



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Juliete dos Santos Amaral Fonseca

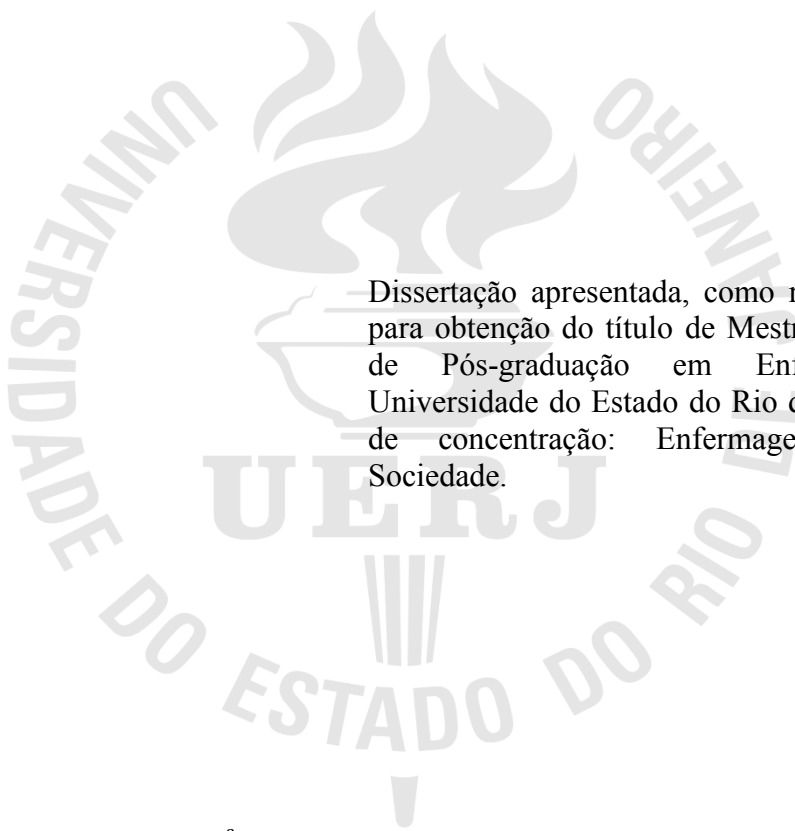
**Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de
pequeno porte do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Juliete dos Santos Amaral Fonseca

**Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do
Rio de Janeiro**



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

Rio de Janeiro

2017

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

F676	Fonseca, Juliete dos Santos Amaral. Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro / Juliete dos Santos Amaral Fonseca. – 2017. 95 f. Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 1. Enfermagem de atenção primária. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Redes sociais. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título. CDU 614.253.5
------	--

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

Assinatura

Data

Juliete dos Santos Amaral Fonseca

**Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do
Rio de Janeiro**

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 10 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

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

Prof.^a Dra. Regina Maria Marteleto
Faculdade de Enfermagem - UERJ

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

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre está comigo, dando-me sabedoria, paciência, força e paz em momentos de fraqueza e angústia. Por me permitir chegar nesta etapa da minha carreira e concluí-la.

À minha família que sempre esteve ao meu lado.

Ao meu esposo, Paulo Sérgio, pelo carinho, apoio e por toda dedicação e ajuda

À minha mãe Ana Cristina e irmão Alexandre pelas incessantes orações e por todo apoio nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª Helena Maria Scherlowski Leal David, pela oportunidade, por todo ensinamento, pela paciência, atenção e por toda ajuda.

À Prof^ª. Dr^ª. Regina Maria Marteleto, pela oportunidade de fazer a disciplina de Redes Sociais no IBICT/UFRJ e por compartilhar parte do seu universo de conhecimentos.

À banca de examinadores, pelas contribuições e sugestões, favorecendo meu amadurecimento em relação à pesquisa.

À Prof^ª. Dr^ª. Magda Faria, que sempre esteve à disposição para ajudar e por todo carinho.

Ao Marcus Vinicius, por toda ajuda com a metodologia empregada e pela disposição em ajudar e tirar dúvidas sobre as redes.

Às minhas amigas Amanda, Cris, Camila, Midian e Pri que são companheiras desde a graduação e que sempre acreditaram em mim.

À amiga Mariana Almeida, que me ajudou e me deu apoio nos momentos mais difíceis.

À Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Lima, por todo carinho, apoio e pela sua amizade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por seus ensinamentos e por contribuírem para que sejamos mais reflexivos e críticos.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ, em especial às secretárias, que, em todo momento, estavam prontas a ajudar, sanar dúvidas e por toda paciência.

Às bibliotecárias, em especial a Diana e Adriana, pela paciência e por toda ajuda.

A todos os profissionais de Porto Real, que se colocaram à disposição para ajudar na realização deste trabalho e foram super receptivos.

Enfim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela disponibilização da bolsa de mestrado, a qual possibilitou dedicar-me integralmente.

Na verdade, na verdade vos digo que vós chorastes e vos lamentareis, e o mundo se alegrará, e vós estareis tristes; mas a vossa tristeza se converterá em alegria.

João 16:20

RESUMO

FONSECA, Juliete dos Santos Amaral. *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.

Este estudo tem como objeto as redes sociais de trabalhadores em saúde para o acesso aos serviços de atenção especializada. Objetivos: conhecer as relações sociais dos trabalhadores em saúde da atenção básica para a regulação da assistência à saúde na perspectiva da rede social; identificar o papel dos atores na rede social; descrever a importância dos atores para a efetivação do acesso aos serviços de saúde. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como cenário quatro unidades de atenção básica, setor controle e avaliação, Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e coordenadoria de atenção básica. Participaram do estudo 12 trabalhadores, sendo quatro enfermeiros, três agentes comunitários de saúde, um médico, um coordenador da atenção básica, dois do TFD e um do controle e avaliação. Para a coleta dos dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, mediante um roteiro. Os dados foram coletados em dezembro de 2015 e janeiro de 2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer 728.664. Os dados foram analisados através da Análise de Redes Sociais (ARS), que permite gerar as medidas de centralidades dos atores e a construção do sociograma. Para isto, foram utilizados os *softwares* Ucinet e Gephi, para cálculo das medidas e criação do sociograma, respectivamente. Para o segmento qualitativo, utilizou-se Análise de Conteúdo. Resultados: os atores com maior centralidade de grau são: controle e avaliação, coordenador da atenção básica e coordenador do TFD. Estes também são centrais em relação à intermediação; no entanto, o enfermeiro aparece como central em relação à intermediação, o que corrobora seu papel de intermediador e articulador. Através da análise das entrevistas, quatro categorias emergiram: encaminhamento para a atenção especializada; relacionamento com a equipe; redes primárias e acesso e contatos socioprofissionais. As interações sociais entre os atores favorecem a circulação de informação por toda rede e afeta, positivamente, nas respostas dos serviços de saúde ofertados à população. Os participantes apontaram que os encaminhamentos para a atenção especializada dentro do município são feitos pelo próprio usuário, o qual agenda sua consulta no centro de especialidades, exceção feita aos idosos, gestantes e crianças, cujas marcações ficam a cargo da própria unidade; fora do município, o usuário leva os documentos para a secretaria de saúde e o TFD faz as marcações; quando o sistema de regulação se mostra insuficiente, e diante de alguma situação adversa, os profissionais lançam mão dos contatos com seus pares para garantir o acesso a seus usuários. Conclui-se que as redes sociais são mobilizadas para garantir o acesso dos usuários aos serviços quando as vias formais forem insuficientes. A forma com que a rede se articula e como ocorrem as relações sociais e entre equipes refletem na qualidade do serviço prestado e, consequentemente, na continuidade ou não do cuidado. Assim, garante-se um cuidado de qualidade e resolutivo e em concordância com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Análise de redes sociais. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

FONSECA, Juliete dos Santos Amaral. *Social networks in health care regulation in a small municipality in Rio de Janeiro*. 2017. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This paper studied health workers use of social networks for accessing specialized care services. Objectives: to understand the social relations of health workers in primary care for the regulation of health care from the perspective of social networks; identify the role of the actors in the social networks; describe the importance of the actors to the implementation of access to health services. Descriptive study with quantitative and qualitative approaches, using as its basis four primary health care units; sector control and evaluation, Out of Home Treatment (OHT), and the administration of primary care. There were 12 participants in the study; four nurses, three community health workers, a doctor, a primary care coordinator, two OHT specialists, and a representative from control and evaluation. To collect data, scripted semi-structured interviews were opted for. The data were collected in December 2015 and January 2016. The study was approved by the Research Ethics Committee according to Section 728.664. Data were analyzed through Social Network Analysis (SNA), to generate measures of the centrality of actors and the creation of a sociogram. For this, we used the *software* Ucinet and Gephi, respectively, for calculating the measures and the creation of the sociogram. Content analysis was used for the qualitative segment. Results: the actors with a greater degree of centrality are: control and evaluation, the primary care coordinator and the OHT specialists. These are also central in relation to intermediation; however, the nurse also appears as central in relation to intermediation, which confirms their role as mediator and articulator. Through analysis of the interviews, four categories emerged: referral to specialized care; team relationships; primary networks and access to social and professional contacts. Social interactions between the actors promote the flow of information throughout the network and affect, positively, the responses of health services offered to the population. Participants pointed out that the referrals for specialized care within the municipality are made by the patient himself, who schedules an appointment in the specialty center, with exceptions made for the elderly, pregnant women and children, whose appointments are made by the unit itself; outside the municipality, the user takes any necessary documents to the health department, where the OHT schedules the appointment; when the regulatory system is inadequate, and before any adverse situation arises, these professionals make use of contacts with their peers to ensure access for patients. It is concluded that social networks are mobilized to ensure users' access to services when formal channels are insufficient. The way in which the network is structured and how social relations occur between teams reflects on the quality of the service provided and, consequently, on the continuity, or not, of care. This guarantees unwavering quality care, consistent with the principles governing the National Health System.

Keywords: Social network analysis. Health services accessibility. Primary health care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede dos atores envolvidos na Atenção Básica para a regulação da assistência à saúde segundo a categoria profissional.....	50
Figura 2 – Rede social dos profissionais envolvidos na Atenção Básica de Saúde de Porto Real/RJ – atores com maior centralidade de grau.....	54
Figura 3 – Rede social de atores conforme valor de centralidade de intermediação..	63
Figura 4 – Atores com potencial para desconectar a rede (<i>cut point</i>).....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos publicados entre 2011 e 2015.....	20
Quadro 2 – Estado da arte das publicações selecionadas.....	20
Quadro 3 – Cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família em 2015 – Porto Real/RJ.....	42
Quadro 4 – Número de óbitos por abrangência no período de 2011 a 2015.....	42
Quadro 5 – Número de óbitos por idade no período de 2011 a 2015.....	42
Quadro 6 – Número de óbitos por indicadores no ano de 2015.....	43
Quadro 7 – Perfil dos participantes da pesquisa conforme tempo de atuação na atenção básica.....	44
Quadro 8 – Medidas de centralidade de grau dos atores envolvidos no acesso aos serviços de saúde de Porto Real/RJ	56
Quadro 9 – Medidas de centralidade de intermediação dos atores envolvidos na atenção básica de Porto Real/RJ.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Análise de Redes Sociais
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacional
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OPM	Órtese, Prótese e Materiais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem

PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UC	Unidade de Contexto
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
1.1	Redes sociais.....	24
1.2	Laços fortes e fracos.....	27
1.3	Trabalho do enfermeiro na Atenção Básica.....	30
1.4	Acesso aos serviços de saúde.....	34
2	METODOLOGIA.....	39
2.1	Cenário de estudo.....	39
2.1.1	<u>Conhecendo o município de Porto Real/RJ.....</u>	40
2.1.2	<u>Perfil epidemiológico de Porto Real/RJ.....</u>	41
2.2	Participantes do estudo.....	43
2.3	Técnica de coleta de dados.....	45
2.4	Instrumento de coleta de dados.....	45
2.5	Análise de dados.....	46
2.5.1	<u>Análise de redes sociais.....</u>	46
2.5.2	<u>Análise de conteúdo.....</u>	47
2.6	Aspectos éticos.....	47
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
3.1	Análise estrutural das redes sociais.....	49
3.2	Centralidade de grau.....	53
3.3	Centralidade de intermediação.....	62
3.4	Categorias de análise de conteúdo das entrevistas.....	69
3.4.1	<u>Categoria 1- Encaminhamentos para a atenção especializada.....</u>	69
3.4.1.1	Dentro do município.....	70
3.4.1.2	Encaminhamento para fora do município.....	73
3.4.2	<u>Categoria 2 - Relacionamento com a equipe.....</u>	74
3.4.3	<u>Categoria 3 - Redes primárias e o acesso.....</u>	76
3.4.4	<u>Categoria 4 - Contatos socioprofissionais.....</u>	78
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	92

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
ANEXO – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	94

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto “as redes sociais de trabalhadores em saúde para o acesso aos serviços de atenção especializada.”

Cabe ressaltar que esta dissertação é um recorte do projeto-matriz intitulado Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e vinculado ao grupo de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A presente pesquisa limitou-se ao município de pequeno porte, Porto Real, no Rio de Janeiro, uma vez que faz parte de uma maior, a qual engloba outros municípios de médio e grande portes. Assim, foi identificada a estrutura da rede social que é mobilizada para atender às necessidades em saúde da população no que se refere ao acesso para os serviços de atenção secundária e terciária, assim como os atores estratégicos envolvidos nesse processo.

As redes sociais podem ser do tipo *online* ou *off-line*; ambas possuem importância e finalidade semelhantes, mas, necessariamente, não são iguais. Assemelham-se no que tange às trocas informacionais, porém, como essas trocas ocorrem, é o que as diferem.

Nas redes sociais *online*, as informações estão dadas em uma página na internet, sendo, constantemente, atualizadas. As *timelines* no *facebook* são um exemplo e basta que pessoas sejam adicionadas, conectadas umas às outras para que tenham acesso às informações ali postadas pelo grupo de ‘amigos’ ao qual pertence. Nesses espaços virtuais, as relações são, de uma certa forma, permanentes, isto é, ao adicionar uma pessoa como amigo, este laço só será desfeito caso seja deletado ou excluído (RECUERO, 2011).

Já nas redes *off-line*, as informações circulam quando há interações interpessoais, em espaços físicos e não virtuais. Os laços só são mantidos através de investimento nas relações, nos encontros frequentes e na convivência. Só assim esses elos continuam conectados e possibilitam o compartilhamento das informações (RECUERO, 2011). O presente estudo trata das redes sociais conferidas nos espaços físicos, ou seja, as redes sociais *off-line*.

As redes são interações sociais estabelecidas entre indivíduos, grupos, instituições e outros. Os profissionais de saúde integram e participam de redes sociais, incluindo aquelas constituídas em seus espaços laborais, que são as redes socioprofissionais, e estas têm um papel de relevância para garantia do acesso aos serviços de saúde. Ou seja, caso haja uma

limitação ou um empecilho para efetivar o acesso a um determinado serviço, os profissionais interagem com outros para driblar esse impasse de acordo com a necessidade emergente.

Sendo assim, as redes tornam-se um meio de garantir esse acesso, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, a integralidade e a equidade. Isso porque as redes se mobilizam para assegurar o direito ao acesso aos serviços de saúde independente de raça, classe social, situação econômica, gênero, idade e outros quesitos. É na Constituição Federal (CF) de 1988 que a saúde foi reconhecida como um direito inerente a todos e como dever do Estado.

Esse direito é muito mais do que ser atendido em uma unidade de saúde. É ter seu problema solucionado e ser acompanhado constantemente, de modo a contribuir para uma melhor qualidade de vida e garantir que toda a assistência seja de forma integral, atendendo a todas as suas necessidades, realizando encaminhamentos e referenciando-os para atenção especializada, exames, reabilitação e outros, conforme as demandas.

Alguns estudos corroboram que há dificuldades para que o acesso aos serviços de saúde de níveis secundário e terciário alcance uma resolubilidade e efetividade e atribuem este fato à inoperância ou insuficiência do Estado (SILVA; BENITO, 2013). Nesses casos, profissionais mobilizam-se para, de algum modo, garantir aos usuários que necessitam o acesso aos serviços especializados.

Outros fatores ressaltados por Silva e Benito (2013), referentes à dificuldade de acesso, são: o tamanho do município; o esquecimento da região pelo Estado; a rotina de funcionamento das unidades de atenção básica, visto que pessoas que trabalham o dia inteiro têm mais dificuldades de acesso; e a rotatividade de profissionais, já que outros municípios oferecem salários maiores, atraindo os recursos humanos e gerando conflitos intermunicipais (SILVA; BENITO, 2013). Além disso, essa rotatividade de profissionais prejudica os vínculos com a população assistida.

Quando as redes sociais são mobilizadas para garantir o acesso – seja na própria unidade, na atenção básica, seja no nível secundário ou terciário –, os profissionais estão atendendo ao princípio da equidade, que se relaciona com a igualdade e com a justiça. Este princípio relaciona-se com a necessidade singular de cada indivíduo. Isto quer dizer que será ofertada mais assistência àquele que carece de um cuidado maior, ou seja, trata-se o cidadão diferentemente para se atingir uma igualdade, reduzindo as iniquidades em saúde.

A terminologia *redes sociais* parece um assunto novo; no entanto, Portugal (2007) afirma que este tema é discutido desde da década de 30 na Sociologia e Antropologia, não se limitando a essas disciplinas. Inicialmente, o termo era usado em sentido metafórico: “os

autores não identificavam características morfológicas, úteis para a descrição de situações específicas, nem estabeleciam relações entre as redes e o comportamento dos indivíduos que as constituem” (PORTUGAL, 2007, p. 03). Posteriormente, foi discutido e abordado em diversas disciplinas e áreas do conhecimento, sendo sua popularização decorrente do avanço da comunicação e da valorização das relações interpessoais (PORTUGAL, 2007).

Este termo tem sido utilizado por diversos autores que o definem segundo suas perspectivas. Para Acioli (2007), o termo redes sugere dinamicidade e movimento, pois uma rede não é estática, está sendo alterada a cada instante, dependendo das interações sociais. É também um processo social amplo, entendido como um conjunto de diferentes tipos de relacionamentos formando uma estrutura social que, dependendo dos atores envolvidos, terão objetivos, valores e metas distintas (STOTZ, 2009).

Estudar as redes sociais e suas implicações na saúde é de relevância para o ensino, pois fomenta a discussão sobre efetivação do acesso e resolubilidade dos serviços de saúde a partir das interações sociais. Esta associação só se tornou possível porque a saúde passou a ser compreendida além da dimensão biológica, contemplando, entre outras, a dimensão social (MANGIA; MURAMOTO, 2005; LAURELL, 1982). Esta pesquisa preenche uma lacuna sobre análise de redes sociais e acesso aos serviços de saúde e contribui para futuros estudos sobre esta temática. Para a assistência aos serviços de saúde, as redes são essenciais para operacionalizar o acesso que, em alguns casos, formalmente não acontecem. São, também, um espaço de trocas tanto em nível material quanto informacional ou simbólico, constituindo as redes sociais de relevância para a enfermagem e para demais profissionais da saúde.

Diferentemente do sentido metafórico dos anos 30, atualmente, compreender o conceito de redes sociais ajuda a entender a dinâmica relacional entre indivíduos e, assim, as relações sociais e a capacidade de trocas materiais, simbólicas, aprendizagem, compartilhamentos de informação e conhecimento, dentre outros elementos (MARTELETO, 2010).

