



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Mariana de Almeida Jorge de Azevedo

**Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das
relações no enfrentamento da doença**

Rio de Janeiro

2018

Mariana de Almeida Jorge de Azevedo

Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Coorientadora: Prof.^a Dra. Regina Maria Marteleto

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A994 Azevedo, Mariana de Almeida Jorge de.
Redes sociais de usuários portadores de tuberculose : a influência das relações no enfrentamento da doença / Mariana de Almeida Jorge de Azevedo. – 2018.
91 f.

Orientadoras: Helena Maria Scherlowski Leal David, Regina Maria Marteleto
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Tuberculose. 3. Rede social. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Saúde da família I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Marteleto, Regina Maria. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

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

Assinatura

Data

Mariana de Almeida Jorge de Azevedo

Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 30 de janeiro de 2018

Coorientadora:

Prof.^a Dra. Regina Maria Marteleto
Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Joanir Pereira Passos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Sônia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Não se constrói nada sozinho e para conclusão desta etapa acadêmica contei com o apoio de pessoas as quais gostaria de carinhosamente agradecer.

Primeiramente, à Deus por estar sempre do meu lado, guiando meus passos, ponderando minhas escolhas e me fortalecendo a todo momento, enfim, por tornar tudo isso possível.

Aos meus pais, pela minha vida e por todo investimento feito na minha formação. Em especial, à minha mãe Suely, minha fortaleza, por estar ao meu lado em todas as fases da minha vida, torcendo pelo meu crescimento e acreditando no meu potencial.

À minha família, em especial, às minhas irmãs Marília e Maisa e minha querida avó Mercedes por todo amor, por me tranquilizarem nos momentos de aflição e me apoiarem em todos os outros.

Ao meu companheiro e amigo Fábio com quem dividi as alegrias e angústias desta etapa. Mas que sempre esteve disposto a me ouvir, cuidar de mim e me dar o suporte necessário para que eu conseguisse concluí-la.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David, por ter acreditado na minha capacidade me dando a oportunidade de realizar o mestrado e pelo acolhimento. Além disso, agradeço por todo conhecimento e sabedoria compartilhados e por ter sido a representação da luta e resistência em tempos de tantas dificuldades geradas pela crise que acomete a UERJ, me inspirando ainda mais a seguir e realizar um bom trabalho.

À minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Regina Maria Marteleto, pelo carinho, atenção e por ter me ajudado a compreender a teoria social de Pierre Bourdieu e a aplicação do conceito de redes sociais na saúde. Além disso, por ter acompanhado a construção e contribuído para evolução deste trabalho.

À banca examinadora pelas contribuições que possibilitaram não somente a melhoria deste trabalho, mas meu crescimento acadêmico.

Aos professores da PPGENF por todo conhecimento compartilhado e pela persistência de lutar contra o sucateamento da UERJ.

Aos profissionais da Clínica da Família estudada e usuários que me receberam de forma acolhedora e se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Aos amigos que fiz ao longo do mestrado, em especial, Juliete, Tatiane, Tarciso e Ana Carolina pelo convívio e oportunidade de troca.

Ao colega Marcus Vinicius, por toda paciência e presteza em me ajudar no manuseio dos softwares de redes sociais.

Aos meus amigos, pelas palavras de apoio e momentos de descontração que serviram como antídoto em tempos de estresse.

E ao meu mais novo e eterno amor, que ainda encontra-se em meu ventre, mas que já me faz vislumbrar novos horizontes.

RESUMO

AZEVEDO, M. A. J. *Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença*. 2018. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Redes sociais é um conceito polissêmico utilizado para estudar as relações sociais estabelecidas pelo sujeito com indivíduos e/ou organizações possibilitando a construção de uma teia de relacionamentos por meio de elos e conexões. Esta metodologia oferece a configuração e o papel dos integrantes, utilizando-se de métricas e representações gráficas, de caráter quantitativo, pode ser associada ou não a uma abordagem qualitativa. Este estudo tem como objeto as redes sociais de pessoas portadoras de tuberculose acompanhadas em uma unidade de atenção básica na Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. Objetivos: Estudar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose no sentido de compreender como as relações exercem influência no enfrentamento da doença. Objetivos específicos: descrever as configurações das redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na A.P.3.1 no enfrentamento da tuberculose junto à equipe de saúde da família; e analisar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na A.P. 3.1. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 07 (sete) usuários portadores de tuberculose. Para a coleta dos dados, optou-se pela entrevista narrativa e questionário sócio demográfico. Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2017. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer nº 1.908.477. O material obtido nas entrevistas foi submetido à análise de conteúdo do tipo temática, gerando as seguintes categorias: percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento; o papel da rede primária no cuidado em saúde; rede secundária e o seu papel no controle da tuberculose; e os diversos capitais em jogo na rede. O apoio teórico para a análise fundamentou-se nos conceitos da teoria social de Pierre Bourdieu: capital social, cultural e econômico. A análise dos dados foi apresentada em duas etapas: a primeira consistirá na descrição de cada entrevistado e análise individual e coletiva das redes sociais dos usuários, e a outra na apresentação das narrativas e categorias. Resultados e discussão dos dados: O estudo das redes sociais dos usuários possibilitou compreender a busca pelo cuidado em saúde como um processo que envolve diversos aspectos que atuam de maneira distinta sobre os indivíduos. A percepção dos primeiros sintomas da tuberculose não gerou a busca imediata à unidade de saúde da família. A primeira escolha de atendimento do usuário após o uso da medicina caseira ou automedicação foram os serviços de pronto atendimento. As redes primárias demonstraram seu potencial como reais influenciadoras para a busca pelo cuidado em saúde, atuando em todas as etapas do processo de adoecimento e enfrentamento da doença. Já as redes secundárias mostraram sua relevância a partir das ações de controle da TB, com destaque para o TDO. O entendimento dos conceitos capitais econômico, cultural e social possibilitou compreender a mobilização de recursos nas redes sociais. Conclui-se que estudar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose permitiu vislumbrar o potencial da estrutura das redes para o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Tuberculose. Redes sociais. Saúde da família

ABSTRACT

AZEVEDO, M. A. J. *Social networks of users with tuberculosis: the influence of relationships in coping with the disease*. 2018. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Social network is a polysemic concept used to study the social relations established by the subject with individuals and / or organizations making possible the construction of relationship networks through links and connections. This methodology provides the configuration and the participants' role, by using metrics and graphical representations in a quantitative perspective, which may or may not be associated to a qualitative approach. This study aims at the social networks of people with tuberculosis attended in a primary unit care in Program Area 3.1 of the city of Rio de Janeiro. Objectives: To study the social networks of users with tuberculosis in order to understand how the relationships influence the coping of the disease. Specific objectives: to describe the social network configurations of tuberculosis users followed in a primary health care unit in A.P.3.1 in the treatment of tuberculosis with the family health team; and analyze the social networks of users with tuberculosis accompanied in a basic care unit in the A.P. 3.1. This is a descriptive study with a qualitative approach. Seven (7) users with tuberculosis were interviewed. For the collection of data, we chose the narrative interview and the socio-demographic questionnaire. The data were collected from April to May 2017. The study was approved by the Research Ethics Committee according to opinion n° 1,908,477. The material obtained in the interviews was submitted to content analysis of the thematic type, generating the following categories: perception of symptoms and the search for care; the role of the primary network in health care; secondary network and its role in tuberculosis control; and the various capitals at stake in the network. The theoretical support for the analysis was based on the concepts of Pierre Bourdieu's social theory: social, cultural and economic capital. The analysis of the data was presented in two stages: the first one will be the description of each interviewee, individual and collective analysis of the users' social networks, and the other in the presentation of the narratives and categories. Results and discussion of data: The study of users' social networks allowed to understand the search for health care as a process that involves several aspects that act in a distinct way on individuals. The perception of the first symptoms of tuberculosis did not generate the immediate search for the family health unit. The first choice of care of the user after the use of home medicine or self-medication was the urgent care services. The primary networks demonstrated their potential as real influencers for the search for health care, acting in all stages of the process of illness and coping with the disease. On the other hand, the secondary networks showed their relevance from TB control actions, especially the TDO. The understanding of the economic, cultural and social capital concepts made it possible to understand the mobilization of resources in social networks. It was concluded that studying the social networks of users with tuberculosis allowed us to glimpse the potential of the network structure for health care.

Keywords: Tuberculosis. Social networks. Family health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Publicações a partir de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde.....	18
Quadro 2 –	Produções científicas a partir de descritores na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (CAPES)	19
Figura 1 –	Classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020.....	21
Figura 2 –	Rede social do usuário “RESERVADA” antes do início do tratamento .	45
Figura 3 -	Rede social do usuário “RESERVADA” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	45
Figura 4 -	Rede social do usuário “SOCIÁVEL” antes do início do tratamento	47
Figura 5 -	Rede social do usuário “SOCIÁVEL” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	47
Figura 6 -	Rede social do usuário “TÍMIDO” antes do início do tratamento	49
Figura 7 -	Rede social do usuário “TÍMIDO” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	49
Figura 8 -	Rede social do usuário “ABATIDO” antes do início do tratamento	51
Figura 9 -	Rede social do usuário “ABATIDO” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	51
Figura 10 -	Rede social do usuário “ESPERTA” antes do início do tratamento	53
Figura 11 -	Rede social do usuário “ESPERTA” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	53
Figura 12 -	Rede social do usuário “RESPONSÁVEL” antes do início do tratamento	55
Figura 13 -	Rede social do usuário “RESPONSÁVEL” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	55
Figura 14 -	Rede social do usuário “AGITADO” antes do início do tratamento	57
Figura 15 -	Rede social do usuário “AGITADO” após iniciar acompanhamento pela atenção básica	57
Figura 16 -	Redes dos atores antes do início do acompanhamento pela atenção básica	58
Figura 17 -	Redes dos atores após o início do acompanhamento pela atenção básica	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Áreas de Planejamento
ARS	Análise de Redes Sociais
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SR	Sintomáticos respiratórios
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TB	Tuberculose
TBMDR	Tuberculose multidrogarresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	REVISÃO DE LITERATURA	17
1.1	Tuberculose como problema de saúde pública	20
1.2	O papel da equipe de saúde da família no controle da tuberculose	23
1.3	Acesso aos serviços de saúde na atenção básica	27
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	Redes sociais e os capitais econômico, social e cultural	30
3	METODOLOGIA	35
3.1	Tipo de estudo	35
3.2	Cenário do estudo	35
3.3	Participantes do estudo	37
3.4	Técnica de coleta de dados	38
3.5	Análise dos dados	40
3.6	Procedimentos éticos	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1	Caracterização dos participantes e configuração das redes pessoais	43
4.2.	Análise das narrativas	60
4.2.1	<u>Percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento</u>	60
4.2.2	<u>O papel da rede primária no cuidado em saúde</u>	63
4.2.3	<u>Rede secundária e o seu papel no controle da tuberculose</u>	67
4.2.4	<u>Os diversos capitais em jogo na rede</u>	73
	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
	APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados	89
	APÊNDICE C - Cronograma de atividades	90
	ANEXO - Parecer do comitê de ética em pesquisa	91

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto as redes sociais de pessoas portadoras de tuberculose acompanhadas em uma unidade de atenção básica na Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que esta dissertação é um recorte de um projeto matriz intitulado “Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: estudo comparativo nos Estados do Rio de Janeiro e Ceará” financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística – PROCIÊNCIA da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e insere-se no grupo de pesquisa “Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UERJ, coordenado pela pesquisadora Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David, professora associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UERJ.

A tuberculose (TB) continua sendo mundialmente considerada um problema de saúde pública, permanecendo como a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos. Sua ocorrência está associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana, sendo o Brasil um dos países com o maior número de casos no mundo. Estima-se que um, em cada quatro brasileiros, esteja infectado pelo bacilo de Koch, acontecendo aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano tendo como causa básica a tuberculose (BRASIL,2017; BRASIL, 2011a).

Desde 2003, é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde. Desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) prioriza a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, visando à ampliação do acesso da população em geral e dos grupos mais vulneráveis. Essa descentralização diz respeito ao reconhecimento da atenção básica como protagonista na coordenação do sistema de atenção à saúde por meio do gerenciamento de mecanismos organizacionais e materiais que possam garantir a longitudinalidade do cuidado (SANTOS et al., 2012).

A Saúde da Família assume um papel estratégico na reorientação do modelo assistencial, uma vez que é operacionalizada mediante a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2012).

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família (eSF) a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS, respeitando os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Sua eficácia está relacionada à interação entre a equipe, as famílias e os indivíduos, em um dado território (BRASIL, 2012).

Entre as diversas atribuições, as equipes de Saúde da Família devem abordar as pessoas portadoras de TB dentro das áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica ao acompanhamento dos casos confirmados, por meio do tratamento supervisionado e da coleta de baciloscopia mensal de controle garantindo a longitudinalidade do cuidado, característica central desse nível assistencial (BRASIL, 2011a).

O caráter ainda estigmatizante da TB e as condições sociais precárias da maioria dos portadores exigem das equipes de saúde da família o compromisso, o envolvimento e o reconhecimento do impacto causado pela doença nas dimensões física, social, psicológica, econômica e espiritual, sendo importante a percepção destas questões e o entendimento da sua possível influência na busca pelos serviços de saúde (NOGUEIRA et al., 2012).

Na atenção aos casos suspeitos e/ou com diagnóstico da doença, a garantia do acesso e utilização dos serviços da atenção básica (AB) está relacionada tanto com a capacidade do usuário de acessar o sistema quanto à resolubilidade dos cuidados recebidos. Isto envolve a localização da unidade; horário e dias de funcionamento; agilidade na obtenção de consulta; oferta de procedimentos diagnósticos; provisão regular de medicamentos; acompanhamento regular dos casos e respectivos contatos; tratamento supervisionado; visita domiciliar. Cabe enfatizar que estas são condições que contribuem para a procura dos serviços em tempo oportuno e no êxito do tratamento de tuberculose (NOGUEIRA et al., 2012).

O acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como o grau de ajuste entre o que é ofertado de recursos à saúde e as particularidades da população, onde o processo de busca e obtenção da assistência à saúde dependerá da associação de múltiplos fatores de distintas dimensões, tais quais podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional,

sociocultural e econômica, sendo estes fatores que quando em desequilíbrio dificultam a relação dos usuários com os serviços disponíveis (SANTOS et al., 2012).

Santos et al. (2012) ressaltam a importância da incorporação das ações de controle da tuberculose pela estratégia de saúde da família (ESF) visto que o desenvolvimento deste trabalho é construído na perspectiva da territorialidade das ações e deste modo facilita a entrada das pessoas nos serviços de saúde, rompendo com obstáculos no acesso ao diagnóstico e no tratamento da doença, principalmente em se tratando dos grupos mais vulneráveis. Porém, dados ainda mostram que a ampliação da atenção básica não é, por si só, garantia de acesso efetivo ao usuário.

Reconhecer que a condição de saúde e a procura pelos serviços estão vinculadas ao contexto e singularidades dos indivíduos, reforça a importância das equipes de saúde da família se organizarem de modo a servir como a principal referência dos usuários na busca pelo cuidado em saúde. Essa responsabilidade sustenta-se nos princípios norteadores da ESF que também visam à construção de uma relação profissional-paciente sólida, a saber: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011b).

A partir da minha prática como enfermeira de saúde da família percebia a baixa captação de sintomáticos respiratórios (pessoa que apresente tosse com expectoração por três semanas ou mais) ou com outros indicativos para a suspeita da tuberculose e o início tardio no tratamento de casos novos da doença. Diante deste cenário, foi possível identificar algumas fragilidades com causas multifatoriais determinadas tanto por questões individuais como pela própria organização do processo de trabalho que geravam atraso no devido acompanhamento dos casos suspeitos e novos de tuberculose, tais quais: o fato do usuário, no aparecimento dos sintomas, utilizar inicialmente recursos próprios como a medicina caseira, práticas médico-religiosas, a automedicação, a consulta ao "farmacêutico" ou orientação junto a conhecidos na tentativa de solucionar o problema; a busca por outros níveis de atenção à saúde por acreditar na agilidade do atendimento e na resolutividade imediata do caso; o desconhecimento do fluxo de atendimento da unidade de referência; a falta de confiança na equipe. Estes fatores evidenciaram lacunas tanto em nível da organização do processo de trabalho, mas também na falta de reconhecimento do indivíduo como um ser autônomo e responsável pela busca do cuidado em saúde.

Mesmo sendo a unidade de atenção básica o serviço mais indicado para responder questões relacionadas com a saúde do indivíduo, é preciso, primeiramente, considerar que as escolhas que geram ações acerca do processo de adoecimento são influenciadas por questões

subjetivas individuais e coletivas que se apoiam em aspectos e contextos variados, como os socioculturais. Desse modo, compreende-se que os caminhos trilhados por pessoas em busca de assistência à saúde nem sempre coincidem com os fluxos ou esquemas preestabelecidos em protocolos clínicos (CABRAL et al., 2011).

A partir da socialização do sujeito são herdados e desenvolvidos atributos que possibilitam compreendê-lo como ser, conhecer a sua relação com o mundo, e até mesmo seu decurso no enfrentamento do adoecimento. Isto nos remete à premissa de que as questões culturais fazem parte de um processo social onde a cultura do indivíduo não é uma aquisição inata, mas dá-se a partir do momento em que o homem encontra-se inserido em uma sociedade, onde passa sofrer influências do meio social, a seguir regras, consolidar valores, adquirir conhecimento, moral, hábitos, crenças, que estarão imbricados nas suas ações e no seu estilo de vida (MARTINS, 2008).

Por esse ângulo, torna-se importante destacar o conceito de redes utilizado pelas ciências sociais, que se refere à sociedade como um conjunto diverso de relações e funções que os indivíduos desempenham uns em relação aos outros. Em sociedades complexas, essas relações tornam-se interdependentes, vinculando-se e formando cadeias de atos ligados a outros laços invisíveis (MARTELETO, 2000).

Segundo Elias (1994), cada indivíduo encontra-se vinculado a outros por laços, sejam estes laços de trabalho, afeto ou familiar, numa rede de dependências que o tornam dependente de outrem e tornam outros dependentes dele. A ruptura ou modificação desta rede é possível até o limite permitido pela própria estrutura, sendo importante frisar que em cada associação de seres humanos esse contexto funcional tem uma configuração muito específica.

De acordo com Stotz (2009), as relações como as de familiaridade, parentesco, vizinhança e amizade que se estabelecem pelo processo de socialização do indivíduo, ao longo da vida, de forma autônoma, espontânea e informal, podem ser entendidas como redes primárias. Já as redes, que apresentam um interesse comum, são formadas pelo desempenho coletivo de um grupo, instituição e movimento, são compreendidas como redes secundárias.

As redes sociais na saúde exercem influências positivas no que tange as ações terapêuticas, visto que a convivência entre pessoas propicia o monitoramento da saúde, onde um aconselha e incentiva o outro a realizar atividades pessoais que se associam positivamente aos cuidados com a saúde (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Para Marteleto e Tomaél (2005), rede social refere-se às relações sociais estabelecidas pelo sujeito com indivíduos e/ou organizações possibilitando a construção de uma teia de relacionamentos através de elos e conexões, onde é possível analisar os papéis exercidos por

cada ator a partir de interesses e objetivos comuns. Está relacionada à dimensão estrutural e institucional ligada ao indivíduo (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011).

Estudos como o realizado na África por Janzen (1978 apud ALVES; SOUZA, 1999) mostram a influência das redes sociais na análise interativa do itinerário terapêutico devido a sua capacidade de realizar conexões com as instituições de saúde, fato este percebido a partir do mapeamento das relações entre os indivíduos ou grupos e da análise dos papéis dos sujeitos que as compõem (ALVES; SOUZA, 1999).

Tais redes sociais, sejam elas formais ou informais, estabelecem-se a partir da confiança entre seus agentes, com o gozo de vantagens geradas pelo conhecimento, como, por exemplo, obtenção de informações e outros recursos que resultam de ações instrumentais. Desse modo, é possível compreender que o capital social oriundo das relações estruturais existentes, formado por um conjunto de normas, pode afetar positivamente uma comunidade visto que a cooperação entre seus membros pode ajudar a reduzir o custo da obtenção de informação (SANTOS; FARIAS FILHO, 2016).

A apropriação do pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu com base nas formas sociais de produção da cultura, do conhecimento e da informação tem se mostrado importante nos estudos de redes haja vista o enfoque dado nas relações. Este construiu a noção de capital que se apresenta de quatro formas: a econômica, a cultural, a social e a simbólica, todas incluindo uma acumulação de disposições, habilidades e conhecimentos que permitem aos sujeitos participarem, em determinada posição, em um campo específico (MARTELETO; PIMENTA, 2017).

Os estudos sobre redes sociais no trabalho do enfermeiro e das equipes da AB, já desenvolvidos no Grupo de Pesquisa, têm evidenciado que a análise das relações a partir desta perspectiva teórica e metodológica é potente para tornar mais visíveis aspectos relativos às trocas, reciprocidades, apoios e dificuldades mediados por estas relações. Dentre estes, o estudo realizado em três unidades da ESF da cidade de Picos-PI que objetivou analisar as redes sociais formadas pelos profissionais atuantes na ESF no cuidado aos hipertensos, evidenciou a formação de laços/elos e sua ampliação para o desenvolvimento de redes sociais, que se constituem fundamentais à concretização das ações assistenciais à saúde nesse nível de atenção (SILVA, 2016). Outro estudo realizado em quatro unidades de atenção básica em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, que buscou conhecer as redes sociais de trabalhadores em saúde para o acesso aos serviços de atenção especializada, evidenciou que as redes sociais nos espaços laborais que os profissionais integram são também utilizadas para

garantia do acesso dos usuários do SUS às redes de atenção especializada quando os recursos formais se esgotam (FONSECA, 2017).

