 Falhas na referência e contra-referência

A assistência à saúde no SUS encontra-se organizada em graus crescentes de complexidade, devendo a população fluir de forma organizada entre os vários níveis de atenção por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011). A presente subcategoria agrupa cinco UR que se referem às falhas de referência e contra-referência que se evidenciam a partir do cuidado ao hipertenso, como pode ser visto através dos seguintes relatos:

Às vezes não tenho nenhum retorno do médico ou enfermeira e isso dificulta o cuidado! (Méd 2)

A gente fica um pouco a desejar com os demais profissionais porque não tem a questão da contra-referência, né? (Enf)

Com o cardiologista a gente não tem muito contato, então é ruim porque você encaminha um paciente e não sabe o que foi realizado, não tem retorno. (Méd 1)

Em capítulo anterior foi destacada a relevância da referência dos pacientes hipertensos pelos profissionais da ESF no município de Picos-PI. Entretanto, com base nos relatos, os profissionais para os quais esses usuários são referenciados têm certa dificuldade em devolver informações aos profissionais da ESF que poderiam facilitar o desenvolvimento de suas ações. A falta de contra-referência se caracteriza como um fator que dificulta o cuidado de hipertensos, gerando prejuízos para o adequado acompanhamento destes, e de suas necessidades.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a hipertensão, demandam ações conjuntas da Atenção Primária, Secundária e Terciária em saúde com o objetivo de acompanhar o usuário no caminho por entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a fim de que se consiga garantir a integralidade do cuidado. Dados extraídos de estudo desenvolvido no sul do Brasil mostraram que a falta de comunicação associada ao baixo nível de conhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento dos serviços de saúde, são fatores capazes de comprometer a articulação das ações desenvolvidas nos diversos níveis de atenção. Esse mesmo estudo ressaltou a necessidade de guiar os usuários desde a sua entrada no sistema até o fim do percurso de modo a garantir-lhes integralidade da atenção dos cuidados (BONDANI et al., 2016).

Outra pesquisa desenvolvida com o objetivo de analisar o caminho percorrido pelo usuário no SUS desde o nível de menor densidade tecnológica (atenção primária) até o de maior densidade (atenção terciária) descreveu que dentre as principais dificuldades encontradas pelos usuários, a falta de integralidade entre as ações e a dificuldade de comunicação entre os profissionais do setor saúde destacaram-se, fato este que converge com o encontrado nas falas dos participantes desse estudo. Nesse sentido, salienta-se a necessidade de integração entre os trabalhos, a fim de uniformizar as ações de cuidado a partir da RAS, visando garantir maior satisfação e segurança aos clientes, em todos os níveis de atenção (SOUSA et al., 2014).

A atenção primária à saúde (APS), traduzida aqui pela ESF, tem como uma das suas principais funções constituir-se porta de entrada para os demais níveis de atenção e afirmar-se centro de comunicação entre as equipes de caráter interdisciplinar que atuam nesse cenário. No caso particular do cuidado aos sujeitos hipertensos, essa função deve ser ampliada e garantida, para que os fluxos assistenciais sejam efetivos e resolutivos frente às demandas específicas desse segmento populacional (PAZ et al., 2011).

Uma mudança importante seria, portanto, desenvolver práticas gerenciais eficazes integradas entre os vários níveis de atenção – Primário, Secundário, e Terciário – capazes de

atender às demandas de saúde dos usuários hipertensos, de modo que funcione o sistema de referência e que a contra-referência seja capaz de satisfazer as expectativas dos clientes e profissionais, garantindo assim a continuidade ao acompanhamento dos clientes independente do nível de atenção em que esteja.

2.2 Ausência de incentivo à qualificação profissional

Nos discursos apresentados a seguir, observa-se que os participantes descreveram aspectos que implicam diretamente a qualidade do cuidado direcionado aos usuários hipertensos, os quais se ligam, na maioria das vezes, à ausência de qualificação profissional por parte dos membros da equipe. Esta subcategoria é composta por sete UR, e pode ser representada pelas seguintes falas:

Eu acho que deveria ser oferecido para os profissionais mais treinamento sobre o tratamento da hipertensão. (Méd 2)

O caminho que eu vejo para melhorar a atenção à hipertensão é a educação em saúde continuada para os profissionais. (Nutri 2)

Acho que falta incentivar mais os profissionais a se qualificarem... (ACS)

...precisa ter educação permanente, porque eu acho que falta muita capacitação profissional. (Enf)

A partir dos relatos descritos, verifica-se que os profissionais identificam a necessidade de maior e melhor qualificação, e a classificam como essencial para uma boa prestação de serviços para a população hipertensa, destacando-se inclusive a educação em saúde enquanto ferramenta capaz de gerar modificação de comportamentos e atitudes que possibilitem a melhora da qualidade de vida, a promoção da saúde e da autonomia dos sujeitos envolvidos.

Os profissionais atuantes na ESF, membros de uma equipe interdisciplinar na saúde, precisam empoderar-se de estratégias que possibilitem atender o indivíduo, família e/ou comunidade de modo integral e contínua, desenvolvendo para isso ações de promoção, proteção e manutenção da saúde. Neste sentido, compreende-se que a prática educativa pode ser considerada uma importante estratégia no intuito de oportunizar a qualificação cuidado individual e coletivo, uma vez que esta é percebida como um processo dinâmico de troca de saberes entre os diversos profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde (WEYKAMP et al., 2015).

Os achados do estudo de Cavalcanti, Neto e Sousa (2015) revelaram que entre os maiores desafios encontrados no cenário da Atenção Básica, especialmente na ESF, destacaram-se a reduzida disponibilidade de recursos humanos e a precária qualificação

destes. A ESF se constitui cenário complexo marcado por peculiaridades que envolve ampla e diversificada realidade sanitária. Tal modelo exige dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas para trabalharem junto às comunidades, além de criatividade e adequado suporte técnico-científico (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2015).

2.3 Identidade profissional fragmentada

Composta por oito UR, essa subcategoria retrata a dificuldade que os participantes do estudo apresentam em relação a reconhecer a função própria de cada categoria profissional dentro da equipe de trabalho. As falas expostas a seguir, confirmam esse achado:

Muitos profissionais ainda não sabem sua função aqui, e às vezes acaba prejudicando o paciente. (Méd1)

Meu papel é só atender, né? A gente verifica a pressão, o peso, anota no cartão entrega os remédios e eles vão pra casa, acho que é isso que devo fazer! (Téc. Enf.)

A identidade profissional é formada pela aglutinação da identidade individual e coletiva, sendo a identidade individual entendida como conteúdos simbólicos que comunicam expectativas e desempenho de papel, além dos sentimentos de valor e desvalor atrelados. Por outro lado, a identidade coletiva refere-se a discursos e práticas construídas por representações sociais e entidades organizacionais. As duas, no entanto, formam-se ao mesmo tempo e a força de uma depende da maneira como a outra a amplifica e mantém. Em ambas situações, os conteúdos simbólicos que definem o conhecimento e a ética ocupam o centro identitário profissional que fomenta as práticas e relações profissionais em diversos contextos (LOPES, 2013).

Para Berger e Luckmann (2011) a construção da identidade profissional está baseada na incorporação de conhecimento especializado para determinada profissão, a qual inclui também vocabulário especializado, padronização de ações, programa e “universos simbólico”, o qual transmite uma visão de mundo particular.

A identidade profissional é constituída por elementos profissionais almejavéis que realizam uma ou outra atividade e que de alguma forma caracterizam um grupo. É o que é específico, o que identifica cada profissional, e envolve tanto a imagem social acerca da profissão como a agregação de aspectos, como conhecimentos, habilidade, atitudes, comportamentos e valores que identificam uma determinada categoria profissional (GHISLENI, 2010).

No relato exposto a seguir, observa-se que existem categorias profissionais que ainda não identificaram suas atividades próprias, e por isso generalizam o seu “agir” profissional:

...faço um pouco de tudo! (Enf)

Sabe-se que a ESF, enquanto cenário de atuação de diversas categorias profissionais, acaba por constituir-se também campo propício para a disputa de força e poder, onde naturalmente quem faz mais, é mais poderoso. A partir da visão de diversos estudiosos, entre eles Bourdieu (2007) ele tipo de relação na verdade se constitui um “jogo” à procura de agregar mais capital simbólico e, por consequência, uma redistribuição e conquista de espaço social. Esse jogo, o qual apresenta regras próprias, possui como objeto de disputa mais prestígio e valorização, fazendo com que, ora consciente ora inconsciente, e até em certas situações por imposição, os profissionais incorporem como algo “natural” em seu cotidiano a prática, por exemplo, de fazer “tudo”, no intuito de agregar mais capital simbólico no campo em questão inseridos (FERNANDES, 2016).

Compreende-se, no entanto, que a escolha por fazer “tudo” não é uma decisão consciente e calculada, mas sim um desconhecimento de si, a forma do seu “eu” profissional e a fragmentada permanência identitária que prevalece entre os profissionais dos serviços de saúde. Salienta-se que não há uma identidade profissional totalmente construída, ela é inacabada, já que envolve muitos elementos necessários para a sua plenitude. Existe um trajeto, um movimento em direção a algo ainda indeterminado, porém é imprescindível conhecer os seus elementos essenciais para guiar as percepções, reflexões e práticas de uma determinada categoria profissional.

CATEGORIA 3: CUIDADO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO

Esta categoria reúne 48 UR encontradas nas falas dos profissionais, as quais identificam o modo com que os profissionais atuam no manejo do paciente com hipertensão, destacando-se nesse contexto a importância do tratamento farmacológico e a atuação interdisciplinar característica no cenário da ESF. Também foram destacadas nessa categoria as ações de promoção da saúde desenvolvidas junto aos usuários do serviço e as complicações que influenciam o cuidado da clientela hipertensa.

3.1 Complicações que influenciam o cuidado

Cinco UR destacaram as complicações que influenciam o cuidado do paciente hipertenso. Os discursos descritos abaixo são exemplos desse achado:

Alguns vêm com tontura, com muita dor de cabeça, né? (ACS)

A hipertensão tem complicações como infarto, derrame, cegueira, insuficiência renal, muitos pacientes acabam desenvolvendo essas coisas... (Méd 2)

O controle da hipertensão arterial não é tarefa, uma vez que o seu caráter crônico-incidioso contribui para a não adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, estimativas apontam que apenas um terço das pessoas regularmente assistidas na atenção básica é que conseguem manter os níveis da PA em valores desejáveis. Quando o controle dos níveis da pressão arterial não é atingido, surgem complicações que acabam por dificultar o cuidado clínico da HAS, tais complicações podem variar entre simples tontura até o desenvolvimento de insuficiência cardíaca e/ou acidente vascular encefálico (BARRETO; MARCON, 2013).

Estudo realizado em Fortaleza/CE a partir das fichas dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA, revelou que o acidente vascular encefálico apareceu como a complicação mais frequente (62%), seguido da doença arterial coronariana (46%) entre aqueles que tinham hipertensão. Nesse mesmo estudo, ao entrecruzar as variáveis a fim de fazer associação com as complicações da HAS, identificaram que frequentemente as complicações associavam-se ao sobrepeso, tabagismo e sedentarismo, respectivamente (SANTOS; MOREIRA, 2012). Sobre este aspecto, observa-se que a preocupação dos profissionais relativos ao sobrepeso e obesidade, como pode ser visto no discurso a seguir:

Tem muita gente com sobrepeso e obesidade e hipertensão arterial, eu vivo chamando a atenção! (Enf)

É oportuno destacar também a associação frequente entre a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, expressa nas falas seguintes dos profissionais:

Geralmente a hipertensão vem aliada a outra doença muito comum também que é o diabetes. (Nutri 1)

Grande parte dos hipertensos são também diabéticos, e isso acaba influenciando bastante no tratamento. (Méd 1)

A possibilidade de associação da HAS e do diabetes é da ordem de 50%, o que, não raro, o cuidado de ambas no mesmo usuário. A concomitância destas doenças potencializa o dano micro e macrovascular decorrente, resultando no possível aumento de morbidade

cardiocerebrovascular. Ademais, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus apresentam também outros aspectos em comum, como por exemplo: etiopatogenia, fatores de risco semelhantes, tratamento medicamento e não medicamentoso, caráter crônico, possibilidade de prevenção, início silencioso, difícil adesão ao tratamento, exigência de acompanhamento contínuo por equipe multidisciplinar e, diagnóstico relativamente fácil (BORGES et al., 2013).