Destaca-se, assim, uma importância para aplicação em várias áreas e em diferentes estudos, bem como para analisar e discutir esse processo relacional implicado na acessibilidade aos serviços de saúde pela população, pois tais serviços não funcionam isoladamente um do outro. Eles estão em uma complexa articulação, formando uma rede de serviços. Já as políticas públicas visam garantir a proteção social, a cidadania e o direito ao acesso dos usuários aos serviços. Sabe-se que o acesso é desigual e que esta desigualdade se relaciona às questões políticas, econômicas e sociais (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Tendo em vista que o acesso não ocorre de forma homogênea nem efetiva, as redes sociais

informais tornam-se importantes para a provisão de recursos e do acesso (PORTUGAL, 2005).

O que justificou o desenvolvimento desta pesquisa foi o reconhecimento das redes sociais de profissionais de saúde, usuários e gestores como mobilizadores de recursos e como meio para atingir uma assistência mais equânime e de qualidade, garantindo o acesso aos serviços que, de outro modo, não é possível. E, ainda, para preencher uma lacuna, já que estudos abordando as redes sociais e o acesso aos serviços de saúde na enfermagem são escassos.

Tal escassez foi comprovada mediante um levantamento de publicações científicas a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados foram: Redes sociais; acesso aos serviços de saúde; e enfermagem. Todos os termos estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Como resultado, foram encontradas apenas três publicações, como será visto adiante, na revisão de literatura.

Assim, parte-se do pressuposto de que os profissionais de saúde integram redes sociais nas quais há troca de informações, benefícios, produção e compartilhamento de conhecimentos e outros. Os enfermeiros pertencem a essas redes de interações sociais e profissionais, o que reflete direta ou indiretamente na capacidade de resposta dos serviços públicos diante das demandas e necessidades em saúde da população, integrando e articulando os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Neste sentido, buscar-se-á saber: Como se estruturam as redes sociais de trabalhadores em saúde da atenção básica para a regulação da assistência à saúde? Qual o papel dos atores na rede? De que forma o acesso aos serviços de saúde está implicado nas redes sociais?

OBJETIVOS

Objetivo geral:

a) conhecer as relações sociais dos trabalhadores em saúde da atenção básica para a regulação da assistência à saúde na perspectiva da rede social.

Objetivos específicos:

- a) identificar o papel dos atores na rede social;
- b) descrever a importância dos atores para a efetivação do acesso aos serviços de saúde.

1 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizado um levantamento de literatura sobre a temática apresentada a fim de consultar e registrar o que se tinha publicado e fundamentar as discussões na ótica de diversos autores. Tal levantamento foi feito por intermédio da BVS, a partir de algumas bases de dados. São elas: LILACS, MEDLINE, IBECs e BDENF.

Os descritores utilizados para as buscas são vocabulários estruturados e seguem a padronização dos descritores em ciências da saúde. Foram eles: redes sociais; acesso aos serviços de saúde; e enfermagem. Para o refinamento da pesquisa, foram adotados critérios de inclusão e exclusão, sendo os critérios de inclusão: textos completos disponíveis; publicações nos idiomas português, espanhol e inglês; artigos, teses e dissertações. Já os de exclusão foram: documentos não convencionais; documentos de multimídia; publicações não gratuitas e publicações anteriores ao ano de 2011. Este recorte temporal refere-se à portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), “estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2011).

Na base LILACS, os resultados encontrados foram: para o descritor ‘rede social’ foram encontradas 306 publicações; para o descritor ‘acesso aos serviços de saúde’, 846 achados. Pesquisando ‘redes sociais AND acesso aos serviços de saúde’, obteve-se um resultado de 12 publicações. Acrescentando-se o descritor ‘enfermagem’, o resultado é reduzido para uma única publicação.

Já na base MEDLINE, os estudos emergiram em um quantitativo de 1.752 para o descritor ‘redes sociais’ e 10.631 para ‘acesso aos serviços de saúde’. Ao combinar os dois descritores pelo conectivo AND, aparecem 14 publicações. Ao se acrescentar o descritor ‘enfermagem’, os resultados encontrados foram duas publicações.

No que se refere à base IBECs, apareceram 30 documentos para o descritor ‘redes sociais’ e 18 para o descritor ‘acesso aos serviços de saúde’. Quando combinados os descritores, não se obteve resultado.

Para a base BDENF, foram encontradas 25 publicações utilizando o descritor ‘redes sociais’ e 57 para ‘acesso aos serviços de saúde’ e nenhum resultado com a combinação dos dois.

Em suma, a busca envolvendo os três descritores só resultou em três publicações, o que motiva a realização de novas pesquisas que abordem a temática referente às redes sociais e ao acesso aos serviços de saúde, de forma a contribuir para a enfermagem e colaborar para promover uma maior visibilidade ao papel desses profissionais e uma valorização mais crescente.

No entanto, devido à escassez de produções envolvendo os três descritores, foram analisados os resultados somente para a combinação dos descritores redes sociais e acesso aos serviços de saúde, limitando-se, assim, às bases LILACS e MEDLINE, uma vez que, nas demais bases de dados, não houve resultados (Quadro 1).

Quadro 1 – Estudos publicados entre 2011 e 2015

Descritores (DECS)	LILACS	MEDLINE	BDENF	IBICS
Acesso aos serviços de saúde	846	10.631	57	18
Redes sociais	306	1.752	25	30
Redes sociais AND Acesso aos serviços de saúde	12	14	0	0
Redes sociais AND Acesso aos serviços de saúde AND Enfermagem	1	2	0	0

Fonte: A autora, 2015.

Após os achados, realizou-se a leitura dos títulos e resumos de cada publicação e, na base Lilacs, apenas nove publicações relacionam-se com a temática abordada; na Medline, apenas dois estudos foram selecionados (Quadro 2).

Quadro 2 – Estado da arte das publicações selecionadas (continua)

Título	Autor(es) e Periódicos	Objetivos	Métodos	Resultados
Associação entre Rede e Apoio Social com Autoavaliação da Saúde em Idosos Residentes do Município do Rio de Janeiro	Caetano, S. C. [Dissertação] Biblioteca de Saúde Pública ICICT/Fiocruz 2012.	Investigar a associação entre rede e apoio social com a autoavaliação da saúde em idosos, segundo sexo.	Estudo seccional com amostra probabilística.	A autoavaliação da saúde ruim foi associada com a falta de apoio social entre as mulheres e com a ausência de redes sociais entre os homens. Permaneceram associados ainda à autoavaliação da saúde ruim as variáveis renda (ambos), trabalho atual (mulheres), alimentação (homens) e capacidade funcional, número de doenças e depressão em ambos.

Quadro 2 – Estado da arte das publicações selecionadas (continuação)

Condições de vida, redes e apoio social na procura por serviços de saúde	Gerhardt, T.E; Santos, D. L. Rev APS. 2012 jul/set; 15(3): 245-268.	Analisar as condições de vida da população em estudo e suas relações com o tipo de redes e de apoio social.	Estudo epidemiológico descritivo de base populacional, com desenho seccional, que utilizou coleta e análise quantitativa dos dados.	Observaram-se diferenças na procura por serviços de saúde segundo os níveis de vida e as características das redes sociais; para as dimensões do apoio social, não houve associação entre os níveis de vida e a procura de serviços, como reflexo das diferenças no comportamento dos sujeitos frente às doenças.
Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo	Martes,A.C.B; Faleiros, S.M. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.351-364, 2013	Compreender como essa população acessa e qualifica os serviços de saúde da cidade.	Este artigo é resultado de uma pesquisa com imigrantes bolivianos de primeira geração que residem e trabalham na cidade de São Paulo.	A intermitente insatisfação dos brasileiros quanto ao atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil torna surpreendente a constatação de que, entre os bolivianos entrevistados, os serviços de saúde a que têm acesso são positivamente valorizados, ao contrário do que ocorre em seu próprio país de origem.
Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental	Oliveira, R.F; Andrade, L.O.M; Goya, N. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):3069-3078, 2012	Analisar as compreensões dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a atenção em saúde mental, com foco na integralidade e no acesso.	Estudo de abordagem qualitativa com referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração e aplicação da técnica do Círculo Hermenêutico-Dialético	Os CAPS são vistos como espaços de convivência capazes de estabelecer redes afetivas e sociais; estigmas, preconceitos e tutela estão presentes nos serviços, nas famílias e na comunidade; as práticas manicomiais persistem nos serviços substitutivos; a humanização do cuidado amplia o acesso e o vínculo com os serviços.
Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal Mato-Grossense	Pignatti, M.G Barsaglini, R.A Senna, G. Physis Revista de Saúde Coletiva, RJ, 21 [4]: 1469-1491, 2011	Analisar a relação do envelhecimento com as redes de apoio social, cotejadas pela discussão de território.	Estudo orientado pela perspectiva socioantropológica com abordagem qualitativa	O parentesco, a amizade e a identidade interligam as pessoas em relações de reciprocidade, por diversos motivos, em situações cotidianas, chamando a atenção para o papel dos vínculos para a manutenção da saúde.

Quadro 2 – Estado da arte das publicações selecionadas (continuação)

Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás.	Santos,R.C; Silva, M.S Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063, 2014	Investigar as condições de vida e os itinerários terapêuticos de duas populações quilombolas do Estado de Goiás.	Estudo de caráter quantiqualitativo.	Em Almeida, são utilizadas a automedicação caseira e alopática. Uma senhora muito conhecida na região é responsável pelos tratamentos caseiros. No Jardim Cascata, os moradores utilizam a automedicação com remédios alopáticos e os postos de saúde do bairro, frequentemente, estão sem profissionais para realizar o atendimento. As redes de apoio familiar são mais intensas em Almeida do que no Jardim Cascata.
A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão	Silva,B.F.S; Benito, G.A.V Ciência & Saúde Coletiva, 18(8):2189-2200, 2013	Reconhecer as representações sociais presentes na narrativa das práticas dos gestores municipais de saúde de uma microrregião do sudeste do Brasil sobre o acesso aos serviços de saúde.	Estudo exploratório pautado com abordagem qualitativa.	Constatou-se que a qualidade, resolatividade, aproximação com as necessidades do usuário e organização das redes de atenção são pouco expressas, o que reflete um entendimento que não leva em consideração o 'acesso de qualidade e resolutivo'.
Um estudo antropológico sobre as estratégias para resolver problemas de saúde entre idosos de Bambuí, Minas Gerais, Brasil	Uchôa,E; Firmo, J.O.A; Lima-Costa, M.F; Corin,E. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 3:S370-S377, 2011.	Analisar alguns dos mecanismos pelos quais as circunstâncias socioeconômicas influenciam as estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde dos idosos, com ênfase no uso de serviços de saúde e medicação.	Estudo de coorte com abordagem antropológica.	As narrativas dos dois grupos convergem na ênfase do papel desempenhado por fatores financeiros no acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos. As histórias de vida descreveram algumas estratégias prejudiciais à saúde para fazer frente à falta de recursos.

Quadro 2 – Estado da arte das publicações selecionadas (conclusão)

Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil	Silveira, C. Carneiro Jr, N; Ribeiro, M.C.S.A; Barata, R.C.B. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):2017-2027, out, 2013	Conhecer as desigualdades geradas pelas condições de vida e de acesso aos serviços de saúde entre os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, Brasil.	Estudo transversal	O tempo de permanência no Brasil não altera a situação de trabalho; trabalham e vivem nas confecções e falam suas línguas de origem. Predominam as redes sociais familiares e de amigos. O acesso aos serviços de saúde ocorre com progressiva inclusão em ações de atenção primária.
Explaining ecological clusters of maternal depression in South Western Sydney	John Eastwood ED, Lynn Kemp; Bin Jalaludin BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:47	Explain the observed clustering of postnatal depressive symptoms in South Western Sydney; and Identify group-level mechanisms that would add to our understanding of the social determinants of maternal depression.	A qualitative study based on critical realism	Using an open coding approach to maximise emergence of patterns and relationships we have identified seven theoretical concepts that might explain the observed spatial clustering of maternal depression. The theoretical concepts identified were: Community-level social networks; Social Capital and Social Cohesion; “Depressed community”; Access to services at the group level; Ethnic segregation and diversity; Supportive social policy; and Big business.
In what ways do communities support optimal antiretroviral treatment in Zimbabwe?	K. Scott, C. Campbell, C. Madanhire, M. Skovdal, C. Nyamukapa; S. Gregson Health Promotion International, Vol. 29 No. 4	Understanding the ways in which community networks are working to facilitate optimal ART access and adherence will enable policymakers to better engage with and bolster these pre-existing resources	Ethnographic observation	People on ART or carers of children on ART in Zimbabwe report drawing support from a variety of social networks that enable them to overcome many obstacles to adherence. Key support networks include: HIV groups; food and income support networks; home-based care, church and women’s groups; family networks; and relationships with healthcare providers

Fonte: A autora, 2015.

A partir deste levantamento, foi percebido que nenhum dos achados remetem à metodologia de Análise de Redes Sociais (ARS). Entretanto, no seu contexto analítico, é possível perceber a importância das redes e do apoio social em diversas situações inerentes à saúde. Exemplos dessa importância são o apoio ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) para adesão do tratamento antirretroviral; apoio a mulheres com depressão

pós-parto; nas relações sociais familiares e círculos de amizades que apoiam imigrantes de outros países; assim como a relevância da família aos indivíduos idosos. Outras situações que podem ser analisadas sob a perspectiva da ARS é a rede de saúde mental e seus laços sociais, que são de extrema importância, visto que os serviços substitutivos, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), têm como finalidade, entre outras, a de reinserir o indivíduo com sofrimento mental à sociedade. Para isso, são utilizadas as redes de apoio familiares, profissionais, amizade e outras. Ou seja, os vínculos sociais são extremamente importantes para manutenção da saúde.

Nos estudos destacados pelo levantamento, não emergiram o sociograma das redes, a ligação entre os nós, a posição que cada ator ocupa na rede, como propõe este trabalho, todavia não deixa de ser e fazer parte de uma rede complexa e dinâmica em que há diversas trocas, investimentos nas relações, configurando-se, em sua maioria, como uma rede de apoio social.

1.1 Redes sociais

As redes sociais são dinâmicas relacionais que estão presentes em diversas áreas de interesse, inclusive na saúde. Para Tomaél e Marteleto (2006), relacionam-se à interatividade entre indivíduos, instituições, organizações e diversas outras entidades sociais. São conexões pautadas nos relacionamentos estabelecidos entre familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, grupos religiosos e outras relações sociais e, a partir dessas inter-relações, a estrutura social é construída e reconstruída. Podem ser classificadas em redes primárias e secundárias, dependendo da origem das relações.

Stotz (2009) refere às redes primárias como processo de socialização do indivíduo, que acontece de maneira informal, e que é caracterizado pelas relações significativas. Neste tipo de rede, estão as relações familiares e parentais, de amizade, vizinhança e outras relações significativas; as secundárias estão voltadas para uma coletividade com interesses em comum e associam-se às relações de trabalho, de grupos específicos, movimentos sociais, instituições e outros.

A estrutura das redes não é estática, pois os atores estão em constante movimento de interações com indivíduos de diferentes lugares e grupos e que, em um dado momento, podem

estar conectados e, em outros, não, reconfigurando a estrutura da rede tornando-a dinâmica (Acioli, 2007).

Este é um assunto que permite desdobramentos. O termo redes sociais é usado na área da saúde, no ramo empresarial, nas escolas, universidades e na sociedade como um todo. Considera-se importante a apropriação das redes por parte de profissionais de saúde, em especial pelo enfermeiro, que está em constantes interações sociais e profissionais, em articulação com os níveis de atenção, gerenciamento e supervisão de unidades de saúde, participação em programas de educação continuada, liderança de equipes, entre outras funções. É através destas apropriações das redes que os recursos são mobilizados para melhor assistir a população, além de permitirem o compartilhamento das informações por todos que nelas estão conectados.

As redes são as relações que conectam e ligam diferentes pessoas, formando elos ou ‘nós’. Esses indivíduos pertencentes a este sistema são reconhecidos, nas ciências sociais, por sujeitos sociais. Essas redes de elos podem ser estudadas para que seja compreendido o papel desses atores e seus comportamentos dentro dessas redes, assim como perceber a influência dessas conexões em cada ‘nó’ (MARTELETO; SILVA, 2004).

Essas conexões entre os atores sociais podem ser fortes ou fracas. Os laços fortes são aqueles nos quais a interação entre os elos possuem maior proximidade, intimidade e os contatos são mais frequentes, já nos laços fracos há pouca proximidade, são mais dispersos, ou seja, tendem a um vínculo menor em comparação àqueles que possuem laços fortes. Adiante, essa discussão será retomada e aprofundada; todavia, ressalta-se que ambos os laços, fortes e fracos, são de relevância para a rede social (GRANOVETTER, 1973).

Assim, o estudo das redes sociais permite compreender a sociedade relacional, a relevância das interações, a contribuição de cada ator social, assim como as trocas e compartilhamentos mediados por essa rede. Além disso, possibilita reconhecer os bens e benefícios captados e/ou mobilizados, sejam materiais ou simbólicos, e que estão em constante movimento. Ressalta-se, ainda, que as relações entre os atores são interdependentes (MARTELETO, 2010), isto é, as relações são de reciprocidade: um indivíduo, ao mesmo tempo em que exerce determinada influência na rede, também é influenciado por ela.

As redes sociais interessam a diversos grupos porque possibilitam a compreensão da estrutura e da complexidade social. Cada vez mais, a sociedade civil vem se conscientizando dos seus direitos e, frente a isso, exige respostas rápidas e resolutas para as questões políticas e sociais, atuando de forma participativa, mobilizando-se para a busca dos seus interesses. Exemplo disso são os movimentos sociais que estão cada vez maiores e mais influentes e o

surgimento de outros. As redes são também de interesse para aqueles envolvidos em ações de descentralização. Para este estudo, destaca-se a área da saúde, visando a uma maior autonomia e democratização que auxiliem o desenvolver local, promovendo maior participação social. Neste caso, as redes sociais são um aliado para o progresso de programas territorializados (MARTINS, 2004).

Por intermédio das redes, grupos organizam-se, a fim de fazer valer seus direitos quanto ao acesso e às condições de saúde, podendo alcançar seus direitos por meio da promoção do “apoio social, troca de experiências e informações e mesmo no trabalho mais diretamente ligado ao desenvolvimento das ofertas de serviços e cuidados de saúde [...]” (MANGIA; MURAMOTO, 2005, p. 26).

Locais em que o acesso aos serviços de saúde é deficitário, restrito e parcial, as redes sociais e a saúde estão entrelaçadas mais fortemente para atingir uma resposta mediante as necessidades demandadas pela população, buscando melhorias, tendo em vista a ausência ou inoperância do Estado (MARTELETO, 2001; MOLINA, 2005).

As redes sociais exercem certa influência no acesso aos serviços de saúde. No tocante às redes sociais de apoio, há uma influência para a utilização dos serviços e para o acesso. É comum, no círculo de amizade, ter alguém que diz ‘você precisa ir a uma consulta’, ‘se quiser vou com você’, ou, ainda, ‘tem que ver isso daí’ diante de alguma sintomatologia ou algo incomum relacionado à saúde. Ou seja, as redes podem atuar, de forma a motivar ou não o indivíduo a procurar os serviços de saúde (GERHARDT; SANTOS, 2012). Ademais, podem conferir apoio material e emocional, ofertando, até mesmo, informações sobre o funcionamento dos serviços, entre outras.

Segundo Caetano (2011), as redes sociais são um forte aliado para ter uma qualidade de vida adequada e ter saúde, visto que, quando os laços sociais são desfeitos, há grande possibilidade de causar adoecimento em um dos indivíduos, e que diante de alguma patologia, é frequente o sentimento de não inclusão em um grupo social. O dano à saúde é, também, associado à perda de pessoas próximas, com laços mais estreitos, ou seja, quando há perda cujo laço social seja forte, ou, ainda, diante de situações não esperadas, como desemprego, rompimento amoroso e mudança de residência (CAETANO, 2011).