Desta forma, estudar as redes sociais das pessoas portadoras de tuberculose, neste estudo, foi uma oportunidade de aprofundar o conhecimento acerca da influência das relações sociais sobre a efetivação do cuidado a estas pessoas. Neste sentido buscar-se-á saber como se configuram as redes sociais dos pacientes portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de saúde da família? Existem diferenças nas configurações dessas redes? Como essas redes sociais atuam no apoio ao usuário no enfrentamento da doença?

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose no sentido de compreender como as relações exercem influência no enfrentamento da doença.

Objetivos específicos

Descrever as configurações das redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na A.P.3.1 no enfrentamento da tuberculose junto à equipe de saúde da família.

Analisar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na A.P. 3.1.

JUSTIFICATIVA

A incorporação do estudo da dimensão relacional das redes - as redes sociais e as redes de apoio que se constroem no cotidiano, estabelece um novo paradigma na pesquisa sobre a estrutura social, pois permite que o indivíduo seja visto na sua singularidade, além de buscar a compreensão do impacto da rede sobre a vida social deste indivíduo.

Marteletto (2000) reforça que o estudo dos comportamentos ou as opiniões dos indivíduos deve se estabelecer a partir do estudo das relações construídas deste com os outros, por considerar que a rede de relações interfere nas escolhas, orientações, comportamentos e opiniões dos indivíduos, sendo de suma importância compreender que a ação humana é inseparável de atos de interpretação e reconhecer a importância dos valores e normas na orientação de suas condutas.

Ao se identificar os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos, busca-se não

apenas verificar como se dá o acesso oferecido pelos serviços, identificar seus modelos explicativos e a utilização que os sujeitos fazem das instituições de saúde. Tal procedimento considera que a escolha de tratamento recebe influência direta do contexto sociocultural na qual este se encontra inserido (CABRAL et al. 2011).

Apesar do itinerário terapêutico ser um conceito que vem sendo utilizado nas pesquisas sócio-antropológicas em saúde que visam a compreensão dos recursos utilizados pelo indivíduo na procura pelo cuidado em saúde, o enfoque dado neste estudo será na influência das relações, sejam estas familiares, pessoais ou institucionais do indivíduo que o auxiliam neste processo de enfrentamento da doença e busca pelo atendimento apropriado.

Considerando que a busca pelo serviço de saúde encontra-se permeada por questões individuais, e no tocante à tuberculose este tempo interfere diretamente no início do tratamento em tempo oportuno, espera-se que ao analisar os papéis dos envolvidos no processo de adoecimento, esta pesquisa possibilite uma visão mais ampliada da condição do usuário em situação vulnerável e traga contribuições para o meio social dos serviços e práticas em saúde ao vislumbrar o exercício de práticas transformadoras na construção das políticas públicas considerando a gestão, o planejamento, o processo de trabalho e o usuário, garantindo o diagnóstico e cuidado qualificado respeitando a particularidade do indivíduo, e, por conseguinte, propiciar melhorias na qualidade da assistência prestada, no acesso aos serviços de saúde, além de promover novos arranjos sociais no campo da saúde que favoreçam a integralidade e incentivem a participação de sujeitos e coletivos na luta democrática por cidadania e direito à saúde. Já a contribuição científica e acadêmica, vislumbra-se ao permitir a expansão da aplicabilidade do conceito de redes sociais no campo da saúde, ao promover a avaliação dos programas de saúde e na reflexão sobre o papel potencial dos atores profissionais da estratégia de saúde da família e usuários no enfrentamento da tuberculose.

1 REVISÃO DE LITERATURA

A principal vantagem da revisão bibliográfica está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e se registrou a respeito do tema proposto. Tais vantagens revelam o compromisso com a qualidade, além de permitir o levantamento das pesquisas referentes ao tema estudado, permitindo assim o aprofundamento teórico que norteia o estudo (GIL, 2008).

Neste trabalho, a busca bibliográfica para a elaboração da revisão de literatura foi realizada em duas etapas. A primeira consistiu no levantamento de publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS foi escolhida por ser considerada uma das principais fontes em saúde de divulgação e disponibilização de informações científicas nacionais e internacionais. Para a busca bibliográfica, realizada no mês de agosto de 2016, foram utilizados os seguintes descritores: capital social, redes sociais, tuberculose, rede de apoio social, saúde da família, saúde pública, itinerário terapêutico e acesso aos serviços de saúde. Os critérios de inclusão foram: a) artigo ou tese original, disponibilizado na íntegra nas bases virtuais de dados (LILACS, BDNF, SCIELO, MEDLINE); (b) publicado no período de 2011 a 2015; (c) nos idiomas português e inglês; (d) publicados em revistas nacionais e internacionais; (e) documentos em formato de artigo ou tese; (f) que abordasse o tema proposto. Já como critérios de exclusão: trabalhos incompatíveis com os objetivos do estudo e não disponíveis na íntegra em formato eletrônico. Os textos repetidos em mais de um banco de dados foram contabilizados somente uma vez.

Na busca pelo alcance do maior número de produções foram realizadas combinações booleanas com os descritores a partir da utilização do conector “AND” de modo que ao final desta seleção foi obtido um total de 75 publicações. Conforme quadro a seguir:

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

Descritores	nº de publicações	Após aplicação do filtro*	Após filtrar por assunto principal	Total	Publicações selecionadas após leitura dos resumos
"capital social"	568	330	(Assunto principal: determinante social em saúde) = 09	9	6
"capital social" AND "redes sociais"	28	14	xxxx	14	3
"análise de redes sociais"	40	15	xxxxx	15	8
"redes sociais" AND "tuberculose"	6	2	xxxx	2	2
"rede de apoio social"	160	75	(Assunto principal: Apoio social)= 36	36	15
rede de apoio social" AND "tuberculose"	0	0	0	0	0
"saúde da família" AND "tuberculose"	394	94	(Assunto principal: Saúde da família)= 39	39	16
"saúde da família" AND "redes sociais"	33	14	xxxx	14	7
"redes sociais" AND "saúde pública"	92	43	xxxx	43	10
"acesso aos serviços de saúde" AND "tuberculose"	626	250	(Assunto principal: Atenção primária à saúde)=8	8	8
				Total	75
Nota: *Filtros utilizados:					
• Texto completo : Disponível					
• Idioma : Inglês / Português					
• Ano de publicação: 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015					
• Tipo de documento : Artigo e tese					

Fonte: A autora, 2017.

Visando a complementar a busca e conhecer as produções junto aos programas de pós-graduação do país foi feito um levantamento na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do portal CAPES. Esta segunda etapa foi realizada em agosto de 2017, a partir da combinação dos seguintes descritores e operadores booleanos: “itinerário terapêutico” AND “tuberculose”, "capital social" OR "capital cultural" AND "tuberculose", "redes sociais" AND "tuberculose", onde foi possível encontrar um total de 14 produções científicas. Foram adotados como critérios de inclusão: a) documentos em formato de dissertação ou tese; (b) publicados no período de 2012 a 2016; (c) que abordasse o tema proposto. Já como critério de exclusão: trabalhos incompatíveis com os objetivos do estudo. Após esta seleção foram selecionadas quatro produções, sendo 01 tese e 03 dissertações.

Quadro 2 - Produções científicas a partir de descritores na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (CAPES)

Descritores	nº de estudos	Após aplicação do filtro*	Total	Publicações selecionadas após leitura dos resumos
"itinerário terapêutico" AND "tuberculose"	5	4	4	3 (sendo 1 tese e 2 dissertações)
"capital social" OR "capital cultural" AND "tuberculose"	1	0	0	0
"redes sociais" AND "tuberculose"	8	3	3	01 (dissertação)
			Total	4
Nota: *Filtros utilizados:				
• Ano de publicação: 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016				
• Tipo de documento: Dissertação e tese				

Fonte: A autora, 2017.

Sendo assim, foram selecionadas 79 produções científicas. A partir deste levantamento, foi possível ratificar a tuberculose como um relevante problema de saúde pública global, no qual a dificuldade de diagnóstico, situação socioeconômica desfavorável e precariedade de informação e de acesso a serviços de saúde se apresentaram como fatores que permeiam frequentemente esta doença (MACHADO; MOREIRA; SANT'ANNA, 2015).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, alguns estudos analisados apontaram que os serviços de atenção básica e de pronto atendimento são os mais procurados no aparecimento dos primeiros sintomas da TB, e isto se dá pelo fato de prestarem atendimento à demanda espontânea em condições de saúde aguda ou crônica (ANDRADE et al., 2013; ENGEL et al., 2013; LAFAIETE et al., 2011).

A descentralização das medidas de controle para a atenção básica, principalmente através do tratamento diretamente observado (TDO), mostrou-se como um fator potencial para estabelecimento de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização do doente com o tratamento e com a equipe de saúde. Porém, ao abordar o tema educação em saúde e TB, observou-se que as ações desenvolvidas por profissionais de saúde são, predominantemente, prescritivas, restritas à mudança de comportamento individual, reforçando o modelo biomédico e a não valorização do saber do usuário (LIMA et al, 2013; SÁ et al., 2013; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

Os poucos estudos encontrados que abordaram a temática de redes sociais e capital social na saúde apontam que o envolvimento nas redes sociais oferece várias formas de apoio social que podem influenciar na saúde ao funcionar como "fatores de proteção" contra doenças. Além disso, a participação social oferece oportunidades para aprender novas habilidades e confere um senso de pertença à comunidade. Assim, a participação social pode influenciar a saúde diretamente, ativando sistemas cognitivos e indiretamente, dando uma sensação de pertencimento (ERIKSSON, 2011).

A seguir, serão destacados outros pontos relevantes destas produções selecionadas através do desenvolvimento dos seguintes tópicos: tuberculose como problema de saúde pública, o papel da equipe de saúde da família no controle da tuberculose e acesso aos serviços de saúde na atenção básica. Posteriormente, serão apresentados alguns conceitos-chaves da obra de Pierre Bourdieu, redes sociais e como estes podem auxiliar na análise da configuração das redes sociais dos pacientes no enfrentamento da tuberculose.

1.1 Tuberculose como problema de saúde pública

A tuberculose (TB) é considerada mundialmente como um grande problema de saúde, provocando o adoecimento de milhões de pessoas e liderando lado a lado com contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), as causas de morte no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em 2014, foram registradas 1,5 milhão de mortes por tuberculose (1,1 milhão HIV negativo e 400 mil portadores de HIV), incluindo 400 mil pessoas vivendo com HIV; 1,2 milhão de pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose; 480 mil pessoas desenvolveram tuberculose multidroga-resistente (TBMDR), com 190 mil mortes associadas. Em 2015, 10,4 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose. Cabe frisar que o número de mortes por tuberculose aumentou consideravelmente, mesmo sendo esta uma doença curável, evitável, e prevenível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; BRASIL, 2017).

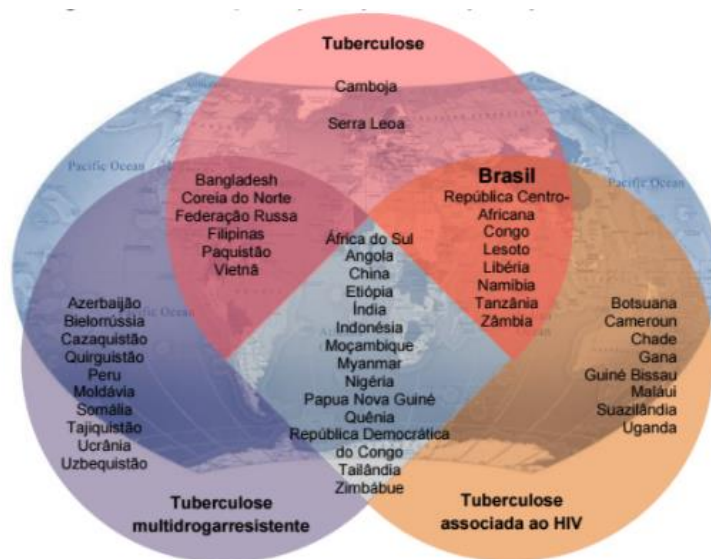
Diante desse quadro alarmante, o ano de 2015 foi considerado um divisor de águas na batalha contra a tuberculose com o estabelecimento de novas metas globais e indicadores para o controle da TB desenvolvidos na perspectiva das recentes metas do desenvolvimento sustentável, marcando a transição da estratégia *Stop TB* para a estratégia *End TB*. O principal objetivo desta estratégia é o fim da epidemia global com a redução das mortes em 95% até

2035, redução dos casos novos em 90% e garantia que nenhuma família sofra com as consequências desastrosas provocadas pela tuberculose (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Para o alcance das metas, a estratégia prevê o estabelecimento de três pilares, sendo o primeiro voltado para a atenção ao paciente, o segundo para o componente social e o terceiro para a pesquisa e inovação. Além disso, a estratégia segue quatro princípios: liderança e responsabilização de governo; forte coalisão com as organizações da sociedade civil e comunidades; proteção e promoção dos direitos humanos, da ética e da equidade; e adaptação da estratégia e das metas pelos países, com colaboração global (BRASIL, 2017).

Até o final de 2015, a Organização Mundial de Saúde classificava os 22 países com maior carga da doença no mundo, dentre eles estava o Brasil. Para o período de 2016 a 2020, foi definida uma nova classificação de países prioritários, segundo características epidemiológicas, somando um total de 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose (BRASIL, 2017).

Figura 1 – Classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020



Fonte: BRASIL, 2017.

Atualmente, o Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV. É um dos seis países com as maiores taxas de casos novos de tuberculose e tuberculose multidrogarresistente (TBMDR), além de junto com China, Filipinas e Rússia ter concentrado, em 2014, 80% da carga mundial de casos tuberculose (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; BRASIL, 2017).

O Brasil tem destaque ainda por sua participação no BRICS (bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), cujos países somam cerca de 50,0% dos casos de tuberculose no mundo e mobilizam mais de 90,0% dos recursos necessários para as ações de controle da tuberculose por meio de fontes domésticas de financiamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que para o controle da doença a meta de cura seja igual ou superior a 85,0% e a de abandono seja menor do que 5,0% (BRASIL, 2017).

Desde 2003, o Ministério da Saúde elegeu a tuberculose como problema prioritário de saúde pública, ampliou o orçamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em mais de 14 vezes comparado ao ano anterior e tem incentivado a organização e a participação da sociedade civil no controle social da tuberculose. Além disso, na área técnica ampliou e qualificou a equipe do PNCT propiciando a participação efetiva de seus técnicos em todo o território nacional e em foros internacionais de decisão, adotando todas as medidas propostas pela estratégia do *Stop TB*, com destaque para implementação do tratamento diretamente observado (TDO) de alta qualidade (BRASIL, 2011c).

Além do TDO, o Ministério da Saúde tem se comprometido com o fortalecimento do sistema de saúde, promovendo a articulação entre diferentes programas particularmente no combate à coinfeção Tuberculose/HIV e no acesso às populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, sempre na perspectiva da descentralização das ações de controle da tuberculose, com ênfase absoluta na atenção básica (BRASIL, 2011c).

Para intensificação das ações de controle da tuberculose, o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabelece critérios que definem municípios prioritários. Nesse sentido, pactuou-se para 2015 a redução de 50,0%, em relação a 1990, dos coeficientes de incidência e de mortalidade por tuberculose. Atualmente, o PNCT prioriza 181 municípios, sendo possível encontrar o seguinte cenário: a Região Sudeste com o maior número de municípios considerados prioritários, seguida pelas regiões Nordeste e Sul; os estados de São Paulo e Rio de Janeiro concentrando 76,5% dos municípios prioritários da Região Sudeste; as regiões Nordeste e Sul, possuem os estados da Bahia e do Rio Grande do Sul com o maior número de municípios prioritários, respectivamente; no Norte do País, o maior quantitativo concentra-se no estado do Pará; e no Centro-Oeste, o maior quantitativo está no Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2014).

Como resultado do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em parceria com estados, municípios e sociedade civil, tem-se observado, nos últimos anos, que a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. Esta

tendência em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano em um esforço nacional, coordenado pelo governo federal, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública (BRASIL, 2011b).

Estudos apontam que o diagnóstico tardio, a situação socioeconômica desfavorável e a precariedade de informação e de acesso aos serviços de saúde são fatores que permeiam a tuberculose e colocam os sujeitos em situação de invisibilidade, condição esta que não condiz com suas necessidades de cuidado. Sendo a pobreza um fator preponderante para o desenvolvimento de doenças e, embora a tuberculose seja combatida há tempos, sua persistência em bolsões de miséria ao redor do mundo aponta para o fato de que há outros determinantes, além dos biológicos, que também devem ser considerados (MACHADO; MOREIRA; SANT'ANNA, 2015).

Toda população é constituída pela interação social entre seus membros, de maneira a formar uma unidade de interação, que interatuam com outras unidades populacionais gerando uma organização e hierarquias. Considerando o processo de reprodução social dos indivíduos em sociedade, não se pode minimizar as doenças e a saúde como uma expressão biológica individual de processos sociais, pois ao analisar a situação de saúde dos indivíduos ou grupos o que se estuda são fenômenos que retratam ao nível individual e coletivo esta reprodução (CASTELLANOS, 1997).

O processo de reprodução social da saúde envolve quatro momentos reprodutivos (biológico, ecológico, econômico e das formas de consciência e conduta), onde a situação de saúde das populações se forma pelo conjunto de necessidades e problemas de saúde, das respostas sociais frente aos problemas e do perfil de fenômenos que os torna visível, sendo assim o que se produz e se reproduz nesta dinâmica são elementos e características de cada coletivo humano que no caso da tuberculose reforçam os determinantes socioeconômicos da doença e justificam a sua perpetuação (CASTELLANOS, 1997).

1.2 O papel da equipe de saúde da família no controle da tuberculose

O conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde caracteriza a atenção básica (AB). Estas ações sejam realizadas no

contexto individual ou coletivo, tem como finalidade atender o indivíduo na sua totalidade, gerando impacto na sua condição de saúde e autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A atenção básica, nível primário do sistema de serviços de saúde, desenvolve-se com base nos preceitos da descentralização e capilaridade, buscando ser o contato preferencial dos usuários, e, conseqüentemente a porta de entrada para o SUS. Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas para a realização de suas ações buscando atender a população considerando as particularidades e dinamicidade do território, através de práticas participativas e democráticas de gestão e de cuidado (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da reformulação de conceitos e inclusão de elementos, reforça o papel da atenção básica como ordenadora das redes de atenção à saúde, avançando assim no reconhecimento da necessidade de variadas composições de equipes que sejam capazes de atender a diversificada população brasileira. Sendo importante ressaltar que a preocupação em produzir uma atenção integral e resolutive, faz com que a atenção básica reconheça a singularidade do sujeito e a sua inserção sociocultural (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de organização e expansão da atenção básica por criar oportunidade de acesso aos serviços; por estabelecer uma forma de organização do trabalho dos profissionais da saúde centrada no indivíduo, sua família e ambiente; por traduzir o conceito de responsabilidade sanitária, constituindo-se como espaço de construção de cidadania; pela articulação com a rede de saúde, hierarquizada e regionalizada, garantindo o acesso aos serviços de maior complexidade; e pelo estabelecimento de relações intersetoriais que atendam as demandas relacionadas às condições de vida com políticas públicas mais integradas, respondendo de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita (BRASIL, 2013).

Na estratégia de saúde da família, este trabalho é desenvolvido por equipes multiprofissionais, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma equipe de saúde bucal, partilhada por duas ou três equipes, e um número variável de agentes comunitários vinculados a cerca de mil famílias. Estes profissionais dedicam-se 40 horas semanais, em unidades muito próximas à população a ser atendida e são orientados pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, tendo um papel preponderante no avanço da descentralização e na efetividade das

ações propostas, potencializado pelo envolvimento dos profissionais e pela troca propiciada pelos diversos saberes (BRASIL, 2012).

No controle da tuberculose, além das atribuições gerais definidas pelo Ministério da Saúde são sugeridas atribuições mínimas específicas por categoria profissional, dentre estas, cabe ao enfermeiro: realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; solicitar exames; iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico de TB); planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.

Ao ACS, além de identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade cabe encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe; orientar e encaminhar os contatos à unidade básica de saúde; supervisionar a tomada de medicação, conforme planejamento da equipe; fazer visita domiciliar, de acordo com a programação da equipe; realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento.

Ao médico compete solicitar raio-X de tórax; iniciar e acompanhar o tratamento para tuberculose dos pacientes com tuberculose pulmonar; iniciar o tratamento da infecção latente da tuberculose para os contatos; dar alta por cura aos pacientes após o tratamento e encaminhar, quando necessário, os casos que necessitam de um atendimento em unidade de referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento.

O auxiliar e técnico de enfermagem tem como funções orientar a coleta do escarro, encaminhar o material ao laboratório com a requisição do exame preenchida, receber os resultados dos exames, protocolá-los e anexá-los ao prontuário; supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe (BRASIL, 2011c).