No intuito de minimizar os problemas advindos de tais afecções, é que no ano de 2000 o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e concomitante a isso criou o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), adotado em todos os Centros de Saúde da Família (CSF). A partir dessas ações, os gestores dos serviços e sistemas vinculados aos SUS buscavam estabelecer metas e diretrizes para oferecer atenção integral, mediante a reestruturação e ampliação do atendimento básico, às pessoas que convivem com essas doenças (SANTOS; MOREIRA; 2012).

Nesse processo, cabe à equipe atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente ao enfermeiro, conhecer o perfil saúde dos indivíduos, principalmente aqueles com hipertensão, residentes na área geográfica da Unidade onde atuam que necessitam de cuidados mais complexos e específicos com vistas a desenvolver melhor planejamento e a implementação de ações mais efetivas no controle da doença e dos seus agravos.

Enquanto ciência, arte e tecnologia, a enfermagem preocupa-se com o cuidado humano nas dimensões individual e coletiva, pautada no compromisso social com as necessidades de saúde da população. Compreende-se, assim, que o desafio de manter os níveis da PA controlados tem relação intrínseca com a enfermagem, devido à necessidade que os profissionais dessa categoria profissional têm de acompanhar direta e continuamente os usuários que convivem com alguma doenças crônica, como é o caso da hipertensão (MOURA et al., 2014).

3.2 Valorização do tratamento farmacológico

Composta por 15 UR, a presente subcategoria retrata a ênfase dada à terapia farmacológica no cuidado clínico do paciente hipertenso no contexto da ESF, aspecto este que pode ser constatado a partir da análise dos discursos a seguir:

É importante saber se o paciente está fazendo uso correto da medicação. (Méd 1)

Se for o caso o médico já atende logo pra ver se faz alguma alteração na medicação.. (Téc. Enf)

A gente pede que eles façam uso da medicação regularmente. (Enf)

Conforme se verifica, os medicamentos permanecem no centro do tratamento e enfrentamento das mais diversas patologias, especialmente no cuidado aos pacientes com hipertensão. Embora existam diversas formas de tratamento, e estas são conhecidas e desenvolvidas por alguns dos profissionais investigados, a maioria deles demonstrou privilegiar a terapia farmacológica em detrimento de tratamentos alternativos relacionados às mudanças de hábitos de vida e saúde, os quais estão intimamente ligados às ações de educação em saúde. Esse fato corrobora com o que já vem sendo discutido nesse estudo quanto à prioridade dada ao modelo biomédico de cuidado pelos profissionais no manejo da hipertensão.

A preocupação com a adesão ao tratamento farmacológico pelos pacientes hipertensos associa-se amplamente à alta prevalência da doença, seu caráter assintomático e às múltiplas complicações que podem ser desencadeadas pelo não controle desta. Conceituada como a adaptação do usuário à prescrição e orientações médicas, a adesão ao tratamento é um processo complexo que sofre influência de diversas variáveis, dentre as quais pode-se destacar dificuldades financeiras, elevado número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente (FAVA et al., 2014; GIROTTO et al., 2013).

O controle da HAS está intimamente ligado à adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não. As múltiplas dimensões envolvidas nesse processo possibilitam, pois, reconhecer que o acompanhamento regular das pessoas com hipertensão motivando-as à aderirem ao tratamento proposto ainda se constitui um dos grandes desafios para a equipe de saúde, como pode ser visto através da seguinte fala:

Algumas pessoas são teimosas, não querem tomar os remédios! (ACS)

A literatura destaca que entre as alternativas utilizadas para garantir maior adesão ao tratamento, evidencia-se que é imprescindível que o usuário conheça a doença e as diversas alternativas terapêuticas disponíveis, que seja convidado a participar ativamente das decisões sobre seu próprio tratamento e que haja coerência nas informações dadas por todos os profissionais envolvidos no cuidado (PIERIN et al., 2011).

O acesso a medicamentos e demais insumos essenciais na prestação do cuidado aos hipertensos é amplamente discutido como aspecto transversal na garantia de um serviço de qualidade, tanto do ponto de vista gerencial-orçamentário quanto do ponto de vista técnico-científico, que se coadune com os diversos programas, ações e estratégias existentes no SUS. É possível perceber que os profissionais corroboram com essa afirmativa, através do relato expresso:

A gente tem que manter o controle da distribuição de medicamentos, isso é importante! (Nutri 2)

A propósito destas informações, entende-se a importância dos profissionais conhecerem a população para a qual prestam seus serviços, e com base nas suas necessidades e singularidades elaborar um plano de cuidado capaz de oferecer oportunidades reais para que este seja implementado. O momento das consultas, especialmente no contexto da enfermagem, é propício para a escuta qualificada através da qual tem-se a abertura para o diálogo e deste, para o “mundo” onde o usuário está inserido. O sucesso do tratamento da hipertensão, farmacológico ou não farmacológico, assim como outras atividades depende muito da sensibilidade de quem o conduz, da clareza na proposição de mudanças e do reconhecimento das dificuldades e preocupação próprias de cada ser.

3.3 Ações de promoção da saúde

Na presente subcategoria encontram-se agrupadas 13 UR que se referem ao desenvolvimento de práticas ligadas à promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais entrevistados na ESF. Os relatos listados abaixo demonstram um pouco da ideia de promoção da saúde que o grupo possui:

Aqui investimos bastante em educação em saúde, individual e coletiva. (Enf)

...Fazemos palestras quanto à alimentação, atividades do dia a dia, realização de atividade física.. (Nutri1)

O enfermeiro faz muita palestra, e isso é importante para promover a saúde dessas pessoas! (Téc. Enf)

A Estratégia Saúde da Família foi instituída no intuito de atender o indivíduo e a família de forma contínua e integral, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como objetivo principal reorganizar a prática assistencial, antes centrada apenas no hospital, passando a enfocar o sujeito em seu ambiente físico e social (FERRO et al., 2014).

Dentro dessa abordagem, a promoção da saúde se configura como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCNT. Particularmente no que diz respeito à hipertensão arterial, a promoção da saúde pautada na educação em saúde, deve ser implementada nos diferentes cenários de cuidado, exigindo dos profissionais o desenvolvimento de competências e habilidades capazes de auxiliar na identificação das necessidades em saúde, planejamento das ações e articulação com outros setores sociais visando a avaliação das práticas educativas aplicadas a determinado grupo populacional (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Os discursos de alguns profissionais investigados deixa clara a valorização do desenvolvimento das práticas de educação em saúde pela equipe:

Aproveitamos o dia do HIPERDIA pra fazer alguma movimentação pra uma educação em saúde mais ampla. (Enf)

Para alcançar um cuidado preventivo aqui na unidade agente trabalha com educação em saúde. (ACS)

O cuidado educativo voltado à promoção da saúde exige dos profissionais, principalmente do enfermeiro, a incorporação de competências específicas para capacitar a comunidade a atuar na melhoria de sua qualidade de vida. No que diz respeito às pessoas com hipertensão, é necessário considerar as peculiaridades próprias dessa patologia que repercutem no desempenho das atividades educativas propostas (COSSA; JARDIM, 2011).

Parece, portanto, oportuno referir que durante a Conferência de Galway, realizada no ano de 2008 na Irlanda, definiram-se as competências para a promoção da saúde e educação em saúde, tendo como foco principal a qualificação dos profissionais para enfrentar os problemas de saúde agudos ou crônicos a partir do desenvolvimento de competências (HOWZE et al., 2009). Dentre as principais competências definidas, pode-se destacar a necessidade de planejamento, poder de liderança e a formação de parcerias entre os diversos setores e profissionais da saúde (BARRY et al., 2009).

Sob tal enfoque, tem-se que a educação em saúde constitui-se em espaço privilegiado de interlocução entre gestores, profissionais e usuários, que dialogam e descobrem juntos formas de intervenção em contextos concretos. Desenvolver intervenções educativas que integrem os profissionais de saúde e a população com HAS deve, portanto, ser uma prerrogativa a ser empreendida em todos os níveis de atenção buscando devolver aos sujeitos/atores o lugar de partícipes da produção de cuidado, estimulando-os a movimentar-se frente às ameaças de sua própria saúde (MACHADO, 2015).

Nesse particular, destaca-se a atuação do enfermeiro, que através das práticas de promoção da saúde busca garantir aos sujeitos autonomia e capacidade de resolutividade frente aos diversos agravos que possam afetar sua saúde, exercendo suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

De modo geral, a enfermagem exerce função educativa na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através do desenvolvimento de intervenções sociais, ambientais e, sobretudo, educacionais que buscam a integração com os demais profissionais atuantes, objetivando garantir um cuidado integral e satisfatório, através da amplificação de espaços para o diálogo livre de dogmas e/ou preconceito.

3.4 Atenção interdisciplinar

O significado da palavra interdisciplinar se refere a uma clínica composta por diferentes profissionais que estabelecem algum tipo de comunicação, conseguindo que os pacientes sejam avaliados, diagnosticados e tratados por dois ou mais destes sujeitos, quando a ocasião assim exigir (SILVA et al., 2012).

Gerenciar o cuidado envolve, pois, atitudes e ações interdisciplinares dos profissionais, além da preocupação destes com a qualidade do serviço oferecido, tendo como base a satisfação dos usuários a partir das estratégias implementadas para a efetivação do cuidado.

A partir desse enfoque, foram identificadas nessa subcategoria 15 UR por meio das quais os profissionais enfatizaram a relevância da participação de diversas categorias na conformação da equipe de saúde atuante na ESF no manejo do paciente com hipertensão. Tais aspectos evidenciam-se nas falas seguintes:

Na assistência da família o médico tem que tá sempre ao lado do enfermeiro e ao lado do nutricionista. Tem que ter essas ligações. (Méd 2)

Tem que ter a integração de todo mundo da equipe, fechou na equipe! (ACS)

A presença de uma equipe multidisciplinar no contexto da Estratégia Saúde da Família favorece o desenvolvimento de práticas de cuidado mais complexas, devido à interação entre os profissionais e os seus múltiplos conhecimentos e visões. Ao se discutir a importância da abordagem interdisciplinar na atenção à pessoa com HAS, percebe-se a necessidade de adequação de diversas práticas na saúde, pelo fato desta doença se tratar de um agravo

multifatorial que requer uma assistência pautada na interação de múltiplos profissionais a partir da qual se garantirá maior efetividade no tratamento (SOUSA et al., 2015).

No contexto do cuidado direcionado aos indivíduos hipertensos, os profissionais mais requisitados da área da saúde são geralmente os médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, e nutricionistas, este último pertencente ao NASF. Tal fato pode ser percebido através das seguintes expressões:

Eu creio que nesse caso da hipertensão, o médico, o ACS e enfermeira eu acho que eles se destacam no cuidado. (Nutri 2)

Tem que ser o conjunto de médico, enfermeiro, e nutricionista do NASF! (Méd 2)

Criado em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visa apoiar e amplificar a resolutividade da ESF. De acordo com a portaria nº 3.124/12 do Ministério da Saúde (MS), o NASF deve ser composto de equipe multiprofissional e, para superar os modelos convencionais de assistência à saúde que visam à assistência curativa, especializada e fragmentada, busca a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado em saúde junto à ESF (BRASIL, 2014; BRASIL, 2008; FERRO et al., 2014).

O processo de trabalho desenvolvido na ESF é influenciado, dentre outros aspectos, pelo desenvolvimento de ações interdisciplinares, pela valorização dos diversos saberes e pela implementação de práticas na perspectiva integral e resolutiva das diferentes questões relacionadas à população adscrita em sua área de atuação. Juntos, equipe da ESF e NASF, representam a possibilidade reorientação da atenção à saúde, pela ambivalência das ações e propostas de atividades que levam em consideração a diversidade de trabalhadores envolvidos nesse processo. Deste modo, é imprescindível que os profissionais de ambas as equipes compreendam o processo de trabalho, a fim de perceber como se dá a construção, empírica e social, das necessidades dos sujeitos nos serviços de saúde, bem como as melhores formas de satisfazê-las (SILVA et al., 2012).