Assim, pode-se compreender que o indivíduo forma e participa de redes em diversos ambientes, investe nas relações com colegas de trabalhos, vizinhos, e em um companheiro(a). Dependendo do tempo e dos sentimentos investidos em cada relação, estes laços tornam-se fortes e, diante de acontecimentos inesperados, pode gerar algum acometimento ou agravo à saúde do indivíduo.

Um exemplo dessas redes foi dado por Eastwood, Kemp e Jalaludin (2014). Em seu estudo sobre depressão materna, afirmam que o estresse em si não poderia desencadear a depressão materna, a qual, além de outras questões, se relaciona às características da própria mulher e do seu contexto cultural e social.

Afirmam, ainda, haver vastas pesquisas sobre as possíveis causas da depressão pós-parto e que, dentre elas, destaca-se a autoestima, a relação que se tenha com o parceiro, planejamento ou não da gestação e o apoio social e que, comumente, as possíveis causas estão relacionadas às altas taxas de depressão encontradas entre aquelas que possuem uma rede social fraca, com o mínimo de apoio social e emocional (EASTWOOD; KEMP; JALALUDIN, 2014). Cabe ressaltar que há outros fatores associados à depressão pós-natal, porém os destaques, neste estudo, são para os de ordem social, enfatizando a implicação das redes sociais nos mais diversos espaços e sua relevância para a saúde.

As redes sociais, os laços estabelecidos entre a vizinhança, a importância da comunidade são aspectos observados que auxiliam as mulheres gestantes e puérperas a não se sentirem isoladas e sozinhas, já que essa é uma das causas mais citadas para o surgimento da depressão. Tanto as mulheres quanto os profissionais envolvidos no estudo de Eastwood, Kemp e Jalaludin (2014) perceberam que as redes sociais são protetivas ao adoecimento dessas mulheres. Nestes casos, os laços fortes exercem influência positiva, sendo também importante o apoio do parceiro, da família e dos amigos (EASTWOOD; KEMP; JALALUDIN, 2014). Acrescenta-se, ainda, o apoio profissional por aqueles que as assistem, conferindo-lhes acolhimento, vínculo e um acesso integral aos serviços de saúde.

Em um estudo de Silveira et al. (2013) sobre imigrantes bolivianos que vivem em São Paulo, foi identificado que o processo de migração não se limita a um processo decisório individual, mas sim, sob influências das redes sociais e familiares. Os laços familiares, de amizade e daqueles com semelhantes experiências no trabalho motivam uma decisão em comum, que, no caso, é o processo de migração.

1.2 Laços fortes e fracos

Recuero (2005) traz o conceito de laço social, com ideia na interação social, denominando-o de laço relacional. Esses laços relacionais podem ser classificados como laços fortes e fracos (GRANOVETTER, 1973), dependendo da proximidade e intimidade dos atores

pertencentes a uma rede. A força dos laços depende do tempo de duração de uma relação. As mais duradouras, com maior tempo, maior convívio, maior envolvimento emocional e maior intimidade tendem a ser fortes; ao contrário, são relações fracas (PORTUGAL, 2005).

Os laços sociais existentes nas relações têm uma relevante contribuição para as questões relacionadas à saúde. Estudos selecionados através do levantamento de publicações (Quadro 2) indicam que o apoio social está associado a uma autoavaliação da saúde positiva, a uma melhor condição de vida e aponta para as questões de saúde mental, do idoso, de imigrantes, entre outras.

Ao realizar uma busca livre no google acadêmico sobre ‘rede social na saúde’, percebe-se que os resultados obtidos apontam para a importância das redes de apoio para portadores de transtornos mentais, para portadores do HIV, aos acometidos por doenças crônicas. Do mesmo modo, indicam a relevância da rede de apoio social para depressão em idosos, a contribuição dessas redes para adolescentes institucionalizados, a importância do apoio social às mães de prematuros, problemas relacionados ao consumo de álcool e diversas drogas, entre outras situações.

As redes sociais e as redes de apoio são fatores que influenciam, positivamente, a saúde das pessoas, tanto as que recebem quanto as que ofertam o apoio, pois este processo ocorre de maneira recíproca (GERHARDT; SANTOS, 2012). Para os autores, as redes “[...] atuam como determinantes de atitudes e comportamentos, por meio do acesso à informação e recursos, oportunidades e estímulo a hábitos de vida.” (GERHARDT; SANTOS, 2012, p. 260). Assim, essas relações permitem que os indivíduos se ajudem mutuamente em diversas áreas, convergindo com a ideia de que as redes possibilitam diversos tipos de trocas (MARTELETO, 2010).

Como foi observado, as redes sociais, que se constituem como de apoio a algum grupo ou alguma causa, são de pertinência a diversas áreas dentro do campo da saúde e estão contidas nas redes sociais complexas. Os indivíduos que compõem essas redes de apoio são, em sua maioria, familiares, amigos, vizinhos, ou seja, são aqueles cujos laços sociais são mais fortes, com maior proximidade e investimentos em tempo e sentimentos; todavia, não se limitam a estes e se estendem àqueles laços fracos, que nem sempre estão próximos, ou seja, esse apoio pode ocorrer por colegas de trabalho, amigos de amigos e, até mesmo, nos espaços virtuais, por intermédio das redes sociais *online*.

No entanto, todos são de relevância e surtem efeitos positivos, mas são os laços fortes que, em muitos casos, são responsáveis pelos resultados eficazes. Isso porque as relações presentes entre diversos atores sociais não são homogêneas; há relações mais significativas

que outras, umas dão-se dentro da formalidade enquanto outras são informais; umas são movidas por interesses comuns e outras ocorrem de forma espontânea (STOTZ, 2009). Tem-se, então, as redes primárias e secundárias e vale ressaltar que uma perpassa a outra; elas se cruzam.

As relações que são mais significativas, com uma identidade em comum, e que têm uma maior credibilidade e influência, tendendo a um mesmo círculo social, estão mais propensas a formar os *clusters* (KAUFMAN, 2012), que significa grupo, ou seja, são grupos menores e mais destacados de outras redes, sendo estas características dos ditos laços fortes.

Desse modo, os laços fortes constituem uma relevância estrutural para as redes, considerando que esses laços são mais difíceis de serem rompidos.

Os laços fracos atuam como *bridges* (KAUFMAN, 2012), que, traduzido para o português, que dizer pontes, no singular, ponte. Segundo o dicionário Aurélio de língua portuguesa (HOLANDA, 2009), ponte é uma “construção destinada a ligar margens opostas” e que, no caso das redes sociais, são as conexões entre os nós da rede ou entre grupos, conectando diferentes *clusters*, diferentes grupos que outrora podiam estar isolados. Com essa interação, através da ‘ponte’ estabelecida entre os indivíduos, torna-se possível inovar, circular informações novas e, conseqüentemente, gerar novos conhecimentos para serem compartilhados na rede.

Granovetter (1973), na ótica de Portugal (2007), enfatiza a importância dos laços fracos, pois são através desses laços que informações diferentes são incorporadas. Essa conclusão foi posteriormente corroborada por Nan Lin (1982), que realizou um experimento para testar as hipóteses de Granovetter concernentes à força dos laços fracos, com 300 indivíduos de Nova Iorque. Para isso, combinou variáveis diferentes como idade, tempo vivido no local, indivíduos com certa inserção social e religiosa – entre outras – e o objetivo era, através dos laços sociais, entregar um determinado pacote aos seus destinatários e, com este experimento, constatou que os resultados mais eficientes foram aqueles em que os laços fracos foram mais utilizados.

Diferentemente dos laços fortes que, geralmente, participam dos mesmos círculos sociais, e são importantes para manter uma determinada configuração e certa estabilidade nas relações, os ditos laços fracos são participantes de diferentes grupos, o que possibilita a circulação de novas informações (KAUFMAN, 2012).

No que tange ao acesso, considerando apenas os serviços públicos de saúde, são os laços sociais que garantem e facilitam o acesso de usuários aos serviços de saúde. Tanto os laços fortes quanto os fracos são importantes para a efetividade do acesso; todavia, quando as

redes sociais envolvidas são primárias, os laços são fortes e a facilitação do acesso é maior, assim como a qualidade. Ou seja, “os laços fortes garantem que o indivíduo poderá sempre aspirar a um nível de cuidados superiores ao padrão médio do sistema.” (PORTUGAL, 2005, p. 19).

1.3 Trabalho do enfermeiro na Atenção Básica

Participaram do estudo enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e administradores; no entanto, destaca-se o trabalho do enfermeiro, uma vez que esta pesquisa pertence a um programa de pós-graduação em enfermagem.

Neste trabalho, utiliza-se o termo “atenção básica” como sinônimo de “atenção primária à saúde”, mesmo reconhecendo que há diferenças conceituais e ideológicas nos termos.

A Atenção Básica pauta-se na descentralização, é a porta de entrada de usuários nos serviços de saúde e é o centro de articulação com toda a rede de atenção à saúde, 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.” (BRASIL, 2012b, p. 9).

Com inserção individual e coletiva, a atenção básica visa a uma assistência de qualidade e integral, promovendo a autonomia e o protagonismo dos usuários. Nesta atenção básica, o enfermeiro tem um papel relevante na garantia do acesso, ao atender indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, assim como em domicílios e em demais espaços comunitários, quando necessário, sem restrições (BRASIL, 2012b).

É de sua competência, também, realizar consultas de enfermagem; atividades em grupo; solicitar exames complementares, prescrever medicamentos de acordo com protocolo; planejar, organizar, gerenciar e avaliar as ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com a equipe; contribuir e participar de atividades relacionadas à educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; participar do gerenciamento de materiais para o funcionamento adequado da Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como tem a responsabilidade de realizar encaminhamentos, quando necessário, articulando outros níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2012b).

O enfermeiro ainda é educador; faz parte de seu processo de trabalho a educação em saúde. Essa prática não se limita à UBS, mas, também, fora dela, realizada durante as visitas domiciliares e, ainda, em demais espaços como escolas, associação de moradores, entre outros, voltando-se para indivíduos, famílias, grupos específicos e para a comunidade (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

A compreensão de educação em saúde é complexa e extensa, pois envolve questões técnicas, na qual relaciona-se com lidar com a adesão terapêutica, medicamentosa, abandono de tratamentos, orientação quanto aos hábitos e estilos de vida que podem ser fatores condicionantes ao adoecimento ou agravamento à saúde. Isso acarreta que o profissional de saúde tenha habilidades comunicacionais e de inter-relações porque precisam conhecer a realidade e as razões dos indivíduos para, então, compreenderem suas escolhas. Mais que isso, precisam entender que tais escolhas são resultados dos constructos sociais (ELIAS, 1994) e ainda pensar, de modo compartilhado, com os usuários dos serviços, novas estratégias e planos de cuidado para reduzir os riscos e agravos.

Porém, esta não é a realidade de muitos serviços de saúde e de alguns profissionais, pois atuam de forma prescritiva e limitada às normas e protocolos, “você tem isso, deve fazer aquilo” (STOTZ; DAVID, 2013, p. 85), dado que a atenção básica está calcada em alguns moldes do modelo biomédico cuja organização e o processo de trabalho seguem essa linha prescritiva e hegemônica.

Para este profissional, é importante que se tenha clareza quanto aos aspectos envolvidos com a educação em saúde, a fim de fugir de uma lógica simplista e reducionista, pois faz-se necessário uma compreensão do processo saúde-doença que incorpore as questões socioculturais, superando uma ótica limitada às questões biologicistas. Também é fundamental partir das reais necessidades e demandas da população, constituir espaços para dar voz aos usuários, às narrativas, buscar compreender suas falas e reconhecê-las como detentoras de um saber, o saber popular, que não é menos importante que o saber científico, e percebê-los, ainda, como atores sociais, pertencentes a um determinado grupo social (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Além dessas, há outras atribuições que são de responsabilidade comum a todos os profissionais, incluindo, o enfermeiro, tais como: mapeamento da área onde a equipe irá atuar; identificação dos riscos e vulnerabilidades para as famílias e para a comunidade; manutenção de dados atualizados; realização do acolhimento, busca ativa, notificação de doenças e outros agravos, entre outras atribuições (BRASIL, 2012b).

Essas atribuições são abordadas e consolidadas legalmente e recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) em seus diversos cadernos de atenção à saúde. Entretanto, destaca-se que, dependendo da organização e do processo de trabalho instituído nas unidades de atenção básica, os trabalhadores - e entre eles, o enfermeiro - serão afetados negativamente (DAVID et al., 2009). Conforme destacam David et al. (2009), o foco para a saúde dos trabalhadores da atenção básica é reduzido, voltando-se mais para a área hospitalar. A norma que regulamenta as diretrizes básicas para as medidas de proteção e segurança à saúde de trabalhadores dos serviços de atenção à saúde é a Norma Regulamentadora (NR) 32, a qual se volta para todos os estabelecimentos de atenção à saúde, englobando não somente hospitais, como também as unidades de atenção básica. No entanto, a discussão desta norma ocorre com maior frequência nas organizações hospitalares.

Essa situação permite que os profissionais fiquem mais suscetíveis ao adoecimento, interferindo, diretamente, na qualidade dos serviços prestados. Além disso, os enfermeiros assim como outros profissionais, estão expostos a riscos psicossociais devido às condições de trabalho, organização do trabalho, carga horária extenuante e outros. Há casos em que o trabalho fica sobreposto à vida social do trabalhador (DAVID et al., 2009), configurando-se em risco para seu adoecimento.

As competências atribuídas ao enfermeiro não são simples e não se limitam em seguir protocolos. Seu trabalho requer criatividade, habilidades comunicacionais, criticidade e reflexão, pois sua atenção não envolve apenas o indivíduo, mas também a família e a comunidade e suas inter-relações com seus pares e com o entorno.

Outra dificuldade encontrada é que membros da mesma equipe e entre equipes nem sempre se articulam, o que dificulta o processo de trabalho e fragmenta a assistência. David et al. (2009) destacam, ainda, como problemática alguns elementos tradicionais como: fragmentação pela divisão do trabalho, escalas de horários e um caráter prescritivo no qual cada profissional atua isoladamente, sem se articular com os outros.

No estudo realizado por David et al. (2009) com enfermeiros e demais profissionais de enfermagem atuantes em serviços de atenção básica, foram avaliados itens relacionados à organização do trabalho, aspectos relacionais com chefia e colegas, satisfação de profissionais e outros. Os itens avaliados como insatisfatório, com percentual acima de 50%, foram: relação com a chefia, relação com colegas, relação entre conhecimento/formação e trabalho, colaboração no trabalho em geral, conciliação entre vida social e trabalho, integração entre os setores de trabalho, relação com clientes, chances de promoção/desenvolvimento e outros (DAVID et al., 2009).

Esses resultados apresentam as relações socioprofissionais em conflito e sujeitas a possíveis desentendimentos. Tais situações afetam a qualidade e a resolubilidade dos serviços prestados à população, pois será fragmentada e não de modo articulado, diferente da lógica proposta pela atenção básica e pela saúde da família porque faz-se necessária a corresponsabilização de todos os envolvidos com a atenção à saúde (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009) a fim de que saberes, práticas e conhecimentos sejam compartilhados, que se articulem e incorporem novas ações em saúde e centrando o indivíduo como protagonista e como detentor de um saber.

Coelho, Jorge e Araújo (2009) ressaltam a importância de articulação entre os saberes científicos e o saber popular, entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, respectivamente, de forma a fortalecer o vínculo e promover um espaço de trocas para solucionar problemas identificados, integrando ambos os conhecimentos para atingir uma determinada resolubilidade às necessidades da população.

Cabe ao enfermeiro a educação em saúde, juntamente com usuários e com a população, para melhores orientações a serem planejadas e implementadas. Este profissional precisa levar em consideração que a população é dividida em classes, é estratificada e suas características são singulares. Por isso, é necessária uma abordagem pautada na problematização, na horizontalidade, incorporando e considerando o conhecimento existente dos indivíduos e cuja construção seja de forma compartilhada. Para que as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros sejam efetivas, estes não podem ditar regras, nem determinar o que é certo ou errado; ao invés disso, devem defender uma educação ‘com’ o povo e não ‘para’ o povo (STOTZ; DAVID, 2013).

Nessa perspectiva, de acordo com Paulo Freire (1987), busca-se uma aproximação com a população, assim como sua realidade pessoal e social e suas relações. E também com os seus saberes e conhecimentos, com o objetivo de conhecer, compreender e incorporar os modos de pensar, sentir e agir de um determinado grupo ou indivíduo, pois somente nesta condição que se torna possível ajudá-los a lutar por seus direitos e por sua cidadania (STOTZ; DAVID, 2013). Essas ideias também são pilares do movimento da educação popular em saúde, que considera esse modo de educar mais efetivo, eficaz e resoluto, pois aproxima-se da vida social. Os adeptos do movimento de educação popular recusam-se em teorizar distante do cenário da ação. Entende-se que, apesar de a educação popular em saúde ser uma possibilidade, não é tão simples praticá-la, pois trata-se de ‘romper’ com um modelo fortemente presente, centrado em técnicas e procedimentos, o qual não dá conta da

complexidade do indivíduo e que acaba por manter uma barreira entre as experiências do sofrimento e do adoecimento e uma solução cabível (STOTZ; DAVID; WONG UN, 2005).

Contudo, o modelo médico-centrado tem sido suavizado com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do PACS no final dos anos 90, pois esses programas trouxeram ideias baseadas na perspectiva do acolhimento, vínculo e comunidade e têm por objetivo uma reorganização nos serviços e um alívio nos setores secundários e terciários de atenção para minimizar sua lotação.

A educação calcada na problematização, na dialogicidade e nas ideias freireanas mostra-se eficaz, pois parte-se do que o outro sabe, conhece ou pensa sobre determinado assunto. Busca-se uma construção socialmente compartilhada de conhecimentos que não se limita ao saber técnico-científico, mas que agrega o saber popular (FREIRE, 1987). Dessa forma, todos tornam-se atuantes, não apenas na dimensão pedagógica, mas política, e reconhecem o outro como um ator social (STOTZ; DAVID, 2013), detentor de saberes, imergido no caráter crítico e reflexivo a ser assumido por profissionais e enfermeiros que estão prontos a desenvolver práticas e ações educativas tanto em nível individual quanto coletivo.

1.4 Acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde é garantido por lei. Na Constituição Federal de 1988, a saúde é referida como um direito da população (de todos) e dever do Estado. Porém, há meandros, tanto políticos, econômicos, geográficos quanto sociais, que dificultam o acesso e a assistência. É nessa brecha que se pode perceber a movimentação da rede social, principalmente mobilizada por laços fortes, para se obter o que não consegue pelo Estado (PORTUGAL, 2005).

A garantia do acesso à saúde como direito social é uma resposta às lutas políticas travadas entre diferentes classes sociais e com interesses diversos que perduram até hoje. Uns defendem esse direito, respeitando o que por lei foi garantido, como um bem de todos, de caráter universal, ou seja, sem distinção ao gênero, cor, classe social e outros. Já outros a percebem como mercadoria e não como direito fundamental, interessados na mais-valia. Nessa perspectiva, a organização do trabalho ocorre de tal modo que a classe trabalhadora do sistema de saúde fica enfraquecida, devido à pouca capacidade para se organizar e se

articular. Com isso, esses indivíduos não conseguem, no exercício de sua cidadania, reivindicar, cobrar e nem propor ideias para ampliação dos seus direitos (CALIPO; SOARES, 2013). Em contrapartida, destaca-se que o campo da saúde coletiva luta veementemente pela saúde como direito social.