No que tange ao enfrentamento da tuberculose, espera-se que os profissionais destas equipes sejam capazes de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, os indivíduos sintomáticos respiratórios e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da TB (busca ativa). Além de orientar a família, que acompanhe a tomada dos medicamentos pelos pacientes (tratamento supervisionado) e de organizar reuniões com membros da comunidade para orientação, melhorando o acesso ao serviço de saúde e ao tratamento adequado, já que estudos indicam que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde está associada com o aumento do desfecho por abandono. Lembrando que o acompanhamento dos casos de TB pelos profissionais da atenção básica deve estar fundamentado no resgate da humanização do cuidado, no qual o profissional de saúde realize escuta ativa, identificando as

necessidades manifestadas pelo paciente e, com ele, defina as melhores estratégias de agir na perspectiva do tratamento da TB ser um processo de responsabilização (BRASIL, 2011a; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

Sabe-se que grande parte dos casos de tuberculose pode ter resolução na atenção básica, e a educação permanente das equipes de saúde interfere diretamente na captação de sintomáticos respiratórios (SR), no diagnóstico precoce, no tratamento com esquema básico descentralizado, no acompanhamento dos portadores de tuberculose e seus contactantes e na facilitação do acesso (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c). Nesta perspectiva, cabe citar um estudo feito em Curitiba no período (2000 a 2009) onde se pode notar que o aumento da cobertura pela estratégia de saúde da família refletiu diretamente na redução no número de óbitos relacionados à tuberculose assim como na redução nas taxas de mortalidade por tuberculose e abandono ao tratamento (MARQUIEVIZ et al., 2013).

Conforme observado em estudo ecológico realizado no município de Curitiba-PR durante os últimos dez anos (de 2000 a 2009) foi enfatizado que as ações de controle da TB passaram a fazer parte das ações da atenção básica e com isso os municípios passaram a planejar e a executar as atividades de controle da tuberculose com autonomia, evidenciando-se o processo de descentralização política e administrativa do país. Estudo feito no município de Teresina apontou a descentralização do diagnóstico e tratamento da atenção à TB para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ ou ESF como estratégia para ampliar o acesso das pessoas portadoras do agravo aos serviços de saúde. Deste modo, a descentralização das ações para as UBS vem provocando mudanças significativas no volume de atividades com o aumento do número de SR examinados, de baciloscopias realizadas, detecção de novos casos, controle de contatos, aproximando-se das metas estabelecidas pelo PNCT (MARQUIEVIZ et al., 2013; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

A lógica do trabalho em equipe com foco no usuário é o elemento-chave para o alcance das metas e a superação dos desafios no combate à tuberculose. Estudos mostram que o controle da TB vai além do cumprimento das etapas preconizadas em protocolos clínicos, corroborando que o estabelecimento de vínculo entre o paciente e a equipe de saúde constitui uma necessidade insubstituível para o sucesso no tratamento, uma vez que estabelece relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e o paciente, que passa a compreender o significado do próprio tratamento, seguindo corretamente as orientações da terapêutica (ANDRADE et al., 2016; CUNHA et al., 2015; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; SOUSA et al., 2015; GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Neste processo, por meio de atividades de educação em saúde pode-se preparar o sujeito para ocupar o lugar de protagonista, exercendo sua autonomia e o autocuidado através de uma função reguladora que lhe permita desempenhar atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Porém, em estudo realizado no município de Teresina e outro no município do Rio de Janeiro com profissionais de saúde que atuavam junto ao controle da TB observaram-se que as atividades de educação em saúde não são realizadas regularmente pelos profissionais, sendo executadas em sua maioria apenas em época de campanha. Este fato reforça a necessidade de incentivar ações de promoção à saúde em maior escala, visto que estas permitem ao sujeito refletir sobre a sua realidade (ANDRADE et al., 2016; CUNHA et al., 2015; GALVÃO; JANEIRO, 2013; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; SOUSA et al., 2015).

Percebe-se que a obtenção do sucesso terapêutico vai além da eficácia farmacológica, existindo dificuldades relacionadas ao paciente, ao tratamento empregado e à operacionalização do cuidado nos serviços de saúde, sendo assim, a implementação da atenção à saúde com enfoque na família e na orientação da comunidade por meio dos serviços de saúde faz-se necessária para promover mudanças na qualidade dos serviços e reforçar o compromisso e o envolvimento dos profissionais de saúde, usuários, famílias e comunidades, para que todos possam sentir-se “sujeitos ativos” na busca de melhores condições de vida (BRASIL, 2011a).

Segundo Andrade et al.. (2016), as relações de afetividade e segurança entre o usuário e a equipe possibilitam o aprofundamento da corresponsabilização pela saúde. Diante disso, torna-se primordial no controle da tuberculose que os serviços de saúde e as equipes se qualifiquem para exercer suas atribuições adequadamente, sendo importante reforçar que para a efetividade das ações é necessário que a prática contemple os princípios da humanização, integralidade e responsabilização utilizando como ferramentas a escuta, o diálogo e a valorização na troca de experiências, pois somente desta forma serão alcançados os resultados esperados.

1.3 Acesso aos serviços de saúde na atenção básica

A Lei Orgânica da Saúde (1990) instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo ao Estado o dever de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde

visando à promoção, proteção e recuperação. Para orientar profissionais de saúde e gestores nas ações e para garantir a efetividade das políticas públicas, a Lei 8080/90 estabelece princípios organizativos, dentre eles, a integralidade, universalidade e equidade.

Nesta perspectiva para o alcance de uma assistência integral e resolutiva que contemple os princípios e diretrizes norteadores do SUS, a interação entre usuário, profissionais de saúde e comunidade apresenta-se como um fator preponderante. Sendo importante enfatizar o potencial papel dos serviços de saúde na coordenação da atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Tomando como base, que acesso é um conceito complexo, às vezes, empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde, a categorização em quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica auxiliam na sua análise. Estas diferentes abordagens sobre acesso aos serviços de saúde, demonstram o grau de pluralidade e complexidade do tema (ASSIS; JESUS, 2012).

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, Starfield (2002) aponta a importância do usuário no movimento de busca pelo cuidado à saúde ser devidamente acolhido e receber o direcionamento adequado dado por um profissional de saúde qualificado. Esta prática legitima a relevância da atenção básica como ordenadora dos cuidados em saúde e porta de entrada preferencial do usuário.

Baseado em dados de pesquisas é possível correlacionar a acessibilidade com a maior probabilidade de atenção dispensada pelo profissional de saúde no primeiro contato e com a escolha pelo usuário em dar continuidade ao acompanhamento com este profissional (STARFIELD, 2002). Isto traduz a multidimensionalidade do conceito de acesso que influenciado por uma gama de fatores podem atuar aumentando ou obstruindo a capacidade dos usuários recorrerem aos serviços de saúde.

Nesta lógica, em relação à disponibilidade de horário para atendimento durante o tratamento, os resultados de estudos também mostram que o cumprimento dos horários pelos profissionais do serviço de saúde, indica boa organização e planejamento dos serviços de atenção básica. Sendo assim, esse aspecto deve ser avaliado constantemente visando à diminuição do tempo de espera para as consultas já que quanto maior o tempo de espera para o atendimento, maior probabilidade de faltas nas próximas consultas. A demora no atendimento pode estar relacionada à burocracia, que leva, conseqüentemente, a horários inflexíveis, inviabilizando um atendimento fluente e de qualidade e diminuindo assim a interação com o cliente, apresentando-se como uma referência negativa do serviço (LAFAIETE et al., 2011)

Em estudo realizado em um município do interior do Rio Grande do Sul sobre a acessibilidade geográfica e organizacional de um serviço de referência para o tratamento de tuberculose, observou-se que, para garantir a integralidade da atenção no sistema público de saúde assume relevância a compreensão de variáveis que limitam ou dificultam o acolhimento dos usuários nas portas de entrada da rede. Dentre estas, destaca-se a acessibilidade aos serviços de saúde, que aborda a distância que o usuário percorre para chegar a uma porta de entrada da rede de atenção, os obstáculos físicos existentes, limites ou facilidades de locomoção e os custos implicados neste deslocamento, visto que indivíduos com dificuldades socioeconômicas apresentam-se menos dispostos a buscar os serviços de atenção à saúde (ENGEL et al., 2013).

A forma de ingresso, a alocação de mão de obra, a distância percorrida, o horário de funcionamento dos serviços, a qualidade do atendimento prestado mostram-se como indicadores de avaliação do potencial da atenção básica. Sendo assim, a acessibilidade gira em torno do equilíbrio entre as características dos recursos disponibilizados e os recursos buscados pela população para obtenção da atenção no cuidado à saúde (ENGEL et al., 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) funciona como porta de entrada dos serviços de saúde sendo notória sua contribuição para a diminuição das iniquidades em saúde e ampliação do acesso à atenção básica, porém ainda são observadas algumas limitações no acesso aos serviços básicos de saúde, como: a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os outros níveis de complexidade da saúde; e reduzida interação entre a AB e outros setores da sociedade e do governo (ASSIS; JESUS, 2012).

Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população, o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população, ratificando assim sua característica multidimensional (ASSIS; JESUS, 2012).

Nesse sentido, cabe aos gestores e coordenadores das equipes de saúde formular políticas de saúde que favoreçam a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema contemplando a perspectiva do paciente e o contexto onde se inserem para assim impedir que barreiras impeçam o acesso e a adesão ao tratamento necessário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Redes sociais e os capitais econômico, social e cultural

Neste tópico buscou-se contextualizar o aporte teórico que fundamenta alguns conceitos centrais da obra de Pierre Bourdieu e a abordagem utilizada na análise de redes sociais para reforçar o papel das estruturas na explicação sociológica, e ao mesmo tempo recuperar o lugar dos agentes ao mostrar seu potencial no aproveitamento da estrutura da rede.

A aproximação com a visão bourdieusiana mostrou-se fundamental para vislumbrar a complexidade das relações estabelecidas dentro de uma sociedade em sua completude. Dentre seus principais conceitos o presente estudo visa trabalhar com os seguintes: capital econômico, capital cultural e capital social.

Bourdieu define como espaço social um espaço geográfico no interior do qual se recortam regiões, de modo que quanto mais próximos estiverem os grupos ou instituições ali situados, mais propriedades eles terão em comum; quanto mais afastados, menos propriedades em comum terão. Tende a funcionar como um espaço simbólico, um espaço de estilos de vida e de grupos de estatuto, caracterizados por diferentes estilos de vida onde as distâncias espaciais coincidem com as distâncias sociais. E as interações, que proporcionam uma satisfação imediata às disposições empiristas, escondem as estruturas que se concretizam nelas (BOURDIEU, 2004).

As relações objetivas são relações entre as posições ocupadas nas distribuições dos recursos que são ou podem se tornar operantes, eficientes na concorrência pela apropriação dos bens raros que tem lugar nesse universo social. Esses poderes sociais fundamentais são: o capital econômico, capital cultural, capital simbólico (forma de que se revestem as diferentes espécies de capital quando percebidas e reconhecidas como legítimas). Desta forma, os agentes estão distribuídos no espaço social global, na primeira dimensão de acordo com o volume global de capital que eles possuem sob diferentes espécies, e, na segunda dimensão, de acordo com a estrutura de seu capital, isto é, de acordo com o peso relativo das diferentes espécies de capital, econômico e cultural, e no volume total de seu capital (BOURDIEU, 2004).

O capital social e o cultural contribuem e interagem diretamente com o capital econômico para fortalecer a determinação e reprodução das posições sociais. O capital

econômico, na forma de diferentes fatores de produção (terras, fábricas, trabalho) e do conjunto de bens econômicos (dinheiro, patrimônio, bens materiais), é acumulado, reproduzido e ampliado por meio de estratégias específicas de investimento econômico, embora este seja a fonte de todas as outras formas de capital, o capital social tende a ser transformado em capital econômico ou em capital cultural (BONAMINO, 2010).

Bourdieu afirma que a influência do capital cultural se deixa apreender sob a forma de relação que cada família transmite a seus filhos mais por via indireta que direta, um certo capital cultural e um certo *ethos*, sistema de valores implícitos e profundamente interiorizados. De modo que as atitudes dos membros de diferentes classes sociais, assim como a expressão do sistema de valores implícitos ou explícitos se devem à posição social ocupada por eles (BOURDIEU, 2007).

A ideia de capital social surgiu como o único meio de mostrar o fundamento de efeitos sociais, visto que não se pode reduzir ao conjunto de propriedades individuais possuídas por determinado agente (BOURDIEU, 2007).

Bourdieu define o capital social como:

o conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 2007, p. 67).

O conceito de capital social é multidisciplinar e apresenta caráter desafiador, por incorporar o “capital”, sob a forma de bem intangível, ao “social”, que advém de relações e representa fonte de poder e influência (BASTOS; SANTOS; TOVO, 2009; LAMARCA, 2012).

Este ponto de vista teórico apresentado permite vislumbrar um novo entendimento da relação sujeito-sociedade a partir do reconhecimento da importância do capital social para sua compreensão, assimilando este conceito como uma propriedade do agente, como relações sociais que permitem aos indivíduos ou aos grupos obterem recursos ou legitimação (BASTOS; SANTOS; TOVO, 2009).

Os ganhos que um indivíduo tem por pertencer a um grupo estão na base da solidariedade que os torna possível, de modo que a existência de uma rede de relações não possa ser considerada apenas um ato natural, mas sim um ato social de instituição, possibilitando a reprodução de relações sociais diretamente utilizáveis, a curto ou longo prazo (BOURDIEU, 2007).

Eriksson (2011) afirma que o capital social coletivo pode provocar efeitos indiretos positivos na saúde ao permitir o desenvolvimento de habilidades comunitárias de trabalhar para solucionar problemas coletivos de saúde.

Ultimamente, tem sido dado grande destaque às relações interpessoais que de certo modo formam redes de relacionamento entre pessoas que compartilham valores comuns, podendo ser considerado um tipo de capital, o capital social. Este é tipicamente visto como uma parte da estrutura social, enquanto redes sociais e de apoio são muitas vezes conceitualizadas ao nível dos indivíduos, perspectivas estas que não se excluem, mas sim se associam (LEAL et al., 2011).

A análise da tríade composta por rede social, apoio social e capital social é apontada como uma maneira de avaliar o capital social. Esta análise tende a reforçar que o capital social ao ser considerado como uma característica individual contribui com o campo da promoção da saúde, além de agregar o conhecimento de como a influência das redes sociais podem conduzir um grupo ao seu objetivo, visualizado a partir do mapeamento da sua estrutura (ERIKSSON, 2011; CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Estudos comprovam que o indivíduo inserido em redes tem mais chances de acesso a diferentes formas de capital social e o envolvimento em diferentes redes resulta na criação de normas de reciprocidade e confiança entre os mesmos criando um sistema de retroalimentação onde a quebra desta relação provoca a ruptura ou empobrecimento deste processo. Deste modo, é reconhecido o potencial do capital social para a saúde, visto que a qualidade das relações sociais está associada a várias enfermidades, e, sabe-se que este capital estimula mecanismos de apoio social, influência social, engajamento social, contato pessoa a pessoa e acesso a recursos e bens materiais, sendo assim, um importante determinante social para a saúde (ERIKSSON, 2011; CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Estudos que abordem a temática capital social e saúde ainda são bastante reduzidos, refletindo no quantitativo de publicações encontradas. As ligações teóricas e empíricas entre capital social e a saúde ainda não são claras e os significados de diferentes formas de capital social coletivo e suas implicações para a saúde e a promoção da saúde precisam de mais exploração (ERIKSSON, 2011).

Com a intenção de explicar a fato social dentro de sua complexidade e reconhecendo suas multideterminações, a análise de rede social considera que as relações sociais se constroem a partir de uma determinação coletiva que se impõe às vontades individuais, fugindo assim do reducionismo conceitual apresentado em esquemas dualistas que tentam simplificar a ideia de sociedade (MARTINS, 2008).

Redes sociais é um conceito polissêmico, utilizado em diversos campos do conhecimento (comunicação, saúde, educação, economia, geografia, administração) e descrito de diferentes formas na literatura. Apesar das concepções variadas, é possível identificar um ponto em comum nos estudos que trabalham com a ideia de rede, a informação (ACIOLI, 2007; PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014).

A Análise de Redes Sociais (ARS) é um instrumento utilizado para estudar as redes "invisíveis", informais, espontâneas e não intencionais provenientes do convívio em sociedade (GOMIDE; SCHUTZ, 2015). Desta forma, permite conhecer como os indivíduos e organizações estruturam suas relações, desempenham suas funções e executam ações, motivados por interesses e objetivos em comum (MARTELETO, 2000).

Vale ressaltar que a ARS possibilita a combinação de diferentes perspectivas metodológicas (quantitativas e qualitativas) para o mapeamento e estudos das redes sociais, além da construção de gráficos (sociogramas) e utilização de métricas próprias (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

O interesse científico nesta metodologia vem crescendo, apesar de ainda ser pouco difundida na Saúde Coletiva, principalmente por propiciar a compreensão de como diferentes atores interagem configurando redes sociais e ao analisar fenômenos singulares que podem interferir nas posições sociais dos indivíduos nas redes tanto em relação à formação e mobilização de recursos quanto no fluxo de informação (GOMIDE; SCHUTZ, 2015).

Uma grande contribuição viabilizada pelo uso da análise de redes sociais é a possibilidade de conhecer o desenho das redes e as medidas que determinam os padrões de relacionamento entre os agentes. Esta interpretação qualifica as posições e identifica as relações de reciprocidade entre os agentes, com enfoque nos papéis exercidos por cada membro e na possibilidade de ampliação das relações para o ambiente externo das redes e o seu contexto de ação (MARTELETO, 2000).

A análise de redes propicia o entendimento da estrutura, cuja forma é explicativa para o estudo desses fenômenos, não recaindo apenas em atributos individuais (classe, sexo, idade, gênero), mas no conjunto de interações que os indivíduos estabelecem uns com os outros, onde a função de uma relação dependerá da posição estrutural dos elos (representado por um indivíduo, uma organização, por exemplo). Cabe ressaltar que a rede não se limita apenas à soma de relações, com isso, sua forma exerce influência sobre cada relação (ANDRADE; DAVID, 2015).

As redes sociais possuem diversas funções, tais quais: companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e

acesso a novos contatos (SLUZKI, 1997, p.47), demonstrando o seu potencial em provocar efeitos percebidos fora do espaço de sua configuração inicial.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como característica principal descrever os fatos e fenômenos com exatidão a partir do aprofundamento de determinada realidade, visando descobrir a frequência com que um fenômeno acontece ou como se organiza e funciona um sistema, processo ou realidade, não sendo permitida a interferência do pesquisador e exigindo uma série de informações sobre o que realmente se deseja pesquisar (TRIVIÑOS, 1987; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Com a utilização da abordagem qualitativa objetiva-se a compreensão aprofundada de um grupo social buscando explicar o porquê das coisas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Para Minayo (p.22-23, 2006) esta abordagem deve ser entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

3.2 Cenário do estudo

O cenário deste estudo foi uma unidade de atenção básica na Área de Planejamento (A.P.) 3.1 do município do Rio de Janeiro.

A cidade do Rio de Janeiro é dividida em dez Áreas de Planejamento (AP) e cada uma delas é composta por vários bairros. A A.P. 3.1 abrange 28 bairros, totalizando 886.551 habitantes. Este território conta com 45 unidades de atenção básica e 209 equipes de saúde da família, atingindo cobertura de 81,33% de saúde da família (RIO DE JANEIRO, 2017).

Dentre os bairros de abrangência da A.P. 3.1 temos o Complexo do Alemão, um conjunto de favelas com cerca de 70 mil habitantes, segundo dados do Censo 2010, localizado na zona norte do Rio de Janeiro que costuma ser vinculado à criminalidade, à pobreza, à falta e à negação. Cabe ressaltar que o Complexo do Alemão só adquiriu existência nominal,

administrativa e simbólica a partir de 1993, quando foi oficializado como bairro (COUTO; RODRIGUES, 2015).

Atualmente, o Complexo do Alemão possui quatro unidades de saúde da família atingindo 100% da cobertura populacional, porém devido às más condições de vida e à aglomeração de pessoas, a vulnerabilidade à tuberculose torna-se maior, contribuindo para a manutenção de elevadas taxas de incidência da doença.

Sendo assim, a unidade de atenção básica selecionada para o estudo foi uma clínica da família situada na Estrada do Itararé em Ramos que desde abril de 2010 presta serviços à população adscrita, residente em áreas do Complexo do Alemão. Esta unidade possui quatro equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal e, aproximadamente, 13.190 pessoas cadastradas (RIO DE JANEIRO, 2017).

Cabe destacar que as quatro equipes de saúde da família (Itararé, Alvorada, Fênix e Alvorada Cruzeiro) pertencentes à unidade estudada possuem peculiaridades relacionadas à heterogeneidade do território de abrangência. Estas particularidades se referem, principalmente, às condições de vida e de habitação que refletem diretamente no processo de adoecimento da população atendida. Pode-se observar que, dos 24 casos de tuberculose da unidade, em 62,5% dos casos os usuários residiam em áreas precárias que estavam sob responsabilidade das equipes Alvorada e Alvorada Cruzeiro.

Definir o que é favela representa um grande desafio, visto a diversidade de descrições encontradas, mas de um modo geral ora designa atributos físicos relativos a uma determinada disposição de habitações populares autoconstruídas, ora se refere às qualidades sociais das pessoas que as habitam; aquelas que atribuem sentidos a esses territórios que, por sua vez, fazem parte da cidade (SILVA, 2013).