Nota-se que os profissionais compreendem a importância e a necessidade de desenvolver um cuidado interdisciplinar. No entanto, ainda podem ser observados diversos desafios a serem superados, tais como a fragmentação do cuidado e a escassez de espaços disponíveis para a atuação particular e das diversas categorias profissionais. Desse modo, é precípua a implementação de técnicas de gerenciamento que viabilizem a estruturação de espaços de elaboração de metas e ações conjuntas que possam facilitar o intercâmbio entre os

saberes apresentados por cada um desses sujeitos, para que a partir daí, o cuidado possa ser melhor desenvolvido e corresponda às expectativas dos usuários do sistema.

5.2.2 CLASSE TEMÁTICA II: ELOS CONSTRUÍDOS A PARTIR DO CUIDADO AO HIPERTENSO

Relacionar-se é uma característica que está na essência do ser humano, este vive um fluxo contínuo de troca de energia, pensamentos, ideias e emoções que lhes são inerentes ao próprio fato de existir. No setor saúde, o estabelecimento de relações entre os profissionais é algo indispensável para o estabelecimento, e sucesso, de metas e/ou objetivos. No cenário da Estratégia Saúde da Família, tal habilidade evidencia-se com mais clareza em alguns membros da equipe, já que sofre influências de diversos fatores (como a desenvoltura individual de cada sujeito) e, em contrapartida, exerce bastante poder sobre as atividades de cuidado desenvolvidas. A presente classe temática, constituída por 46 UR, discute tais aspectos, no contexto do cuidado do hipertenso, a partir das categorias e subcategorias seguintes:

CATEGORIA 4: IMPLICANTES NO ESTABELECIMENTO DAS LIGAÇÕES

Esta categoria reúne 16 UR, através das quais os profissionais entrevistados elencaram alguns aspectos, positivos e negativos, que influenciam o desencadeamento de ligações entre os integrantes da equipe de saúde durante o cuidado das pessoas hipertensas. Essas questões foram divididas em duas subcategorias, descritas adiante:

4.1 Fatores que facilitam o vínculo

O vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura que se estabelece entre uma ou mais pessoas, ao passo em que permite no decorrer do tempo, a formação de laços que se criam e se fortalecem com base na afinidade entre pensamentos e ideias. Essa relação é caracterizada pela troca constante de empatia, onde os sujeitos cooperam uns com os outros, objetivando a continuidade do contato pautado no respeito e na compreensão frente às adversidades de pensamentos e/ou opiniões, em diversos contextos (BRUNELLO et al., 2010).

Ao serem questionados sobre o tipo de relações que estabeleciam ao longo do cuidado fornecido para os usuários hipertensos, e o modo como a equipe desenvolvia suas ações, os

profissionais destacaram aspectos facilitadores na formação de vínculos, que acabam por favorecer o desenvolvimento de atividades. As falas expostas abaixo exemplificam o achado:

A comunicação é boa e isso ajuda bastante! (Téc. Enf)

Acho que os profissionais da minha equipe gostam do que fazem, e isso facilita o nosso trabalho. (ACS)

Todo mundo é de fácil acesso, responsável é um grupo bom de trabalhar. (Méd 1)

Dos fatores contribuintes para a formação e manutenção do vínculo dentro da equipe de saúde, destacaram-se a predisposição e abertura ao diálogo, esta por sua vez, resultando no fácil acesso a todos os membros da equipe; a afinidade e satisfação em desenvolver as atividades próprias de cada categoria profissional, bem como o comprometimento dos participantes com a efetivação de um cuidado de qualidade.

No contexto de produção do cuidado na ESF, muito se fala na necessidade de os profissionais desenvolverem laços com os usuários, a fim de garantir-lhes um cuidado de qualidade, pautado nas necessidades próprias de cada sujeito. Todavia, pouco se destaca a relevância que essa capacidade de estabelecer vínculos tem dentro da equipe de saúde, entre os próprios profissionais, desconsiderando muitas vezes as influências exercidas por este aspecto na efetivação das práticas profissionais, e os impactos destas na concretização do cuidado.

A edificação do vínculo entre os profissionais da saúde se apresenta como uma possibilidade de construir nova prática de atuação, capaz de pautar seus princípios na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Tal fato depende, pois, de uma aproximação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, de modo a desenvolver relações interpessoais, de cunho profissional, baseadas na escuta, no diálogo e no respeito. Nesse particular, sabe-se que existem diversos desafios que permeiam esse processo organizacional, manter um ambiente de trabalho prazeroso que instigue o desenvolvimento potencial e intelectual dos trabalhadores desse cenário não é fácil, mas é necessário à concretização de diversos anseios. É indispensável, portanto, que os trabalhadores tenham em mente as noções de vínculo, seus benefícios e, conseqüentemente, a responsabilização que a equipe tem pelo cuidado integral à saúde coletiva e individual das populações (SILVA et al., 2015).

Especificamente no contexto de cuidado das pessoas que convivem com a hipertensão, é primordial que o clima entre a equipe seja amistoso e propício para a edificação de vínculos, pois isso além de proporcionar segurança ao usuário, também possibilita maior interação deste com todos os integrantes da equipe. Destaca-se que a prática reflexiva sobre o clima

organizacional é um instrumento útil na otimização e concretização do vínculo nos serviços prestados pelas equipes da ESF, atuando como importante ponto de partida para mudanças na adoção de novas práticas de trabalho que visem além da integralidade das ações, o bem estar dos profissionais envolvidos. Essa abordagem se caracteriza como estratégia de educação em saúde que visa à satisfação global de quem usufrui e de quem fornece o cuidado, a partir da construção de relacionamentos sadios que os acolham nos momentos de fragilidade dentro e fora da equipe de saúde (SILVA et al., 2014).

4.2 Fatores que dificultam o vínculo

Como dito anteriormente, diversos são os desafios que influenciam a construção de vínculos dentro da equipe profissional atuante na ESF. A presente subcategoria é composta por oito UR, e aborda os principais aspectos relacionados a essa questão na visão dos participantes, como pode ser visto adiante:

Temos horários diferentes aqui na unidade, e isso acaba atrapalhando um pouco a relação. (Nutri 1)

Uma coisa que dificulta o nosso relacionamento é a questão de tá toda hora mudando os profissionais, alguns são contratados, né? (Méd 1)

Caracterizada pela descentralização de ações e flexibilidade de organização, a ESF sofre influências múltiplas de fatores que ultrapassam suas barreiras, e que se ligam diretamente ao modelo de gestão e organização setorial típicos de cada sociedade ou grupo. A rotatividade dos profissionais na ESF, principalmente de médicos e enfermeiros, bem como a formatação de horários por estes, são considerados fatores que ameaçam a qualidade das ações desenvolvidas neste cenário (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

A rotatividade dos profissionais atuantes na ESF pode comprometer a efetividade do modelo de assistência, acarretando prejuízos no desenvolvimento de um cuidado holístico e satisfatório, pautado na formação de vínculo entre os profissionais da equipe, e desta com os usuários. Estudo realizado em Itabira/MG mostrou que praticamente metade (47,1%) dos profissionais atuantes na ESF foram substituídos no período de um ano, destacando-se entre eles os médicos, com rotatividade média equivalente a 53,9% e, os enfermeiros com uma média de 47,6% (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

Com efeito, a rotatividade provoca consequências múltiplas, entre as quais pode-se destacar: impossibilidade de manter equipes integradas, diminuição da produtividade, dificuldades para novas contratações e insegurança transmitida aos usuários. Nesse particular,

compreende-se que os interesses políticos, a forma de contratação, o estilo da gestão e as prioridades desta, bem como as condições de trabalho oferecidas aos profissionais influenciam diretamente nessa questão, devendo isso impulsionar os gestores e administradores do sistema a buscarem meios de minimizar esses impactos, garantindo que os vínculos entre a equipe se formem se solidifiquem (BARATIERI; MARCON, 2011).

Outra questão a ser discutida, se refere à carga horária estabelecida para os profissionais atuantes na ESF, esta varia entre 20 e 40 horas semanais. Todavia, a maioria dos trabalhadores, por motivos diversos, fazem alterações em seus horários de trabalho, de modo que poucos conseguem cumprir a carga horária estabelecida de forma coerente, resultando esse detalhe em desgastes dentro da própria equipe e influenciando a interação entre os seus integrantes. A fala de um dos participantes destaca um pouco desse aspecto, como pode ser visto adiante:

O médico geralmente ele é mais corrido têm suas clínicas, às vezes chega muito cedo na unidade ou tarde demais e aí a gente tem menos contato! (Téc. Enf)

Atualmente, a ESF é regulada pela portaria nº 2488/2011 da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Essa portaria trouxe relevantes modificações relacionadas à composição das equipes de saúde da família, destacando-se dentre elas a possibilidade dos profissionais da categoria médica atuarem em duas equipes simultaneamente, desde que a carga horária semanal não ultrapasse quarenta horas. Esta alteração teve como objetivo específico viabilizar a inserção de médicos em territórios diversos, o que em partes facilitou a incorporação dos mesmos às equipes e, por outro lado, acarretou prejuízos no que diz respeito à vinculação deste profissional junto aos outros integrantes da equipe e à população, reduzindo sua participação nas atividades desenvolvidas pelo grupo, bem como a construção de vínculo entre estes (GIOVANI; VIEIRA, 2013).

Pode-se somar a este aspecto, o fato da maioria dos médicos atuarem, concomitantemente, em instituições privadas, contribuindo para agravar ainda mais essa situação, como foi possível perceber através do relato descrito anteriormente.

CATEGORIA 5: CENÁRIO RELACIONAL NO CUIDADO AO HIPERTENSO

A categoria em questão, composta por 30 UR, está dividida em duas subcategorias que tratam das questões relacionadas à importância das relações no contexto do cuidado, e destaca

os profissionais que se constituem elo entre usuários dos serviços de saúde e equipe da ESF. Tais aspectos podem ser observados a partir do conteúdo descrito a seguir.

5.1 Significados das relações na efetivação do cuidado

Composta por dez UR, a presente subcategoria representa a opinião dos participantes acerca da importância do estabelecimento de relações (de cunho profissional) entre os membros da equipe da ESF, e destes com os usuários do serviço a partir das ações de cuidado direcionadas aos hipertensos. Os relatos seguintes exemplificam esse achado:

Poder contar com uma boa equipe é fundamental para o sucesso das nossas ações, porque desenvolvemos aqui uma amizade e é ela que nos dá o suporte na hora de alguma dificuldade. (Enf)

Contemporaneamente, as equipes, e não mais os indivíduos isoladamente, têm se constituindo como unidades de trabalho que caracterizam-se por atuar lado a lado, dividindo além de espaços, problemas, apreensões, dúvidas e perspectivas de progresso e consequente sucesso. No setor saúde, particularmente no cenário da Estratégia Saúde da Família, a formação de equipes de trabalho se torna demasiado significativo uma vez que as ações e interações que consistem no estabelecimento de relações entre os profissionais, são cruciais ao desenvolvimento e responsabilização coletiva do cuidado.

Estudo desenvolvido no Sul do Brasil mostrou que os profissionais atuantes no setor saúde consideravam que a atuação interdisciplinar exige o desenvolvimento de relações pautadas na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento e no acolhimento das diferenças entre os diversos saberes. Destacaram também que, as relações de trabalho constituíam-se um dos fatores que mais motivavam a permanência destes profissionais na equipe, principalmente quando comparavam às relações vivenciadas em outros espaços de trabalho (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Em outras palavras, pode-se dizer que é da própria natureza humana a necessidade intrínseca de relacionar-se e sentir-se acolhido/amparado. Por sua vez, quando estas questões se encontram com a necessidade de oferecer cuidado à saúde de outro ser humano de modo a garantir-lhe qualidade e/ou condições de vida, amplificam-se as dimensões de responsabilização e dever, que ao serem divididas entre os membros de uma equipe, neste caso de saúde, tem o poder de gerar segurança, suavidade e conforto a todos os envolvidos, opondo-se dessa maneira, ao intenso processo de especialização e fragmentação do trabalho, ainda característicos em todos os níveis de atenção à saúde (ANDRADE et al., 2016)

O estabelecimento de relações entre profissionais e usuários na ESF, também influencia o modo como estes reagem ao tratamento, determinando em grande parte das vezes a possibilidade de retorno desse usuário para à unidade. No caso dos pacientes hipertensos, onde o cuidado carece ser contínuo através de consultas e de visitas domiciliares, é necessário conquistar a confiança desse usuário e a partir daí, garantir que ele se sinta confortável junto aos profissionais da equipe, favorecendo assim a troca de saberes e informação através do diálogo.