Neste sentido, Silva e Benito (2013) afirmam que é um desafio para a gestão municipal a garantia do acesso aos serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção, pois há muitos obstáculos que impedem ou tornam mais lento o acesso. Entre esses obstáculos, tem-se a ausência do Estado, a extensão territorial, conflitos intermunicipais, pouca ou nenhuma articulação com outros municípios.

Quanto às redes de apoio intermunicipais, as autoras destacam a importância de uma “união entre os municípios e de fortalecer os espaços formais de negociação e representação para melhorar os serviços prestados e facilitar, desta forma, o acesso da população aos mesmos” (SILVA; BENITO, 2013, p. 2194). Continuam afirmando que as relações intermunicipais precisam ser fortalecidas e horizontalizadas e que estes espaços devem ser formalizados com vista a garantir um acesso efetivo e que atenda integralmente à necessidade em saúde da população.

Em locais em que o acesso aos serviços de saúde, em especial, nos níveis de média e alta complexidades é dificultado, as redes sociais atuam facilitando esse acesso, ou seja, caso haja na rede um ator social ligado à área de saúde, por exemplo, o acesso aos serviços será facilitado para os demais ‘nós’ de sua rede, em especial para os que são laços fortes, assim, “quanto mais forte for a posição do elemento no interior do sistema, maior a sua capacidade de obter privilégios para quem com ele se relaciona” (PORTUGAL, 2005, p. 19).

Sílvia Portugal (2005) destaca, também, além das relações informais e sua força como importante facilitador na questão do acesso, a relação entre o Estado e a população e sua fragilidade, o que dificulta a efetividade do acesso e de qualidade. Para ela:

A análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos. Os indivíduos conseguem através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade (PORTUGAL, 2005, p. 21).

A garantia do acesso a esses serviços públicos na saúde, formalmente, ocorre através do sistema de regulação em saúde. É este que direciona as ações referentes ao acesso aos serviços de saúde e outras ações (ALBUQUERQUE et al., 2013).

A regulação em saúde relaciona-se com leis, normas e regras estabelecidas pelo Estado com a finalidade de “[...] garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde” (BRASIL, 2011a, p. 19), assegurando que os serviços em saúde prestados sejam de qualidade, efetivos e equitativo. Os gestores locais, regionais, estaduais e federais são responsáveis pela regulação por meio de uma central de regulação (BRASIL, 2011a). A regulação de acesso é definida como o “estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime.” (BRASIL, 2011a, p. 23).

Há, ainda, a regulação assistencial, que é voltada para o conjunto de atividades e ações em saúde e incorpora a regulação de acesso; esta última baseia-se nas necessidades de saúde da população (Brasil, 2011a).

O sistema de regulação entrou em vigor em 2008, com a Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, instituindo a Política Nacional de Regulação do SUS.

No artigo 2º, destacam-se os objetivos da regulação:

[...] garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde e,
III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

O sistema de regulação é um avanço e uma conquista para a população, já que seu propósito é garantir a assistência e o acesso aos serviços, porém percebe-se que ainda é incipiente e não consegue atender a todas as demandas da população, sendo necessário o uso das redes sociais. Estas são essenciais para responder à população por aquelas demandas não atendidas pelos meios devidos, por alguma inoperância ou ausência do Estado (MARTELETO, 2001; MOLINA, 2005; PORTUGAL, 2005).

Nesse sentido, é necessário promover uma reflexão sobre o sistema de regulação da APS e verificar até que ponto sua regulação é eficiente e resoluto. Outros quesitos fundamentais a essa avaliação são a sua articulação com os níveis secundários e terciários de atenção, os encaminhamentos de usuários relacionados com a efetividade deste sistema e os caminhos percorridos por profissionais de saúde caso o sistema de regulação não dê conta de todas as referências e encaminhamentos.

Entende-se por acesso aos serviços de saúde uma questão que vai além de uma localização geográfica; seu arcabouço considera a prestação de diversos serviços, exames, encaminhamentos para outras unidades de saúde, outros níveis de atenção, entre outros, assim

como a qualidade desses serviços. O acesso é multidimensional, possui uma interface social, cultural e política e que, por lei, constitui-se de direito fundamental inerente a todos. Ou seja, o acesso é um direito universal; todavia, quando é destacado como direito de ‘todos’, parece utopia, pois sabe-se que o acesso é desigual e que nem todos conseguem usufruir desse direito ou obtê-lo com qualidade e que de fato seja efetivo e resoluto (ASSIS; JESUS, 2012).

Do ponto de vista legislativo, esse direito existe e está garantido pelo SUS, porém precisa ser aprimorado e estruturado porque a regulação teria que responder, satisfatoriamente, às necessidades demandadas pela população, de forma que o acesso seja integral e articulado aos diferentes níveis de atenção à saúde. Entretanto, é importante capacitar profissionais, pois estes são facilitadores e corresponsáveis pela garantia do acesso. Do mesmo modo, precisa-se acolher de forma integral os usuários, sua família e toda a população, recebendo e ouvindo seus relatos e suas necessidades, promover a autonomia de cada indivíduo, reconhecendo-os e colocando-os como protagonistas das ações de cuidado. Ademais, deve-se colaborar para a construção de vínculo entre equipes e usuários, fazendo com que todo processo de cuidado, orientação e educação seja de forma compartilhada (ASSIS; JESUS, 2012).

Reis et al. (2013) realizaram uma pesquisa com gestores, profissionais de saúde e usuários para avaliar o acesso e a utilização dos serviços em uma ESF na cidade de São Luís, no Maranhão. Dentre os achados, a ESF, como uma porta de entrada, mostrou-se insuficiente. O acesso foi um ramo avaliado como insatisfatório e excludente para pessoas inseridas no mercado de trabalho, pois o funcionamento é em horário comercial. Todavia, neste caso, há proposta de mudanças estruturais e melhorias. Para os autores, o funcionamento em horário comercial é uma barreira e um dificultador do acesso aos serviços da atenção básica e percebe-se, com isso, a necessidade de funcionamento em horários não comerciais, após os horários de trabalho e fim de semana como estratégia de garantir o acesso para aqueles que são economicamente ativos (REIS et al., 2013).

Outro estudo, realizado por Coelho, Jorge e Araújo (2009) em Fortaleza, Ceará, teve como objetivo discutir como os usuários percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento. As autoras encontraram que, para os usuários, ter acesso significa ter atendimentos, ter uma assistência de qualidade satisfatória às suas necessidades. Outro achado foi a insatisfação com o sistema de referência. Quando se encaminha o usuário de um nível de atenção para outro, do menor nível de complexidade para o de maior, os atendimentos para uma atenção especializada acontecem a longo prazo, chegando até um ano de espera.

No entanto, as autoras associam essa demora no acesso aos serviços de atenção secundária à falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção e que o acesso de caráter universal “não se configura uma realidade social” (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009, p. 448).

Já o estudo realizado por Corrêa et al. (2011), com o objetivo de analisar a concepção de usuários de uma unidade de saúde da família de Cuiabá, Mato Grosso, sobre acesso, acolhimento e vínculo, apontaram que o acesso aos serviços de saúde é insatisfatório porque o tempo de espera é prolongado para atender às necessidades e demandas da população. Isso resulta em baixa resolubilidade e uns sentem-se impulsionados a buscar por outros serviços enquanto outros utilizam as redes sociais como meio para se ter acesso, de alguma forma, aos serviços de saúde. Embora as autoras afirmem que esta atitude acentua as desigualdades, posicionam-se como compreensíveis, visto que as necessidades de saúde da população não estão sendo respondidas ou estão a tempos prolongados (CORRÊA et al., 2011).

Quanto ao aspecto teórico-conceitual, Corrêa et al. (2011) ressaltam o acesso aos serviços como direito de todos, direito de cidadania e como porta de entrada para os serviços de saúde. Destacam, ainda, algumas características inerentes aos serviços de atenção básica como descentralizada, multiprofissional, centrada no indivíduo e família.

Vale dizer que um dos fatores para se ter um acesso de qualidade e resolutivo é adotar uma visão holística do indivíduo como um ser que ao mesmo tempo é estruturado e estrutura a sociedade e que suas escolhas e estilo de vida fazem parte deste constructo social (ELIAS, 1994), influenciando direta ou indiretamente em sua saúde. Isso porque entende-se que o indivíduo pertence a redes sociais mais amplas e estão em constantes interações com instituições, grupos religiosos, grupos esportivos, relações socioprofissionais e outras. Dessa forma, esse indivíduo é moldado a partir dessas inter-relações as quais influenciam seu modo de perceber e lidar com o adoecimento e cuidado em saúde. Compreender este universo é superar a ótica biologicista e perceber o processo saúde-doença como um processo social, agregando as questões sociais às questões biomédicas (LAURELL, 1982).

2 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo o aprofundamento da realidade pesquisada através da observação e da descrição das características de determinado fenômeno (GIL, 2011).

A abordagem qualitativa permite explorar as relações sociais, assim como suas representações e intencionalidades, englobando o “universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p. 21). A abordagem quantitativa empregada, ARS, mede “os padrões de relacionamentos e as inter-relações dos atores em uma configuração de rede, com base em seus contatos” (MARTELETO; TOMAEL, 2005, p. 83). Ou seja, a metodologia de ARS “[...] trata da aplicação de métodos e medidas estatísticas e matemáticas para o mapeamento das configurações sociais – as redes sociais – que representam os elos e conexões entre indivíduos [...]” (MARTELETO; TOMAEL, 2005, p. 82).

Na perspectiva da análise das redes sociais, o emprego da abordagem quantitativa e qualitativa se complementam, são interdependentes, permite estudar os atores sociais e suas ligações com outros, explorando seus papéis e significados dentro da rede. Combinar as abordagens favorece o aprofundamento das questões envolvidas na pesquisa que, neste caso, é a rede de atores frente à regulação.

Cabe destacar que este estudo é um recorte do projeto-matriz intitulado Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: estudo comparativo nos Estados do Rio de Janeiro e Ceará.

Já este estudo foi realizado apenas no município de Porto Real, Rio de Janeiro, o qual tem uma cobertura de cem por cento de Estratégia Saúde da Família.

Os dados foram analisados segundo a metodologia de ARS para o segmento quantitativo, no qual foram utilizados os *Softwares* Ucinet (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2002) e Gephi para gerar as medidas de centralidade e construção do sociograma, respectivamente. Já para a análise das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

2.1 Cenário do estudo

Os campos da pesquisa foram quatro unidades de atenção básica do município de Porto Real, Rio de Janeiro, e três setores administrativos da secretaria municipal de saúde corresponsáveis pelo acesso aos serviços de atenção especializada, a saber, o Setor de Controle e Avaliação, Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e Coordenação da Atenção Básica. O primeiro é de relevância para o acesso aos serviços especializados dentro do município, uma vez que controla as cotas liberadas aos profissionais das unidades de saúde. O segundo é importante por ser responsável pelo agendamento de consultas, exames e procedimentos especializados que não tenham no município; geralmente, esse processo acontece pelos sistemas de regulação Sistema Estadual de Regulação (SER) e Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

As UBS são a porta de entrada para os serviços de saúde e, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), faz-se necessário para a ESF a existência de equipe multiprofissional composta, minimamente, por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe pode ser composta, ainda, por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012b).

É nas unidades de atenção básica que os usuários são avaliados e acompanhados periodicamente. Diante de situações em que precisam de atenção especializada, esses indivíduos são encaminhados pelos profissionais da rede básica para outro nível de atenção, secundário ou terciário.

2.1.1 Conhecendo o município de Porto Real/ RJ

Porto Real é um município de pequeno porte do Estado do Rio de Janeiro, localizado às margens da Rodovia Presidente Dutra, pertencente à região do Médio Paraíba. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), o nome do município faz referência ao porto instalado no Rio Paraíba do Sul por ter sido um ponto de desembarque da Família Real, assim “o imperador D. Pedro II passou a utilizar o Porto Real como ponto de parada e descanso durante suas viagens”. Esta região engloba 12 municípios. São eles: Barra

do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Segundo o IBGE (2016), a população estimada de Porto Real, em 2015, é de 18.266, com uma área territorial de 50,779 km² (IBGE, 2016). De acordo com as informações no *site* oficial da Prefeitura de Porto Real, as principais atividades econômicas do município são a indústria, agricultura e pecuária. No município, plantam-se milho, feijão, inhame, cana-de-açúcar, entre outras culturas. Porto Real possui “12 empresas instaladas que respondem por cerca de 59% da arrecadação na cidade” (PREFEITURA DE PORTO REAL) e conta, ainda, com empresas multinacionais como: a Peugeot-Citroën, Coca-Cola Femsa, Guardian – que é fabricante de vidro e espelhos – e Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), antiga GalvaSud, com atuação nos setores de siderurgia, mineração, cimento, logística, energia, entre outras (PREFEITURA DE PORTO REAL).

Porto Real ainda possui um sistema de transporte público que circula pela cidade gratuitamente. Este transporte “atende a todos os bairros de Porto Real por diversos percursos, de segunda a domingo, a partir das 5h até 0h, para atender aos moradores e trabalhadores das indústrias instaladas na cidade” (PREFEITURA DE PORTO REAL). Este fato é um facilitador de acesso às unidades de saúde para aqueles que residem distantes ou que, de outro modo, não teria como chegar ao serviço de saúde.

2.1.2 Perfil epidemiológico de Porto Real/RJ

Quanto ao setor saúde, o município de Porto Real possui um Hospital Municipal, localizado no centro do município e próximo à Prefeitura, conta com atendimento de emergência 24 horas, centro cirúrgico, 44 leitos, laboratório de análises clínicas e farmácia (PREFEITURA DE PORTO REAL). O município conta, ainda, com sete Unidades de Saúde da Família (USF). São elas: USF Bairro Novo Horizonte, USF Bairro Jardim Real, USF Bairro São José, USF Bairro Jardim das Acácias, USF Bairro Bulhões, USF Freitas Soares, USF Centro. Possui um Centro de Diagnóstico, onde atende casos de nível secundário com atenção especializada, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Central de Fisioterapia e Reabilitação, ambulatório de saúde mental e CAPS, possuindo uma cobertura populacional de ESF de 100% (Quadro 3).

Quadro 3 – Cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família em 2015 – Porto Real/RJ

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família		
			Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2015	7	17.272	7	17.272	100
2015	12	17.272	7	17.272	100

Fonte: BRASIL, 2012a; IBGE, 2016.

Quadro 4 □ Número de óbitos por abrangência no período de 2011 a 2015

Abrangência	Localidade	2011	2012	2013	2014	2015
País	Brasil	640.156	642.551	658.742	658.984	560.846
Unidade da Federação	Rio de Janeiro	70.274	70.226	71.987	70.509	60.191
Região de Saúde	Médio Paraíba	3.792	3.768	4.007	3.811	3.092
Município	Porto Real	54	54	59	58	56

Fonte: BRASIL, 2016b.

Neste Quadro 4, percebe-se que não houve mudança significativa no número de óbitos no decorrer dos anos de 2011 a 2015. Observa-se, apenas, que há um discreto aumento, de 54 para 56, em 2015, entretanto justifica-se pelo número populacional. A população vem crescendo no decorrer dos anos. Em 2011, a população era de 16.253; já em 2015, a população era 17.272. O número de óbitos é maior em pessoas a partir dos 50 anos, sendo mais frequente entre 60 e 79 anos (Quadro 5), sendo suas causas relacionadas às doenças do sistema circulatório seguida de neoplasias (Quadro 6).

Quadro 5 □ Número de óbitos por idade no período de 2011 a 2015

Ano	Grupo etário									
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e +	Todos
2011	0	0	2	1	2	10	12	16	11	54
2012	0	0	0	1	0	12	11	17	13	54
2013	0	1	0	1	1	11	12	21	12	59
2014	0	0	0	0	8	5	16	17	12	58
2015	0	0	0	0	2	9	18	18	9	56

Fonte: BRASIL, 2016b.

Quadro 6 □ Número de óbitos por indicadores no ano de 2015

Indicador	Município	Região de Saúde	Unidade da Federação	País
	Porto Real	Médio Paraíba	Rio de Janeiro	Brasil
Óbitos totais	56	3.092	60.191	560.846
Neoplasias [tumores] malignas(os)	12	877	17.661	169.223
Diabetes mellitus	7	265	5.042	47.633
Doenças do aparelho circulatório	30	1.650	31.838	284.988
Doenças do aparelho respiratório	7	300	5.650	59.002

Fonte: BRASIL, 2016b.

2.2 Participantes do estudo

O estudo foi realizado com 12 profissionais (Quadro 7) ligados à atenção básica no município de Porto Real, entre eles, enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde e administradores, a fim de compreender a dinâmica dos encaminhamentos para acesso aos serviços secundários e terciários de atenção. Desses 12, quatro são enfermeiros, um é o coordenador da atenção básica – que também é enfermeiro –, um médico, três agentes comunitários de saúde – um do controle e avaliação e dois do TFD. Estes últimos são administradores.

Foram adotados como critérios de inclusão participantes com mais de seis meses de vínculo empregatício, maiores de 18 anos, e que atuassem em unidades de atenção básica ou em setores que estivessem relacionados com as referências e encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde.

Para a coleta de dados, o enfermeiro coordenador da atenção básica intermediou o contato com as unidades de saúde da família, verificando a disponibilidade das enfermeiras a participarem da entrevista. Algumas não puderam colaborar, pois estavam ocupadas com suas atividades laborais, e quatro aceitaram, tendo sido, então, marcado um horário para a entrevista. Da primeira equipe entrevistada, participaram uma enfermeira, uma médica e uma ACS. Em duas unidades, falou-se apenas a enfermeira e o ACS, visto que um médico não pôde participar e outro não se encontrava no local. Na última unidade, apenas a enfermeira concedeu entrevista, pois os ACS estavam fora da unidade, em visita domiciliar e o médico estava de licença.

Tendo em vista o aporte teórico e metodológico da pesquisa ser em análise de redes sociais, com um foco para a regulação da assistência à saúde, participaram os atores que estão diretamente ligados ao funcionamento das referências para os níveis de média e alta complexidades.

Quadro 7 – Perfil dos participantes da pesquisa conforme tempo de atuação na atenção básica

Participantes	Tempo aproximado de atuação na USF
Enfermeiro (Coord. AB)	3,5 anos
Enfermeiro 1	7 anos
Enfermeiro 2	5 anos
Enfermeiro 3	7 anos
Enfermeiro 4	16 anos
Médico 1	14 anos
ACS 1	8 anos
ACS2	5 anos
ACS3	7 anos
Administrador (Cont. Aval.)	—
Administrador (Coord. TFD)	—
Auxiliar Administrativo (TFD 1)	3,5 anos

Fonte: A autora, 2016.

No âmbito da atenção básica, é comum aos profissionais da equipe participarem do mapeamento das áreas de sua atuação, identificarem riscos e vulnerabilidades, realizarem cuidado da saúde da população na unidade de saúde e em demais espaços comunitários, acolherem, realizarem busca ativa entre outras atividades (BRASIL, 2012b). No entanto, cada profissional possui competências inerentes à sua formação.

É atribuição do enfermeiro realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividade de grupos, planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACS, contribuir e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2012b).

Compete ao médico da saúde da família realizar consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos; promover atividades em grupo dentro da unidade e em espaços comunitários; encaminhar usuários para outros níveis de atenção, participar do gerenciamento dos insumos da UBS; contribuir, realizar e participar de atividades de educação permanente, entre outras ações (BRASIL, 2012b).

Ao agente comunitário de saúde, cabe o cadastro de famílias e mantê-los atualizados, realizar atividades inerentes à demanda espontânea, orientação de famílias sobre os serviços de saúde, acompanhar os indivíduos e famílias por meio das visitas domiciliares, desenvolver ações que integrem a equipe de saúde com a população adscrita, realizar diversas ações de promoção da saúde e educação (BRASIL, 2012b).