No Complexo do Alemão não é diferente, a aglomeração de casas, até mesmo a presença de barracos sem nenhum saneamento básico, os inúmeros becos e vielas, o comércio local, os moradores, e a movimentação propiciada pelo sobe e desce das ladeiras e escadarias da comunidade, seja indo para o trabalho, levando os filhos à escola, trabalhando ou apenas circulando para tomar ciência dos últimos acontecimentos, possibilitam a configuração de um território único com identidades plurais, tanto no plano da existência material quanto simbólica.

3.3 Participantes do estudo

Foram entrevistados sete usuários portadores de tuberculose que realizavam acompanhamento nesta unidade de atenção básica, dentre estes cinco homens e duas mulheres.

Anteriormente à seleção dos participantes foi realizada consulta ao Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose, que consiste em um livro de informação oficial do PNCT que é utilizado como fonte de dados da unidade de saúde local e também como ferramenta para base de cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos. Neste livro foi possível confirmar o quantitativo total de casos de tuberculose vinculados à unidade que no período da coleta de dados (abril a maio de 2017) eram 24 pacientes e os que estavam efetivamente realizando acompanhamento para tuberculose na atenção básica que eram 20 pacientes, os outros quatro por serem casos de tuberculose MDR realizavam acompanhamento em outro nível de atenção à saúde.

Através da participação nas reuniões de equipe das quatro equipes de saúde da unidade foi feita a seleção dos participantes, respeitando os seguintes critérios de inclusão: ser portador de tuberculose e realizar acompanhamento na unidade de atenção básica. E como critérios de exclusão, pacientes portadores de tuberculose que estivessem realizando acompanhamento em outro nível de atenção à saúde. A aplicação desses critérios ocorreu de modo a buscar contemplar usuários das quatro equipes de saúde da família da unidade. Sendo assim, a partir desta seleção as entrevistas começaram a ser agendadas com os usuários, cabendo frisar que o tamanho da amostra se deu pela saturação teórica percebida com a realização da sétima entrevista.

É importante sinalizar que, antes da realização da entrevista, foi feita uma consulta ao prontuário eletrônico de cada usuário. O Prime Saúde da ECO Sistemas é o prontuário eletrônico utilizado nas unidades de saúde da rede municipal do Rio de Janeiro na área programática 3.1 orientado à Estratégia de Saúde da Família. Os registros clínicos efetuados em prontuários eletrônicos qualificam a assistência em saúde, visto que permitem a consulta e o monitoramento de indicadores de saúde e informações relacionadas a consultas médicas, atividades coletivas e outras ações possam ser acompanhados de maneira dinâmica e efetiva. Desta forma, ao acessar este sistema foi possível coletar informações como data de nascimento, confirmar data do início dos sintomas e do início do tratamento e tempo de cadastro na unidade.

Conforme já mencionado, o território do Complexo do Alemão vivencia situações de violência frequentes e no período da coleta de dados este fator foi considerado para a escolha do local mais apropriado para o cumprimento desta etapa da pesquisa. Diante da realidade territorial encontrada e seguindo orientação dos agentes comunitários responsáveis pelo acompanhamento de tais usuários, todas as entrevistas foram agendadas e realizadas na própria unidade de saúde, em ambiente reservado. Mesmo assim, algumas vezes devido ao intenso tiroteio alguns participantes não conseguiram acessar a unidade nas datas programadas, necessitando de um novo agendamento.

Esta situação dificultou a coleta de dados ao impedir a realização de visitas domiciliares a fim de entrevistar usuários que apresentavam dificuldade de locomoção, no entanto não interferiu na qualidade dos dados coletados.

3.4 Técnicas de coleta de dados:

Na pesquisa qualitativa, a flexibilidade e a adaptabilidade são peculiaridades que influenciam no desenvolvimento de instrumentos e procedimentos específicos visto que nesta abordagem reconhece-se a particularidade de cada objeto (GÜNTHER, 2006).

Nesta lógica, a narrativa de vida como técnica de coleta de dados visa verificar o significado que os sujeitos atribuem a situações cotidianas a partir da análise de percepções individuais, padrões universais de relações humanas, condutas e atitudes características de grupos sociais específicos (GLAT, 1989). A entrevista narrativa valoriza a memória seletiva, reconhecendo que cada indivíduo só lembra daquilo que de alguma forma foi marcante e traduz esta percepção pela oralidade.

As narrativas são eventos centrados que retratam ações humanas e são experiências centradas em vários níveis: elas não apenas descrevem o que alguém faz no mundo, mas o que o mundo faz com este alguém; elas nos permitem inferir algo sobre o que é sentir-se naquele mundo da história; recontam estes eventos que acontecem de forma involuntária, imprevisível, às vezes, indesejada pelos atores; narrativas não meramente se referem a experiências passadas, mas criam experiências para quem as ouve (RIESSMAN, 2008).

Benjamin (1975) ressalta que a narrativa é uma forma artesanal de comunicar, sem a intenção de transmitir informações, mas conteúdos a partir dos quais as experiências possam ser transmitidas. Dito isto, ele tinha como conceito central de sua teoria a experiência e como

expressão delas a narrativa que para ele seria a forma de comunicação mais adequada ao ser humano.

Na construção da narrativa tanto o narrador quanto o ouvinte podem recriar a narrativa, pois é um processo compartilhado. Todas as narrativas são, em um sentido fundamental, “co-construídas”, onde o público presente ou não exerce uma influência crucial no que pode ou não pode ser dito, como as coisas devem ser faladas, o que pode ser considerado e o que deve ser explicado (RIESSMAN, 2008).

Com isso, ao se falar em narrativas de doenças, primeiramente, é preciso entender que as narrativas são parte integrante da ação e das experiências cotidianas dos sujeitos para assim refletir questões relativas à compreensão da doença como experiência, vivida e significada em contextos de ação e interação.

Segundo Bteshe (2013), solicitar que um paciente fale sobre seu processo de adoecimento, da sua percepção da doença e das implicações da escolha do tratamento são práticas possíveis no campo da linguagem (simbolização, comunicação e interpretação) e que adoecer envolve a ruptura de saberes e pressupostos da vida cotidiana, fazendo com que o indivíduo se mobilize a fim de encontrar respostas para sua condição de saúde.

A realização de estudos que enfatizam a experiência nos permite reconhecer dimensões do processo de adoecimento que não são abordadas em estudos biomédicos, sociológicos ou antropológicos tradicionais. Visto que, sob a ótica biomédica, o enfoque dado às questões orgânicas e à cura substitui o corpo vivido, fonte e condição para nossa relação com um mundo de objetos; nas ciências sociais a ênfase em aspectos simbólicos da doença e na cura substituem o corpo vivido, fundamento de nossa inserção no mundo da cultura e ponto inicial para a reconstrução contínua desse mundo; e a relação da doença com o âmbito cultural e social é um fator problemático estruturante da antropologia médica. Sendo assim, o ideal não é analisar o indivíduo apenas na perspectiva do corpo-mente, mas sim no enraizamento fundamental deste no contexto social, enquanto ser que é ser-com-outros (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Os relatos não constituem apenas fontes de informação, mas representam uma tomada de posição dos seus autores frente à doença; possibilitam a identificação de possível atualização, quebra ou criação de determinados laços sociais; e a ruptura de modelos interpretativos fechados, permitindo a reflexão sobre as escolhas e decisões implicadas nos itinerários terapêuticos (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A entrevista narrativa é feita a partir de uma questão disparadora onde o pesquisador deixa o entrevistado falar livremente e o encoraja a aprofundar temas que surgem no decorrer

da conversa. A questão aberta norteadora da entrevista foi: Fale-me como foi a sua busca para iniciar o acompanhamento da tuberculose na atenção básica e das pessoas envolvidas neste processo.

Assim, a partir desta pergunta inicial de característica geral, progressivamente foi estabelecida uma conversa e o aprofundamento de acordo com as informações fornecidas pelos entrevistados. Ressaltando que as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Outra técnica utilizada para a coleta de dados sócio-demográficos a fim de traçar o perfil dos participantes foi um questionário desenvolvido para essa finalidade (Apêndice B).

3.5 Análise dos dados

Minayo (2012) expõe que uma maneira de fazer ciência é associar teoria, métodos e técnicas, onde o objeto ordena como fazer, e a resposta ao objeto está condicionada à utilização de perguntas, instrumentos e estratégias adequadas. A qualidade de uma análise vincula-se à arte, experiência e grau de aprofundamento do pesquisador que direciona o trabalho elaborado.

O capítulo a seguir tem como objetivo analisar o material obtido no trabalho de campo, descrevendo e analisando as configurações das redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na A.P.3.1 no enfrentamento da tuberculose junto à equipe de saúde da família à luz dos conceitos da análise de redes sociais (MARTELETO, 2007) e de alguns termos centrais das obras de Pierre Bourdieu, tais quais: capital econômico, capital social e capital cultural.

A entrevista narrativa é uma técnica para gerar histórias, sendo assim podem ser analisadas de diversas formas após a captação e transcrição dos dados (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003). Sendo assim, para análise dos dados, foi realizada a transcrição na íntegra de todo material obtido nas entrevistas e posteriormente uma leitura gradativa do texto, fazendo a condensação de sentidos e generalizações. Posteriormente, o conteúdo foi dividido em três colunas, onde a primeira ficou com a transcrição, a segunda coluna com a primeira redução e a terceira com as palavras-chave. E com isso, foram desenvolvidas categorias primeiramente comuns para cada uma das entrevistas narrativas e após foi feito uma

compilação coerente para todas as entrevistas realizadas na pesquisa, sendo o produto final a interpretação individual e coletiva dos aspectos relevantes.

As redes sociais também são estudadas quanto à sua configuração e papel dos integrantes, utilizando-se de métricas e representações gráficas. Esta metodologia é de caráter quantitativo, e pode ser usada associada ou não a uma abordagem qualitativa, e é mais comumente mencionada pela sigla ARS (Análise de Redes Sociais) (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Embora este não seja um estudo com base na ARS, foi produzida uma representação gráfica das informações colhidas acerca das redes sociais dos participantes como forma complementar de geração de dados. Utilizou-se o Gephi (versão 0.9.1), uma plataforma interativa de visualização e exploração de todos os tipos de redes e sistemas complexos, grafos dinâmicos e hierárquicos, mantida por um consórcio sediado na França (BASTIAN; HEYMANN; JACOMY, 2009). Seu uso possibilitou uma melhor visualização das redes sociais individuais e coletivas, facilitando assim a descrição de suas configurações.

Com intuito de produzir uma representação gráfica das informações colhidas acerca das redes sociais dos participantes utilizou-se o Gephi (versão 0.9.1), uma plataforma interativa de visualização e exploração de todos os tipos de redes e sistemas complexos, grafos dinâmicos e hierárquicos, mantida por um consórcio sediado na França (BASTIAN; HEYMANN; JACOMY, 2009). Seu uso possibilitou uma melhor visualização das redes sociais individuais e coletivas, facilitando assim a descrição de suas configurações.

Como forma de apresentar didaticamente tais momentos, a análise dos dados será apresentada em duas etapas: a primeira consistirá na descrição de cada entrevistado e análise individual e coletiva das redes sociais dos usuários, e a outra na apresentação das narrativas e categorias.

Após a realização da análise do material foram listadas as seguintes categorias temáticas:

- a) Percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento;
- b) O papel da rede primária no cuidado em saúde;
- c) Rede secundária e o seu papel no controle da tuberculose;
- d) Os diversos capitais em jogo na rede.

3.6 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi pautada nos critérios que regulamentam os aspectos ético-legais da pesquisa envolvendo seres humanos definidos na Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ressalta-se que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estado do Rio de Janeiro, e, posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ seguindo todos os preceitos éticos necessários para a sua realização, obtendo aprovação no dia 12 de abril de 2017 sob o parecer nº 1.908.477 (Anexo).

As entrevistas foram realizadas e gravadas após a autorização do estudo pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em consonância com os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), baseado nas normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

O anonimato foi garantido como meio de proteger a identidade dos participantes, os dados foram coletados em ambiente seguro e a identidade de todos os voluntários foi preservada. Portanto, os dados obtidos e utilizados no estudo não tiveram a identificação dos voluntários da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações fornecidas pelas equipes de saúde da família e dos dados coletados nas entrevistas, no prontuário eletrônico Prime e no Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose segue caracterização dos participantes da pesquisa, resumo de como deu-se a busca pelo cuidado em saúde e a representação gráfica das redes sociais.

Tomando como base os conceitos utilizados na análise de redes sociais, as narrativas representam redes egocêntricas e tem como principal característica, o enfoque maior no indivíduo, buscando assim a compreensão de como a rede o afeta. Desta forma, cada usuário entrevistado seria classificado como “ego” e os atores ligados a estes como “alters”. Cabe ressaltar que informação sobre as ligações entre os alters não foi coletada, o que não prejudicou a pesquisa visto que foi possível analisar as diferenças de posição dos atores na estrutura social, assim como tais posições interferiram no seu comportamento.

Os resultados serão apresentados em dois blocos – um primeiro trará uma breve caracterização de cada entrevistado e do histórico descrito a respeito do seu processo de adoecimento e os gráficos correspondentes à configuração estrutural das redes pessoais antes e depois do tratamento. No final desta primeira parte, duas redes gerais foram geradas, sintetizando as redes de todos os entrevistados, uma relativa às relações de antes do tratamento e que contribuíram ou influenciaram a busca pelo mesmo, e outra trazendo os atores sociais mencionados como parte das redes após o início do tratamento.

Na segunda parte, a análise irá aprofundar aspectos relativos às relações em rede e suas influências a partir das narrativas dos entrevistados. Serão apresentadas as categorias temáticas produzidas, que foram: percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento; o papel da rede primária no cuidado em saúde; rede secundária e o seu papel no controle da tuberculose; e os diversos capitais em jogo na rede.

4.1 Caracterização dos participantes e configuração das redes pessoais

As informações aqui descritas respeitam a narrativa de cada participante e para garantir o anonimato e preservar a identidade deles, seus nomes foram substituídos por

adjetivos dados a partir da percepção da característica comportamental mais marcante percebida durante a realização da entrevista. Sendo assim, eles serão chamados de reservada, sociável, tímido, abatido, esperta, responsável e agitado.

“RESERVADA”

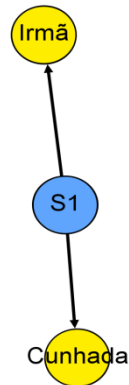
Sexo feminino, preta, nascida no Rio de Janeiro, tem 21 anos e vive em união estável. Reside com companheiro, filha e irmã no Complexo do Alemão há 6 anos. Possui renda familiar média de dois a três salários mínimos. Coursou até o 1º ano do Ensino Médio. Pais nascidos no Rio de Janeiro, porém não soube informar precisamente a escolaridade, apenas falou que sua mãe estudou pouco. Atualmente, não trabalha nem estuda. Não participa de nenhum grupo comunitário. Não possui plano de saúde. É cadastrada na ESF há dois anos e encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 17/04/2017, com registro do início dos sintomas em fevereiro de 2017. Esta entrevista foi realizada na área externa da unidade de saúde, já que todas as salas estavam ocupadas. Chegou à unidade acompanhada pelo marido e filha, mas preferiu deixar sua filha com o companheiro. No início da entrevista se mostrou pouco à vontade, tinha um tom de voz baixo e não manteve muito contato visual, mas ao longo da entrevista que teve duração de 11 minutos e 54 segundos, foi ficando mais relaxada.

Tudo começou assim...

“Reservada” encontrava-se com quadro de tosse e febre há mais de dois meses. Achava que era normal, um resfriado, uma “sinusite mal curada”, tomava remédio por conta própria, sentia-se melhor e não buscava atendimento. Notou perda de peso a partir de dezembro de 2016, mas achou que o emagrecimento se devia ao fato de estar amamentando sua filha de um ano e dois meses. Mas, em uma festa na casa da cunhada, sentiu-se mal, apresentava quadro de tosse. Neste dia dormiu na casa da cunhada que ao perceber persistência da tosse, insistiu para que a paciente buscasse atendimento médico o quanto antes. Como estava em Caxias e já estava tarde da noite, “reservada” aguardou o dia seguinte e foi diretamente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) situada no Complexo do Alemão. Cabe ressaltar que além da tosse apresentava febre e que a procura pelo serviço de saúde ocorreu apenas quando percebeu a gravidade da sua condição de saúde, sendo a febre alta um importante sinalizador. No atendimento, o médico solicitou uma radiografia de tórax, sendo constatada a tuberculose. Posteriormente, foi encaminhada à clínica da família para dar início ao tratamento.

Análise estrutural das redes e o capital social

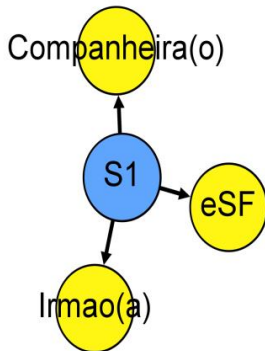
Figura 2 - Rede social do usuário “RESERVADA” antes do início do tratamento



Legenda: S1- “RESERVADA”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 3 - Rede social do usuário “RESERVADA” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S1- “RESERVADA”

Fonte: A autora, 2017.

A figura 2 mostra uma rede social composta apenas por atores da rede primária atuando como atores que influenciaram a busca pelo atendimento em saúde, sendo estas: a irmã de São Gonçalo e a cunhada, reforçando assim o papel da família como provedora do cuidado informal (SERAPIONI, 2005).

Já a figura 3 representa uma rede social após iniciado o tratamento, onde é possível notar uma modificação na sua composição relacionada aos atores da rede primária, composta pela irmã de São Gonçalo e o companheiro. Como pode ser observado, a cunhada passou a não exercer mais influência na etapa de adesão ao tratamento. Além disso, houve a inclusão

de atores da rede secundária, representados pela eSF, demonstrando a participação de “RESERVADA” em uma rede de relacionamento institucionalizada.

A partir dessas representações gráficas, foi possível vislumbrar o capital social como um conjunto de acessos pessoais que permitiu a composição de diferentes conformações e modalidades de redes de convivência, possibilitando a aquisição de bens duráveis, que neste caso foi o cuidado em saúde (AFONSO, 2013).

“SOCIÁVEL”

Sexo masculino, pardo, tem 49 anos, mora no Complexo do Alemão desde que nasceu. Solteiro, atualmente reside com a irmã e outras sete pessoas, dentre essas: cunhado, cinco sobrinhos e esposa de um dos sobrinhos. Possui Ensino Fundamental Incompleto. Aposentado. Renda familiar em torno de 3 a 4 salários mínimos. Pais nascidos na Paraíba, porém não soube informar precisamente a escolaridade, apenas falou que estudaram pouco. Não participa de nenhum grupo comunitário. Não possui plano de saúde. Ex- usuário de drogas (cocaína). É cadastrado na ESF há quatro anos. Diabético há nove anos, com registros no prontuário eletrônico de acompanhamento da doença pela ESF desde 2013. Esta condição exige que realize a troca de curativo regularmente, com isso comparece à clínica da família 3 vezes por semana. Encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 09/01/2017 com registro do início dos sintomas em 26/12/2016. Esta entrevista foi realizada na parte interna da unidade e chamou a atenção o fato do entrevistado ao chegar cumprimentar e brincar com a auxiliar da farmácia, a técnica de enfermagem da sala de curativos e com todos os ACS que estavam trabalhando no acolhimento neste dia, mesmo sendo de outras equipes. Tinha um tom de voz alto e mostrou-se bem à vontade durante a entrevista que teve duração de 50 minutos e 22 segundos.

Tudo começou assim...

“SOCIÁVEL” não apresentou febre, mas notou que estava emagrecendo, sentia-se prostrado e apresentava tosse há 15 dias, comentou com sua irmã e esta indicou que procurasse a médica da equipe de saúde da família de referência. Sendo assim, buscou diretamente o atendimento na clínica da família. Foi solicitada uma radiografia de tórax pela médica da sua equipe de referência e diagnosticada a tuberculose.

Análise estrutural das redes e o capital social

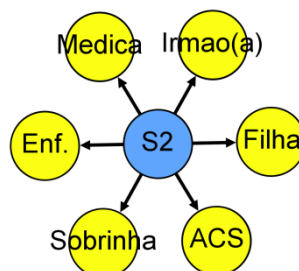
Figura 4 - Rede social do usuário “SOCIÁVEL” antes do início do tratamento



Legenda: S2 - “SOCIÁVEL”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 5 - Rede social do usuário “SOCIÁVEL” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S2 - “SOCIÁVEL”

Fonte: A autora, 2017.

Na figura 4, é possível observar uma rede social composta por atores que influenciaram a busca pelo cuidado em saúde, que neste caso foram: a irmã e a médica da equipe de saúde da família de referência, demonstrando que os laços sejam estes familiares, afetivos, profissionais possibilitaram a construção do vínculo e o estabelecimento de confiança colaborando não somente para a procura por um serviço de saúde, mas também para a escolha de em qual serviço buscar este atendimento.

Já a figura 5 representa uma rede social ampliada após iniciado o tratamento, ocorrendo o envolvimento de novos atores tanto da rede primária como da rede secundária. Em relação à rede primária, observa-se que além da irmã, a filha e a sobrinha neta também

colaboraram para o enfrentamento da doença e adesão ao tratamento. Com isso, podemos inferir que a presença de uma situação de vulnerabilidade na família exigiu uma nova postura de seus membros (ACOSTA; VITALE, 2008).