Tal aspecto pode ser observado através da seguinte fala:

Tem paciente que vem na unidade só pra conversar ,eles se apegam com a gente de verdade! (Enf)

É inevitável reconhecer a importância que as relações têm para o indivíduo em situação de risco na saúde ou em crises como, por exemplo, o período de doença aguda ou crônica. No âmbito das doenças crônicas, dentre elas a hipertensão, o poder dos vínculos se evidencia promovendo uma melhora na saúde dos pacientes com problema cardíaco e o suporte social tem se mostrado relevante para promover a adesão ao tratamento. Esta rede social que se forma, envolve além dos profissionais, usuários e familiares e contribui para uma melhora da qualidade de vida destes sujeitos, tanto no domínio físico quanto no psicológico (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

Juntos, profissionais-usuários-comunidade, são capazes de planejar ações capazes de transformar a realidade na qual estão inseridos, não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente, os fatores relativos aos aspectos culturais, políticos e sociais.

5.2 Profissionais que ligam hipertensos à equipe de saúde

A equipe multiprofissional que compõe a Estratégia Saúde da Família tem, entre outras obrigações, o dever de conhecer além das famílias adscritas no seu território de atuação, o ambiente onde estas estão inseridas, os principais problemas de saúde e os implicantes da sua qualidade de vida. No entanto, para se conseguir atingir tais objetivos, é necessário fazer um acompanhamento prolongado e contínuo com a população, e nem todos os profissionais da equipe consegue desenvolver esta habilidade, sendo esta a principal responsável por trazer os sujeitos ao encontro das equipes de saúde (BACKES et al., 2012).

A presente subcategoria, composta por 20 UR, destaca os profissionais que se constituem elo entre os pacientes hipertensos, usuários dos serviços de saúde, e os demais componentes da equipe profissional, conforme as expressões:

A enfermeira é quem mais conhece o usuário hipertenso, ela é quem faz o contato deste com a equipe!
(Méd 1)

A enfermagem é quem faz as ligações com os demais pontos dessa rede de atenção aqui na Atenção Básica! (Enf)

Os ACS são os olhos e os ouvidos da população em geral, eles levam informação pra população, e trazem respostas. (Nutri 1)

O ACS é quem tem o contato com o usuário, encaminha o paciente para a Unidade através das visitas domiciliares né?(Nutri 2)

A ênfase dada para os enfermeiros e agentes comunitários de saúde prevaleceu em todas as 20 UR encontradas nessa subcategoria. Esse achado relaciona-se com o perfil de trabalho destas categorias profissionais, que têm a sua essência marcada pelo cuidado direto dos pacientes, a observação continuada e a valorização de detalhes que passam invisíveis pela grande maioria dos demais profissionais.

A visita domiciliar, instrumento utilizado pelas equipes da ESF para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, constitui-se uma das principais atividades que permitem aos enfermeiros e ACS conhecerem o contexto social e identificarem as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe, permitindo uma maior aproximação entre essas duas esferas do cuidado (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

A enfermagem tem a possibilidade de atuar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja através das práticas de promoção da saúde, seja na reabilitação da saúde dos indivíduos. Na ESF, os enfermeiros têm a possibilidade de atuar enquanto gerentes de ações e serviços, através do desenvolvimento de ações capazes de proporcionar a expansão e consolidação do cuidado de enfermagem de modo amplo e integral, especialmente através da gerência do cuidado, e isso tem garantido cada vez mais respaldo e visibilidade à profissão (MACHADO et al., 2016; PAES et al., 2015).

No contexto do cuidado desenvolvido com foco nos pacientes hipertensos o enfermeiro, com base no acompanhamento contínuo desses usuários, tem a oportunidade de conhecer as necessidades específicas dessas pessoas e, a partir disso elaborar um plano de cuidado específico capaz de garantir a satisfação desses clientes a partir do atendimento de suas questões particulares. Esse processo se dá, particularmente, no esforço pelo levantamento de situações críticas e a intervenção sistematizada de um plano de cuidados que supere as fragmentações e assegure a continuidade e resolutividade das queixas, levando esse usuário a

interagir com os mais diversos profissionais, sempre que identificar a necessidade disso acontecer (BACKES et al., 2012).

No tocante à relevância do ACS no papel de conectar usuários à equipe de saúde, há de se fazer menção ao fato desse profissional ter sido pouco citado pelos participantes durante a primeira etapa dessa pesquisa. Contudo, no momento das entrevistas percebeu-se uma recorrência significativa de destaque para a atuação desse integrante frente ao cuidado das pessoas com hipertensão.

Conhecedor do ambiente no qual cada sujeito está imerso, o ACS tem entre as suas atribuições a função de desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações educativas de cunho individual e coletivo, nos domicílios e comunidades, em sua área de abrangência, e é responsável por agregar muitos profissionais, com maior nível de escolaridade, junto à efetivação do cuidado de diversas doenças, nesse caso particular da hipertensão (PESERICO et al., 2014).

Por ser, na maioria das vezes, morador da comunidade onde desenvolve o seu trabalho, e estar em contato direto a maior parte do tempo com os usuários, os ACS são conhecidos pela quase totalidade da população e, representam para esta uma oportunidade de aproximação com os demais membros da equipe de saúde, constituindo-se, pois, peça fundamental no cenário da ESF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer os diversos tipos de interações desenvolvidas através, e a partir, dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, envolvidos no cuidado ao paciente com hipertensão. Evidenciando a formação de laços/elos e a ampliação destes para o desenvolvimento de redes sociais, que se constituem fundamentais à concretização das ações assistenciais à saúde nesse nível de atenção.

A análise da rede social formada pelos profissionais atuantes na ESF no cuidado aos hipertensos permitiu a compreensão dos fatores influenciadores no estabelecimento das relações entre os atores. A rede identificada, e a análise do grau de centralidade, demonstraram que nesse cenário alguns profissionais ganham destaque, dentre eles o médico, o enfermeiro, o nutricionista e o agente comunitário de saúde.

Especificamente no que diz respeito ao papel do enfermeiro na ESF, este ganhou ênfase por mostrar-se um importante articulador, de ações e serviços, no contexto de cuidado dos usuários hipertensos. Considerado um profissional com grande capacidade para desenvolver ações assistenciais e de gerência, o enfermeiro apresentou-se como peça estruturante de todas as ações desenvolvidas na Unidade de Saúde. Tal constatação atribui-se ao número significativo de vezes em que este profissional foi mencionado, por todos os integrantes da equipe e por aqueles que a circundam, levando-o a ter grau de centralidade de destaque.

O médico também apareceu como ator com significativo grau de centralidade, todavia a partir das falas dos entrevistados esse fato guarda estreita relação com a dependência e/ou subordinação das demais categorias profissionais frente à valorização do modelo biomédico, pautado no tratamento de doenças e não na prevenção de agravos ou promoção da saúde, como foi o caso do enfermeiro, e do nutricionista.

A atuação do ACS por sua vez, ganhou relevância no momento das entrevistas, a partir das quais os profissionais mencionaram a importância desses profissionais para a efetivação das ações de cuidado, principalmente no contexto da HAS. O fato do ACS estar em contato direto e contínuo com a população dá a esse profissional a possibilidade de maior entrosamento e consequentemente possibilita que este conheça verdadeiramente as necessidades e impicantes de saúde dos sujeitos e comunidades.

Em relação ao panorama municipal de atendimento à hipertensão, verificou-se a satisfação dos profissionais no que se refere ao suporte oferecido, porém evidenciou-se a necessidade de práticas de capacitação profissional capazes de garantir melhor qualidade da assistência dos pacientes com HAS, evitando-se que estes sejam remanejados para a atenção

secundária e/ou terciária e, desenvolvam precocemente as complicações advindas da doença, tais como hospitalizações recorrentes, e insuficiência cardíaca.

De modo geral, as relações estabelecidas entre os diversos profissionais mostrou-se essencial na busca para a garantia de um cuidado integral e de qualidade. Identificar os principais atores desse cenário, bem como os elos pelos quais se conectam, favoreceu a uma maior compreensão dos fatores que influenciam o desenvolvimento das atividades de assistência à saúde, ao passo em que possibilitou uma visão mais ampliada acerca do modo como as ações e serviços estão sendo estruturados nesse cenário, e como os profissionais desempenham suas atividades e a satisfação destes frente ao contexto onde estão inseridos.

Cabe dizer ainda que, com base nos achados, percebeu-se que as redes sociais normalmente são acionadas nos momentos de dificuldade, ameaça, insegurança ou frente a grandes conquistas, individuais ou coletivas. Nestes momentos, no contexto da saúde, os esforços múltiplos de diversos profissionais mostraram-se fundamentais para garantir a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde e qualidade de vida das populações. No caso particular dos hipertensos, uma rede bem articulada é decisiva para o sucesso de diversas atividades que envolvem, por exemplo, a melhora na adesão ao tratamento farmacológico, manutenção de uma alimentação saudável e prática de atividade física regular.

Sabe-se que muitos foram os desafios encontrados ao longo dessa pesquisa, desde a reduzida população, até a complexidade que envolve o estudo das Redes Sociais. Todavia, é inegável as contribuições que esta pesquisa trouxe para a compreensão dos elos constituídos a partir dos profissionais da ESF com foco no cuidado ao hipertenso, bem como os seus impactos e significados para a saúde.

A formação de vínculos no contexto da saúde é primordial para a obtenção das metas estabelecidas, sendo precípua perceber essas questões e buscar meios de aprimorá-la no intuito de garantir a tão idealizada integralidade entre os serviços de saúde, com um atendimento de qualidade e eficaz construídos através de uma equipe interdisciplinar capaz de estabelecer elos constantes e saudáveis, com a mesma finalidade: a excelência do cuidado.

É precípua, pois, conhecer e analisar as redes sociais com vistas não somente a perceber os “efeitos” dessas estruturas sobre os comportamentos de determinado grupo, mas também perceber os efeitos dos comportamentos sobre as estruturas sociais onde se desenvolvem essas interações. No setor saúde, especificamente na ESF, é essencial que se busque compreender a trama de interações entre profissionais de saúde, gestores, usuários e sistema de saúde. Tal compreensão resultará na ampliação e democratização do acesso às informações e serviços de

saúde, gerando assim maior interação e participação social entre os atores que compõem esse sistema tão complexo e desafiador.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.
- ANDRADE, D. M. C.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 23, n. 6, p. 852-855, 2015.
- ANDRADE, R. P. S. A. et al. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. **J. Res. Fundam. Care Online.**, v. 8, n. 3, p. 4857-4863, 2016.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013a.
- AZEVEDO, I. C. et al. A teoria clássica da administração no âmbito da enfermagem e da atenção básica. **Rev. APS**, v. 16, n. 3, p. 338-343, 2013b.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Cienc. Saúde Coletiva.**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciencia y Enfermeria.**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Esc. Anna Nery.*, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 4, p. 313-317, 2013.
- BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc. Anna Nery.** v. 20, n. 1, p. 114-120, 2016.
- BARRY, M. M. et al. The Galway consensus conference: international collaboration of the development of core competencies for health promotion and health education. **Glob. Health Promot.**, v. 16, n. 2, p. 5-11, 2009.
- BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade:** tratado de sociologia do conhecimento. 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BEZ, G. S.; FARACO, R. A.; ANGELONI, M. T. Uma proposta de utilização da técnica de análise de redes sociais na Universidade do Sul de Santa Catarina. *Perspec. Contemp.*, v. 6, n. 2, p. 53-79, 2011.

BLOCH, G.; ROZMOVITS, L.; GIAMBRONE, B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health, **BMC Family Practice**, v. 12, p. 62, 2011.

BONDANI, J. E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016.