2.3 Técnica de coleta de dados

A técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista semiestruturada, na qual utilizou-se um roteiro com perguntas para nortear os relatos sobre os encaminhamentos para a atenção especializada. As falas dos participantes foram registradas em um gravador de voz digital, sendo, posteriormente, transcritas e armazenadas em um *pen drive*.

A entrevista é uma forma de interação social, é um modo de obter informação sobre uma temática. É, ainda, uma conversa entre o pesquisador e os participantes – ou grupos – com a finalidade de coletar informações relevantes com foco no objeto de pesquisa (MINAYO, 2012).

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e permite ao pesquisador discorrer sobre a temática sem limitar-se ao roteiro (MINAYO, 2012).

2.4 Instrumento de coleta de dados

O primeiro momento da entrevista (APÊNDICE A) consistiu em identificar a profissão e tempo de atuação nas unidades básicas de saúde; no segundo, os participantes discorreram sobre o funcionamento dos encaminhamentos para a atenção especializada, tanto em nível secundário quanto em nível terciário de atenção à saúde. No terceiro momento, os participantes citaram até cinco pessoas relacionadas ao processo de encaminhamento para a rede especializada e para garantia do acesso a esses serviços. No caso dos ACS, foi solicitado citar até cinco pessoas a quem recorriam para sanar suas dúvidas e ajudá-los em diversas questões, inclusive com a questão do acesso.

A partir deste momento, as informações coletadas foram tratadas e lançadas em uma matriz para a construção do sociograma, como será detalhado adiante.

2.5 Análise de dados

2.5.1 Análise de redes sociais

A metodologia de ARS permite identificar os atores pertencentes a uma determinada rede, assim como seus papéis e posições nelas ocupadas. Por intermédio desta metodologia, é possível medir, analisar e retratar a posição dos atores para, então, compreender a rede com seus nós e suas relações.

A partir do terceiro momento da entrevista, em que os participantes citam até cinco pessoas, os dados coletados foram colocados em uma tabela e, posteriormente, lançados em uma planilha no *microsoft excel*. No entanto, a matriz pode ser feita diretamente no Ucinet. Em seguida, com o *software* Ucinet, importa-se a matriz lançada no *excel* para, então, gerar as medidas de centralidade.

Neste estudo, foram utilizadas as centralidades de grau e intermediação. Inicialmente, a centralidade de proximidade foi considerada e analisada; no entanto, no decorrer da pesquisa, percebeu-se que esta medida, apesar de haver possibilidade de análise, não é indicada para rede assimétrica, isto é, para redes em que os nós possuem graus de entrada e saída diferentes. A medida de centralidade de proximidade só é significativa para redes conectadas (BRANDES; BORGATTI; FREEMAN, 2015; FREITAS, 2010). Assim, optou-se pela não utilização desta métrica, visando a obter resultados passíveis de validação.

A partir da matriz salva no Ucinet, usa-se o Netdraw para gerar o sociograma. Uma vez salvo o sociograma como *net files*, abre-se o arquivo com o *software* Gephi, para gerar o grafo, a representação das redes. Este *software*, Gephi, é uma ferramenta de visualização e análise de redes que permite explorar e compreender os grafos gerados. Assim como o Ucinet, oferece métricas para ARS (BASTIAN; HEYMANN; JACOMY, 2009).

A representação gráfica de uma rede social chama-se sociograma e este é um retrato de como os atores sociais relacionam-se e agrupam-se. São representados por pontos e linhas;

os primeiros, representam os elos, os ‘nós’, os atores. Já as linhas representam a ligação entre os nós da rede ou arestas (FARIA et al, 2015).

Por meio do sociograma, é possível identificar os atores, os indivíduos mais centrais e os mais periféricos quando aplicado alguma medida de centralidade, evidenciando os papéis de cada um na rede, sendo então, uma ferramenta fundamental para se analisar e compreender explorar as interações sociais que podem ser aplicadas a diversas áreas de estudo.

2.5.2 Análise de conteúdo

Após a etapa de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e feita a leitura do material, atendendo, resumidamente, às etapas de: a) pré-análise, que consiste em uma etapa de organização e sistematização das ideias iniciais; é o momento de preparar o material a ser analisado, neste caso, as entrevistas são transcritas na íntegra, preservando as gravações; b) exploração do material, esta tem a ver com “operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2011, p. 131) e; c) tratamento dos resultados, inferências e interpretação dos dados; nesta, permite-se “estabelecer quadros de resultados [...] os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.” (BARDIN, 2011, p. 131). Neste momento, realizam-se as inferências e interpretações acerca dos objetivos propostos ou dos demais dados inesperados que possam surgir da pesquisa.

Especificamente, foram realizadas: 1) a leitura flutuante; 2) a definição das Unidades de Registro (UR) e sua identificação no material; 3) a nomeação e identificação das Unidades de Contexto (UC); 4) a constituição e nomeação das categorias; 5) a descrição das categorias (BARDIN, 2011).

2.6 Aspectos éticos

Tendo em vista ser a pesquisa originária de um projeto-matriz, já possuía apreciação do comitê de ética sob o parecer nº 728.664 no Rio de Janeiro (ANEXO A). A pesquisa foi

realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /MS, a qual trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c).

Para a etapa de coleta de dados no município de Porto Real, foi apresentado o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e um resumo do projeto de pesquisa detalhando os objetivos e a metodologia empregada na pesquisa.

Após o aceite, marcou-se a data e o horário para realização das entrevistas por intermédio do coordenador da atenção básica. Em seguida, foi entregue aos participantes um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o qual explica os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios, assim como garante aos participantes o sigilo e o anonimato entre outros direitos, conforme a resolução acima citada (APÊNDICE B). Após a leitura e assinatura do termo pelos participantes é que as entrevistas foram realizadas.

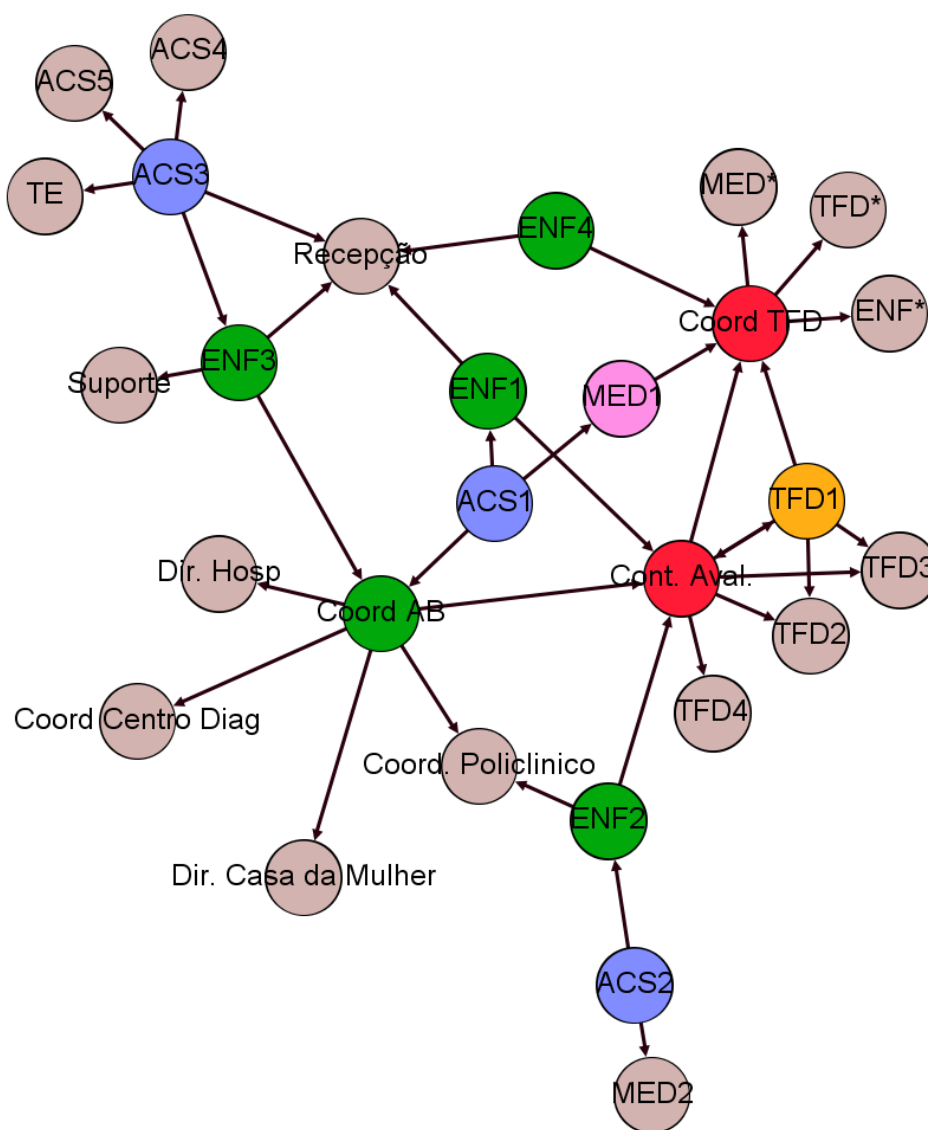
Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra “E”, seguida de um número de identificação de 1 a 12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Análise estrutural das redes sociais

Apresenta-se, a seguir, o sociograma obtido a partir das entrevistas dos participantes, com base nas perguntas sobre os contatos ou profissionais estratégicos na garantia e efetivação do acesso às redes de atenção especializada a partir das USF. Com base na ARS, cada participante citou até cinco pessoas e, após a construção da matriz, pôde-se gerar o sociograma.

Figura 1 – Rede dos atores envolvidos na Atenção Básica para a regulação da assistência à saúde segundo a categoria profissional.



Legenda:

 Não entrevistados	(57,14%)
 Enfermeiros	(17,86%)
 ACS	(10,71%)
 Administradores	(7,14%)
 Médicos	(3,57%)
 Aux. Administrativo	(3,57%)

Coord. AB- Coordenação da Atenção Básica; TFD- Tratamento fora de domicílio; ENF- Enfermeiro; ACS- Agente Comunitário de Saúde; MED- Médico; Cont. Aval- Controle e Avaliação; Suporte- Suporte para o didática digital (sistema informatizado utilizado dentro do município); TE- Técnico de enfermagem.

Fonte: A autora, 2016.

Este grafo possui um total de 28 nós e 37 arestas ou ligações, com uma densidade de 0,049; em termos percentuais, 4,9%.

A densidade é uma métrica que avalia a conectividade dos nós dentro de uma rede (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2010). No Gephi, a medida de densidade mede o quão perto o grafo está de ser completo. Um grafo completo tem todas as arestas possíveis e densidade igual a 1, ou seja, “é aquele em que, para cada nó, existe uma aresta conectando esse nó aos demais; ou seja, é um grafo em que todos os seus componentes encontram-se conectados” (BASTIAN; HEYMANN; JACOMY, 2009). No Ucinet, a medida de densidade “mostra-nos o valor em percentagem da Densidade da Rede, isto é, mostra-nos a alta ou baixa conectividade da Rede” (ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p. 20). Esta relaciona-se com o número de conexões entre os nós da rede e “quanto maior o número de ligações entre os atores, mais densa é considerada a rede.” (MARTELETO; TOMAÉL, 2005, p. 91). Para Bez, Faraco e Angeloni (2010), densidade é uma medida de conectividade dentro da rede; as redes mais conectadas possuem muitas ligações e quanto maior essa medida, maior a coesão do grupo.

Desse modo, como a densidade varia de 0 a 1, sendo 1 o valor máximo para densidade, esta rede apresenta baixa conectividade visto possuir um valor de 0,049, medida esta gerada tanto no Ucinet quanto no Gephi. Isto significa que não há uma facilitação para comunicação direta entre todos os atores (MARTELETO; TOMAÉL, 2005), pois uma rede densa facilita o fluxo informacional e material (VESCO; SCARPIN; MACHADO, 2010).

Quanto à categoria profissional dos atores, os enfermeiros são os que mais aparecem e isto ocorreu porque a coordenação de atenção básica marcava a coleta dos dados com os enfermeiros, pois a maioria deles também eram gestores das unidades básicas de saúde. Os médicos aparecem apenas uma vez, ou seja, das quatro unidades, apenas um aceitou e estava presente; os demais estavam de licença ou ausentes da unidade. Os atores dos setores administrativos, TFD e Controle e Avaliação aparecem na rede, pois, embora a pesquisa possuía uma abordagem teórico-metodológica de ARS, limitou-se às questões de regulação e encaminhamento para os serviços de atenção especializada.

Nesse sentido, o enfermeiro – e também coordenador da atenção básica – possui contatos com cada diretor, coordenador ou responsáveis de outras unidades de saúde do município, tornando-se, assim, um elo importante na rede, até mesmo para servir de mediador entre os profissionais da ponta e da assistência, atuantes nas unidades básicas e nos serviços especializados.

Como o município de Porto Real trabalha com cotas que são liberadas para cada profissional para encaminhamentos, administradores do setor de controle e avaliação, aparecem como importantes para o acesso, pois é através deles que cotas são liberadas para encaminhamento para rede especializada de atenção dentro do município. Caso haja necessidades extras, existe a possibilidade de contato com os responsáveis pelo setor para que consiga mais cotas, garantindo que os usuários do serviço de saúde sejam devidamente assistidos sem precisar esperar o próximo mês.

Caso não tenha a especialidade no município, o setor do tratamento fora do domicílio – o TFD – é quem realiza os contatos para fora do município para agendar o exame, procedimento, tanto em nível secundário quanto terciário. Essas marcações acontecem via SER e SISREG que são sistemas de regulação. Com o encaminhamento em mão, o usuário desloca-se à secretaria de saúde e será o TFD quem irá verificar pendências e identificar a unidade com a vaga necessária mais próxima.

Diante de uma demora extensiva no agendamento para a atenção especializada, associada a uma necessidade emergente de saúde de um munícipe, o TFD realiza contatos, geralmente, por telefone, com enfermeiros e médicos de unidades de outros municípios. Estes contatos têm o intuito de conseguir um atendimento que, de outro modo não seria possível, como será visto adiante no tópico referente à categoria 4, sobre contatos socioprofissionais. Na Figura 1, pode-se perceber que a coordenação deste setor, TFD, cita enfermeiros, médicos e TFD de outros municípios, ao passo em que é citado por médico, enfermeiro, pelo setor de controle e avaliação e outros membros do próprio setor. Dessa forma, destaca-se sua importância para a efetividade e resolubilidade dentro da rede em saúde.

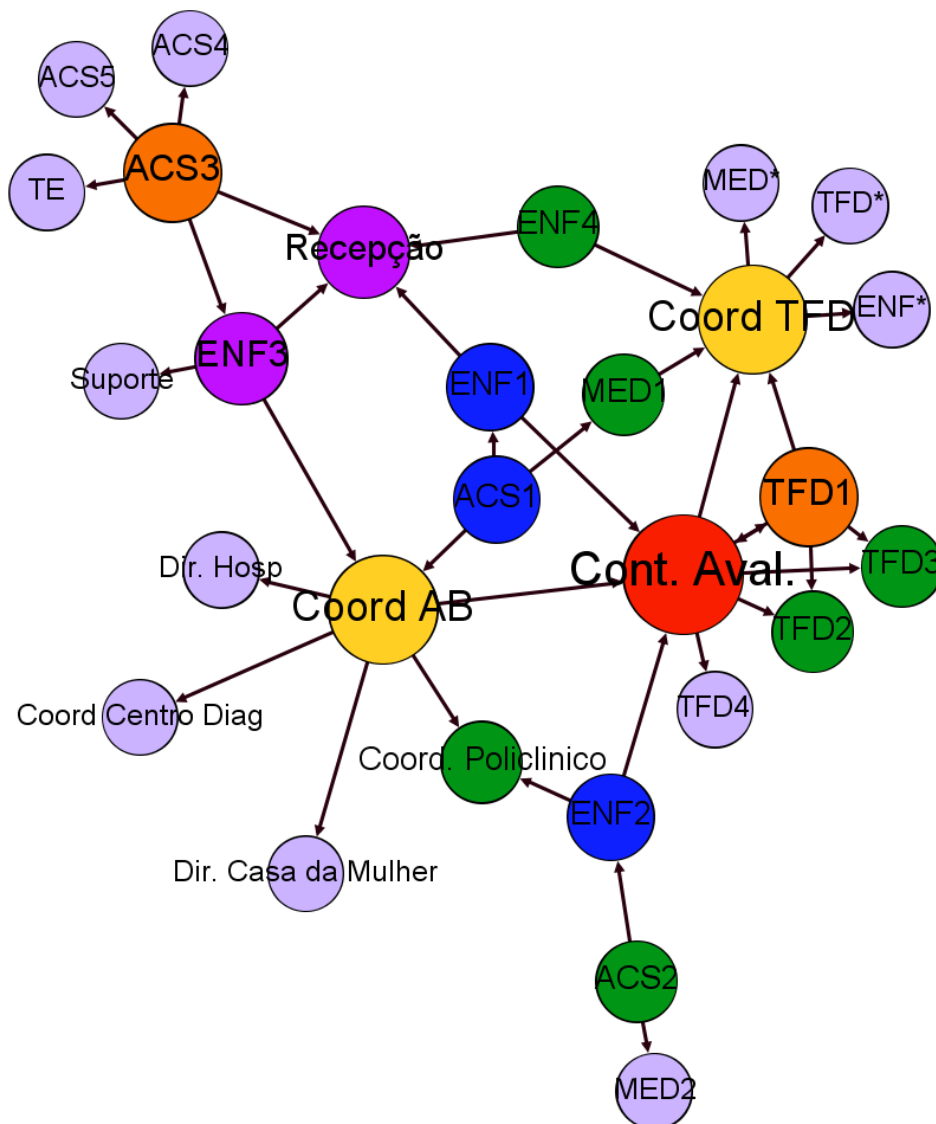
Os enfermeiros entrevistados destacam a recepção como um elemento-chave para a garantia do acesso, considerando que nada chega ao seu destino sem antes passar pela recepção. É nela que ocorre o primeiro contato quando usuários vão até a unidade básica, quando vão à secretaria de saúde, é o local onde se atende e se realizam ligações. Antes do encaminhamento chegar ao TFD, passa pela recepção, entre outros. Esses profissionais, em geral, realizam contato com o TFD, controle e avaliação, secretaria de saúde, coordenação do policlínico e suporte para o sistema de informática utilizado dentro do município.

Em relação aos agentes comunitários de saúde, todos citaram o enfermeiro de sua unidade como referência para ajuda, dúvidas, entre outros. O profissional médico também é citado por um ACS, assim como técnico de enfermagem e outros ACS.

3.2 Centralidade de grau

A centralidade de grau é definida pelo número de contatos diretos que um ator tem com os demais elos da rede. Este é um canal direto de informação, cuja medida ainda é dividida em grau de entrada e grau de saída, dependendo da direção dos fluxos (ALEJANDRO; NORMAN, 2005). O grau de entrada (*indegree*) é o número de *links* que chegam a um nó. Quando um ator tem muitas ligações direcionadas a ele, pode indicar que ele é importante. Dizem, neste caso, que este ator tem prestígio na rede. Já o grau de saída (*outdegree*) é o número de *links* que saem de um nó, ou seja, é o ator que procura outros (BASTIAN; HEYMANN; JACOMY, 2009; TOMAÉL, MARTELETO, 2006). Para Vesco, Scarpin e Machado (2010), o grau de entrada mede a receptividade e a popularidade de um ator na rede e o de saída, mede a expansividade.

Figura 2 – Rede social dos profissionais envolvidos na Atenção Básica de Saúde de Porto Real/RJ – atores com maior centralidade de grau.