A inclusão de novos atores na rede secundária, neste caso a enfermeira e a ACS justifica-se pelo fato do acompanhamento adequado a um caso novo de tuberculose pela equipe de saúde da família exigir ações que envolvam outros profissionais da equipe, como a realização de consultas de enfermagem e o TDO. Sendo estas medidas complementares fundamentais para o sucesso do acompanhamento a um paciente portador de TB.

Pode-se observar que “SOCIÁVEL” teve um ganho de capital social com o início do tratamento, visto que as relações de amizade, os contatos, o conhecimento adquirido a partir dessas novas conexões, o possibilitou uma maior densidade social e ampliou seu poder de ação em busca de obter um benefício, o cuidado com a sua saúde (MENEZES;GOMEZ, 2017).

“TÍMIDO”

Sexo masculino, pardo e tem 17 anos. Nascido no Rio de Janeiro mora no Complexo do Alemão desde seu nascimento. Atualmente, reside com mãe, 02 irmãs e sobrinha. Renda familiar média de dois a três salários mínimos. Encontra-se cursando o 2º ano do Ensino Médio. Informou que sua mãe nasceu em Minas Gerais e possui Ensino Fundamental incompleto, porém não soube informar a procedência nem a escolaridade do pai. Não participa de nenhum grupo comunitário. Não possui plano de saúde. É cadastrado na ESF há seis anos. Encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 20/04/2017 com registro do início dos sintomas em 20/03/2017. O entrevistado chegou à unidade acompanhado pela irmã e mostrou-se pouco à vontade durante a entrevista, limitando-se a responder sucintamente as perguntas realizadas. A entrevista foi realizada em uma sala no interior da unidade e teve duração de 13 minutos e 33 segundos.

Tudo começou assim...

“TÍMIDO” inicialmente apresentou um quadro de febre por 15 dias, logo depois notou o aparecimento de outros sintomas como: tosse, emagrecimento, inapetência e prostração. Diante disso, comentou com sua mãe sobre sua condição de saúde e esta prontamente comprou um xarope visando à melhora dos sintomas. Houve discreta melhora da tosse, no entanto sua mãe insistiu para que fosse à clínica da família já que os outros sintomas persistiram. Outra pessoa que sabia sobre o aparecimento dos sintomas foi sua irmã,

que já teve tuberculose há três anos e que o acompanhou no primeiro atendimento na clínica da família. Ao chegar à unidade, foi encaminhado para a avaliação médica, sendo solicitada uma radiografia de tórax e iniciado tratamento tanto para pneumonia quanto para tuberculose.

Análise estrutural das redes e o capital social

Figura 6 - Rede social do usuário “TÍMIDO” antes do início do tratamento



Legenda: S3 - “TÍMIDO”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 7- Rede social do usuário “ TÍMIDO” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S3 - “TÍMIDO”

Fonte: A autora, 2017.

Conforme pode ser observado nas figuras 6 e 7, a rede social de “TÍMIDO” antes e após iniciado o tratamento não sofreu alteração. A mesma configuração em momentos distintos do processo de cuidado em saúde nos permite inferir que as relações primárias deste usuário se apresentam bem conectadas e influentes, possibilitando a circulação da informação a ponto de mobilizar os atores e favorecer a construção de conhecimento desta rede mesmo ela não tendo se ampliado após o início do tratamento.

Apesar da estrutura social ter se mantido a mesma nos dois momentos do processo de enfrentamento da doença, cabe ressaltar que o volume quantitativo e qualitativo de capitais dos atores no âmbito desta rede possibilitou a concretização do benefício esperado.

Já do ponto de vista da construção do vínculo e confiança com os atores da eSF, observa-se ainda uma fragilidade nestas ligações que pode ocorrer devido ao fato do pouco tempo de tratamento, da idade do paciente, do desconhecimento do papel da eSF no controle da tuberculose ou até mesmo a ausência de ações de controle executadas pelos profissionais de saúde no território de abrangência.

“ABATIDO”

Sexo masculino, branco e tem 45 anos. Vive no Complexo do Alemão há 29 anos. Solteiro, mora com a mãe. É analfabeto e trabalha como ambulante. Possui renda familiar inferior a um salário mínimo. Pais nascidos na Paraíba, também analfabetos. Não participa de nenhum grupo comunitário. Não possui plano de saúde. É cadastrado na ESF há três anos. Encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 17/03/2017 com registro do início dos sintomas em fevereiro de 2017. Ex- alcoolista e ex- usuário de drogas (cocaína), já deu início a outros dois tratamentos para tuberculose nos anos de 2014 e 2015, em ambos teve alta por abandono. O primeiro foi iniciado em 20/03/2014, quando vivia em situação de rua, com isso parou de fazer uso da medicação prescrita com menos de 16 dias. Já o segundo, iniciou em 16/12/2014 e abandonou após três meses. A justificativa dada pelo paciente para o abandono aos tratamentos foi atribuída ao uso abusivo de álcool e cocaína. Chegou sozinho à unidade e estava preocupado com o horário do trabalho. Demonstrou frustração em alguns momentos do discurso, mas mostrou-se confiante na conclusão do tratamento atual. Esta entrevista teve duração de 13 minutos e 43 segundos e foi realizada em uma sala no interior da unidade.

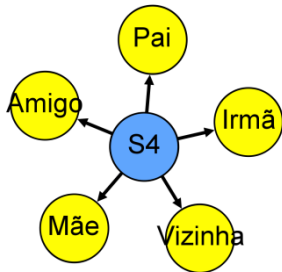
Tudo começou assim...

“ABATIDO” pontuou que assim como nos anos anteriores, também apresentou tosse, mas desta vez o que o deixou mais incomodado foram as fortes dores na região escapular que já duravam um mês. Trabalhava como ambulante e frequentemente carregava caixas pesadas, o que o levou a pensar que essas dores pudessem ter origem muscular. Fez uso de xaropes caseiros, o que amenizava parcialmente os sintomas, mas não os eliminava. Sempre comentava o que sentia com vizinhos, amigos e familiares sendo sempre aconselhado a buscar atendimento antes que seu quadro se agravasse.

Devido à intensidade da dor, parou de beber por 20 dias e foi justamente neste período que percebendo a gravidade do seu quadro buscou atendimento na UPA do Alemão. Ao chegar à UPA foi avaliado, medicado, e, em seguida liberado. Retornou após três dias com o mesmo quadro, falou sobre o abandono aos tratamentos de tuberculose e foi encaminhado para acompanhamento na ESF. Frisou que a dependência em álcool e drogas fizeram com que abandonasse os tratamentos anteriores e que desta vez parou de usar sozinho e que tem se mantido no tratamento.

Análise estrutural das redes e o capital social

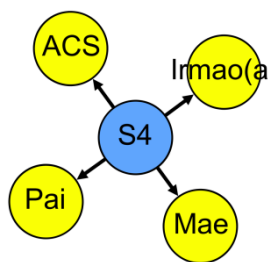
Figura 8 - Rede social do usuário “ABATIDO” antes do início do tratamento



Legenda: S4 - “ABATIDO”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 9- Rede social do usuário “ABATIDO” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S4 - “ABATIDO”

Fonte: A autora, 2017.

Na figura 8, é possível verificar que os atores citados que exerceram influência na busca pelo cuidado em saúde fazem parte da rede primária, fruto de relações familiares, de amizade ou estabelecidas pelo processo de socialização do sujeito. Essas relações se mostraram fundamentais para o alcance do objetivo proposto, demonstrando que houve

cooperação entre seus membros pela diminuição do custo de se obter e processar informação e o conhecimento.

A figura 9 retrata uma rede após iniciado o acompanhamento onde é possível observar a manutenção das relações familiares e o estabelecimento do vínculo com a unidade de saúde, possibilitado pelo contato com a ACS responsável, colaborando para adesão ao tratamento.

O capital social é uma espécie de mobilizador de trocas simbólicas, sendo o propulsor necessário para que acordos sejam firmados, elos estabelecidos, grupos conectados, a reciprocidade, as trocas e a informação construída, sendo assim, conhecer a rede de relações para usufruir dos benefícios gerados por ela se mostrou fundamental para o fortalecimento do indivíduo no enfrentamento da doença (CARVALHO,2017).

“ESPERTA”

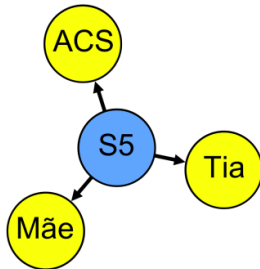
Sexo feminino, parda, nascida no Rio de Janeiro, tem 20 anos. Solteira. Reside com a mãe e duas irmãs no Complexo do Alemão desde seu nascimento. Desempregada. Renda familiar de um salário mínimo. cursou até o 9º ano do Ensino Fundamental. Mãe nascida no município de Duque de Caxias e pai falecido, não soube informar escolaridade dos mesmos. Não participa de nenhum grupo comunitário. Não possui plano de saúde. É cadastrada na ESF há seis anos e encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 07/02/2017, com registro do início dos sintomas em 27/01/2017. Chegou sozinha à unidade e ficou bem à vontade durante entrevista, que teve duração de 19 minutos e 29 segundos e foi realizada na área externa da unidade.

Tudo começou assim...

“ESPERTA” estava apresentando quadro de enjoo, inapetência, febre, tosse e cefaléia há cinco dias, fez uso de analgésico mas sem melhora do quadro, com isso comentou com sua mãe e esta, assim que chegou do trabalho às 19h, levou-a na UPA, porque a clínica da família já estava fechada neste horário. Neste atendimento, foi solicitado um exame de urina que acusou infecção urinária, sendo assim foi prescrito um antibiótico e liberada logo depois. Após quatro dias de uso do antibiótico a febre não havia cessado e sua mãe comentou com a ACS responsável. A ACS orientou que a paciente comparecesse à clínica da família para realizar avaliação com a enfermeira. Diante disso, dirigiu-se à unidade, foi atendida pela enfermeira e neste mesmo dia realizou radiografia de tórax onde foi constatada a tuberculose.

Análise estrutural das redes e o capital social

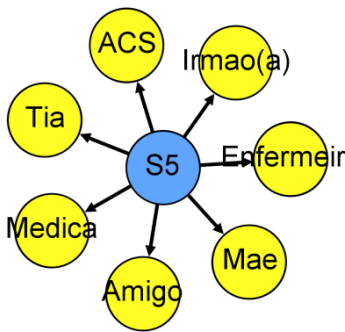
Figura 10 - Rede social do usuário “ESPERTA” antes do início do tratamento



Legenda: S5 - “ESPERTA”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 11- Rede social do usuário “ESPERTA” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S5 - “ESPERTA”

Fonte: A autora, 2017.

A figura 10 representa uma rede composta por atores tanto da rede primária como da secundária, demonstrando a importância da atuação coletiva entre a família e o serviço de saúde potencializando o cuidado em saúde. Porém, torna-se importante destacar que o ator que nesta rede aparece como ACS também apresenta grau de parentesco com a paciente, sendo também sua tia, e exercendo papéis diferentes, mas com um objetivo comum, o cuidado. Esta diferenciação de papéis, sendo ora profissional de saúde de referência ora familiar, pode ser notada a partir da análise da entrevista onde foi identificada referência à ACS ao mencionar situações relacionadas à unidade de saúde, e de tia quando falava sobre situações que envolviam ou exigiam mais afetividade.

Já a rede representada na figura 11 pode ser interpretada como a representação do ganho de capital social adquirido após o início do tratamento, visto que houve uma ampliação

do círculo inicial de associação de “ESPERTA”, propiciando a criação de novos canais onde a circulação de informação e conhecimento favoreceu o cuidado em saúde.

“RESPONSÁVEL”

“RESPONSÁVEL” é do sexo masculino, branco e tem 30 anos. Procedente do Rio Grande do Norte reside no Complexo do Alemão há 12 anos. Casado, reside com mulher e dois filhos. Coursou até o oitavo ano do Ensino Fundamental. Trabalha em uma gráfica tendo a função de cortador. Renda familiar mensal de um a dois salários mínimos. Pais nascidos no Rio Grande do Norte e analfabetos. É membro de uma igreja evangélica. Não possui plano de saúde. É cadastrado na ESF estudada há três anos. Diabético e hipertenso já realizava acompanhamento na clínica da família. Encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 13/02/2017 com registro do início dos sintomas em 23/01/2017. Chegou sozinho à unidade e demonstrou grande satisfação de poder falar sobre sua experiência com a doença. Esta entrevista teve duração de 37 minutos e 41 segundos e foi realizada na área externa da unidade.

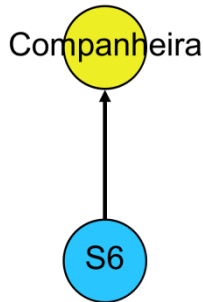
Tudo começou assim...

“RESPONSÁVEL” estava apresentando um quadro de tosse há 3 semanas, além de prostração, dor em região escapular e emagrecimento. Desde a percepção dos primeiros sintomas ficou preocupado e logo recorreu aos serviços públicos de saúde próximos à sua residência. Porém, apesar de realizar acompanhamento regular para diabetes e hipertensão na ESF não iniciou esta busca pelo local que deveria servir como porta de entrada do SUS. Na primeira semana, achou que era um resfriado e buscou atendimento no PAM de Del Castilho foi avaliado e a médica falou que era amigdalite, onde foi prescrito um antibiótico. Como os sintomas continuaram, na mesma semana foi à UPA do Alemão onde foi prescrito um outro medicamento. Disse que já estava acostumado a ir à UPA quando sentia-se mal e até mesmo porque achou que seu caso era grave o suficiente para ser atendido em uma emergência e não em uma unidade ambulatorial. Mas também não adiantou, incomodado com seu estado de saúde foi à farmácia conversou com o farmacêutico, que para o entrevistado é um médico, e comprou outro xarope. O xarope amenizou um pouco a tosse, mas não a eliminou. Até que um dia começou a apresentar escarro hemático. Este sintoma foi percebido pelo usuário como um sinal de agravamento do seu quadro clínico, comentou imediatamente com a esposa que o incentivou a procurar atendimento médico. Neste momento, decidiu ir à clínica da família e

procurar o médico da sua equipe de referência, sendo solicitada radiografia de tórax e diagnosticada a tuberculose.

Análise estrutural das redes e o capital social

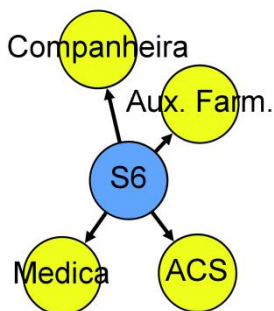
Figura 12 - Rede social do usuário “RESPONSÁVEL” antes do início do tratamento



Legenda: S6 - “RESPONSÁVEL”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 13- Rede social do usuário “RESPONSÁVEL” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S6 - “RESPONSÁVEL”

Fonte: A autora, 2017.

Como pode ser visto na figura 12, a única pessoa citada por “RESPONSÁVEL” que o influenciou a buscar o tratamento foi sua companheira. Esta representação mostra a interação entre duas pessoas que formam uma díade, que passaria a ter um significado maior se relacionada a um conjunto de outras díades. Com isso, é possível inferir que a relação de interdependência entre “RESPONSÁVEL” e sua mulher possibilitou o alcance do objetivo esperado, a busca pelo cuidado em saúde.

O capital social, como propriedade da estrutura social, depende das posições estruturais dos atores e das relações por eles estabelecidas, não sendo possível sua produção e manutenção individual, dependendo assim da interação, minimamente, de dois indivíduos que

possibilitam a cooperação dentro ou entre os diferentes grupos sociais (FAZITO; SOARES, 2010).

Já a figura 13 retrata uma rede mais ampliada em função do início do tratamento demonstrando o ganho de capital social deste indivíduo, o que se mostrou fundamental para aceitação da doença e adesão ao tratamento proposto.

“AGITADO”

Sexo masculino, pardo, tem 22 anos, mora no Complexo do Alemão desde que nasceu. Solteiro, reside com a mãe e dois irmãos. Coursou até o 6ºano do Ensino Fundamental. Desempregado. Renda familiar mensal entre dois e três salários mínimos. Pai falecido e mãe procedente de Minas Gerais, porém não soube informar escolaridade. Não participa de nenhum grupo comunitário. Não possui plano de saúde. Tabagista e usuário de drogas (maconha). É cadastrado na ESF há seis anos. Encontra-se em tratamento para tuberculose pulmonar desde 08/05/2017 com registro do início dos sintomas em 08/04/2017. Chegou sozinho à unidade e demonstrou bastante empolgação com a entrevista, que teve duração de 28 minutos e 16 segundos e foi realizada na área externa da unidade.

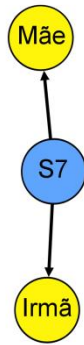
Tudo começou assim...

“AGITADO” relatou que sentia fortes dores em região torácica que piorava quando fumava, também teve emagrecimento e tosse que durou duas ou três semanas, mas o que mais o incomodava era a dor no peito. Inicialmente achou que era flatulência, depois achou que estava enfartando e por isso foi logo buscar atendimento na UPA do Alemão, onde realizaram um eletrocardiograma com resultado normal, foi medicado e depois liberado. Como a dor persistiu foi à UPA de Manguinhos para ver se resolviam seu problema de saúde, fizeram radiografia de tórax, sendo visualizada uma “mancha” no pulmão, mas não foi dado diagnóstico, sendo apenas encaminhado à clínica da família. Preocupado com essa “mancha”, não seguiu o encaminhamento feito pela UPA de Manguinhos e foi à emergência do Hospital Estadual Getúlio Vargas, onde realizou nova radiografia, mas também não foi dado nenhum diagnóstico e depois foi encaminhado novamente à clínica da família. Somente após ter passado por três serviços de saúde de urgência e emergência que “AGITADO” compareceu à unidade de saúde da família. Justificou que esta demora se deu porque nunca havia entrado na clínica da família e não sabia que tipo de serviço era ofertado. Na verdade, achava que só atendiam crianças, pois nunca tinha visto ninguém da sua idade frequentando. Ao chegar à clínica da família acompanhado pela irmã foi atendido pela médica da equipe de referência.

Foi solicitada baciloscopia do escarro e como o resultado foi positivo iniciou o tratamento para TB.

Análise estrutural das redes e o capital social

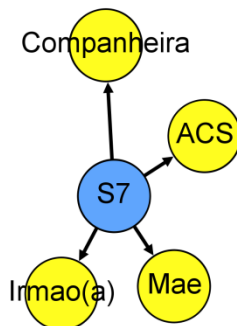
Figura 14 - Rede social do usuário “AGITADO” antes do início do tratamento



Legenda: S7 - “AGITADO”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 15- Rede social do usuário “AGITADO” após iniciar acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S7 - “AGITADO”

Fonte: A autora, 2017.

Na figura 14, observa-se uma rede primária onde os atores citados que exerceram influência na busca pelo cuidado em saúde são fruto de relações familiares, mãe e irmã.

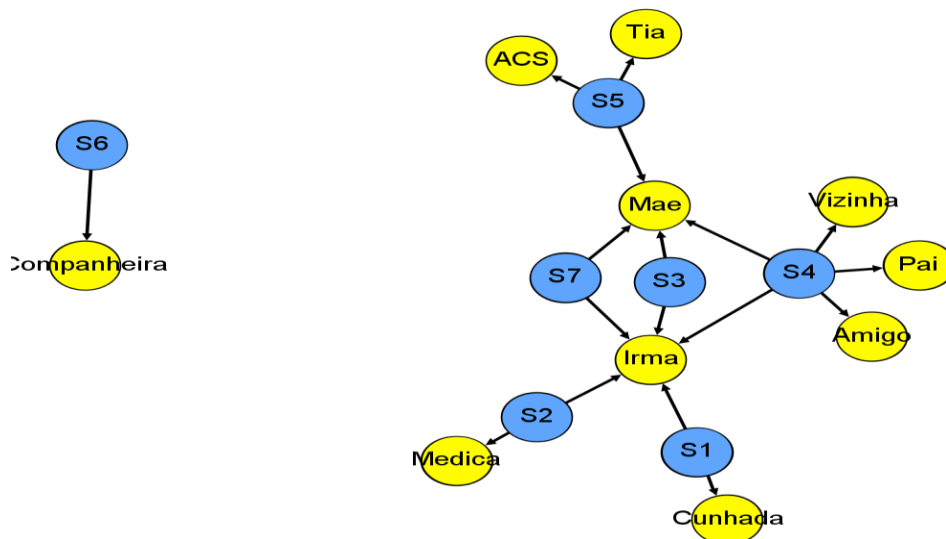
Já a figura 15 retrata uma rede mais ampliada em função do início do tratamento demonstrando o ganho de capital social deste indivíduo, o que se mostrou fundamental para aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Análise estrutural das redes dos usuários

Conforme mencionado, a partir da análise das falas foi possível identificar que os atores eram citados exercendo influência direta na busca pelo atendimento no serviço de saúde, mas também exercendo influência na adesão ao tratamento. Sendo assim, para oferecer uma melhor visualização do conjunto de atores e ligações envolvendo redes primárias e secundárias foram geradas as representações gráficas a seguir.

Esta diferenciação retrata a dinamicidade das redes sociais e a mobilização dos recursos possibilitada pelo capital social, para o alcance de um objetivo, que neste caso é o cuidado em saúde.