BORGES, J. W. P. et al. Hypertensive patients with complications registered at hiperdia in Fortaleza, Ceará: implications for nursing care. **J. Res. Fundam. Care. Online.**, v. 5, n. 4, p. 556-565, 2013.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: núcleo de apoio à saúde da família – ferramenta para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para a Estratégia Saúde da Família, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de ACS: um pacto Tripartite**. Reimpressão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta. Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

- CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Min. Enferm.** v. 17, n. 4, p. 864-872, 2013.
- CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública.** v. 30, n. 7, p. 1453-1462, 2014.
- CAVALCANTI, P. C. S.; NETO, A. V. O.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da atenção básica na visão dos gestores municipais. **Saúde Debate.**, v. 39, n. 105, p. 323-336, 2015.
- CENERINO, A. et al. Redes sociais como fenômeno cultural: contribuições teóricas às pesquisas sobre inovação. **Rev. Gestão Organizacional.**, v. 6, n. 2, p. 71-84, 2013.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5ª ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2006.
- CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sócio-demográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 1, p. 171-180, 2012.
- COSSA, A. P. P.; JARDIM, D. P. O enfermeiro na educação em saúde na adolescência nos últimos dez anos. **Rev. Enferm. Unisa.**, v. 12, n. 1, p. 58-63, 2011.
- DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: **Harvard University**; 1973.
- FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 45, n. 6, p. 1345-1352, 2011.
- FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 849-856, 2011.
- FAVA, S. M. C. L. et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Rene.**, v. 15, n. 2, p. 354-361, 2014.
- FERNANDES, M. C. **Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus.** 2016. Tese (Doutorado). Fortaleza (CE). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.
- FERNANDES, M. C., et al. Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs.**, v. 12, n. 2, p. 522-533, 2013.
- FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios. **O mundo da Saúde.**, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.
- FIALHO, J. M. R. Análise de redes sociais: princípios, linguagem e estratégias de ação na gestão do conhecimento. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento.**, v. 4, n. Esp., p. 9-26, 2014.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica** - 3ª Ed. São Paulo: Yendis, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família. **Rev. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde.**, v. 7, n. 4, p. 1-14, 2013.

GIROTTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Cienc. Saúde Coletiva.**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GHISLENI, A. P. **A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional**: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva. 2010. Tese (Doutorado). Porto Alegre (RS). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M., Introduction to social network methods. **Riverside: University of California**, 2005.

HATALA, J. P. Social network analysis in human resource development: a new methodology. **Human Resource Development Review.**, v. 5, n. 1, p. 45-71, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência e Saúde Coletiva.**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

HOWZE, H. H. et al. Building health promotion capacity in developing countries strategies from 60 years of experience in the United States. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n. 3, p. 464-475, 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 08 nov. 2015.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demanda médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.

KRUG, S. B. F. et al. Estratégias de saúde da família: sobre gestão, processo de trabalho e assistência à saúde. **J. Nurs. UFPE on line.**, Recife. v. 9, n. 1, p. 105-113, 2015.

LANZONI, G. M. M. MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 66, n. 4, p. 557-563, 2013.

LINO, G.; GOMIDE, M. Análise de redes sociais na avaliação do programa de controle de hanseníase em um município do interior do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 32-40, 2012.

LOPES, A. Para uma identidade dialética e comunicacional em Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 3, p. 525-526, 2013.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences.**, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012.

MACHADO, A. L. G. **Efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no letramento em saúde de idosos hipertensos.** 2015. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.

MALACHIAS, MVB. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesq. bras. ci. Inf.**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-46, jan./dez., 2010.

MARTINS, L. N. et al. Fatores de risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. **Rev. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 299-307, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.

MELO, E. C. A. et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery.**, v. 19, n. 1, p. 124-131, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, J. L. et al. **Talleres de autoformación com programas informáticos de análisis de redes sociales**. Servei de Publicacions. Ed. 1ª. Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

MOURA, D. J. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE e na teoria da adaptação em hipertensos. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**., v. 16, n. 4, p. 710-719, 2014.

NAVARRO; A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

OLIVEIRA, R. M. **Gerência do cuidado à pessoa com aids**: enfoque na dor associada. 2009. Tese (Doutorado). Fortaleza (CE). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

ORRICO, G. S. et al. Práticas de planejamento em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. **Rev. Baiana Saúde Públ.**, v. 38, n. 1, p. 213-222, 2014.

PAES, L. G. et al. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 5, n. 1, p. 40-49, 2015.

PAZ, E. P. A. et al. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a estratégia de saúde familiar. **Invest. Educ. Enferm.** v. 29, n. 3, p. 467-476, 2011.

PESERICO, A. et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 4, n. 3, p. 488-497, 2014.

PICOS; **Relatório de Gestão**, Secretaria de Saúde, 2014.

PIERIN, A. M. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, sup. 1, p. 1389-1400, 2011.

POGGETO, M. T. D. et al. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia na atenção básica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 502-508, 2012.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e saúde coletiva.**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SALLES, M. R. R.; SALES, G. A. F. O Sistema da dádiva nas relações comunitárias e a constituição de alianças pelo trabalho tradicional. **Rev. Cul. Turismo.**, v. 2, p. 20-42, 2012.

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

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

SANTOS, L.; ANDRADE, L. M. O. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva.**, v.17, n. 11, p.2876-2878, 2012.

SILVA, A. B. O. et al. Análise de redes sociais como metodologia de apoio para a discussão da interdisciplinaridade na ciência da informação. **Rev. Ci. Inf.**, v. 35, n. 1, p. 72-93, 2006.

SILVA, C. A.; FIALHO, J.; SARAGOÇA, J. Análise de redes sociais e Sociologia da acção. Pressupostos teórico-metodológicos. **Revista Angolana de Sociologia [Online]**, v. 11, p. 91-106, 2013.

SILVA, J. S. et al. Supervisão dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 5, p. 899-906, 2014.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 20, n. 2, p. 784-788, 2012.

SILVA, M. R. F. et al. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015.

SIQUEIRA, J. E. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2013.

SOUSA, A. S. J. et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 23, n. 1, p. 102-107, 2015.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

TOMAEEL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais. **Trans. Informação.**, v. 25, n. 3, p. 245-253, 2013.

ULBRICH, E. M. et al. Atividades educativas para portadores de doenças crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 22-27, 2012.

VARANDA, M. P. Ação coletiva entre pequenos empresários: uma análise de redes sociais. **Análise Social.**, v. 42, n. 182, p. 207-239, 2007.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – DBHA. **Rev. Bras. Hiper.**, v. 17, n. 1, p. 4-64, 2010.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. R.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

WEYKAMP, J. M. et al. Motivação: ferramenta de trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica. **Rev. Bras. Ci. Saúde.**, v. 19, n. 1, p. 5-10, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE
Entrevista nº _____. Data: ____/____/____ 1. Nome: _____ 2. Gênero: M (☐) F (☐) 3. Idade: _____ 4. Tempo de atividade profissional: _____ anos. 5. Tempo de atuação na ESF: _____ anos. 6. Pós-Graduação: (☐) S (☐) N. Se sim, qual? _____. 7. Tipo de vínculo empregatício: _____. 7. Possui outro vínculo empregatício: (☐) S (☐) N. Se sim, qual? _____. 8. Renda mensal: _____. 9. Cite cinco pessoas com as quais você estabelece algum vínculo durante o cuidado dos pacientes com HAS (em ordem de importância). _____ _____ _____ _____ _____
Questões Norteadoras
1ª) Qual o seu papel no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial no município de Picos?
2ª) Como você percebe o cenário do atendimento às pessoas com HAS, e como você se vê dentro dele?
3ª) No âmbito da equipe profissional, com quem inicia e até onde vai esse cuidado ao hipertenso?
4ª) Com quais profissionais você mantém relação, e qual o tipo de relação, no que diz respeito ao cuidado aos hipertensos?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Redes Sociais de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso, que tem como objetivo Investigar as redes sociais formadas no cuidado do enfermeiro aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família. Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo às indagações feitas a partir de entrevista semiestruturada que abordam questões relativas às ações de cuidados dirigidos para as pessoas hipertensas. A entrevista poderá ser gravada, se você concordar. Informo que os riscos da pesquisa são mínimos e a pesquisadora estará atenta para resolvê-los. Os riscos de sua participação poderão ser: constrangimento em expor sua conduta e ações de trabalho na consulta de enfermagem ao hipertenso. Para minimizar, a pesquisadora receberá você em um local reservado do centro de saúde da família, de modo a garantir a privacidade. Se mesmo assim, você permanecer com algum receio, a entrevista será suspensa e a continuidade ficará ao seu critério. Serão ponderados riscos e benefícios. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale destacar, que sua participação no estudo é voluntária e você poderá deixar de participar deste a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Todos(as) os(as) participantes poderão receber esclarecimentos acerca desta pesquisa. Contatos com a mestranda Ana Zaira da Silva pelo telefone: (089) 98109.8119 e com a orientadora Profª. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva pelo telefone: (085) 99927.7421. O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimento sobre esta pesquisa pelo telefone: (085) 3101.9890 e endereço: Av. Parajana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para o(a) participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora. Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN

FASES:

1. RECORTE:

Unidades de Registro (UR) escolhidas: Frases

Número de UR (total): 140

2. INVENTÁRIO

3. CATEGORIZAÇÃO

4. CODIFICAÇÃO

UNIDADES DE REGISTRO – CONSTRUINDO O INVENTÁRIO

1. *Os pacientes têm acesso a maioria das medicações com custo acessível, né?*
2. *Os pacientes têm acesso a vários profissionais, temos o médico, a enfermeira, a nutricionista, o dentista, os agentes de saúde.*
3. *Aqui no postinho oferecemos desde medicamentos a profissionais bem capacitados no cuidado.*
4. *Se precisar de exame tem, se precisar de especialista tem pra onde mandar!*
5. *Não falta médico, não falta enfermeiro, tem os medicamentos!*
6. *Tem muitos programas já no PSF, o pessoal já faz muita campanha pra verificar a pressão do pessoal.*
7. *As enfermeiras é quem vem até Secretaria de Saúde, brigar por alguma coisa que tá errada, elas são as gerentes das unidades, né?!*
8. *Falta uma boa farmácia básica para que os doentes tenham acesso a essas medicações.*
9. *Como agente comunitária de saúde, minha primeira preocupação é saber se aquela pessoa vai tomar certos cuidados né?*
10. *Geralmente a enfermeira faz o papel de orientar as pessoas e encaminha pra o nutricionista.*
11. *A função do agente comunitário é tá batendo naquela mesma tecla: vamos fazer caminhada, cuidado com o que come, tome o remédio direito, vão no posto verificar a pressão...*
12. *O ACS é mesmo um incentivador.*
13. *Meu primeiro papel é tratar os hipertensos mais complicados, paciente infartado, que já teve AVC.*
14. *Meu papel principal é na manutenção dos equipamentos que são utilizados na aferição da pressão arterial.*
15. *O meu papel é fornecer os equipamentos e medicamentos para as Unidades Básicas de Saúde.*

16. *O papel da enfermagem inicia desde a prevenção, combatendo os fatores de risco, né?*
17. *O nosso cuidado é primeiramente sobre alimentação desses pacientes.*
18. *A atuação do nutricionista está mais voltada para uma alimentação saudável, né?*
19. *Eu vejo que nesse cenário eu auxilio no que diz respeito à alimentação, orientação alimentar né?*
20. *Acho que meu papel é prescrever as medicações, né? E acompanhar os pacientes mais complicados.*
21. *Aqueles que têm uns casos mais difíceis a gente faz o encaminhamento para um especialista, que no caso é o cardiologista, na clínica especializada.*
22. *Quando não conseguimos realizar o cuidado integral aqui na Atenção Básica, encaminhamos para a Atenção Secundária, no caso para o cardiologista.*
23. *A gente necessita de um cardiologista, que a gente precisa referenciar algumas vezes.*
24. *Mais é o cardiologista e o endocrinologista, eles atendem na CLISAM e no Hospital Regional.*
25. *O cuidado ele pode prosseguir até o cardiologista, o ortopedista, o oftalmologista, depende do caso.*
26. *Contamos com o apoio do pessoal do NASF, especialmente a nutricionista.*
27. *Tem o cardiologista que a gente sempre encaminha os pacientes mais complicados.*
28. *Aqui na Atenção Secundária a gente pega muitos casos que normalmente poderiam ser resolvidos lá na ponta, na Atenção Primária, mas eles enviam pra cá!*
29. *Às vezes não tenho nenhum retorno do médico ou enfermeira e isso dificulta o cuidado.*
30. *Muitas vezes eu nem sei quem é a enfermeira ou a equipe que cuida desse paciente, então fica difícil até de dar um retorno!*
31. *Com o cardiologista, a gente não tem muito contato, então é ruim porque você encaminha um paciente e não sabe o que foi realizado, não tem retorno.*
32. *A gente fica um pouco a desejar com os demais profissionais porque não tem a questão da contra-referência, né?*
33. *Acho que falta incentivar mais os profissionais a se qualificarem*
34. *Eu acho que deveria ser oferecido para os profissionais mais treinamento sobre o tratamento da hipertensão.*
35. *O caminho que eu vejo para melhorar a atenção à hipertensão é a educação em saúde continuada para os profissionais.*
36. *Falta muito educação permanente para os profissionais, né?! Isso ainda falta muito...*
37. *Talvez por falta de capacitação dos profissionais...*
38. *...precisa ter educação permanente, porque eu acho que falta muita capacitação profissional.*
39. *A educação médico continuada desses profissionais deve acontecer de maneira sistemática, isso é de fundamental!*
40. *Meu papel é só atender, né? A gente verifica a pressão, o peso, anota no cartão entrega os remédios e eles vão pra casa, acho que é isso que devo fazer!*
41. *Meu papel é receber, atender e encaminhar pra o médico ou a enfermeira.*
42. *Meu papel é tá conversando, orientando pra melhorar o atendimento...*
43. *...faço um pouco de tudo!*
44. *Nesse cenário, eu me vejo mais necessário no sentido de prescrever medicações!*