Legenda: Os valores de centralidade de grau especificados abaixo consistem no somatório dos graus de entrada e saída.

1	(42,86%)
2	(21,43%)
3	(10,71%)
4	(7,14%)
5	(7,14%)
7	(7,14%)
9	(3,57%)

Nota: Coord. AB- Coordenação da Atenção Básica; TFD- Tratamento fora de domicílio; ENF- Enfermeiro; ACS- Agente Comunitário de Saúde; MED- Médico; Cont. Aval- Controle e Avaliação; Suporte- Suporte para o didática digital (sistema informatizado utilizado dentro do município); TE- Técnico de enfermagem.
Fonte: A autora, 2016.

Os atores com maior centralidade de grau, isto é, os atores sociais com maior número de contatos diretos, são os que, na Figura 2, aparecem com tamanho superior aos demais nós da rede. São eles: Controle e avaliação, Coordenador da atenção básica e Coordenador do TFD. Sendo então, os mais centrais em relação à centralidade de grau, os gestores organizacionais. Este fato era esperado, já que se investigou o processo de regulação da assistência em saúde no município.

No Quadro 8, seguem as medidas de centralidade de grau dos atores desta rede, separando os graus de entrada e saída.

Quadro 8 – Medidas de centralidade de grau dos atores envolvidos no acesso aos serviços de saúde de Porto Real/RJ.

Atores	Grau de entrada	Grau de saída	Grau
Cont. Aval.	4	5	9
Coord. AB	2	5	7
Coord. TFD	4	3	7
TFD1	1	4	5
ACS3	0	5	5
Recepção	4	0	4
ENF3	1	3	4
ENF1	1	2	3
ACS1	0	3	3
ENF2	1	2	3
MED1	1	1	2
Coord. Policlínico	2	0	2
TFD2	2	0	2
TFD3	2	0	2
ACS2	0	2	2
ENF4	0	2	2
Coord. Centro Diag.	1	0	1
Dir. Hosp.	1	0	1
Dir. Casa da Mulher	1	0	1
TFD4	1	0	1
MED2	1	0	1
Suporte	1	0	1
ACS4	1	0	1
ACS5	1	0	1
TE	1	0	1
MED*	1	0	1
ENF*	1	0	1
TFD*	1	0	1

Legenda: (*) Profissionais de outros municípios.

Coord. AB- Coordenação da Atenção Básica; TFD- Tratamento fora de domicílio; ENF- Enfermeiro; ACS- Agente Comunitário de Saúde; MED- Médico; Contr. Aval- Controle e Avaliação; Suporte- Suporte para o didática digital (sistema informatizado utilizado dentro do município); TE- Técnico de enfermagem.

Fonte: A autora, 2016.

Segundo as medidas de centralidade de grau e também como evidenciado na Figura 2, os que apresentaram maior centralidade de grau, considerando os graus de entrada e saída, foram o setor de controle e avaliação, coordenação do TFD e coordenação da atenção básica. Os dois primeiros são cargos de administradores e o terceiro, de enfermeiro.

Considerando os graus de entrada, o controle e avaliação, coordenação TFD e recepção possuem maiores centralidades. A recepção possui tal destaque porque é o principal contato dos usuários com os serviços de saúde, é quem realiza contatos entre unidades, com outros níveis de atenção e com o nível central, na secretaria de saúde.

A portaria nº 423/2002, do MS no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), aprova as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, avaliação e regulação da assistência à saúde no SUS (BRASIL, 2002a). Cabe ao MS oferecer condições para os estados e municípios organizarem seus sistemas de saúde para garantir o acesso às ações e serviços que atendam com qualidade e resolubilidade os problemas de saúde da população.

As três esferas de governo – federal, estadual e municipal – possuem responsabilidades na garantia do acesso, regulação e controle e avaliação; no entanto, o modo de atuação é diferente em cada instância, pois precisam estar de acordo com as regiões e as particularidades de cada município.

Assim, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, sobre o processo de controle, regulação e avaliação da assistência, as ações precisam estar de acordo com o que é programado e planejado com a finalidade de contribuir com melhores resultados na saúde da população. Neste sentido, o fortalecimento de suas funções ocorre nas seguintes dimensões: “avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários; resultados e impacto sobre a saúde da população (BRASIL, 2002b, p. 24).

Reitera, ainda, que a regulação da assistência pressupõe:

A) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação (BRASIL, 2002b, p. 26).

Dentro do município de Porto Real, cujo acesso aos serviços é regulado por cotas, o Controle e avaliação, entre outras atribuições, distribui e coordena as cotas para cada profissional com base na população adscrita e nas necessidades de saúde de cada área e de cada munícipe. Este modo de operar a saúde no município é um recurso para que a assistência

seja de qualidade e que atenda, satisfatoriamente, aos usuários dos serviços de saúde, pois os assistem em tempo hábil e integralmente.

Para que tal acesso seja garantido, ressalta-se que o número de cotas mensais pode ser alterado de acordo com cada caso. Diante de alguma situação que demande mais agilidade, o profissional da atenção básica entra em contato com o usuário para que seja avaliada a possibilidade de liberar cotas extras, como será visto adiante, no item 3.4.1, sobre encaminhamentos para a atenção especializada dentro do município, o que não é difícil de conseguir.

Como o Controle e avaliação possui grau de centralidade 9, significa que possui maior número de contatos diretos e, assim, possui prestígio e influência na rede, é um ator popular e expansivo (VESCO; SCARPIN; MACHADO, 2010). Ao analisar este nó e os demais – que possuem contato direto com ele –, observa-se que a expansividade, que é o grau de saída, segue em direção ao TFD. Por se tratar de um estudo de redes sociais para a regulação da assistência à saúde, depreende-se que, caso a regulação dentro do município não opere devidamente, e não consiga dar conta das necessidades de saúde da população, o Controle e avaliação repassará para o TFD. Desta forma, é possível garantir o acesso em outras unidades de saúde fora do município, para que haja a continuidade do cuidado. Isso porque, conforme o decreto nº 8.901/2016, compete ao departamento de regulação, controle e avaliação “gerir os sistemas de informação do SUS no que se refere às macrofunções de [...] regulação da atenção e do acesso à assistência [...]” (BRASIL, 2016c).

Quanto ao grau de entrada, percebe-se que três enfermeiros e o TFD1 citaram o Controle e avaliação. Por esses dados, é possível presumir que tais profissionais, enfermeiros, lançam mão desta possibilidade para garantir e agilizar o acesso aos serviços especializados dos usuários. Um desses enfermeiros é o coordenador da atenção básica, o qual, por sua vez, possui contato com cada diretor e coordenador de cada serviço prestado dentro do município, o que pode contribuir para maior efetividade nos acessos às redes de atenção secundária e terciária.

Tais enfermeiros possuem potencial de conseguir vantagens na rede, em relação ao acesso, por não precisarem de intermediadores e por estarem em contato direto com um ator central.

O TFD é um setor estratégico de garantia ao acesso à atenção especializada, visto que este foi criado pelo Ministério da Saúde para que os usuários dos serviços de saúde do SUS tivessem a garantia de tratamento e cuidados em saúde quando, em seus municípios, os recursos se esgotarem. O MS, mediante a SAS, lançou a portaria nº 55, de fevereiro de 1999,

que dispõe sobre o trabalho do TFD “com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências” (BRASIL, 1999), garantindo, além da assistência em outro município, os recursos necessários para o usuário, como estadias, alimentação e transporte, ou seja, auxiliando-os nas despesas.

Esses recursos precisam de autorização e precisam estar de acordo com a disponibilidade e orçamento do município ou estado. Já a Resolução da Secretaria de Estado de Saúde (SES) nº 171, de 28 de novembro de 2011, regulamenta a concessão do auxílio para tratamento fora de domicílio no âmbito do SUS, resolvendo, entre outras, que as despesas do usuário em seu deslocamento para fora do município “será feita com base na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde, observado o teto financeiro para cada município/Estado” (BRASIL, 2011d).

Além desta portaria e resolução, a Lei Orgânica da Saúde, de 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” (BRASIL, 1990) e, em concordância com a Constituição Federal de 1988, propõe no artigo 7º, entre outros, os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, torna-se evidente a relevância deste setor, TFD, e seu aparecimento em destaque na Figura 2, com grau de entrada no valor de quatro. Um terço dos entrevistados citaram a coordenação do TFD como um ator importante para garantir o acesso aos níveis de média e alta complexidades.

Outro nó com maior centralidade de grau é o enfermeiro, coordenador da atenção básica que possui um tempo de atuação como coordenador no município de, aproximadamente, dois anos. Este profissional possui especialização em saúde pública e auditoria, atuou em outros municípios como diretor de atenção básica. Na SES, atuou realizando coordenação de redes, gerenciou Telessaúde e Brasil Redes na região do Médio Paraíba.

Não é incomum encontrar enfermeiros com atuação em atividades de gerência e coordenação, principalmente em unidades de atenção básica. Sua formação, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Educação Superior (CES), de nº 03 de 2001, requer capacidade para o processo de tomada de decisão, liderança, habilidade em comunicação, atenção à saúde de forma integral, tanto em nível individual quanto coletivo. Assim, o enfermeiro está qualificado para atuar desde a promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, reabilitação, educação em saúde, educação continuada e pautar suas ações na ética, além de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para realização de atividades tanto assistenciais quanto gerenciais e administrativas (BRASIL, 2001).

Em conformidade com tais diretrizes, espera-se que o enfermeiro atenda à população de acordo com a necessidade biopsicossocial, assegurando a universalidade, integralidade e a equidade, os princípios do SUS, de modo a garantir um bom funcionamento das unidades de saúde, uma atenção de qualidade e humanizada que seja efetiva e resoluta. Para que o enfermeiro possa cumprir todas essas exigências, é que as DCN enfatizam a dimensão gerencial na formação desse profissional (PAULA et al., 2013).

Desse modo, compreende-se a coordenação da atenção básica sendo gerenciada por um profissional enfermeiro e sua elevada centralidade de grau, pois encontra-se envolvida com as USF, com as redes de atenção especializada, com os setores estratégicos da SMS, TFD e controle e avaliação. Além disso, tal coordenação precisa conhecer a realidade da população do município, assim como suas características e necessidades para que a rede de saúde, dentro do município, funcione de forma integrada. Somente dessa forma poderá promover mudanças positivas para o município e, em especial, para os usuários dos serviços de saúde do SUS.

Possuir enfermeiros como gerentes “permite ocupar posições estratégicas no processo de tomada de decisão e responder pela formulação e implementação das políticas a nível local” (SILVA, 2012, p.75), valorizando, cada vez mais, essa categoria profissional e distanciando-se, ainda que vagarosamente, do modelo médico-centrado.

Para desempenhar um papel administrativo, o profissional precisa possuir conhecimentos, habilidades e atitudes tanto em suas práticas assistenciais quanto nas funções gerenciais (PAULA et al., 2013). Dessa maneira, precisa ser crítico, administrar e tomar decisões com responsabilidade, possuir uma visão holística, conhecer o processo de trabalho, ser ético, possuir bom relacionamento interpessoal, liderar, saber planejar, organizar,

coordenar, controlar e comandar, tanto recursos humanos, materiais e outros; no entanto, essas atribuições são inerentes à formação do enfermeiro (BRASIL, 2001).

Ao longo de sua graduação, o estudante de enfermagem realiza práticas assistenciais e aquelas de cunho burocráticos, voltadas para a administração, pois espera-se que este lidere equipes, atue junto à comunidade, resolva conflitos, solucione possíveis problemas, articule-se com outras equipes ou outros níveis de atenção, entre outros, ou seja, “dessa forma, espera que o enfermeiro tenha capacidade para gerenciar.” (SILVA, 2012, p. 73). Essa capacidade de gerenciar do enfermeiro e sua liderança na gestão de pessoas ocorre na medida em que, direta e continuamente, interage com a equipe de trabalho. Dessa forma, não apenas o gestor de enfermagem, mas cada enfermeiro, em seu papel de líder, também é responsável pela administração do capital humano. Nesse sentido,

é essencial o trabalho dos enfermeiros enquanto gerentes de programas e serviços de saúde no âmbito do SUS, dando assim à enfermagem oportunidade de construir mudanças efetivas em direção à implementação do sistema. Contudo, faz-se necessário que os enfermeiros assumam essas posições de poder e liderança no interior do SUS, qualificando-se para o gerenciamento de modo a garantir que a Estratégia Saúde da Família seja realmente o instrumento para reorganização da assistência à saúde em nosso país (SILVA, 2012, p. 76).

Ao observar a posição ocupada na rede pelo enfermeiro coordenador da atenção básica (Figura 2), percebe-se que há sete ligações diretas com ele, o que o faz ter um destaque maior em se tratando de centralidade de grau. Dentre esses *links*, apenas dois representam o grau de entrada, sendo um enfermeiro e um ACS, os quais exercem papéis importantes na liderança para a ESF, como afirma SILVA (2012, p. 76):

São dois personagens que assumem papel de líder da equipe no Programa Saúde da Família (PSF), sendo eles o enfermeiro e o agente comunitário da saúde, pois respectivamente um por ocupar o cargo gerencial e administrativo e o outro exerce liderança a partir do conhecimento que possui da realidade da equipe e das comunidades.

Essa posição na rede é vantajosa para ambas as partes; para a coordenação, que recebe informação direta de outros enfermeiros das unidades e da comunidade, por intermédio do contato com o ACS. Também ocorre o contrário: o enfermeiro pode obter privilégios para a unidade ou usuário ao manter contato com um elo central, que está conectado a diretores e coordenadores de outros níveis de atenção à saúde dentro do município.

Os atores com alta centralidade têm potencial para servirem de facilitadores, uma vez que possuem mais contatos com outros nós da rede. Assim, Bez, Faraco e Angeloni (2010)

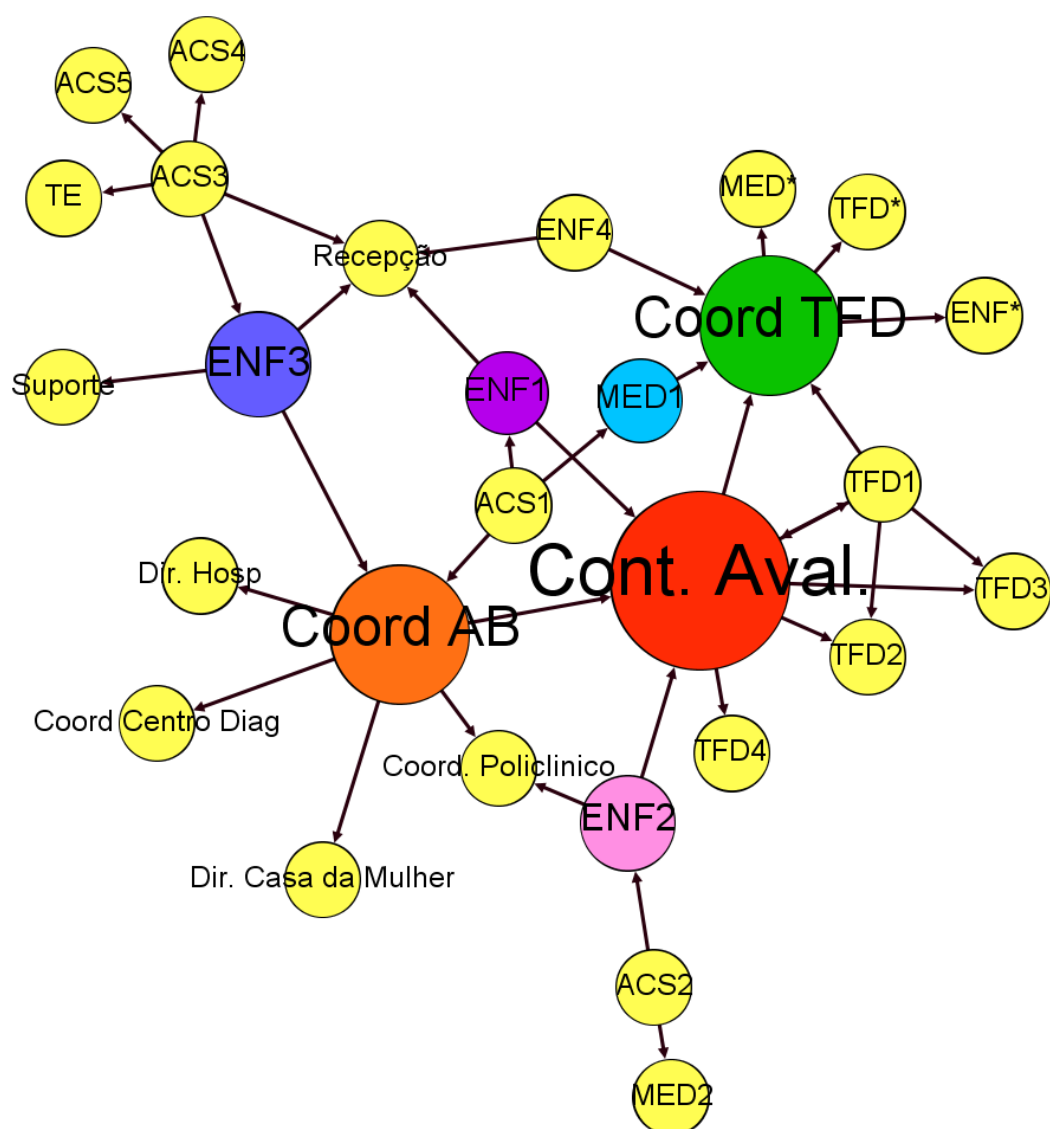
afirmam que os atores que se destacam possuem algum cargo de chefia. No entanto, aqueles que possuem alta centralidade de grau e não possuem cargos de gestão, são considerados como atores importantes dentro da rede por ser um canal de informação para com os demais (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2010). Já o ator com baixa centralidade, “é considerado um ator neutro dentro da rede, pois o mesmo não tem relacionamento forte com os demais atores, [...] significa que não possui a prática de disseminar o conhecimento [...]” (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2010, p. 9) dentro da rede.

3.3 Centralidade de intermediação

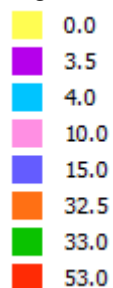
A centralidade de intermediação é uma das medidas que permite a mensuração da importância de um ator na rede e o quanto ele intermedeia as relações (FARIA et al., 2016), ou seja, “avalia o quanto um vértice está no caminho geodésico entre dois outros vértices, isto é, analisa a importância do vértice na passagem de informação entre outros dois.” (DEL-VECCHIO et al., 2009, p. 6). O caminho geodésico é o menor caminho entre dois nós quaisquer da rede.

Um ator com alta centralidade de intermediação possui grande potencial de controle do fluxo de informação na rede. Por isso, pode influenciar na comunicação dessa rede e, ainda, como um ator-ponte, tem o potencial de conectar grupos diferentes (MARTELETO, 2001; TOMAÉL; MARTELETO, 2006) e, caso este tenha alta centralidade de intermediação, pode desconectar a rede caso seja excluído dela.

Figura 3 – Rede social de atores conforme valor de centralidade de intermediação.



Legenda:



Nota: Coord. AB- Coordenação da Atenção Básica; TFD- Tratamento fora de domicílio; ENF- Enfermeiro; ACS- Agente Comunitário de Saúde; MED- Médico; Cont. Aval- Controle e Avaliação; Suporte- Suporte para o didática digital (sistema informatizado utilizado dentro do município); TE- Técnico de enfermagem.
Fonte: A autora, 2016.