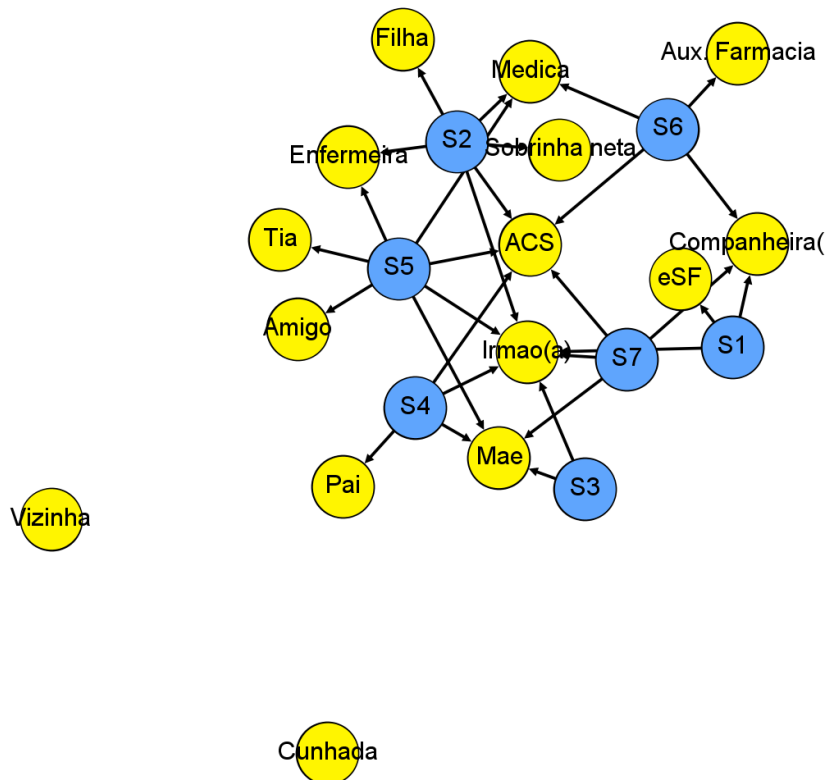
Figura 16 – Redes dos atores antes do início do acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S1-“RESERVADA”, S2-“SOCIÁVEL”, S3-“TIMIDO”, S4- “ABATIDO”, S5-“ESPERTA”, S6-“RESPONSÁVEL”, S7 -“AGITADO”

Fonte: A autora, 2017.

Figura 17- Redes dos atores após o início do acompanhamento pela atenção básica



Legenda: S1-“RESERVADA”, S2-“SOCIÁVEL”, S3-“TIMIDO”, S4- “ABATIDO”, S5- “ESPERTA”, S6-“RESPONSÁVEL”, S7 -“AGITADO”

Fonte: A autora, 2017.

As figuras 16 e 17 representam a unificação das redes sociais dos usuários entrevistados, sendo uma com a representação das redes antes do início do tratamento e a outra após iniciado o tratamento. Ao se comparar estas duas figuras é notório o aumento da densidade da rede após iniciado o tratamento da TB e, baseados na análise das representações gráficas individuais apresentadas anteriormente, podemos inferir que este aumento deve-se, principalmente, pela inclusão de atores das redes secundárias possibilitada pelo início do tratamento.

Podemos observar que a rede secundária encontra-se representada na maioria dos casos, pela figura dos ACS, citados pelos usuários entrevistados como atores que exerceram influência na adesão ao tratamento, principalmente pela realização do Tratamento Diretamente Observado, que possibilitou o estreitamento do vínculo com o usuário, criou laços com a unidade de saúde e de fato estabeleceu uma rede de troca de informação que não se mostrou representada antes do aparecimento da doença.

Na ESF, os ACS são reconhecidos pela capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, considerando que a ESF propõe-se a levar as ações de prevenção e controle da doença para perto do usuário e sua família. Deste modo, espera-se que os ACS sejam capazes de identificar por meio de visitas domiciliares os sintomáticos respiratórios, e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da doença, prover orientação sobre a doença às famílias e às comunidades e realizar o TDO (CRISPIM et al., 2012).

4.2 Análise das narrativas

4.2.1 Percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento

Na forma pulmonar, o sintoma mais comum da TB é a tosse. Podendo ser inicialmente seca e, posteriormente, produtiva. Além da tosse, o indivíduo pode apresentar ainda: febre (geralmente baixa), sudorese noturna, emagrecimento, astenia (cansaço e mal-estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático (BRASIL, 2011a).

A partir da análise das narrativas, foi possível observar que a percepção pelo indivíduo do agravamento do seu quadro clínico, após uso ou não da automedicação ou medicamentos caseiros, relacionou-se com a motivação para busca ao serviço de saúde, influenciando assim no tempo decorrido até o diagnóstico da doença.

Eu não procurei antes porque eu pensei que era só uma sinusite mal curada porque eu tomava remédio, quando eu tinha febre tomava uma dipirona, aí passava eu ficava boa e não procurava. Aí passavam dois, três dias depois dava febre de novo... depois quando ficou mais grave aí que eu fui procurar um médico (“RESERVADA”).

Aí começou a doer aqui do lado (apontando para o pulmão), no estômago, aí não liguei não, deixei pra lá. Aí, eu ficava muito na madrugada, bebia muito, eu usava drogas, parei com isso, parei de beber também. Foi daí que começou, aí eu vi um tratamento aqui, aí eu fiquei, mas não fiquei o tratamento todo, os seis meses, com quatro meses eu parei. Aí depois de um ano voltou a doer de novo, aí foi quando eu voltei pra cá pra fazer o tratamento (“ABATIDO”).

Foi possível notar que a persistência da tosse revelou uma condição de adoecimento não apenas para os que com ela sofriam, mas também afetou pessoas que os cercavam, seja

pelo incomodo provocado pelo barulho, pelo fato de ver que seu ente estava sofrendo, ou até mesmo pelo fato de pensar na possibilidade de ser TB. O que se observou foi que esse sintoma serviu como um propulsor para a busca da resolução de um problema de saúde seja por meio do uso de medicamentos caseiros, automedicação ou recorrendo aos serviços de saúde.

Primeiro apareceu a febre e a dor de cabeça, depois de um tempo, uma semana veio a tosse. Eu falei com a minha mãe e ela comprou um remédio lá e me deu, um xarope. Aí, eu não melhorei e ela me trouxe no postinho (“TÍMIDO”).

Eu comentei com a minha irmã, né. Eu falei estou com uma tosse sinistra, aí minha irmã, poxa, fala com Dr^a Kelly (“SOCIÁVEL”).

Tudo aconteceu assim... eu me senti mal, né...comecei a tossir ia pra 3 semanas. Essa tosse tava me incomodando. Porque? Porque a tosse tava seca aí de noite dava muita ânsia de vômito...aí foi foi e eu escarrei sangue. Quando eu escarrei sangue eu lembrei e disse não, vou procurar um médico. Vou procurar um médico pra ver aqui como eu estou, aí ele falou assim R. eu preciso urgente de raio X seu. Aí aquilo já me deixou preocupado. Aí eu disse meu Deus não estou conseguindo me alimentar direito, alguma coisa está de errado (“RESPONSÁVEL”).

Aí eu cheguei na farmácia e falei doutor, que é um farmacêutico, é um médico, olha eu quero um xarope melhor do que esse daqui, porque não tá saindo não. Aí ele falou assim, tem um bom aqui, é ruim mas é bom. Aí eu comprei, tomei dois copinhos daquele, parei só de tossir, o catarro que é bom não saiu não. Mas a minha pior preocupação foi a dor quando veio sangue. (“RESPONSÁVEL”).

Segundo o MS, a ESF deve assumir o papel de porta de entrada preferencial do usuário ao serviço de saúde, mas as narrativas apontam que a maioria dos entrevistados (“reservada”, “abatido”, “esperta”, “responsável”, “agitado”) escolheu como primeira opção na busca pela resolução imediata do seu problema de saúde, as unidades de pronto atendimento (UPAs). Isso se deve ao fato dessas unidades funcionarem 24 horas por dia, dispor de recursos de diagnóstico que podem definir a gravidade do quadro clínico do paciente e também pelo desconhecimento dos serviços oferecidos pelas unidades de atenção básica (ANDRADE et al. 2013).

Mas eu fui logo na UPA porque estava doendo muito. Aí, eu cheguei lá e eles foram me colocando no soro e me deram uma injeção. Aí, passou uns três dias, aí voltou de novo. Aí, desta vez que eu fui lá eles falaram que eu deveria ir na clínica onde eu havia sido medicado da outra vez. Aí me encaminharam pra cá (“ABATIDO”).

Eu estava com muita febre, já eram cinco dias com febre. Aí, minha mãe preocupada chegou do trabalho e me levou, não pensou nem duas vezes. Eu fui ali na UPA mesmo (“ESPERTA”).

Ih, essa dor ficou quase 1 mês, quase 1 mês com essa dor eu virava e doía, respirava doía, pegava peso doía, doía pra caramba aqui assim (apontando para o peito), doía muito e eu fumo cigarro e quando eu fumava um cigarro às vezes quando eu respirava eu sentia tipo um negócio puxando, eu não sei explicar direito. Aí eu fui lá no Upa de Manguinhos aí o cara bateu uma chapa, aí ele foi e disse que eu tinha uma mancha no meu pulmão e que ele não sabia que mancha era aquela. Aí ele pediu pra eu ir numa clínica da família, isso foi no sábado então ele pediu pra eu ir numa clínica da família na segunda-feira. Acabou que eu não fui não, aí depois acabou que ela continuou doendo, aí eu fui no Getúlio Vargas (“AGITADO”).

Eu achei que lá que tivesse este tipo de tratamento. Eu não sabia que aqui era um lugar que tratava disso aqui, entendeu. Pra mim, eu achava que isso aqui era um hospital pra criança, eu pensava que era pra isso. Esse negócio de clínica da família era pra criança e tal, eu não via ninguém da minha idade entrando aqui (“AGITADO”).

Todavia, apesar da disponibilidade de insumos e métodos diagnósticos, alguns locais ainda apresentam dificuldade na detecção de casos de TB, principalmente, pela não valorização da tosse como sinal clínico da doença, pela não solicitação da baciloscopia do escarro para diagnóstico ou por outras deficiências relacionadas com o acesso às ações e serviços de saúde (BERALDO et al., 2012).

A dificuldade no diagnóstico evidenciou também a falta de reconhecimento da problemática da TB pelos profissionais de saúde e ainda mostrou a falha na comunicação com a clientela. Isso ocorre pelo fato de os profissionais de saúde ainda adotarem uma comunicação especializada, monológica e instrumental que não contempla o papel central da interação humana em si como possibilidade de enriquecimento mútuo, fazendo com que a possibilidade de influenciar comportamentos, de gerar questionamentos e de permitir uma escuta ativa se percam (SOUZA; NATAL; ROZEMBERG, 2005).

Eu fiquei com febre, aí fiquei enjoada, aí eu fiquei cinco dias assim. Aí passaram cinco dias e minha mãe me levou no UPA, quando eu cheguei lá fiz uns exames e deu que eu estava com infecção na urina. Mas só que esse remédio para infecção na urina eu ficava muito enjoada, não conseguia comer, não conseguia fazer nada, aí fiquei mais 05 dias com febre. Aí passaram, não, passaram 04 dias, aí minha mãe foi e falou com Mery (ACS). Aí a Mery pegou e falou assim, traz ela aqui pra bater um raio X, essas coisas e ela vai conversar com a enfermeira. Aí eu vim conversei com a enfermeira, eu falei que eu estava tossindo, ela mandou eu bater um raio X e voltar. Aí quando eu voltei ela falou que eu estava com tuberculose (“ESPERTA”).

Eu fui no UPA, né. Falei que estava com resfriado, minha garganta ficou logo inflamada do nada, ficou muito vermelha. Aí a doutora falou assim, é um pequeno resfriado, você tá alérgico a alguma coisa. Aí tá bom, eu vim embora, ela passou um remédio só pra tosse que eu tava sentindo, mas não adiantou (“RESPONSÁVEL”).

Eu fiquei com essa dor de sexta para sábado que ela começou, aí eu já comecei a procurar ver isso desde o primeiro dia, só que comecei a tratar mesmo no dia 08 quando ela (médica) pediu o exame de escarro e deu positivo. Mas eu já tinha ido a outros lugares também (“AGITADO”).

A necessidade de qualificação dos profissionais dos serviços de saúde que funcionam como porta de entrada do usuário se torna fundamental para a detecção da doença e para o início do tratamento em tempo oportuno, rompendo assim com a cadeia de transmissão (ANDRADE et al. 2013). As narrativas também retratam o distanciamento entre as perspectivas dos profissionais e da clientela em se tratando de resolução dos problemas de saúde, o que permite inferir a presença de falhas na escuta ativa. Porém, não se pode minimizar como barreiras de comunicação apenas questões de “conhecimento/desconhecimento”, ou de facilitação da linguagem ou mesmo de níveis de escolaridade, mas sim divergência de interesses, e necessidades múltiplas em jogo, que influenciam a construção do conhecimento (SOUZA; NATAL; ROZEMBERG, 2005).

Correlacionando o contexto social que permeia a TB com o histórico de vida dos entrevistados, pode-se afirmar que o desencontro entre a perspectiva técnica e leiga aumenta com a ausência de iniciativas direcionadas à aproximação entre saberes, devido às posições que esses atores ocupam em situação de interlocução no interior das instituições de saúde, reforçando a dificuldade em aceitar que pessoas humildes e pobres sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos (SOUZA; NATAL; ROZEMBERG, 2005; VALLA, 1996).

4.2.2 O papel da rede primária no cuidado em saúde

Ao tomar como base a ideia de que o conceito de redes sociais é um conceito de junção, torna-se importante destacar a influência exercida pelas redes primárias no contexto da saúde, principalmente no que tange o cuidado comunitário, lembrando que essas redes se formam a partir do processo de socialização do sujeito podendo ser formadas por relações de familiaridade, parentesco, vizinhança e amizade (STOTZ, 2009).

Segundo Serapioni (2005), a família desempenha um papel importante na dispensação de cuidado informal a seus membros, estando no centro das funções de cuidado. Este se exerce no dia a dia no atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros. Sendo assim, a família equivale à unidade básica de atenção à saúde, constituindo o fundamento do cuidado comunitário.

Pensando sob essa perspectiva, fica fácil compreender o motivo pelo qual todos os entrevistados citaram algum membro da família como potente influenciador não somente para

a busca pelo cuidado em saúde, mas também exercendo papel fundamental no enfrentamento da doença.

Pesquisas têm destacado o papel da família e das redes sociais na atenção e promoção da saúde, principalmente no fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar situações críticas e mobilizar recursos adequados; no desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social; e na melhoria do acesso aos serviços de saúde, haja vista sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso (SERAPIONI, 2005).

No caso de “RESERVADA”, a sua cunhada não sabia há quanto tempo a entrevistada estava apresentando os referidos sintomas, mas percebeu a gravidade do seu estado de saúde e quis logo levá-la ao médico. A única pessoa com quem a paciente comentava sobre a persistência desse quadro era a sua irmã, que mora em São Gonçalo. Relatou que conversavam bastante sobre tudo e que essa irmã já havia orientado que ela buscasse atendimento médico.

Aí passavam dois, três dias depois dava febre de novo aí eu comentava com ela e ela falava segunda você procura um médico. Aí eu falava, eu estou boa, não tenho nada demais e ela sempre falando no meu ouvido, aí ela fala para mim que eu esperei a coisa ficar mais grave para procurar um médico (“RESERVADA”).

Essa paciente relata que o companheiro e a irmã, que moram com ela, apesar de estarem próximos fisicamente, não interferiram na busca pelo cuidado em saúde, mas a apoiam no enfrentamento da doença.

“SOCIÁVEL” possui relação bastante harmoniosa com a irmã, sendo esta a pessoa com quem conversa sobre qualquer assunto e quem realmente o incentivou a buscar atendimento para resolver seu problema de saúde.

Eu moro com a minha irmã...hoje em dia ela não trabalha mais e aí a gente conversa muito, ficamos no sofá, eu a ouço e ela me ouve, a criança está na escola, só fica nós dois em casa (tom de voz alegre), nós conversamos muito sobre tudo (“SOCIÁVEL”).

O usuário fala também sobre sua relação com a sobrinha-neta de 14 anos, que o auxilia no cuidado à saúde, mas que também exerce atitude de controle. Ele possui dois filhos que moram no Complexo do Alemão e com os quais, atualmente, mantém uma boa relação. De modo geral, sinaliza que a convivência familiar é bem tranquila, passando por altos e baixos, o que para ele é normal.

Essa minha sobrinha é a que mais fala, a que me cobra, liga pra minha filha e fala ... seu pai não tomou banho hoje ... ela manda um zap pra minha filha, seu pai não tomou banho hoje não, ela fica em cima, teu pé tá podre. Eu fico pra morrer. Mas eu sei que é para o meu bem também, mas ela fala do jeito dela..(“SOCIÁVEL”)

“TÍMIDO” foi motivado pela mãe e pela irmã a buscar atendimento na unidade de saúde da família, sendo sempre acompanhado por uma das duas nos atendimentos lá realizados.

Eu nem queria vir... eu falei vai passar já. A minha irmã falou que podia ser até tuberculose, aí mesmo que ela foi e me trouxe logo (“TÍMIDO”).

Primeiro, foi minha mãe que me incentivou a vir porque senão eu não iria vir não. Eu fiquei uma semana ou duas com febre, dor de cabeça, vários sintomas. Aí minha mãe que me incentivou a vir. Ela falava, bora, bora...vamos (“TÍMIDO”).

“ABATIDO” destacou a importância da rede primária para a busca do cuidado em saúde. Na primeira e segunda vez que adoeceu por TB, o pai, a mãe e as duas irmãs que também moram na comunidade exerceram papel de cuidadores. Foram as irmãs que o levaram ao serviço de saúde, visto que o seu estado não permitia que ele fosse sozinho. Já no acompanhamento atual, além dos familiares que o incentivaram, outras pessoas exerceram influência para que “ABATIDO” buscasse o serviço de saúde, entre eles: amigos e uma vizinha.

Os próprios amigos meus falaram, rapaz dá um tempo, se trata primeiro, depois você toma só uma cervejinha, não bebe mais cachaça que tá te matando, foi por causa disso que eu parei mais. Uns davam conselho pra parar outros não. Aí, eu falei, não eu acho que é melhor eu me tratar, foi o que aconteceu (“ABATIDO”).

Uma vizinha do lado lá, gente boa pra caramba. E tem outras pessoas na rua que falaram também. Isso me fez ficar mais animado pra vir (“ABATIDO”).

Eu não dormia direito, mais farra, aquilo foi acumulando, igual teve uma vizinha falava pra mim assim ... isso vai acumulando cara, é melhor você corre logo no médico. Foi o que eu fiz. Se eu não tivesse vindo eu não sei (“ABATIDO”).

Cabe ressaltar que o fato de “ABATIDO” ter parado de usar drogas há um ano e interrompido o uso do álcool neste tratamento tem contribuído para percepção e aceitação do seu estado de saúde.

Nem sinto falta não. Talvez uma cervejinha, talvez uma outra, quando eu acabar de tomar o remédio, mas não está me fazendo falta não. Agora eu estou me sentindo bem melhor, agora eu vou até o final, se Deus quiser (“ABATIDO”).

A família, além de dar suporte emocional, ajuda-o financeiramente, contribuindo assim para a adesão ao tratamento.

Eles mandam continuar, me mandam comer, sabe como é a família (“ABATIDO”).

Elas me ajudaram, em matéria até de dinheiro, de passagem. Várias vezes tive que ir pra outro lugar na Penha também, e eu não tinha condições, mesmo trabalhando o dinheiro é pouco, sabe como é o dinheiro é muito pouco (“ABATIDO”).

Já para “ESPERTA” a busca pelo cuidado em saúde foi influenciada pela mãe que, percebendo a persistência dos sintomas, recorreu ao serviço de saúde.

Após iniciado o tratamento para TB na ESF, além da mãe, outras pessoas da rede primária passaram a exercer o cuidado, dando suporte emocional e colaborando para a adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, entre elas as irmãs, a tia e as amigas.

Nos primeiros dias eu não conseguia comer e minha tia ia lá conversava, fazia eu beber o remédio porque nos primeiros dias eu vomitava, não conseguia beber e minha tia que estava ali sempre falando, conversando (“ESPERTA”).

As minhas irmãs compravam fruta pra eu comer, faziam suco de laranja...essas coisas assim, sempre tinha alguém lá pra me ajudar, eu nunca me senti só, sozinha assim (“ESPERTA”).

Minhas amigas, minha família, ninguém tinha medo de...ah, não vou sentar ali não porque senão eu vou pegar. Ninguém (“ESPERTA”).

Inicialmente, “RESPONSÁVEL” não comentou com ninguém o que estava sentindo, em casa procurava tossir do lado de fora, e quando sua esposa perguntava se estava sentindo algo, ele desconversava, visto que não queria preocupá-la. Foi ao PAM de Del Castilho, UPA, comprou xarope e não falou nada, mas, quando viu a presença de sangue no escarro, comentou com sua companheira, e ela imediatamente o incentivou a procurar um médico.

Quando eu estava tossindo eu saía da sala, ia lá pra fora pra não tossir dentro de casa... Aí eu ia lá pra fora, aí ela (esposa) vinha o que foi C. Eu dizia, estou tossindo ali, depois eu volto aqui. Aí não tinha mais como esconder, aí eu falei pra ela, estou tossindo e saiu sangue. Aí ela falou assim, vá ao médico (“RESPONSÁVEL”).