45. *O pessoal fica confundindo muito, o médico e enfermeira não tem que competir cada um tem que saber sua função!*
46. *Muitos profissionais ainda não sabem sua função aqui, e às vezes acaba prejudicando o paciente.*
47. *Geralmente a hipertensão vem aliada a outra doença muito comum também que é o diabetes.*
48. *A hipertensão tem complicações como infarto, derrame, cegueira, insuficiência renal, muitos paciente acabam desenvolvendo essas coisas...*
49. *Grande parte dos hipertensos são também diabéticos, e isso acaba influenciando bastante no tratamento.*
50. *Alguns vêm com tontura, com muita dor de cabeça, né?*
51. *Tem muita gente com sobrepeso e obesidade e hipertensão arterial, eu vivo chamando a atenção!*
52. *Cuidar de hipertensão não é só tomar medicação, mas ela é indispensável né?*
53. *A outra questão que eu julgo importante são os medicamentos, ne?!*
54. *A gente tem que manter o controle da distribuição de medicamentos, isso é importante!*
55. *É importante saber se o paciente está fazendo uso correto da medicação.*
56. *A gente pede que eles façam uso da medicação regularmente.*
57. *Todo mês os hipertensos vêm pegar o remédio...*
58. *Se for o caso o médico já atende logo pra ver se faz alguma alteração na medicação.*
59. *Algumas pessoas são teimosas, não querem tomar os remédios!*
60. *A gente consegue atingir toda a população que necessita desse tipo de medicamento.*
61. *Eu nunca recebi nenhuma reclamação que algum usuário não tenha recebido esse tipo de medicamento.*
62. *A gente gerencia essa distribuição de medicamentos.*
63. *Têm uns pacientes descuidados, que não toma a medicação todo dia!*
64. *...ele já veio do posto com o captopril, hidroclorotiazida, e me agradeceu demais.*
65. *A gente tem aquela impressão de que a coisa mais difícil é fazer o hipertenso tomar o remédio, e não é!*
66. *As enfermeiras cobram quando falta algum medicamento na unidade...*
67. *Aqui na unidade também trabalhamos o exercício pra perder calorias, ter cuidado com o sal, a gordura, essas coisas.*
68. *A gente que trabalha aqui na Atenção Básica também é responsável por a detecção precoce, captação e capacitação dos hipertensos.*
69. *Para alcançar um cuidado preventivo aqui na unidade agente trabalha com educação em saúde.*
70. *Toda consulta a gente verifica a pressão arterial, apesar de ser recomendado na pessoa adulta uma vez no ano.*
71. *Na consulta de enfermagem a gente já aproveita pra fazer orientações quanto à alimentação saudável e também já faz orientação e encaminhamentos.*
72. *Aqui investimos bastante em educação em saúde, individual e coletiva.*
73. *Aproveitamos o dia do HIPERDIA pra fazer alguma movimentação pra uma educação em saúde mais ampla.*

74. *...Fazemos palestras quanto à alimentação, atividades do dia a dia, realização de atividade física...*
75. *Temos o momento de conversa individual e coletivo para tratar de muitos assuntos.*
76. *Uma vez por mês, sempre tem um profissional pra palestrar, pra dar dicas de uma alimentação saudável.*
77. *O enfermeiro faz muita palestra, e isso é importante para promover a saúde dessas pessoas!*
78. *A gente faz aqui não só as orientações em palestras como a gente faz em cada comunidade; mas a gente também tem o contato direto com paciente.*
79. *A equipe tenta trabalhar através de ações de educação em saúde...*
80. *A enfermeira já encaminha pra sala do médico, que é a segunda pessoa a cuidar do hipertenso.*
81. *O médico às vezes pode ser que encaminhe, ou não, pra um nutricionista.*
82. *Aqui eu sempre encaminho primeiramente pra equipe, seja quem for o médico ou nutricionista.*
83. *Aqui é preciso vários profissionais atuando juntos.*
84. *As enfermeiras quando identificam o paciente hipertenso, ou o médico eles já encaminham pra o nutricionista para que a gente possa fazer as orientações adequadas.*
85. *O cuidado começa pelo ACS vai até o médico, e aí depois continua o atendimento com o enfermeiro e técnico de enfermagem né?*
86. *A gente encaminha primeiro pra enfermeira, e quando tá passando mal vai direto pra o médico, depois para a nutricionista.*
87. *Na assistência da família o médico tem que tá sempre ao lado do enfermeiro e ao lado do nutricionista. Tem que ter essas ligações.*
88. *O médico, o enfermeiro orientando, e o nutricionista fazendo a dieta dele!*
89. *No âmbito de equipe, todos os profissionais são importantes, todos eles!*
90. *Lá no postinho vai ter o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o médico, enfim..*
91. *Eu creio que nesse caso da hipertensão, o médico, o ACS e enfermeira eu acho que eles se destacam no cuidado.*
92. *Precisa de toda a equipe da Atenção Básica toda, PSF e NASF.*
93. *Tem que ser o conjunto de médico, enfermeiro, e nutricionista do NASF!*
94. *Tem que ter a integração de todo mundo da equipe, fechou na equipe!*
95. *Eu me coloco como um colaborador, estou sempre em contato com todos!*
96. *A comunicação é boa e isso ajuda bastante!*
97. *Eu sempre preciso de apoio porque meus pacientes precisam de orientação dietética, graças a Deus que aqui todo mundo se ajuda!*
98. *Eu vejo minha equipe muito comprometida em atender os pacientes, sei que posso contar com eles!*
99. *Tanto com o médico quanto com a enfermeira eu tenho uma boa relação, eu entendo o lado deles e não exijo além do que posso!*
100. *Acho que os profissionais da minha equipe gostam do que fazem, e isso facilita o nosso trabalho.*
101. *Aqui temos muita facilidade de troca, todos são abertos ao diálogo.*
102. *Todo mundo é de fácil acesso, responsável é um grupo bom de trabalhar.*

103. *Temos horários diferentes aqui na unidade, e isso acaba atrapalhando um pouco a relação.*
104. *Uma coisa que dificulta o nosso relacionamento é a questão de tá toda hora mudando os profissionais, alguns são contratados, né?*
105. *Falta ainda muita humanização por parte de alguns profissionais, e isso não me deixa a vontade na equipe...*
106. *Tem alguns profissionais que trabalham mais e outros menos, e por isso prejudicam o serviço!*
107. *O médico geralmente ele é mais corrido têm suas clínicas, às vezes chega muito cedo na unidade ou tarde demais e aí a gente tem menos contato!*
108. *Meu trabalho é na parte secundária, eu não trabalho naquela equipe que vai ao doente ou que é o primeiro contato dele!*
109. *Eu trabalho só aqui!*
110. *Por causa das cobranças às vezes os ânimos se exaltam, ocorrem alguns atritos.*
111. *Poder contar com uma boa equipe é fundamental para o sucesso das nossas ações, porque desenvolvemos aqui uma amizade e é ela que nos dá o suporte na hora de alguma dificuldade.*
112. *Ter uma equipe com quem eu possa contar me deixa feliz e tranquila, sei que se acontecer alguma coisa de errado posso chamar alguém!*
113. *O bom de trabalhar na Atenção Primária é o fato de você criar vínculo com a população!*
114. *Todo mundo te conhece, te convida pra ir na casa, é como se fosse uma família mesmo!*
115. *Tem paciente que vem na unidade só pra conversar ,eles se apegam com a gente de verdade!*
116. *A gente acaba criando um vínculo muito forte com os usuários.*
117. *Todo mundo se ajuda, se respeita e se preocupa com os pacientes de um modo geral!*
118. *Eu sinto falta disso da relação que se estabelece lá na ESF, o povo lá trabalha unido e isso facilita o desenvolvimento de muitas ações.*
119. *Na Atenção Primária pelo menos o médico e o enfermeiro trabalham juntos, esse laço que se cria é muito bom, é uma colaboração mútua.*
120. *O vínculo é essencial para o bom andamento das ações que desenvolvemos aqui.*
121. *A enfermeira é quem mais conhece o usuário hipertenso, ela é quem faz o contato deste com a equipe!*
122. *Eu envio logo pra equipe da minha unidade todos que precisam.*
123. *Todo mundo me escuta... os pacientes e o médico, a enfermeira, todo mundo!*
124. *Nós da enfermagem somos uma peça fundamental, somos responsáveis pela maior parte do acompanhamento do paciente hipertenso e por trazê-lo para nossa unidade.*
125. *A enfermagem é quem faz as ligações com os demais pontos dessa rede de atenção aqui na Atenção Básica!*
126. *A enfermagem é uma peça fundamental porque está nesse centro do cuidado.*
127. *Nós (enfermeiras) é que encaminhamos para os demais pontos que atendem aos pacientes portadores hipertensão arterial.*

128. *A enfermeira desempenha um papel melhor no sentido de acompanhamento dos pacientes, quanto a orientações..*
129. *Ela (enfermeira) tem mais tempo com eles, e me passa as informações!*
130. *Os ACS são os olhos e os ouvidos da população em geral, eles levam informação pra população, e trazem respostas.*
131. *Muitas vezes a população nem sabia que existia nutricionista aqui no posto de saúde, então os ACS vão lá e orientam...*
132. *...quando eu passo o povo me chama, e eu já envio direto pro posto!*
133. *O ACS é quem traz o cliente até a unidade, e vice-versa!*
134. *O ACS é quem tem o contato com o usuário, encaminha o paciente para a Unidade através das visitas domiciliares né?*
135. *O ACS é o pontapé inicial de tudo, não só no caso da hipertensão, mas também das outras doenças.*
136. *O meu contato maior é com as enfermeiras que são as coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde.*
137. *Acho que a enfermagem é quem mais conhece os hipertensos e o que eles precisam!*
138. *O agente de saúde é uma peça muito importante para a Atenção Básica, e para todos os outros profissionais.*
139. *Os agentes comunitários de saúde são os olhos das equipes e, são também aqueles que levam informação à população.*
140. *Os ACS e a enfermeira facilitam muito o andamento das coisas aqui no postinho, eles minimizam lacunas do cuidado.*

QUADRO 1. Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática I: Estrutura Gerencial e Manejo da Hipertensão na Atenção Básica.