Nesta rede (Figura 3), os atores com o tamanho maior são aqueles que possuem maior centralidade de intermediação, o que, segundo as medidas geradas pelo Ucinet (Quadro 9), é o controle e avaliação, coordenação TFD e coordenador da atenção básica. Com menor valor de intermediação, tem-se os enfermeiros 1, 2 e 3 e o médico 1. Os atores mais centrais, tendo em vista sua posição, controlam e exercem influência na comunicação entre dois nós quaisquer que o utilizam como intermediário e esta conformação contribui para que haja inovação a partir das informações que perpassam por ele.

Quadro 9 – Medidas de centralidade de intermediação dos atores envolvidos na atenção básica de Porto Real/RJ.

Atores	Centralidade de intermediação
Cont. aval.	53.0
Coord. TFD	33.0
Coord. AB	32.5
ENF 3	15.0
ENF 2	10.0
MED 1	4.0
ENF 1	3.5

Nota: Coord. AB- Coordenação da Atenção Básica; TFD- Tratamento fora de domicílio; ENF- Enfermeiro; MED- Médico; Cont. Aval- Controle e Avaliação.

Fonte: A autora, 2016.

Os atores que aparecem na Figura 3 e não constam no quadro acima obtiveram um valor zero para centralidade de intermediação. Estes não possuem potencial para controlar a informação na rede, diferentemente daqueles com significativa centralidade de intermediação, como, por exemplo, o controle e avaliação, que se mostrou como um importante mediador.

Os atores que se destacam por esta medida de centralidade possuem certo poder na rede, que é controlar o fluxo de informação, recursos e tudo o que precisar ser passado para outro ator utilizando um terceiro como ‘ponte’, como um elo de ligação (IZQUIERDO; HANNEMAN, 2006).

Destaca-se que, neste estudo, apenas os caminhos geodésicos são considerados, isto é, o caminho mais curto entre dois nós quaisquer da rede. Assim, o fato de a medida de

centralidade ter valor igual a zero para os atores que aparecem na Figura 3 não significa que esses atores não intermedeiem informações entre dois nós da rede. Toma-se como exemplo o TFD 1, que aparece entre o controle e avaliação e coordenador do TFD, entre controle e avaliação e TFD 2, e entre controle e avaliação e TFD 3, todavia percebe-se, na Figura 3, que o controle e avaliação já possui ligação direta (menor caminho) com estes três atores e, por isso, não foi considerado o TFD 1 como intermediador.

Assim como na centralidade de grau, os atores com maior destaque são os gestores responsáveis pelo acesso aos serviços de saúde. Isto ocorre pelo fato de o estudo ser sobre rede social para a regulação da assistência à saúde, porém outros atores também apareceram como centrais em relação à intermediação, principalmente os enfermeiros.

Entende-se que tais profissionais, os enfermeiros, são atores-chave e articuladores comprometidos com a integralidade das ações e com as necessidades de saúde dos usuários. Desta forma, os enfermeiros têm fundamental importância nas equipes de saúde da família. Com seu potencial de articulação em várias áreas e trabalhos, esses profissionais podem ser capazes de atuar como instrumento de mudança, em busca da consolidação de novas práticas de saúde (RODRIGUES et al., 2015).

Essa articulação é requerida por este profissional porque, em suas rotinas laborais, precisam desenvolver atividades múltiplas, tanto no campo assistencial quanto na gestão e na educação. Conforme citam Gomes et al. (2016, p. 14), “o enfermeiro na USF é o responsável pela articulação entre os vários profissionais da equipe de saúde, sendo este acostumado a lidar com vários instrumentos e sujeitos do seu trabalho”. Os autores destacam, ainda, que os enfermeiros atuam como um elo que liga sua equipe às coordenações superiores.

Para que essas múltiplas atividades exercidas pelos enfermeiros tenham um melhor resultado, faz-se necessário que esses profissionais gerenciem o cuidado prestado, aproximando as ações gerenciais das assistenciais. Nesse sentido, “[...] preconiza-se que o enfermeiro [...] promova a interação com outros profissionais e ocupe os espaços de articulação e negociação em nome da garantia da qualidade do cuidado prestado.” (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013, p. 231).

Outro profissional conhecido por seu trabalho como articulador e mediador é o ACS. O fato de o estudo focar nos escaminhamentos para a atenção especializada contribuiu para que esses agentes não aparecessem como importantes na centralidade de intermediação.

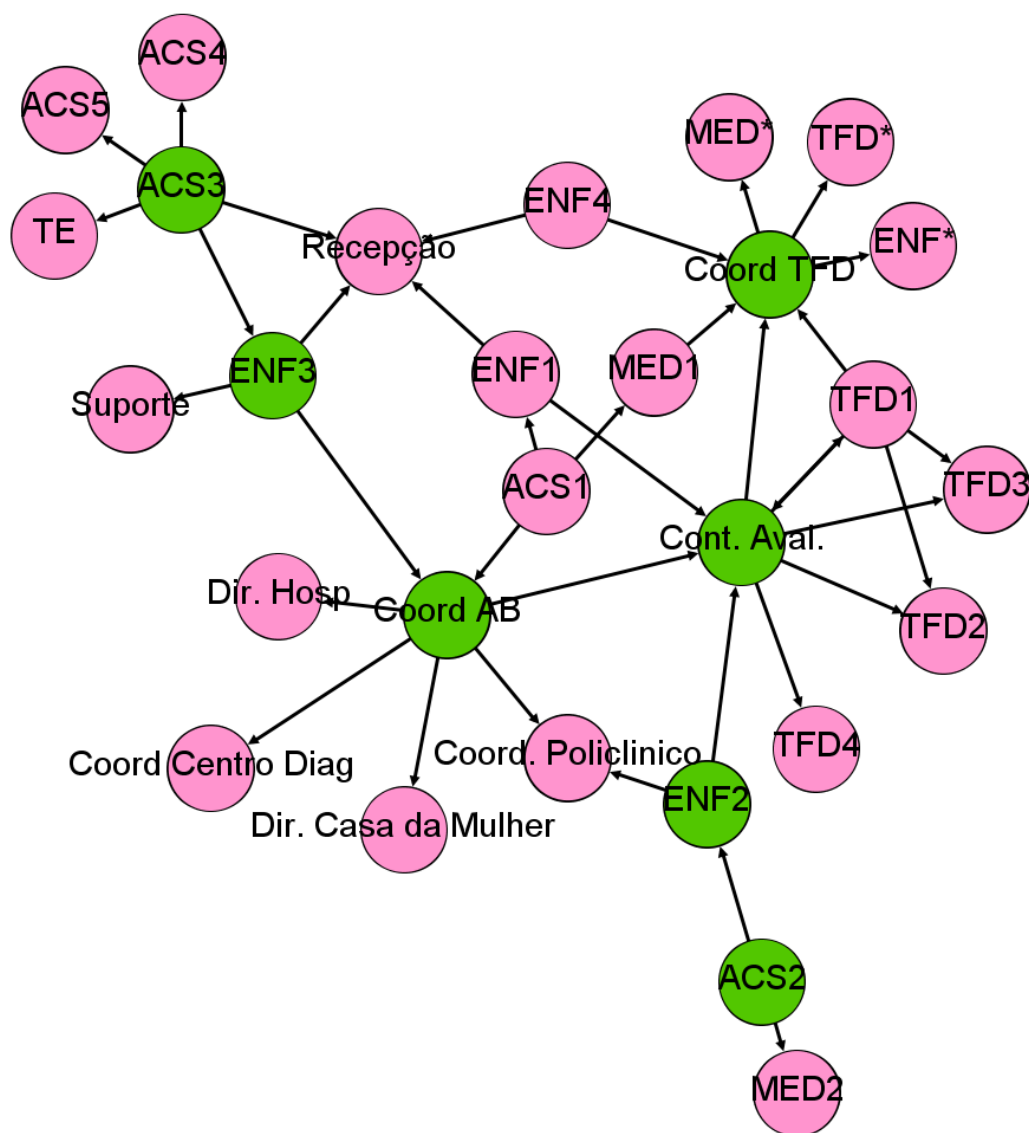
O trabalho do ACS é pautado nas relações e na interatividade. Atuam mediando as comunicações entre as equipes de saúde e a comunidade na qual estão inseridos, medeiam relacionamentos e facilitam a comunicação dos usuários com os serviços. Seu papel de

articulador lhe possibilita pensar como os usuários. Ao considerar as redes sociais de apoio, referem-se “às pessoas atendidas não como indivíduos isolados, mas inseridos e participantes em relações sociais” (PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014, p. 55). Isso porque o ACS é um profissional que está inserido na mesma localidade que os usuários, conhece suas casas e, de uma certa forma, seu cotidiano. Essa inter-relação entre ACS e usuário confere à unidade de saúde a vantagem de diálogo de um modo mais próximo à população (PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014).

Os atores com maior centralidade tendem a desconectar a rede caso seja excluído dela. Isto acontece quando se analisa apenas a representação gráfica, o retrato da rede. Como as redes sociais são dinâmicas, elas irão se reconfigurar e outras ligações surgirão.

Os cinco atores com maior centralidade de intermediação possuem um potencial para desconectar a rede. Essa relevância estrutural, que conecta diferentes grupos e atores que outrora poderiam estar isolados pode ser percebida na Figura 4, em que se utilizou o *cutpoint*, uma medida que calcula as posições dos atores quanto à capacidade de desconectar a rede caso este seja removido. Os atores com potencial de desconectar a rede são: controle e avaliação, coordenação da atenção básica, coordenação TFD e enfermeiro 3, ACS3, enfermeiro 2 e ACS 2. Esta medida foi gerada pelo *software* Netdraw, que está acoplado ao Ucinet, e, posteriormente, seus resultados foram lançados no Gephi para o grafo seguir o padrão dos anteriores.

Figura 4 – Atores com potencial para desconectar a rede (*cut point*).



Legenda: Potencial para desconectar a rede



Nota: (*) Profissionais de outros municípios.

TFD- Tratamento fora de domicílio; ENF- Enfermeiro; ACS- Agente Comunitário de Saúde; MED- Médico; SMS- Secretaria Municipal de Saúde; Suporte- Suporte para o didática digital (sistema informatizado utilizado dentro do município); TE- Técnico de enfermagem.

Fonte: A autora, 2016.

A Figura 4 evidencia a relevância dos intermediadores; são eles quem conectam a rede. Por meio dessa conexão, informações novas circulam e não ficam limitadas a um grupo ou um único ator. Com a rede desconectada, há limitação na troca de diversos recursos e,

considerando os serviços de saúde, estes não conseguiriam atender à demanda da população nem poderiam prestar uma assistência de qualidade. Com essa suposta desconexão, o acesso aos serviços seriam prejudicados, uma vez que não haveria comunicação, contatos e elos para servir de intermediadores.

Pode-se perceber que os nós em verde são os pontos de corte, que ao serem desligados da rede, desconectarão outros atores, tendendo a formar pequenos grupos também isolados, os *clusters*. Unidades de saúde dentro do município que atuam na atenção à saúde em níveis secundário e terciário ficariam desconectadas da rede ao excluir a coordenação de atenção básica que faz esse elo. É este profissional que, diante de alguma demanda e de alguma necessidade, contata a atenção especializada no município para garantir o acesso a algum usuário que necessite. Adiante, no item 3.5 no qual são apresentadas e discutidas as categorias, poderá ser observada a operacionalização da garantia do acesso quando as vias formais forem insuficientes ou se esgotarem.

Ressalta-se ainda, nesta Figura 4, a conexão de três equipes da USF apontando a recepção como importante. Embora esta não esteja destacada em verde, é um elo importante e que garante maior rapidez para as equipes se comunicarem. Nas figuras, é perceptível que três dos quatro enfermeiros entrevistados das USF citaram a recepção como crucial na garantia do acesso, pois considera-se que esta é quem tem o primeiro contato com os usuários quando adentram a unidade de saúde (BRASIL, 2011c).

A recepção conta com profissionais capacitados e preparados para receber diversos tipos de pessoas, sejam fragilizadas, adultos, idosos e todas as faixas etárias. Além disso, “sinais evidentes de maior risco ou sofrimento podem ser identificados/percebidos também pelos trabalhadores da recepção, que devem ter a possibilidade de contato direto com as pessoas que estão realizando a primeira escuta” (BRASIL, 2011c, p. 30), contribuindo para que os usuários tenham o acesso garantido, facilitado, humanizado e de qualidade.

No Portal Porto real, portal de notícias da Prefeitura do município, encontra-se que, em 2015, houve uma qualificação com 40 recepcionistas das unidades de saúde com o intuito de humanizar o atendimento e proporcionar um serviço de qualidade aos munícipes. Essa preocupação existe, pois a recepção é a porta de entrada, é onde começa o atendimento. Nesta capacitação abordaram a Política Nacional de Humanização, acolhimento, escuta ativa, entre outros, estimulando a reflexividade por parte das recepcionistas e a valorização deste trabalho.

Além do exposto, são esses profissionais quem realizam contatos com outras unidades, SMS, centro de especialidades, entre outras atividades, sendo importante na qualidade dos serviços prestados, contribuindo, de certo modo, na garantia e resolubilidade do acesso.

3.4 Categorias de Análise de Conteúdo das Entrevistas

Para esta fase, houve um recorte nas falas dos participantes, avaliando sua compreensão fora do texto para formar as Unidades de Registro (UR). Estas foram agrupadas em categorias mais amplas, as Unidades de Contextos (UC) para, então, serem constituídas as categorias finais. Ao analisar as entrevistas, constataram-se 127 UR; após serem agrupadas em UC, emergiram quatro categorias: a) encaminhamentos para a atenção especializada, contendo as seguintes subcategorias: dentro do município e fora do município; b) relacionamento com a equipe; c) redes primárias e o acesso; d) contatos socioprofissionais.

A primeira categoria – Encaminhamentos para a atenção especializada – foi constituída por duas subcategorias ‘dentro do município’, com 12 UR, e ‘fora do município’, com 22 UR, tendo, ao todo, 34 UR nesta categoria.

A segunda categoria – Relacionamento com a equipe – teve um total de 17 UR.

A terceira categoria, denominada Redes primárias e o acesso, com um total de 10 UR.

E, por fim, a quarta categoria – Contatos socioprofissionais –, com um total de 66 UR.

3.4.1 Categoria 1- Encaminhamentos para a atenção especializada

Nesta categoria, evidencia-se o fluxo de funcionamento dos encaminhamentos para os serviços de atenção secundária e terciária a partir da unidade de atenção básica, tanto para dentro quanto para fora do município. Esse fluxo objetiva garantir a integralidade da assistência, promovendo a continuidade do cuidado, que se mostra possível e resolutivo quando os níveis de atenção se encontram articulados.

A atenção básica é o nível primário de atenção e a porta de entrada para os serviços de saúde do SUS. É o atendimento inicial caracterizado por um

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b, p. 19).

Para que as ações dos serviços interfiram positivamente na saúde da população, a atenção básica possui como característica uma alta capilaridade, descentralização e maior proximidade com a população. Pauta-se na continuidade do cuidado, vínculo, universalidade, equidade, integralidade, participação social e outros. Considera, ainda, os usuários como singulares, com inserção sociocultural (BRASIL, 2012b).

O processo e a organização do trabalhos nas unidades básicas de saúde precisam garantir o acesso, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado.

3.4.1.1 Dentro do município

O acesso para a atenção especializada dentro do município ocorre através de um encaminhamento que o usuário obtém na unidade básica e, com este documento, se dirige ao centro de especialidade para, então, marcar a consulta ou exame. Através da Figura 2, pode-se perceber que o setor responsável por liberar cotas para dentro do município, controle e avaliação se sobressaiu como uma importante centralidade de grau, ou seja, possui maior contato direto com outros profissionais dentro da rede; dentre eles, enfermeiros, coordenação de atenção básica e TFD.

Normalmente, consulta com a doutora X, que é clínica geral e é ela que vai tá encaminhando de acordo com a necessidade do paciente para o especialista ou vai pro centro de diagnóstico ou pro policlínico e até mesmo fora do domicílio, mas a maioria das vezes é por aqui mesmo. (E4)

Em casos em que o paciente é idoso ou criança, a recepção da unidade básica faz contato com o centro de diagnóstico, com a especialidade para agendar por telefone a consulta ou exame.

Primeiro, a gente vai avaliar a necessidade, né, o risco que tenha. Eu faço o encaminhamento pelo computador, se for paciente especial ou idoso, né, a secretária ou a recepcionista, uma das duas, já faz o agendamento por telefone e a gente já dá a data, se não for o caso, o próprio paciente vai ao centro de diagnóstico e agenda a consulta, geralmente é rapidinho. (E5)

Nesta fala, percebe-se a equidade sendo operacionalizada, pois usuários idosos e outros que demandam maior atenção, como gestantes e crianças, são tratados diferenciadamente, de forma justa, para atingir a igualdade. Como os grupos mencionados possuem maior dificuldade de deslocamento, a unidade de saúde, por intermédio da recepção, realiza contato com o centro de especialidade do município para agendar sua ida à atenção especializada.

Para o profissional da atenção básica, encaminhar algum usuário para a especialidade depende de haver cotas disponíveis, ou seja, cada profissional detém um quantitativo de cotas que são liberadas para cada especialidade. Dentro do município, é o setor de controle e avaliação que é responsável por liberar cotas para os profissionais. Essas cotas são liberadas a partir da população adscrita em cada unidade de atenção básica e há uma flexibilidade nesse número, de acordo com a necessidade dos usuários, ou melhor, caso o profissional não tenha cota para encaminhar para alguma especialidade, de acordo com as necessidades do paciente, o profissional entra em contato com o controle e avaliação, explica o caso e, então, consegue cotas extras.

A gente joga conforme o especialista, a gente joga as cotas para a atenção básica conforme a população daquela unidade básica de saúde. (E6)

Quando a gente tem um caso grave e extrapola o número de cotas, a unidade faz contato com o complexo regulador, que é executado pelo setor de controle e avaliação, ele abre uma cota extra para aquela unidade, para aquele profissional e aí encaminha aqui pra dentro esse paciente. (E1)

A regulação é baseada nas necessidades de saúde da população e orienta a “[...] programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso.” (BRASIL, 2011a, p. 23) .

Nesse sentido, o sistema de cotas contribui para que os usuários sejam atendidos mais rapidamente, sem que haja uma espera maior, dada a sua necessidade, como, por exemplo, casos que inspiram maior cuidado. Esse é um modo de garantia e efetividade do acesso que tem se mostrado efetivo dentro do município.

Desse modo, percebe-se que a organização dos serviços de saúde visa à integralidade da assistência e, conseqüentemente, a garantia da cidadania e os direitos da população à saúde. Corrêa et al. (2011) afirmam que toda instituição de saúde precisa atender com qualidade as necessidades em saúde da população e de forma resoluta, pautada nos princípios do SUS, isto é, na universalidade, integralidade e equidade.

Eu tinha sete vagas e dez pacientes, normalmente quando isso acontece a gente liga para a central de regulação, no caso, tem uma pessoa que disponibiliza, no controle e avaliação, as vagas. (E8)

Os encaminhamentos para especialidades dentro do mês a gente não amarra, pintou uma emergência, vou dar um exemplo, tuberculose, um caso suspeito tem que encaminhar uma família para o pneumologista, logo a gente não vai segurar cota, a gente tem abertura conforme cada caso. (E6)

O modo como os serviços de saúde são operados dentro do município favorece a continuidade de cuidado, uma vez que o acesso às redes especializadas são garantidas e que os três níveis de complexidade de atenção encontram-se articulados. Isto também se deve ao

fato de o município possuir um sistema digital integrado em saúde, o Didática Digital. Através deste sistema, qualquer profissional, seja da rede básica seja da atenção especializada pode acompanhar os prontuários, exames, encaminhamentos dos usuários, se estes foram ou não à consulta com o especialista. Também podem acessar informações das demais unidades e profissionais, otimizando tempo dos profissionais e favorecendo a integralidade. Como exemplo, pode-se mencionar que um profissional da rede de atenção básica tem acesso a exames de um usuário antes dele retornar à unidade.