Apesar de “RESPONSÁVEL” trabalhar e frequentar um grupo comunitário, não mencionou a influência de outras pessoas da rede primária nem na busca pelo cuidado em saúde nem após iniciado o tratamento para TB.

“AGITADO” desde o início comentou com familiares sobre a dor que estava sentindo em região precordial.

Todo mundo já sabia da dor, eu já tinha falado pra todo mundo... Minha mãe, minha irmã, meu irmão, ela (a menina que eu fico) (“AGITADO”).

Como também apresentou tosse, e seu irmão mais velho, que reside em outro local também já teve TB, sua mãe logo suspeitou que pudesse estar com a mesma doença e quis logo marcar uma consulta na clínica da família.

Depois que sua mãe falou que poderia ser TB, “AGITADO” ficou ainda mais preocupado e recorreu à internet para pesquisar sobre a doença já que achava que não estava apresentando os sintomas mais comuns.

Além de a família tê-lo incentivado a buscar atendimento, ele relata que viu um vizinho muito emagrecido e que depois soube que era devido à TB, e isso também o fez pesquisar sobre as dores que estava sentindo e buscar o atendimento médico.

Eu o vi passando ... ele passava na porta da minha casa, eu vi ele e ele falava que aquilo ali era problema no estômago dele, mas depois falaram pra mim que não era que era tuberculose. Isso aí que me deixou escaldado, aí eu fui pesquisei no you tube, o you tube foi antes também porque eu comecei a ver que dor era essa, entendeu (“AGITADO”).

Apesar de ter comentado com outras pessoas próximas o que estava sentindo, sinalizou que sua mãe e irmã foram pessoas que realmente o apoiaram na busca pelo cuidado em saúde. Porém, após iniciado o tratamento, o irmão e namorada também monitoram o uso da medicação e o incentivam na adesão ao tratamento.

Isso, minha mãe. E minha irmã também porque ela foi comigo lá e veio comigo aqui também. Ela só pega no meu pé nesse bagulho de já tomou o remédio...fica me enchendo o saco... já tomou o remédio. Não tem como esquecer (“AGITADO”).

4.2.3 Rede secundária e o seu papel no controle da tuberculose

Sendo consideradas redes secundárias, as unidades de saúde têm papel fundamental na relação com as redes primárias para juntas conseguirem agir sobre os determinantes coletivos dos problemas de saúde, sem tirar a responsabilidade das pessoas ante o processo de adoecimento, assegurando assim uma assistência integral e resolutiva (STOTZ, 2009).

As narrativas analisadas demonstraram a importância do vínculo como importante princípio do cuidado, visto que possibilitou a construção de uma relação de confiança, diálogo

e respeito entre o profissional de saúde e o paciente, contribuindo para a aceitação do diagnóstico, compreensão da terapêutica adotada e adesão ao tratamento (BRASIL, 2011a).

O TDO (sigla para Tratamento Diretamente Observado), tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente, mostrou-se como uma importante estratégia para o desenvolvimento das relações de acolhimento, vínculo e de corresponsabilização do doente perante o tratamento, sendo um ponto essencial no processo de adesão à terapia.

Na maioria dos casos, a TB é um problema de resolução na AB, mas para isso, as equipes de saúde devem ser capacitadas para atuar de maneira eficaz na investigação dos sintomáticos respiratórios, no diagnóstico precoce dos casos, no tratamento com esquema básico e/ou do acompanhamento próximo ao local de residência dos pacientes, facilitando o acesso e diminuindo a taxa de abandono (BRASIL, 2011 a).

“RESERVADA” tem uma filha de um ano e dois meses e realizou todo o acompanhamento pré-natal na unidade de saúde da família estudada, sendo este um fator pontuado como facilitador no acesso em busca do tratamento para TB.

Sempre que eu venho para cá eu sempre sou bem atendida, quando eu fiquei grávida então... eles me trataram como fosse filha deles, tinha sempre aquele negócio de grupo de gestantes, eu sempre vinha e eles me trataram muito bem, eles me conhecem até...no meu chá de bebê teve enfermeiros que também foram e eles me trataram super bem quando eu tive ela também...foi bem legal. Eu me senti acolhida (“RESERVADA”).

Para “SOCIÁVEL” o vínculo estabelecido com a equipe de Saúde da Família de referência construído pelo fato de ele já haver realizado acompanhamento para diabetes na unidade, além de tê-lo influenciado a buscar atendimento logo no aparecimento dos primeiros sintomas, demonstra a confiança que tem nos profissionais de saúde que o assistem, contribuindo para a aceitação do diagnóstico e do tratamento proposto. Ele gosta do atendimento prestado e enxerga a unidade de saúde da família como uma referência para resolução dos seus problemas de saúde.

Aí ela resolveu, ela falou na dúvida vamos começar o tratamento e aí eu perguntei a ela se eu começar a tomar esse remédio e não for? Vai me afetar em alguma coisa, vai me prejudicar? Ela falou, não vai prejudicar em nada, eu falei então tá bom, tá tranquilo (“SOCIÁVEL”).

Eu falei, doutora, depois que eu falei com a senhora e passei a tomar esses remédios aí eu não tossi mais (“SOCIÁVEL”).

O apoio dado pela sua irmã associado ao vínculo estabelecido e confiança no profissional de saúde fizeram com que “SOCIÁVEL” buscasse atendimento no local onde se sentia mais bem acolhido.

Já “TÍMIDO” reforça que as poucas vezes em que esteve na unidade de saúde foi apenas para realizar o acompanhamento do Programa Bolsa Família, mas reforça que sua família quando tem algum problema de saúde recorre ao atendimento oferecido pela clínica. Além disso, avaliou positivamente o atendimento recebido na unidade.

Eu venho aqui direto porque tenho que fazer o negócio do bolsa família (“TÍMIDO”).

Foi rápido, a mulher (ACS) me passou até na frente das outras pessoas e eu passei naquele doutor um baixinho, foi com ele que eu comecei o tratamento. Eu falei que eu tava com tosse e fui logo atendido (“TÍMIDO”).

Apesar de possuir cadastro na clínica da família estudada há três anos e de ter iniciado outros dois acompanhamentos para TB nessa mesma unidade, “ABATIDO” recorreu ao atendimento na UPA para resolução imediata do seu problema de saúde, e não na ESF. A partir do seu depoimento, observa-se que o vínculo com a unidade se estabeleceu a partir da adesão ao TDO, em que a ACS responsável tem colaborado para a construção do elo entre este e o serviço de saúde.

Todo dia eu estou vindo aqui que é perto mesmo. Mas ela ia de vez em quando sim. Ela ia sim. Já cansou de ir já, é a Mânia (ACS). A minha relação com ela é legal, todos eles são legais (“ABATIDO”).

“ESPERTA” demonstrou em seu relato que a unidade de saúde da família funciona como principal referência para o cuidado em saúde da sua família, porém, devido à percepção do agravamento do seu quadro e ao horário em que foi feita a procura pelo atendimento à saúde, o local onde foi realizada a primeira avaliação foi na UPA. A confiança e o vínculo estabelecido com a ACS responsável colaboraram para a busca de uma nova avaliação na ESF, possibilitando o início do tratamento em tempo oportuno e contribuindo para a adesão ao tratamento, por meio da realização do TDO.

Ela sempre está lá falando do remédio, fala que não devo beber. Sempre está presente, quando eu fiquei enjoada. Nos primeiros 15 dias eu fiquei enjoada, não conseguia beber, fiquei magra, ficava chorando. Aí ela conversava, falava comigo o que era que depois tudo ia voltar ao normal, que eu iria comer direito... (“ESPERTA”).

“RESPONSÁVEL”, visando à resolução do seu problema de saúde, mesmo não tendo buscado o primeiro atendimento na ESF, acionou os serviços públicos de saúde que conhecia e nos quais confiava.

Eu estou me tratando hoje é porque eu acredito na Saúde Pública, acredito porque é aqui que eu pego meu remédio, tomo meu remédio todo certinho, eu tento fazer coisas que são boas pra mim, se eu for elogiar tanto este quanto outro posto eu vou elogiar da mesma forma porque todo lugar que eu cheguei eu sou consultado (“RESPONSÁVEL”).

Os participantes “SOCIÁVEL” e “ABATIDO” apontaram alguns obstáculos relacionados com o acesso ao serviço de saúde, entre eles: a dificuldade para acessar a clínica da família, devido à localização geográfica e à debilidade física potencializada pela doença, gerando um gasto financeiro para o deslocamento. Esses usuários realizavam a tomada diária da medicação na unidade, porém apresentavam condições de saúde limitantes associadas ao perfil de hipossuficiência. Estas condições já lhes garantiriam o benefício social do RioCard.

Os pacientes com tuberculose possuem direitos e benefícios sociais relacionados à sua condição de saúde e vida, e o RioCard eletrônico é um deles, que é concedido ao paciente que se enquadre no perfil de hipossuficiente (renda familiar inferior a três salários mínimos ou renda per capita de até 1/2 salário mínimo) ou os pacientes que já tenham cadastro no CADUNICO (é um conjunto de informações sobre as famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza). Porém, apenas “SOCIÁVEL” mencionou que já havia dado entrada nesta solicitação. Sendo assim, cabe a eSF atentar para as peculiaridades de cada situação e avaliar as limitações do usuário, visando a melhoria da condição de vida deste e buscando sempre facilitar o acesso e garantir a adesão ao tratamento (BRASIL,2011c).

Essa situação do RioCard evidencia a limitação das políticas sociais, e também mostra como elas são burocratizadas, justamente quando as pessoas mais precisam.

A acessibilidade aos serviços de saúde, que também aborda a distância percorrida pelo usuário para acessar a unidade de saúde, os obstáculos físicos existentes, limites ou facilidades de locomoção e os custos implicados nesse deslocamento são fatores que garantem a integralidade nos serviços de saúde, porém esta se torna comprometida quando não há o entendimento da existência dessas variáveis que limitam ou dificultam o acolhimento dos usuários nas portas de entrada da rede, podendo contribuir para o abandono ao tratamento (ENGEL, 2013).

“SOCIÁVEL” sinalizou que, devido à amputação sofrida em membro inferior esquerdo, passou a apresentar certa dificuldade para se deslocar, mas ao mesmo tempo

necessita de curativos diários no local da amputação. Como nem sempre tem uma pessoa em casa que possa fazê-lo, combinou com a equipe de Saúde da Família de comparecer à unidade pelo menos três vezes na semana. Entretanto, devido ao diagnóstico de TB, ele tem vindo à unidade diariamente, pois também precisa realizar o TDO. O entrevistado queixou-se muito dessa situação, já que ainda não conseguiu adquirir seu RioCard e, com isso, na maioria das vezes, tem descido e subido a pé a ladeira que dá acesso à unidade de atenção básica. Disse que, às vezes, tem que pedir uma carona aos motoristas de Kombi que circulam pela comunidade e que nem todos respeitam a legislação de uma gratuidade para maiores de 60 anos, e isto tem gerado alguns aborrecimentos. Para não se indispor, às vezes, desce a pé e paga um transporte para subir.

É um pouco longe, é complicado dá pra vir a pé mas de Kombi é rápido (“SOCIÁVEL”).

Eu tô doído pra resolver o problema do meu RioCard , quando eu resolver isso aí eu fico tranquilo, não esquenta mais a cabeça, isso tá me dando dor de cabeça porque não estou conseguindo agendar a minha foto pela internet (“SOCIÁVEL”).

Nem sempre eu peço carona porque esses caras da Kombi estão implicando comigo, hoje eu mesmo eu peguei uma carona um garoto bom sempre me traz e me trouxe, mas pra subir eu vou subir à pé...não tenho dinheiro todo dia, 3 reais todo dia pra subir de Kombi, pra subir é 3 reais, às vezes você pega aqui e vai até o ponto final daqui para o ponto final você não paga, às vezes eu vou pra lá e peço uma carona (“SOCIÁVEL”).

“ABATIDO” relatou que, no início do tratamento, devido a sua debilidade física, apresentava dificuldade para se deslocar até a unidade, mas que mesmo assim não deixou de comparecer ao serviço para tomar o medicamento. Sendo a localização geográfica um importante critério para o acesso aos serviços de saúde, cabe à equipe de Saúde da Família responsável avaliar as limitações do indivíduo, buscando sempre facilitar o acesso ao usuário e garantir a sua adesão ao tratamento.

Pra vir era devagarzinho porque era descendo, mas pra subir esta rampa aqui era complicado, cansava muito. Eu parava, sentava, deitava em casa começava a rolar aquela dor eu tinha que vir aqui outro dia (“ABATIDO”).

Outro ponto observado nas narrativas foi o desconhecimento dos serviços oferecidos pela clínica da família influenciando no atraso do início do tratamento adequado de alguns usuários entrevistados, no entanto, após iniciado, o vínculo estabelecido com a equipe de saúde da família tornou-se fundamental para a manutenção do tratamento.

Eles me ajudaram muito porque eu estou sendo sincero, se não fosse eles me orientando...foi muito ruim no começo eu tomava remédio e 30 minutos assim eu vomitava (“RESPONSÁVEL”).

Novamente, o TDO apresentou-se como uma estratégia eficaz para construção do vínculo usuário-profissional, oportunizando sanar dúvidas a respeito da doença e do tratamento e propiciando o encorajamento do paciente diante da doença. Na fala de “RESPONSÁVEL”, os profissionais mencionados foram o médico da eSF, a ACS responsável e a auxiliar de farmácia da unidade.

Por mim mesmo eu não ia tomar o remédio, aí a Gisela (ACS) conversou comigo, o Dr. Maurício conversou, a menina da farmácia falou Sr. Carlos, o senhor vai ficar bom, tome o remédio. Aí, não foi fácil não, dali ela (ACS) passou a me medicar todo dia, ia lá em casa levar o remédio, eu fui, né (“RESPONSÁVEL”).

Ela que foi lá e levou a cartela. Eu falei pra ela assim, Gisela (ACS) eu não vou tomar não, eu não estou conseguindo nem dormir ...eu acho que eu estou tomando o remédio ao invés de melhorar tá piorando. Aí ela falou assim: Sr. C. eu só vou sair daqui se você tomar, aí ela pegou sentou assim e falou pegue lá a garrafa d’água, em jejum, eu não tinha comido nada. Aí ela falava assim, tome, vai tomar, e nisso ela ia lá me acompanhar todos os dias (“RESPONSÁVEL”).

Nota-se pela trajetória terapêutica adotada pelo usuário “AGITADO que o tempo de cadastro na ESF também não interferiu nas suas escolhas em se tratando de resolução dos seus problemas de saúde. Essa situação evidencia uma fragilidade da ESF no que tange ao acompanhamento da população adscrita. No entanto, após iniciado o tratamento, a relação com o ACS responsável pelo TDO possibilitou a construção de vínculo, o que tem influenciado no enfrentamento positivo da doença.

Ah, é bom que ele (ACS) fica no pé (rindo). Às vezes a gente acha chato, mas é melhor (“AGITADO”).

Como pode ser observado nas narrativas dos entrevistados, os ACS que são sujeitos que ocupam uma posição diferencial no território, por estarem em intercâmbio com estruturas locais e circularem por espaços externos ao comunitário, estabeleceram uma abordagem que conseguiu atingir o objetivo principal de sua função, que é servir como elo entre a unidade de saúde e usuário, contribuindo de forma efetiva para a adesão ao tratamento da doença.

Pensando sob outra ótica, o fato dos demais membros da eSF não terem sido mencionados pelos usuários com a mesma frequência que os ACS, pode sinalizar que nem sempre o trabalho das eSF se desenvolve na perspectiva das redes.

4.2.4 Os diversos capitais em jogo na rede

Os dados coletados levam a pensar que o capital social e o cultural contribuem e interagem diretamente com o capital econômico para fortalecer a determinação e reprodução da TB, visto que a perpetuação dessa doença está vinculada a populações que vivem em condições de pobreza, aglomeração humana e falta de saneamento básico.

As narrativas analisadas mostraram que ter uma história anterior de adoecimento, seja pela TB ou por outra doença, assim como conviver com pessoas que já estiveram nessa situação, representou um ganho de capital cultural, visto que o conhecimento adquirido pelo acúmulo de informação se mostrou fundamental para busca ao atendimento, aceitação da doença e adesão ao tratamento atual.

O capital cultural, entendido como aquele que acumula capacidades intelectuais e culturais, sob a forma de estado incorporado, presume um processo de inculcação e assimilação, não podendo ser transmitido rapidamente, mas sim de forma instintiva, mantendo-se marcado pela condição primitiva de aquisição. A mensuração do capital cultural de maneira menos inexata se dá ao levar em consideração o tempo de aquisição que engloba a educação familiar, o investimento familiar (BOURDIEU, 2007).

Este capital cultural que se adquire por meio da informação sobre a doença é importante para as pessoas doentes lidarem e enfrentarem as questões, mas não é suficiente para que seja um capital reconhecido, visto que este reconhecimento é atribuído pelo grupo de pertencimento.

“SOCIÁVEL” possui uma história patológica pregressa que, de certa forma, influenciou na busca pelo cuidado em saúde e enfrentamento da TB. Não que tivesse pensado em estar com TB desde o aparecimento dos primeiros sintomas, mas o fato de ter vivenciado situações de adoecimento frequente na infância, de conviver com a diabetes mellitus desde 2008, de ter sofrido uma amputação no pé esquerdo em 2016, de conhecer pessoas que já tiveram TB contribuiu para uma melhor aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento.

Eu tomo remédio desde que...eu fui muito doente lá em casa, tive várias pneumonias, tive meningite então eu tô acostumado, tive uma que eu não lembro o nome que eu tomei 90 injeções, meu café da manhã eu tomava em jejum as últimas cinco eu tomei na barriga, entendeu... (“SOCIÁVEL”).

Já tive alguns amigos que tiveram isso no passado mas eu nunca pensei em chegar aqui (“SOCIÁVEL”).

“TÍMIDO” demonstra que seu histórico familiar contribuiu para a boa aceitação do diagnóstico, visto que a TB já havia acometido vários integrantes da sua família, inclusive uma das suas irmãs. Esta irmã concluiu o tratamento para TB há 3 anos, obtendo alta por cura e foi quem, a partir do seu conhecimento prévio, suspeitou que ele pudesse estar também com TB, inclusive sinalizando essa possibilidade ao médico que prestou o primeiro atendimento.

Ela pensou também que fosse tuberculose porque ela já teve também e meus parentes a maioria da família já teve tuberculose. Ela já teve, ficou um maior tempo fazendo tratamento mas ficou bem (“TÍMIDO”).

Foi ela que perguntou ao doutor se poderia iniciar o tratamento da tuberculose, porque poderia ser também tuberculose. Porque no início ele falou que era pneumonia (“TÍMIDO”).

O baixo poder aquisitivo, o reduzido nível de escolaridade e o local de procedência dos entrevistados e de seus pais, tendo-os como primeiros educadores, são determinantes sociais que reforçam a vulnerabilidade desses sujeitos ao adoecimento por TB, mas ao mesmo tempo, considerando as diferentes formas de enfrentamento da doença, mostram o capital cultural como um ganho individual, como um conhecimento legitimado aplicado ao cotidiano e adquirido durante o processo de socialização.

O processo de adoecimento gera uma série de sentimentos e reflexões no indivíduo, como medo, apreensão, ameaça, incerteza, fazendo com que pense nas vulnerabilidades e, até mesmo, em questões relacionadas com a morte.

A TB é uma doença infectocontagiosa que possui um tratamento de longa duração, e isso exige que o indivíduo aprenda a lidar com essa nova situação para que, dessa forma, consiga compreender o processo saúde/doença e, assim, identificar, evitar ou prevenir complicações. Por esse ângulo, a adesão ao tratamento é um fator relevante para o sucesso do cuidado e um desafio tanto para a ESF, que, de certa forma, precisa operacionalizar esta adaptação, quanto para os pacientes (BRASIL, 2011a).

Pensando sob essa perspectiva, as narrativas de “SOCIÁVEL” e “ESPERTA” mostram que a aceitação da doença, e até mesmo a percepção do processo de adoecimento, apresentou-se de forma particular, não sendo possível determinar padrões para o processo de saúde/doença na TB, mas sim compreender que cada indivíduo possui sua singularidade e recebe influência do meio em que vive, influenciando assim o enfrentamento da doença.

No entanto, aspectos coletivos podem ser também destacados, na medida em que todos os entrevistados são moradores de bairro periférico, vivem em situação de vulnerabilidade social e ambiental, possuem origem pobre, não trabalham ou quando trabalham é na

informalidade. O enfrentamento dessas vulnerabilidades e reprodução dessas famílias dá-se por intermédio de uma multiplicidade de caminhos que indicam os deslocamentos possíveis em um terreno de antigas e novas formas de pobreza (CUNHA; FRIGOTTO, 2010).

Outra questão presente nos depoimentos foi a percepção do caráter estigmatizante da doença. Isto se deve ao fato de a doença estar associada a precárias condições de vida, mas também aos excessos, em que as situações de recaída frequentes nesses grupos, bem como as crenças do imaginário popular, geram incertezas acerca da cura. Devido ao preconceito sofrido, o paciente passa a ter dificuldade em assumir e em seguir o tratamento, e a ESF passa a ter dificuldade em realizar o devido acompanhamento da doença (BRASIL, 2011a).