UNIDADES DE REGISTRO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO
1. Os pacientes têm acesso a maioria das medicações com custo acessível, né? 2. Os pacientes têm acesso a vários profissionais, temos o médico, a enfermeira, a nutricionista, o dentista, os agentes de saúde. 3. Aqui no postinho oferecemos desde medicamentos a profissionais bem capacitados no cuidado. 4. Se precisar de exame tem, se precisar de especialista tem pra onde mandar? 5. Não falta médico, não falta enfermeiro, tem os medicamentos! 6. Tem muitos programas já no PSF, o pessoal já faz muita campanha pra verificar a pressão do pessoal. 7. As enfermeiras é quem vem até Secretaria de Saúde, brigar por alguma coisa que tá errada, elas são as gerentes das unidades, né?! 8. Falta uma boa farmácia básica para que os doentes tenham acesso a essas medicações. 9. Como agente comunitária de saúde, minha primeira preocupação é saber se aquela pessoa vai tomar certos cuidados né? 10. Geralmente a enfermeira faz o papel de orientar as pessoas e encaminha pra o nutricionista. 11. A função do agente comunitário é tá batendo naquela mesma tecla: vamos fazer caminhada, cuidado com o que come, tome o remédio direito, vão no posto verificar a pressão... 12. O ACS é mesmo um incentivador. 13. Meu primeiro papel é tratar os hipertensos mais complicados, paciente infartado, que já teve AVC. 14. Meu papel principal é na manutenção dos equipamentos que são utilizados na aferição da pressão arterial. 15. O meu papel é fornecer os equipamentos e medicamentos para as Unidades Básicas de Saúde. 16. O papel da enfermagem inicia desde a prevenção, combatendo os fatores de risco, né? 17. O nosso cuidado é primeiramente sobre alimentação desses pacientes. 18. A atuação do nutricionista está mais voltada para uma alimentação saudável, né? 19. Eu vejo que nesse cenário eu auxilio no que diz respeito à alimentação, orientação alimentar né? 20. Acho que meu papel é prescrever as medicações, né? E acompanhar os pacientes mais complicados. 21. Aqueles que têm uns casos mais difíceis a gente faz o encaminhamento para um especialista, que no caso é o cardiologista, na clínica especializada. 22. Quando não conseguimos realizar o cuidado integral aqui na Atenção Básica, encaminhamos para a Atenção Secundária, no caso para o cardiologista. 23. A gente necessita de um cardiologista, que a gente precisa referenciar algumas vezes. 24. Mais é o cardiologista e o endocrinologista, eles atendem na CLISAM e no Hospital Regional. 25. O cuidado ele pode prosseguir até o	ACESSO AOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E ORGANIZACIONAIS FUNÇÃO DE CADA PROFISSIONAL SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE REFERÊNCIA	CONDIÇÕES ESTRUTURAIS FAVORÁVEIS (CEF)	CEFARHMO CEFFCP CEFSPPR

cardiologista, o ortopedista, o oftalmologista, depende do caso. 26. Contamos com o apoio do pessoal do NASF, especialmente a nutricionista. 27. Tem o cardiologista que a gente sempre encaminha os pacientes mais complicados.			
1. Aqui na Atenção Secundária a gente pega muitos casos que normalmente poderiam ser resolvidos lá na ponta, na Atenção Primária, mas eles enviam pra cá! 2. Às vezes não tenho nenhum retorno do médico ou enfermeira e isso dificulta o cuidado. 3. Muitas vezes eu nem sei quem é a enfermeira ou a equipe que cuida desse paciente, então fica difícil até de dar um retorno! 4. Com o cardiologista, a gente não tem muito contato, então é ruim porque você encaminha um paciente e não sabe o que foi realizado, não tem retorno. 5. A gente fica um pouco a desejar com os demais profissionais porque não tem a questão da contra-referência, né? 6. Acho que falta incentivar mais os profissionais a se qualificarem 7. Eu acho que deveria ser oferecido para os profissionais mais treinamento sobre o tratamento da hipertensão. 8. O caminho que eu vejo para melhorar a atenção à hipertensão é a educação em saúde continuada para os profissionais. 9. Falta muito educação permanente para os profissionais, né?! Isso ainda falta muito... 10. Talvez por falta de capacitação dos profissionais... 11. ...precisa ter educação permanente, porque eu acho que falta muita capacitação profissional. 12. A educação médico continuada desses profissionais deve acontecer de maneira sistemática, isso é de fundamental! 13. Meu papel é só atender, né? 14. A gente verifica a pressão, o peso, anota no cartão entrega os remédios e eles vão pra casa, acho que é isso que devo fazer! 15. Meu papel é receber, atender e encaminhar pra o médico ou a enfermeira. 16. Meu papel é tá conversando, orientando pra melhorar o atendimento... 17. um pouco de tudo! 18. Nesse cenário, eu me vejo mais necessário no sentido de prescrever medicações! 19. O pessoal fica confundindo muito, o médico e enfermeira não tem que competir cada um tem que saber sua função! 20. Muitos profissionais ainda não sabem sua função, e às vezes acaba prejudicando o paciente.	FALHAS NA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA AUSÊNCIA DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL IDENTIDADE PROFISSIONAL FRAGMENTADA	CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESFAVORÁVEIS (CED)	(CEDFRCR) (CEDAIQP) (CEDIPF)
1. Geralmente a hipertensão vem aliada a outra doença muito comum também que é o diabetes.			

2. A hipertensão tem complicações como infarto, derrame, cegueira, insuficiência renal, muitos paciente acabam desenvolvendo essas coisas... 3. Grande parte dos hipertensos são também diabéticos, e isso acaba influenciando bastante no tratamento. 4. Alguns vêm com tontura, com dor de cabeça, diabetes né? 5. Tem muita gente com sobrepeso e obesidade e hipertensão arterial. 6. Cuidar de hipertensão não é só tomar medicação, mas ela é indispensável né? 7. A outra questão que eu julgo importante são os medicamentos, ne?! 8. A gente tem que manter o controle da distribuição de medicamentos... 9. É importante saber se o paciente está fazendo uso correto da medicação. 10. A gente pede que eles façam uso da medicação regularmente. 11. Todo mês os hipertensos vêm pegar o remédio... 12. Se for o caso o médico já atende logo pra ver se faz alguma alteração na medicação. 13. Algumas pessoas são teimosas não querem tomar os remédios. 14. A gente consegue atingir toda a população que necessita desse tipo de medicamento. 15. Eu nunca recebi nenhuma reclamação que algum usuário não tenha recebido esse tipo de medicamento. 16. A gente gerencia essa distribuição de medicamentos. 17. Têm uns pacientes descuidados, que não toma a medicação todo dia! 18. ...ele já veio do posto com o captopril, hidroclorotiazida, e me agradeceu demais. 19. A gente tem aquela impressão de que a coisa mais difícil é fazer o hipertenso tomar o remédio, e não é! 20. As enfermeiras cobram quando falta algum medicamento na unidade... 21. Aqui na unidade também trabalhamos o exercício pra perder calorias, ter cuidado com o sal, a gordura, essas coisas. 22. A gente que trabalha aqui na Atenção Básica também é responsável por a detecção precoce, captação e capacitação dos hipertensos. 23. Para alcançar um cuidado preventivo aqui na unidade agente trabalha com educação em saúde. 24. Toda consulta a gente verifica a pressão arterial, apesar de ser recomendado na pessoa adulta uma vez no ano. 25. Na consulta de enfermagem a gente já aproveita pra fazer orientações quanto à alimentação saudável e também já faz orientação e encaminhamentos. 26. Aqui investimos bastante em educação em saúde individual e coletiva. 27. Aproveitamos o dia do HIPERDIA pra fazer alguma movimentação pra uma educação em saúde mais ampla. 28. ...Fazemos palestras quanto à alimentação, atividades do dia a dia, realização de atividade física...	COMPLICAÇÕES QUE INFLUENCIAM O CUIDADO VALORIZAÇÃO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO CUIDADO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO (CCH) AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	(CCHCIC) (CCHVTF)	(CCHAPS)
---	--	---------------------------------	-----------------

29. Temos o momento de conversa individual e coletivo para tratar de muitos assuntos. 30. Uma vez por mês, sempre tem um profissional pra palestrar, pra dar dicas de uma alimentação saudável. 31. O enfermeiro faz muita palestra, e isso é importante para promover a saúde dessas pessoas! 32. A gente faz aqui não só as orientações em palestras como a gente faz em cada comunidade; mas a gente também tem o contato direto com paciente 33. A equipe tenta trabalhar através de ações de educação em saúde.. 34. A enfermeira já encaminha pra sala do médico, que é a segunda pessoa a cuidar do hipertenso. 35. O médico às vezes pode ser que encaminhe, ou não, pra um nutricionista. 36. Aqui eu sempre encaminho primeiramente pra equipe, seja quem for o médico ou nutricionista. 37. Aqui é preciso vários profissionais atuando juntos. 38. As enfermeiras quando identificam o paciente hipertenso, ou o médico eles já encaminham pra o nutricionista para que a gente possa fazer as orientações adequadas. 39. O cuidado começa pelo ACS vai até o médico, e aí depois continua o atendimento com o enfermeiro e técnico de enfermagem né? 40. A gente encaminha primeiro pra enfermeira, e quando tá passando mal vai direto pra o médico, depois para a nutricionista. 41. Na assistência da família o médico tem que tá sempre ao lado do enfermeiro e ao lado do nutricionista. 42. O médico, o enfermeiro orientando, e o nutricionista fazendo a dieta dele! Tem que ter essas ligações. 43. No âmbito de equipe, todos os profissionais são importantes, todos eles! 44. Lá no postinho vai ter o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o médico, enfim.. 45. Eu creio que nesse caso da hipertensão, o médico, o ACS e enfermeira eu acho que eles se destacam no cuidado. 46. Precisa de toda a equipe da Atenção Básica toda, PSF e NASF. 47. Tem que ser o conjunto de médico, enfermeiro, e nutricionista do NASF! 48. Tem que ter a integração de todo mundo da equipe, fechou na equipe!	ATENÇÃO INTERDISCIPLINAR		(CCHAI)
--	--	--	-----------------------

QUADRO 2. Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática II: Elos construídos a partir do Cuidado ao Hipertenso.

UNIDADES DE REGISTRO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO
1. Eu me coloco como um colaborador, estou sempre em contato com todos! 2. A comunicação é boa e isso ajuda bastante! 3. Eu sempre preciso de apoio porque meus pacientes precisam de orientação dietética, graças a Deus que aqui todo mundo se ajuda! 4. Eu vejo minha equipe muito comprometida em atender os pacientes, sei que posso contar com eles! 5. Tanto com o médico quanto com a enfermeira eu tenho uma boa relação, eu entendo o lado deles e não exijo além do que posso! 6. Acho que os profissionais da minha equipe gostam do que fazem, e isso facilita o nosso trabalho. 7. Aqui temos muita facilidade de troca, todos são abertos ao diálogo. 8. Todo mundo é de fácil acesso, responsável é um grupo bom de trabalhar. 9. Temos horários diferentes aqui na unidade, e isso acaba atrapalhando um pouco a relação. 10. Uma coisa que dificulta o nosso relacionamento é a questão de tá toda hora mudando os profissionais, alguns são contratados, né? 11. Falta ainda muita humanização por parte de alguns profissionais, e isso não me deixa a vontade na equipe... 12. Tem alguns profissionais que trabalham mais e outros menos, e por isso prejudicam o serviço! 13. O médico geralmente ele é mais corrido têm suas clínicas, às vezes chega muito cedo na unidade ou tarde demais e aí a gente tem menos contato! 14. Meu trabalho é na parte secundária, eu não trabalho naquela equipe que vai ao doente ou que é o primeiro contato dele! 15. Eu trabalho só aqui! 16. Por causa das cobranças às vezes os ânimos se exaltam, ocorrem alguns atritos.	FATORES QUE FACILITAM O VÍNCULO FATORES QUE DIFICULTAM O VÍNCULO	IMPLICANTES NO ESTABELECIMENTO DAS LIGAÇÕES (IEL)	IELFFV IELFDV
1. Poder contar com uma boa equipe é fundamental para o sucesso das nossas ações, porque desenvolvemos aqui uma amizade e é ela que nos dá o suporte na hora de alguma dificuldade. 2. Ter uma equipe com quem eu possa contar me deixa feliz e tranquila, sei que se acontecer alguma coisa de errado posso chamar alguém! 3. O bom de trabalhar na Atenção Primária é o fato de você criar vínculo com a população! 4. Todo mundo te conhece, te convida pra ir na casa, é como se fosse uma família mesmo! 5. Tem paciente que vem na unidade só pra conversar, eles se apegam com a gente de verdade! 6. A gente acaba criando um vínculo muito forte com os usuários. 7. Todo mundo se ajuda, se respeita e se preocupa	SIGNIFICADO DAS RELAÇÕES NA EFETIVAÇÃO DO CUIDADO		CRCHSREC

com os pacientes de um modo geral! 8. Eu sinto falta disso da relação que se estabelece lá na ESF, o povo lá trabalha unido e isso facilita o desenvolvimento de muitas ações. 9. Na Atenção Primária pelo menos o médico e o enfermeiro trabalham juntos, esse laço que se cria é muito bom, é uma colaboração mútua. 10. O vínculo é essencial para o bom andamento das ações que desenvolvemos aqui. 11. A enfermeira é quem mais conhece o usuário hipertenso, ela é quem faz o contato deste com a equipe! 12. Eu envio logo pra equipe da minha unidade todos que precisam. 13. Todo mundo me escuta... os pacientes e o médico, a enfermeira, todo mundo! 14. Nós da enfermagem somos uma peça fundamental, somos responsáveis pela maior parte do acompanhamento do paciente hipertenso e por trazê-lo para nossa unidade. 15. A enfermagem é quem faz as ligações com os demais pontos dessa rede de atenção aqui na Atenção Básica! 16. A enfermagem é uma peça fundamental porque está nesse centro do cuidado. 17. Nós (enfermeiras) é que encaminhamos para os demais pontos que atendem aos pacientes portadores hipertensão arterial. 18. A enfermeira desempenha um papel melhor no sentido de acompanhamento dos pacientes, quanto a orientações. 19. Ela (enfermeira) tem mais tempo com eles, e me passa as informações! 20. Os ACS são os olhos e os ouvidos da população em geral, eles levam informação pra população, e trazem respostas. 21. Muitas vezes a população nem sabia que existia nutricionista aqui no posto de saúde, então os ACS vão lá e orientam... 22. ...quando eu passo o povo me chama, e eu já envio direto pro posto! 23. O ACS é quem traz o cliente até a unidade, e vice-versa! 24. O ACS é quem tem o contato com o usuário, encaminha o paciente para a Unidade através das visitas domiciliares né? 25. O ACS é o pontapé inicial de tudo, não só no caso da hipertensão, mas também das outras doenças. 26. O meu contato maior é com as enfermeiras que são as coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde. 27. Acho que a enfermagem é quem mais conhece os hipertensos e o que eles precisam! 28. O agente de saúde é uma peça muito importante para a Atenção Básica, e para todos os outros profissionais. 29. Os agentes comunitários de saúde são os olhos das equipes e, são também aqueles que levam informação à população. 30. Os ACS e a enfermeira facilitam muito o andamento das coisas aqui no postinho, eles minimizam lacunas do cuidado.	PROFISSIONAIS QUE LIGAM HIPERTENSOS À EQUIPE DE SAÚDE	CENÁRIO RELACIONAL NO CUIDADO AO HIPERTENSO (CRCH)	CRCHPLHES
--	---	--	-------------------------

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



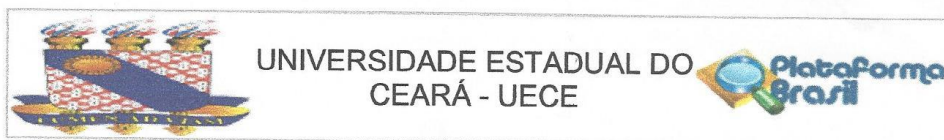
Venho por meio deste, apresentar concordância para a realização da pesquisa intitulada “**REDES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: desvendando os elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso**” que tem como objetivo geral: Investigar as redes sociais que se formam a partir das ações desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) com foco nos hipertensos. A pesquisa será realizada nas ESF da cidade de Picos-Piauí, no período de fevereiro a agosto de 2016, tendo como público-alvo os enfermeiros atuantes nas referidas ESF, que aceitarem participar desta, e atenderem aos critérios de inclusão. O estudo tem como pesquisadora responsável a Enf. Esp. Ana Zaira da Silva.

Picos, 04 de janeiro de 2016.

José Venâncio de Sousa Filho
Secretário Mun. Saúde de Picos
PORTARIA 500/2015

JOSÉ VENÂNCIO DE SOUSA FILHO
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso

Pesquisador: Ana Zaira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52877016.4.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

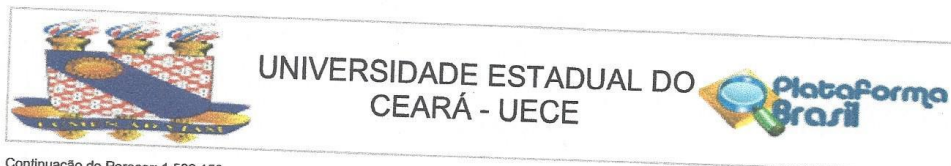
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.506.156

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa sobre as Redes Sociais que se formam a partir do cuidado do enfermeiro às pessoas hipertensas. A pesquisa será desenvolvida no período de janeiro a outubro de 2016, nas ESF da zona urbana, de duas cidades do Estado do Piauí: Picos e Oeiras, e tem como objetivo principal: Investigar as redes sociais formadas no cuidado do enfermeiro aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família. A população do estudo será constituída pelos enfermeiros que integram as equipes da ESF da zona urbana de Picos-PI e Oeiras-PI, que concordarem em participar da pesquisa. Assim, estima-se que 32 enfermeiros comporão a amostra a ser estudada. O número reduzido de participantes respalda-se no fato de tratar-se de pesquisa qualitativa, à qual obedecerá ao processo de amostragem por saturação teórica: interromper-se-á a coleta de dados quando se constatar que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível, de acordo com as circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação do pesquisador (FLICK, 2009; FONTANELLA et al., 2011). Os enfermeiros serão convidados a participar do estudo através de uma carta-convite, emitida pela pesquisadora através da qual serão explicados os métodos e objetivos da pesquisa; bem como também serão convidados oralmente, por meio de visitas realizadas nas unidades em que funciona cada equipe de ESF, cenário este onde se pretende também efetuar as entrevistas com os sujeitos

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



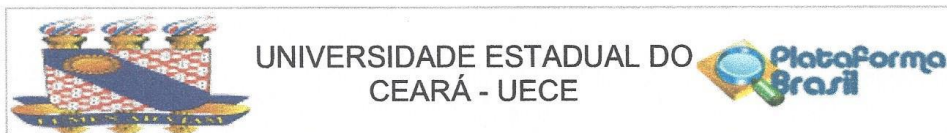
Continuação do Parecer: 1.506.156

desse estudo. Destaca-se que apenas os enfermeiros que trabalham nas ESF há pelo menos 12 meses (um ano) é que poderão participar da pesquisa, por se entender que esse período seja o mínimo necessário para que esse profissional esteja familiarizado com a dinâmica da ESF (FERNANDES et al., 2013). Como critérios de exclusão serão adotados: os profissionais que estiverem de férias, licença saúde, greve ou afastados no período da coleta de dados. Para a coleta das informações será adotada como técnica a entrevista semiestruturada. Utilizada em conjunto com as pesquisas qualitativas, a entrevista semiestruturada emprega certos questionamentos comuns para todos os entrevistados possibilitando que esses possam expressar os pontos de vista de forma mais flexível, trazendo assim novas questões referentes aos questionamentos realizados (FLICK, 2009). Após a transcrição das entrevistas os depoimentos serão tratados e analisados, segundo o método de Análise de Conteúdo de Bardin, para organização e agrupamento em categorias. Ressalta-se que também será utilizada a técnica de Análise de Rede Social (ARS) com o auxílio dos softwares UCINET versão 6.18 e NETDRAW para a identificação e formulação gráfica dos atores que compõem as redes formadas a partir do cuidado do enfermeiro ao hipertenso, a fim de melhor representá-las e dar visibilidade significativa aos diversos atores envolvidos. O software UCINET(C), ajuda no mapeamento da rede social, além de oferecer recursos para métodos descritivos e visuais que permitem a constatação de grupos coesos (cliques) e regiões (componentes, cores), para análises de centralidade de redes a partir dos nós identificados. Já a sua extensão de representação gráfica, NETDRAW(C), possibilita modelagem estatística posterior, de acordo com as variáveis obtidas (BORGATTI et al., Acessado em janeiro de 2016). Faz-se importante dizer ainda, que os atores sociais citados a partir do desvendamento das Redes terão seus nomes decodificados para facilitar a análise dos dados no software. Além disso, o grafo gerado será analisado visando identificar quais os profissionais mais acessados pelos enfermeiros a partir dos cuidados direcionados às pessoas hipertensas, como também a localização dos profissionais dentro da rede que se construiu a partir dos atores principais. Este projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e desenvolver-se-á conforme os requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Os participantes serão informados dos objetivos e metodologia da pesquisa e assinarão o TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.506.156

Investigar as redes sociais formadas no cuidado do enfermeiro aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as redes sociais no processo de trabalho do enfermeiro junto ao hipertenso na Atenção Básica; Compreender os fluxos de informação e as construções sociais e simbólicas dos enfermeiros no contexto das redes; Estabelecer um desenho das redes que se formam a partir do cuidado de enfermagem ao hipertenso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

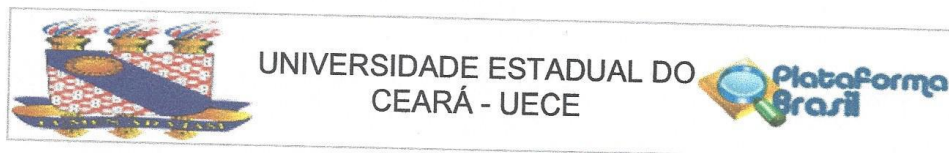
Riscos:

Nesta pesquisa, estima-se que muitas serão as dificuldades a serem enfrentadas, desde a escolha dos municípios nos quais serão efetuadas as investigações, até a descrição e análise dos resultados encontrados. Correr-se-á o risco de gerar algum constrangimento aos enfermeiros durante o desenvolvimento da pesquisa; corre-se o risco desses profissionais não concordarem em participar do estudo, tendo em vista a pouca aproximação que eles têm com a pesquisa, especialmente por trabalharem no interior, o que dificulta de fato, o acesso ao universo deslumbrante no qual favorece a produção de conhecimentos pautados em métodos científicos. Acrescenta-se a isso, a dificuldade que se terá para fazer o deslocamento entre os dois municípios escolhidos; e a pouca colaboração que alguns profissionais possam apresentar.

Benefícios:

O mapeamento da rede social do enfermeiro no atendimento às pessoas com HAS poderá elucidar os avanços e os limites desta atuação e de que forma isto se reflete na otimização e na qualidade do cuidado oferecido. Ademais, poderá desenvolver a capacidade para evidenciar e definir processos de estabelecimento e mediação de relações entre os diversos atores sociais e os elos pelos quais se conectam, tendo-se sempre em mente que qualquer desconforto que for encontrado pelo caminho, servirá apenas para instigar a vontade de contribuir para a afirmação da enfermagem enquanto ciência.

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



Continuação do Parecer: 1.506.156

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e poderá trazer benefícios à sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O pesquisador apresentou adequadamente os itens obrigatórios à execução da pesquisa.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

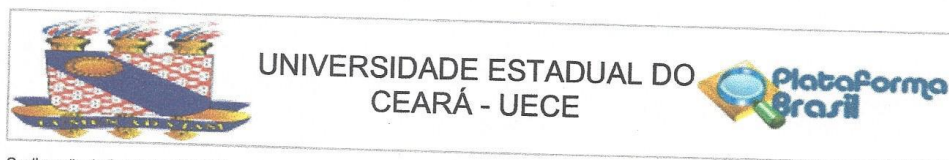
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO 655402.pdf	31/01/2016 12:39:10		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	30/01/2016 13:10:09	Ana Zaira	Aceito
Outros	solicitacao_picos.pdf	30/01/2016 12:57:20	Ana Zaira	Aceito
Outros	solicitacao_oeiras.pdf	30/01/2016 12:56:23	Ana Zaira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_picos.pdf	30/01/2016 12:54:18	Ana Zaira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_oeiras.pdf	30/01/2016 12:53:47	Ana Zaira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	25/01/2016 10:57:22	Ana Zaira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.docx	25/01/2016 10:56:44	Ana Zaira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	25/01/2016 10:56:01	Ana Zaira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/01/2016 02:09:15	Ana Zaira	Aceito

Situação do Parecer:

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



Continuação do Parecer: 1.506.156

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Abril de 2016

Assinado por:
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador)

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