“SOCIÁVEL” sentiu medo quando recebeu o diagnóstico de TB, pois achava que o tratamento da doença fosse algo mais difícil, mas quando foi informado que consistia em tomar uma medicação oral diariamente por 6 meses, acalmou-se.

Eu achei que o tratamento era uma coisa mais difícil, mas era só tomar o remédio, eu prefiro, é mole (“SOCIÁVEL”).

Lidar com o diagnóstico da TB não foi uma situação fácil para “ESPERTA”. O comprometimento com a autoimagem, o medo de ficar internada, de ser discriminada foram questões que surgiram ao receber o diagnóstico, e as quais ela teve que aprender a enfrentar neste processo de adoecimento.

Primeiro que a gente acha que nunca vai acontecer com a gente.... a gente só acha que vai acontecer com as pessoas da rua. Igual a mim eu ficava parada, dormia a tarde toda, não queria nem saber de nada, só queria saber de sair e curtir a vida (“ESPERTA”).

Eu fiquei pior mesmo porque eu fiquei magra e não consegui me olhar no espelho, ficava me achando feia (“ESPERTA”).

Tinha medo de passar e os outros cochichar que eu tava com uma doença grave. Tipo assim, nos primeiros dias que eu tive que ficar batendo raio X, tinha que ficar batendo sempre e eu não queria sair pra rua, eu não queria ir no hospital ficava com medo de alguém me ver e ficar cochichando e falar (“ESPERTA”).

“RESPONSÁVEL” relatou que ao receber o diagnóstico ficou muito preocupado e com medo, logo pensou na família, no trabalho e na possibilidade de ficar internado.

Mas eu fiquei preocupado porque a gente tem família...deu vontade de chorar, eu fiquei com os olhos cheios de lágrimas, dizem que homem não chora, mas a gente não está preparado pra receber estas notícias, uma notícia que até parece que ali o mundo desabou na minha cabeça. Se chegasse uma ambulância ali, e o doutor falasse que eu teria que ir para o hospital, eu ia ficar apavorado (“RESPONSÁVEL”).

Mas depois, com o apoio da esposa e da eSF, foi percebendo a melhora do seu quadro clínico e aceitou melhor o tratamento.

Mas não, se a médica tá falando, vocês são os profissionais, então eu vou ficar bom se eu tomar direitinho. Eu continuei tomando o remédio direitinho todos os dias aí aquilo foi passando, aquela tosse foi acabando (“RESPONSÁVEL”).

Em relação à percepção do caráter estigmatizante da doença, “RESPONSÁVEL” relatou que evitava andar na rua com a máscara cirúrgica para não ser questionado e que ficou chateado quando um dia, ao entrar na clínica para tomar a medicação diária do tratamento, um membro da eSF solicitou que colocasse a máscara. Disse que havia sido orientado quanto ao uso da máscara em ambientes fechados, mas não imaginou que tivesse que fazer uso também dentro da unidade.

Eu senti preconceito foi aqui quando eu fui pegar o remédio. Aí o pessoal daqui falou, “RESPONSÁVEL” vá lá pra fora colocar a máscara (“RESPONSÁVEL”).

Mas na rua eu não usei não, porque eu evitava de sair, eu ficava mais em casa, mas quando eu saía era em lugar aberto, onde eu podia respirar o ar puro (“RESPONSÁVEL”).

Um aspecto observado nas falas dos usuários foi que o uso da máscara causou desconforto e gerou preconceito, porém sua obrigatoriedade de uso era exigida apenas dentro da unidade de saúde. Isso demonstra que, apesar de incorporarem algumas informações técnicas, os usuários não compreenderam o caráter transmissível da doença, pois deixavam de usá-la nos demais espaços públicos.

Sendo assim, pensar em estigma social e preconceito e como cada indivíduo teve que lidar com o diagnóstico da TB remete aos capitais em jogo nas redes dos usuários, visto que os capitais, sejam eles econômico, social ou cultural, determinam a posição social dos atores, influenciam nas atitudes e na forma de lidar com a doença, podendo exercer uma função protetora ou potencializadora do sofrimento no processo de adoecimento de cada indivíduo.

CONCLUSÃO

O estudo das redes sociais dos usuários portadores de TB possibilitou compreender a busca pelo cuidado em saúde como um processo que envolve diversos aspectos que atuam de maneira distinta sobre os indivíduos.

O reconhecimento da individualidade do sujeito, da influência exercida pelo meio social em que vive e das experiências vivenciadas por ele ao longo da vida se mostraram essenciais para a assimilação do processo de adoecimento, a motivação para a busca pelo atendimento e a adesão ao tratamento.

As narrativas possibilitaram identificar particularidades e sistematizar como se deu o enfrentamento da doença para cada usuário entrevistado, iniciando pela percepção dos primeiros sintomas e encerrando com a influência exercida pelas redes sociais neste processo.

A percepção dos primeiros sintomas relacionados com a tuberculose não gerou a busca imediata à unidade de saúde da família, mesmo esta presente no território há sete anos. De modo geral, após o uso da medicina caseira ou automedicação, os serviços de pronto atendimento apareceram como primeira escolha de atendimento do usuário visando à resolução imediata do seu problema de saúde. Além da falta de vínculo com a eSF, esta situação evidenciou a falta de conhecimento e reconhecimento dos serviços oferecidos pela unidade de saúde da família.

As redes primárias demonstraram seu potencial como reais influenciadoras para a busca pelo cuidado em saúde, atuando em todas as etapas do processo de adoecimento e enfrentamento da doença. Já as redes secundárias mostraram sua relevância nesse processo a partir das ações de controle da TB, com destaque para o TDO, que possibilitou a construção do vínculo profissional- usuário e, com isso, o fortalecimento do usuário para aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Na maioria dos casos, os atores da rede secundária só foram mencionados nas redes dos usuários após o início do tratamento, reforçando a necessidade de revisão das práticas e processos de trabalho, despertando a reflexão sobre o papel das equipes de saúde da família nos territórios, principalmente no que tange à educação em saúde como uma estratégia potencial para o aumento de capital cultural dos usuários.

Além disso, o fato dos ACS, que são atores representantes da rede secundária, terem sido os membros da eSF mais mencionados pelos entrevistados, sinaliza a falta de uma

organização das equipes em rede, mesmo estas sendo responsáveis por trabalhar em uma perspectiva de saúde ampliada e integral.

O entendimento dos conceitos capital econômico, capital cultural e capital social possibilitou compreender a mobilização de recursos nas redes sociais viabilizando a circulação da informação e do conhecimento em prol do cuidado em saúde.

Contudo, seria de grande valia estudos sobre comunicação em TB, sobre o entendimento da população sobre tuberculose e o estigma em relação à doença, para que seja possível pensar em formas de estabelecer um diálogo efetivo e parcerias comunitárias e institucionais, como estratégia na prevenção e no controle da TB.

Além disso, é preciso repensar o papel do Estado, que tem se preocupado com obras de embelezamento urbano e medidas paliativas que não solucionam os problemas reais dessas populações vulneráveis. O desinvestimento no setor saúde é um problema atual e tem gerado grande preocupação, pois a retirada de recursos financeiros em saúde de alguma medicação, prática, procedimento ou outro tipo de tecnologia afeta diretamente a população que necessita exclusivamente dos serviços públicos de saúde. Esta condição atinge as redes primárias, provocando um aumento dos gastos das famílias com a saúde e, no caso das redes secundárias, gera a falta de recursos material, pessoal e, até mesmo, a falta de medicamentos essenciais para o tratamento de doenças.

Em suma, estudar as redes sociais dos usuários portadores de TB permitiu vislumbrar o potencial da estrutura das redes para o cuidado em saúde, reforçando a importância de políticas de inclusão dos usuários nos serviços de saúde e do estreitamento de vínculo entre as redes primárias e secundárias.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Informação & Informação*, [S.l.], v. 12, n. 1esp, p. 8-19, dez. 2007.

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F (Org.). *Famílias: redes, laços e políticas públicas*. 4 ed. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2008.

AFONSO, C. M. C. *Promoção da saúde, capital social e capital cultural: o caso do Projeto Acari*. 2013. xv,270 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-138.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-889, ao. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2016.

ANDRADE, R. P. S. et al.. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. *Rev Fund Care Online*. v. 8, n. 3, p. 4857-4863, Jul/Set. 2016 . doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4857-4863>

ANDRADE, R. L. P. et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1149-1158, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601149&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2017.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 18 jul . 2016.

ANDRADE, D. M. C., DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14861/16204> Acesso em: 28 dez. 2017

ARAÚJO, F. M. B.; ALVES, E. M.; CRUZ, M. P. Algumas reflexões em torno dos Conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu. *Revista Perspectivas da Ciência e Tecnologia*, v.1, n.1, Jan-Jun 2009.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A.. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2017.

BASTIAN, M; HEYMANN, S; JACOMY, M. *Gephi-: an open source software for exploring and manipulating networks*. Third International ICWSM Conference, San Jose, California: Association for the Advancement of Artificial Intelligence. Recuperado a partir de gephi.org. 2009.

BASTOS, F. A.; SANTOS, E.; TOVO, M. F. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177-188, Junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2016.

BENJAMIN, W. O narrador. In: *Os pensadores*. São Paulo: Editor Victor Civita; 1975. p.63-82 (Textos escolhidos).

BERALDO, A. A. et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Ciência & Saúde Coletiva* 2012173079-3086. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420024>. Acesso em: 17 Set. 2017.

BONAMINO, A. et al. Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 45, p. 487-499, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid413-24782010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

BOURDIEU, P. O capital social – notas provisórias. In: CATANI, A. & NOGUEIRA, M. A. (Orgs.). *Escritos de Educação*. 9ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOURDIEU, P. Espaço social e poder simbólico. In: *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 149-168.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Plano nacional pelo fim da tuberculose* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília, DF, 2014. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 131 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 284 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 168 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 56 p.*

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BTESHE, M. *Experiência, narrativa e práticas info-comunicacionais sobre o cuidado no comportamento suicida.* 2013. 189f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.11, p. 4433-4442. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/413-81232011001200016>. Acesso em: 03 Jun.2016.

CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Cad. saúde coletiva*, Rio Janeiro. v. 23, n. 4, p. 436-444, out.-dez., 2015.

CARVALHO, L. S.. A abordagem sociocultural da produção de conhecimento científico. In: MARTELETO, R. M. e PIMENTA, R. M. (Org.). *Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação.* 1ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2017, v. 2017, p. 190-290.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: BARATA, R. B. Condições de vida e situação em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap.2, p. 31-75.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 28 Set. 2016.

COUTO, P. B.; RODRIGUES, R. I. A gramática da moradia no complexo do alemão: história, documentos e narrativas. *Texto para discussão*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2015.

CRISPIM, J. A. et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Nov. 2017. Epub Oct 02, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-210020120005000021>.

CUNHA, N. V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 251-264, Junho 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27414-32832015000200251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Set. 2016. Epub Feb 27, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0083>.

CUNHA, M. B., FRIGOTTO, G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online] 14 Out-Dez 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115837022>. Acesso em: 1 Jan. 2018] ISSN 1414-3283

ELIAS, N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Zahar, 1994

ENGEL, R. H. et al. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 307-314, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8494>. Acesso em: 30 set. 2016.

ERIKSSON, M. Social capital and health implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011 Feb 8; n. 4, p. 5611. doi: 10.3402/gha.v4i0.5611.

FAZITO, D.; SOARES, W. Capital social, análise de redes e os mecanismos intermediários do sistema migratório Brasil/EUA. Belo Horizonte: Cedeplar/ UFMG, v. 26, p. 27-41, 2010.

FONSECA, J. S. A. *Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro*. 2017. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME rev min enferm* [Internet]. v. 17, n. 1, p. 225-30, Jan-Mar. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684241>. Acesso em: 02 Set. 2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa* / [organizado por]. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 25 Set. 2016.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLAT, R. *Somos iguais a você: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

GOMIDE, M.; SCHUTZ, G. E. Análise de Redes Sociais e práticas avaliativas: desafios à vista. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 819-842, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300819&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Agosto 2016.

GONÇALVES, H. *Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002

GUNTHER, H. T. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Set. 2016

LAFAIETE, R. S.; SILVA, CB, OLIVEIRA, MG; MOTTA, MCS; VILLA, TCS. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2011;15(1):47-53.

LAMARCA, G. A. *A relação do capital social e do contexto ocupacional na autoavaliação de saúde e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em mulheres na gravidez e no pós-parto*. Rio de Janeiro; s.n; 2012. 178 p. tab, graf. Tese: Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor.

LEAL, M. C. et al. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. 37-53, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Nov. 2017

LIMA, L. M. et al. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 102-110, Junho 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27983-14472013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2017

LIRA, V. G.; FONTENELLE, A. M. C.; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 20031659-66. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40816211>. Acesso em: 20 Set. 2017.

MACHADO, D. C.; MOREIRA, M. C. N.; SANT'ANNA, C. C. A criança com tuberculose: situações e interações no contexto da saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1964-1974, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901964&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2017.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27413-81232013000100027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2017.

MARTELETO, R. M.; PIMENTA, R. M. *Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação*. 0ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2017, v. 0, p. 14-25.

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M.I. A metodologia de análise de redes sociais (ARS). *Métodos qualitativos de pesquisa em ciência da informação*. São Paulo: Polis, p. 81-100, 2005.

MARTELETO, R. M. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. *Investigación Bibliotecológica*, v. 14, n. 29, 2000.

MARTIN, D. Natureza e Cultura: ferramentas teóricas para a prática da enfermagem. In: *Antropologia para Enfermagem*, São Paulo: Manole, 2008.

MARTINS, P. H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. *Redes Sociais e Saúde*, Recife: UFPE, 2008.

MENEZES, V. S.; GOMEZ, M. N. G. Anotações sobre linguagem, informação e cultura na praxiologia de Pierre Bourdieu. In: MARTELETO, R. M.; PIMENTA, R. M.. (Org.). *Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação*. 0 ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond, v. 0, p. 134-153, 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Set. 2016.

_____. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

NOGUEIRA, J. A. et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev Rene*. v. 13, n. 4, p. 784-793, 2012 .

PINHEIRO, R. L.; GUANAES-LORENZI, C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 19, n. 1, p. 48-57, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27413-294X2014000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Ago. 2016.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Available from SciELO Books . Acesso em: 21 Ago. 2017

RIESSMAN, C. Constructing narratives for inquiry. In: RIESSMAN, C. *Narrative Methods for the Human Sciences*. Boston: SAGE, 2008. p. 21-52.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Subpav*. Disponível em: <http://subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar.php>. Acesso em: 26 Jan. 2017.

SANTOS, C. W.; FARIAS FILHO, M. C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1659-1668, Maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=“RESERVADA”413-81232016000501659&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%27413-81232016000501659&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jun. 2016

SANTOS, T. M. M. G. et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. enferm. UERJ*, v. 20, n. 3, p. 300-305, Jul.-Set. 2012.

SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; ARCENCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Fev. 2017

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 103-11, mar. 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15246>>. Acesso em: 09 Nov. 2017

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, v.10, suppl., p. 243-253. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/413-81232005000500025>. Acesso em: 12 Set. 2017.

SETTON, M. G. J. Uma introdução a Pierre Bourdieu. *Revista Cult*. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/uma-introducao-a-pierre-bourdieu/>>. Acesso em: 17 Agosto 2016. SILVA, G. Refavela (notas sobre a definição de favela). In: *Revista Lugar Comum*, n. 39, 2013. Disponível em: <http://uninomade.net/wp-content/files_mf/110906130223ReFavela%20notas%20sobre%20a%20defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20favela%20-%20Gerardo%20Silva.pdf>.

SILVA, A.Z. *Redes sociais dos profissionais da estratégia saúde da família: eles construídos a partir do cuidado ao hipertenso*. Dissertação (Mestrado acadêmico em cuidados clínicos em enfermagem e saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2016.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1784>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

SOUSA, T. F. et al. . Estratégia saúde da família e a construção do vínculo no controle da tuberculose pulmonar na Rocinha-RJ. *Rev. pesquis. cuid. fundam.* (Online); v. 7, n. 2, p. 2336-2348, Abr.-Jun. 2015. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3562/pdf_1543>.

Acesso em: 01 Fev. 2017.

SOUZA, C. T. V.; NATAL, S.; ROZEMBERG, B. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 78-92, 2005. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18046>>. Acesso em: 16 set. 2016.

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

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M. e STOTZ, E. N., orgs. *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, pp. 26-42. ISBN 978-85-7541-331-9. Disponível em SciELO Books. Acesso em: 12 Dez. 2017.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. et al. A influência dos determinantes individuais no retardo do diagnóstico da tuberculose. *Texto & contexto enferm*; v. 23, n. 4, p. 1031, Out-Dez 2014 .

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p.177-190, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Tuberculosis Report*, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 28 Agosto 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações na busca pelo cuidado em saúde”, por que você encontra-se em acompanhamento para tuberculose. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na Área Programática 3.1 no enfrentamento da tuberculose junto à equipe de saúde da família. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas que serão realizadas sob a forma de questionário sobre o seu perfil sócio demográfico (informações pessoais, sobre seu trabalho, sua renda) e entrevista aberta. A entrevista será realizada em local reservado e será gravada em MP3 para posterior transcrição. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Ressalto que seu atendimento não será prejudicado com a recusa em participar do estudo. Nada será cobrado e nem haverá gastos pela sua participação na pesquisa, bem como não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Esta pesquisa não trará riscos à sua integridade física ou social, além disso, não será realizado nenhum tipo de procedimento de avaliação ou tratamento. Há riscos subjetivos decorrentes da emissão de suas opiniões sobre o tema da pesquisa, porém, será assegurado total sigilo e anonimato e a qualquer momento, você poderá interromper a entrevista bem como desistir da participação em qualquer fase da pesquisa. Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações que o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para aumentar o conhecimento científico na área de enfermagem podendo beneficiar outros indivíduos. Assinando este consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. A investigadora deste estudo também poderá retirá-lo (a) do estudo a qualquer momento, se ela julgar que seja necessário para o seu bem estar. O(A) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta os dados do CEP-UERJ e CEP- SMSRJ, em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético da pesquisa e o celular/e-mail da pesquisadora responsável caso queira tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, uma cópia será entregue a você e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável.

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações na busca pelo cuidado em saúde”. Confirmo que fui completamente orientado pela investigadora e pesquisadora responsável Mariana de Almeida Jorge de Azevedo que me explicou o objetivo deste estudo, bem como a forma de participação. Autorizo a gravação da entrevista, inclusive, caso necessário mais de um encontro para a conclusão da mesma. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal

consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar à pesquisadora sobre qualquer anormalidade observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Participante: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Mariana de Almeida Jorge de Azevedo / Enfermeira/ Mestranda – UERJ / (21)99719-6516/
mariana_almeida83@yahoo.com.br CEP -UERJ (Comitê de Ética e Pesquisa –
UERJ).Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018/ Maracanã/ CEP:
20.559-900/ (21) 2334-2180 /E-mail: etica@uerj.br

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – RJ. Endereço: Rua Evaristo da
Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ /CEP: 20031-040/Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Perfil dos participantes

1. Número de Identificação: _____ Local da entrevista: _____
2. Cor (auto-declarada): _____
3. Idade: _____ Sexo: M () F ()
4. Estado Civil: Casado () União estável () Separado () Divorciado () Solteiro ()
Outro ()
5. Escolaridade: _____
6. Procedência (de onde veio? Sempre morou na comunidade?): _____
7. Qual a procedência dos seus pais? E qual a escolaridade deles?

8. Tempo de moradia: _____
9. Quantas pessoas vivem na casa? _____
10. Composição familiar: _____
11. Renda Familiar: <1SM () 1a2SM () 2a3SM () 3a4SM () >4SM ()
12. Possui plano de saúde? () Sim () Não
13. Ocupação: _____
12. Participa de algum grupo comunitário?()Sim ()Não Qual? _____
13. Tipo de tuberculose: () Pulmonar () Extrapulmonar
14. Início dos sintomas: _____
15. Início do tratamento medicamentoso: _____

Pergunta norteadora: Fale-me como foi a sua busca para iniciar o acompanhamento da tuberculose na atenção básica e das pessoas envolvidas neste processo.

ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações

Pesquisador: MARIANA DE ALMEIDA JORGE DE AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62519516.2.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.908.477

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ intitulado "Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações, de autoria de Mariana de Almeida Jorge de Azevedo. Segundo a autora, "ao abordar a temática da tuberculose torna-se importante discutir as questões que perpassam o acesso aos serviços de saúde, visto o caráter ainda estigmatizante da doença e as condições sociais precárias da maioria dos portadores, exigindo das equipes de saúde da família (eSF) o compromisso, envolvimento e o reconhecimento do impacto causado pela doença nas dimensões física, social, psicológica, econômica e espiritual".

Trata-se de uma pesquisa descritiva com base nos conceitos de redes sociais e de abordagem qualitativa. O cenário do estudo será uma unidade de atenção básica na A.P. 3.1 do município do Rio de Janeiro. Os participantes serão usuários portadores de tuberculose acompanhados nesta unidade, sendo utilizada a técnica de narrativa de vida para a coleta de dados. A análise dos dados será feita à luz dos conceitos da análise de redes sociais e de pontos centrais das obras de Pierre Bourdieu, tais quais: capital cultural, capital social, habitus e campo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose acompanhados em uma unidade de atenção básica na A.P.3.1 no enfrentamento da tuberculose junto à equipe de saúde da família.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br