A rede, principalmente a nível informatizado, é muito bom, eu vejo no hospital, eu vejo no centro de diagnóstico da rede especializada e eles conseguem ver o que a gente faz aqui, então o paciente é quase assistido integralmente mesmo... eu abro o prontuário e vejo todas as consultas e os exames realizados. (E8)

A gente tem aqui no município um sistema próprio [...] nós temos um prontuário eletrônico, que ele é único, ele é integrado e em todos os pontos da rede os profissionais de saúde conseguem enxergar um prontuário único do paciente. (E1)

Sobre o sistema de encaminhamento, Pontes et al. (2009) declaram que as dificuldades na garantia do acesso – seja na rede de atenção básica seja na atenção especializada – até mesmo encaminhados por outros serviços, é uma deficiência por não atender em conformidade com os princípios do SUS.

Essa dificuldade para a efetivação do sistema de referência e contra referência constitui-se em uma deficiência importante no contexto do SUS, uma vez que este se configura como peça fundamental para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização e a hierarquização, pois sem o funcionamento adequado deste sistema não há garantia de continuidade da assistência (PONTES, et al., 2009, p. 503).

Em Porto Real, os profissionais da atenção básica afirmam que as ações de saúde e os serviços prestados atendem à demanda em saúde da população, reconhecem em seus trabalhos a participação da comunidade, a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado, demonstrando satisfação e orgulho com o sistema do didática digital, que permite o acompanhamento de forma integral dos usuários e contribuem para um serviço resolutivo, efetivo e de qualidade.

Porto Real tem essa... a gente tem essa qualidade ainda, né. A gente tem esse diferencial dos outros municípios, a gente tem uma rede que funciona! (E8)

Desse modo, o controle e avaliação precisam estar articulados com outros setores e com as unidades de saúde da família para que os direitos dos usuários continuem garantidos e respeitados. No município estudado, este setor encontra-se em uma posição estratégica e de alta centralidade, o que promove um cuidado contínuo e integral aos munícipes.

3.4.1.2 Encaminhamento para fora do município

O Tratamento Fora de Domicílio foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 55/1999, de 24 de setembro de 1999, para garantir a continuidade do cuidado em outro município ou estado quando os recursos dentro do município estiverem esgotados ou não existirem. Dessa forma, usuários do SUS que fazem uso deste serviço recebem ajuda para passagem, alimentação e hospedagem, caso seja necessário.

De acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, no item 2, inciso IV, compete às SMS a organização do "fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica".

O TFD é um setor estratégico para garantia do acesso à atenção especializada; é responsável por agendar consultas, procedimentos e exames em nível secundário ou terciário para fora do município por intermédio dos sistemas de regulação, SER e SISREG.

O próprio paciente deixa, entrega na recepção e ele vem pra cá. Ele dá entrada e vem para o nosso setor. (E2)

Quando não tem o profissional especialista no município, vem aqui para a secretaria de saúde que tem o tratamento fora de domicílio e eles regulam o sistema de regulação estadual que é o SER e o SISREG, né, e fazem a marcação. (E6)

Primeiro, passa pelos PSF, dos PSF vão para os especialistas, aí os especialistas pedem os exames, encaminham para hematologista, pra parte de ortopedia de alto custo, alta complexidade, coisa que a gente não tem por aqui, tudo que a gente não tem por aqui, vem pra gente. (E7)

Normalmente, é para dentro do município que os encaminhamentos para a atenção especializada são referenciados. No entanto, se o município for insuficiente para atender a uma determinada demanda em nível secundário ou terciário, o Tratamento Fora de Domicílio aparece como um modo de garantir o direito à saúde dos cidadãos, respeitando os princípios do SUS, acesso universal, integral e equânime.

Destarte, o TFD revela-se como um importante instrumento na promoção e garantia do acesso como um modo de atender às determinações contidas na Lei nº 8.080/90 que assegura a universalidade do acesso em todos os níveis de atenção à saúde (AZEVEDO, 2016).

Quando ele sai da atenção básica e vai pra secundária, existe uma unidade específica que é com a Y, a gente liga para ela e encaminha os exames e os exames são realizados fora do município, mas existe a Y que tem todo esse controle. (E8)

Existe um serviço chamado TFD, serviço fora... atendimento fora de domicílio que é feito na secretaria de saúde, então, esses pacientes quando não têm especialistas dentro do município, são encaminhados pra esse serviço e esse serviço faz as marcações externas, seja de exames, especialidades. (E11)

Como a saúde é um direito de todos e dever do Estado, lhe cabe garantir meios para que a população tenha acesso integral aos serviços e tratamentos ofertados pelo SUS. As ações e serviços englobam os três níveis de atenção – primário, secundário e terciário –, sendo o TFD um instrumento de acesso à rede especializada. O direito à saúde está além de ser atendido em uma unidade de saúde, ou de conseguir uma consulta. Implica melhora na qualidade de vida, ser respeitado e tratado com dignidade, ter seus problemas solucionados da melhor maneira, ter assegurado o acesso universal, equânime e integral.

3.4.2 Categoria 2 - Relacionamento com a equipe

Um relacionamento saudável entre a equipe é importante para a produção de cuidado e para uma assistência de qualidade, visto que se faz necessário o compartilhamento de informações, ajuda mútua e cooperação. Na atenção básica, o trabalho é multiprofissional, envolve profissionais com formações diferentes, que precisam atuar juntos, de forma integrada para melhor responder às necessidades de saúde da população. Sendo assim, caso haja problemas ou dificuldades nos relacionamentos entre os membros de uma equipe, o cuidado poderá ser comprometido, apresentando risco para a qualidade da assistência e gerando insatisfação por parte dos usuários dos serviços. Tais conflitos reduzem o tempo de interação entre profissionais e a assistência tende à fragmentação (RODRIGUES et al., 2015).

Assim, o bom relacionamento é fundamental não apenas entre a equipe, mas entre profissionais, usuários e entre equipes diferentes. Por isso, é importante que se tenha cooperação, respeito, amizade, solidariedade e outros. Dessa forma, promove-se um ambiente de trabalho agradável, com foco na resolubilidade e na efetividade do acesso com uma atenção de qualidade, pois, se as características e as relações dos profissionais são positivas, isso favorece a continuidade do cuidado (REIS et al., 2013).

No município estudado, os profissionais afirmaram existir conflitos, que são facilmente resolvidos, e que a carga horária de 40 horas contribui para o estreitamento dos laços entre os pares.

40 horas... vou te dizer... é família! Tem brigas [risos], tem as flexibilidades, por exemplo, passou mal, as pessoas têm as faltas controladas, eu costumo brincar que o enfermeiro é que não pode [risos], mas o resto. Logicamente que o médico também, somos mais, né, eu coloco. (E3)

É um grupinho, é um grupo bom, eu considero um grupo bom, um grupo corresponsável. (E3)

Martins et al. (2012) apontam que investir nas relações interpessoais, formando e afirmando os vínculos profissionais contribui para o desenvolvimento das relações entre os trabalhadores, promove crescimento individual e coletivo, melhora a comunicação e facilita a tomada de decisão no que tange às resoluções de conflitos já que todos possuem as mesmas finalidades, que é o cuidado integral, singular e resolutivo para a sua população. Para haver formação de vínculo entre os profissionais da equipe, “o grupo de trabalho deve ser maleável, receptivo e adaptável às contínuas modificações que ocorrem nos serviços de saúde.” (MARTINS et al., 2012, p. 07).

Graças a Deus é bom, às vezes a gente tem desentendimentos porque são pessoas diferentes, então, não tem como dar certo o tempo inteiro, mas ao mesmo tempo que, ‘olha, vamos sentar, vamos conversar, não gostei disso, assim e assim’. Mas a gente sempre se dá bem, graças a Deus, é um relacionamento bom entendeu? (E4)

As relações sociais precisam ser permeadas por respeito, consideração do saber do outro, compreendendo que a equipe é multiprofissional e que, para o sucesso nos objetivos das unidades de saúde, faz-se necessário que os planos e ações sejam integrados e articulados entre todos os membros da equipe. Esta interação favorece o bom funcionamento dos serviços e facilita a resolução de conflitos com participação de todo o grupo envolvido (MARTINS et al., 2012).

Uma relação dialógica é contribuinte para superar as dificuldades e possíveis conflitos, além de favorecer o aumento de confiança entre a equipe. Outro contribuinte é o comprometimento que os profissionais possuem com suas atividades laborais. Tal comprometimento, mediante conhecimento, habilidade e atitudes faz com que os profissionais reconheçam as potencialidades da equipe e essas tornam-se sólidas e estáveis, repercutindo na produção de serviços de qualidade que responde, adequadamente, às reais necessidades em saúde da população.

Muito bom, muito bom, nós temos uma equipe boa, graças a Deus, não tem que tá aparando arestas toda hora. (E5)

Aqui é muito tranquilo, a gerente, as outras agentes, muito tranquilo, um tenta ajudar o outro. Uma equipe tranquila, muito boa de trabalhar, vê que se empenham nos casos, vê os mais graves, tem um empenho. (E10)

Nas USF estudadas, percebeu-se um clima tranquilo, de respeito e amizade entre os profissionais. E suas falas convergem no que tange ao relacionamento da equipe.

Toda relação social é baseada nas interações, no investimento e contatos frequentes. Não são incomuns as trocas materiais, informacionais e simbólicas e as relações

socioprofissionais não são diferentes. Dentre essa relação de “troca”, percebe-se que os profissionais se ajudam e essa ação é recíproca.

As ACS, por exemplo, ajudam umas às outras quando um profissional está ausente, ou por férias ou outro motivo, e, havendo necessidade, um profissional da mesma categoria e de outras unidades podem ser requisitados e solicitados a ajudar – e o inverso também acontece. Ou seja, a reciprocidade e as trocas dos profissionais de uma equipe e entre equipes de unidades diferentes é o que mantém e fortalece os laços sociais. Quando uma unidade pede ajuda a outra, e esta aceita, concretiza-se as relações e os vínculos. Essa tríade de dar, receber e retribuir caracteriza um grupo de indivíduos, uma sociedade (MARTINS, 2005).

A gente não pode abrir tanto porque daqui a pouquinho a gente vai perder aquela característica de território. Mas, não quer dizer que eu não possa atender você que mora em outro território e você não possa me atender, tá. A rede consegue visualizar isso, a gente tenta manter cada um dentro do seu espaço, mas nada impede, né, de uma troca, às vezes um material, um atendimento, uma avaliação, tá? (E08)

Pode-se perceber que o trabalho em equipe, muitas vezes, se assemelha às relações familiares, devido ao tempo que passam juntos, e que esse tempo na unidade de serviço pode fortalecer as relações, estreitando os laços e ganhando significações. O trabalho em equipe constitui-se, ainda, como um relação de ajuda, em que os profissionais são cooperativos e ajudam uns aos outros. As interações sociais permitem diversos tipos de trocas, as quais podem ser materiais, informacionais, ajuda que ofertam aos colegas, entre outras (MARTINS et al., 2012).

O trabalho em equipe é somar os diferentes conhecimentos e processos de trabalho, valorizando-os para que se produza um cuidado integral e de qualidade, pois os profissionais possuem esse objetivo e finalidade em comum. Essa interação favorece o crescimento pessoal e profissional, assim como o amadurecimento do grupo, com foco na comunidade e nos usuários que possam contribuir com um cuidado à saúde com eficiência, qualidade e resolubilidade.

3.4.3 Categoria 3 - Redes primárias e o acesso

As redes primárias são aquelas constituídas por relações mais significativas e com maior investimento de tempo e sentimentos. Stotz (2009) destaca este tipo de relação como

sendo um processo autônomo, espontâneo e informal, o qual tende a formar laços fortes à medida que se investe nas relações. Família, vizinhança e amigos são exemplo dessas relações. Assim,

[...] o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, constituído de ligações importantes que tornam disponíveis diferentes tipos de ajuda, as redes sociais atuam como determinantes de atitudes e comportamentos, por meio do acesso a informação e recursos, oportunidades e estímulo a hábitos de vida (GERHARDT; SANTOS, 2012, p. 260).

As relações sociais possuem relação direta com as questões de saúde, qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde, pois as redes sociais influenciam uma pessoa a buscar ou não atendimentos e acompanhamentos junto às unidades de saúde através do “monitoramento da saúde entre os indivíduos, do acesso a informações quanto à oferta e funcionamento de serviços, e do apoio material.” (GERHARDT; SANTOS, 2012, p. 260).

Acho que não, eu na verdade, eu tenho minha mãe, eu moro aqui na área, minha tia, minha vó, a minha área ali, minha casa é área de outro agente comunitário, de uma colega minha, se elas precisam de alguma coisa, logicamente elas me perguntam, mas, muita das vezes, quem tem a informação é a agente dela, e eu procuro não me meter, né. Algumas informações eu sei e passo pra ela pra poder tá ajudando e tal, mas, geralmente, ela vai lá e pergunta pro próprio agente comunitário, claro que alguma coisa ou outra acaba me perguntando, às vezes é mais fácil, me liga. (E12)

A fala anterior exemplifica o que foi afirmado por Gerhardt e Santos (2009): a rede social tem influência direta nas condições de saúde das pessoas. Nesta fala, o profissional entrevistado reconhece que, por estar dentro de uma unidade de saúde, é mais fácil obter informações quanto à organização do serviço e a oferta para passar a seus familiares.

Sobre a possibilidade de facilitação do acesso a amigos e familiares nas unidades de saúde, uns colocam que é algo que acontece e não se restringe aos serviços de saúde, podendo ocorrer em outros lugares.

Com certeza, com certeza, com certeza... cidade pequena. Eu conheço fulano que conhece... isso vale no mercado, isso vale pra lojinha... é cultural, isso pode não ficar claro, mas ele vai ali e, ‘ô fulano...’ isso até num plano de saúde que tem ali utilizam isso ‘ô meu primo, eu tenho uma colega...’ entendeu?. (E3)

Acho que facilita, acho que facilita até mesmo pelo fato de você tá aqui dentro e marcar. (E10)

Concernente a isso, uma pesquisa realizada por Gonçalves e Verdi (2007) em uma clínica odontológica de ensino, entre outras problemáticas, discute o favorecimento às pessoas próximas de funcionários e professores, familiares, amigos e conhecidos nos atendimentos. Tal estudo considera como abuso e desrespeito àqueles que esperaram e estão em filas aguardando liberação de vagas.

Alguns entrevistados afirmam que isto é um problema de difícil gerenciamento e que a recepção, por ser a porta de entrada, pode ser facilitadora para favorecer a sua rede de amigos e familiares, a rede primária, caso queiram.

Sim, com certeza, eu até converso muito isso com, principalmente, com a recepção, né, que é a porta de entrada da unidade, se elas quiserem, elas são facilitadoras, é lógico que um parente da gente, um amigo mais próximo a gente vai tentar facilitar a vida dele de todas as formas. Eu só converso com elas que a gente tem que ter o bom senso, né, se a gente facilita de um próximo, a gente tem que facilitar a vida de todos, né. Mas existe isso. (E11)

É lógico que se tiver uma fila de espera, você vai preferenciar um parente, né, principalmente que esteja precisando bastante. Mas não é uma coisa que a gente gerencia. A gente sabe que existe, mas foge da nossa gerência. (E11)

Quando existe alguém na família que trabalha no setor saúde, é comum que seus membros direcionem suas dúvidas, solicitem opinião e, até mesmo, peçam ajuda, seja para obter alguma informação seja para marcação de consultas ou exames. Portugal (2005) afirma que os laços, fortes e fracos, possuem um papel relevante na garantia do acesso aos serviços de saúde, sendo os laços fortes mais eficazes. “Os laços fortes, familiares ou de amizade, permitem sempre um acesso mais facilitado e de qualidade” (PORTUGAL, 2005, p.19).

Outro aspecto inerente à rede primária e ao acesso é que, em muitos casos, são os amigos e familiares que impulsionam um indivíduo a procurar auxílio profissional, motivados a buscar ajuda para um problema de saúde que alguma pessoa próxima enfrente. Assim, as redes sociais e as redes de apoio são fatores positivos que influenciam a vida dos indivíduos, tanto física quanto mentalmente, fornecendo, até mesmo, informações sobre funcionamento e horários de algum serviço de saúde. Essas redes compartilham experiências com o objetivo de motivar a ida à unidade de saúde. As redes conferem apoio emocional, afetivo, material, informacional e outros (GERHARDT; SANTOS, 2012).

3.4.4 Categoria 4 - Contatos socioprofissionais

Quando as vias formais são insuficientes ou se esgotam, os profissionais realizam contatos com outros profissionais – dentro ou fora do município – para que consigam atender à necessidade do usuário; no entanto, cada caso é avaliado e as decisões são de acordo com essas necessidades.

Quando o paciente não consegue a vaga para o especialista e o caso é grave, eles entram em contato com a coordenação da atenção básica e a gente faz contato com os coordenadores de cada setor para pedir um encaixe e a gente consegue encaixar esse paciente. (E1)

São várias as falas de profissionais que referem uma mobilização das redes de contatos para garantir os direitos dos usuários aos serviços de saúde de maneira integral e equânime. Uma das formas para se conseguir contato com profissionais de outros municípios é por intermédio das reuniões de grupos técnicos que acontecem na região do Médio Paraíba. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), “os grupos técnicos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico” (BRASIL, 2016a). Assim, visam discutir e aprofundar determinados assuntos, contando com especialistas, gestores e profissionais representantes de acordo com cada nível de complexidade.

Estas reuniões podem abordar diversos assuntos, ou melhor, as reuniões são temáticas, cada assembleia possui um tema a ser discutido e aprofundado por profissionais e gestores de uma determinada região.

Esse é um espaço onde os profissionais expandem suas redes sociais, conhecem outros gestores e profissionais, trocam contatos e os utilizam quando houver necessidade. Quando não há uma determinada especialidade no município, por exemplo, um determinado profissional pode recorrer a outros por meio desses contatos iniciados nesses espaços de reuniões de grupo técnico, o que, para o município, é um ponto positivo.

Para Silva e Benito (2013), existem inúmeras dificuldades para garantir o acesso aos serviços de atenção especializada para a população. A fim de minimizar tal situação, apontam para a necessidade de fortalecimento da saúde de maneira regionalizada, envolvendo outros municípios da mesma região. As reuniões são espaços de uso para negociações e pactuações, os grupos técnicos e a articulação dos profissionais e gestores são um meio para melhorar o acesso nos serviços de média a alta complexidade e facilitar o acesso dos usuários do SUS. Em Porto Real, a apropriação destes espaços e a articulação dos gestores já é utilizada como uma forma de garantia de acesso aos serviços de atenção especializada.

Há, também, uma relação que a gente acaba conseguindo estabelecer com outros municípios através das reuniões de grupos técnicos que ocorre na região [...] e nesses espaços, a gente conhece os técnicos das outras regiões que são coordenadores, diretores [...] e ali, naquele momento, também a gente consegue um espaço... que a gente consegue também o acesso a um determinado serviço de outro município. (E1)

Nesse espaço de grupos técnicos, a gente consegue tratar muita coisa, a gente acaba pegando contato pessoal das pessoas, e também se a gente precisar de uma coisa que demanda de maior agilidade, a gente faz contato direto pessoal com um coordenador e ele consegue agilizar pra gente aquela determinada situação. (E1)

As redes sociais são interações que favorecem o compartilhamento de informações, recursos e outros, sendo responsáveis, assim, pela inovação e produção de conhecimento. São elas que moldam as ações e as estratégias. No caso das redes para a regulação, contribuem para que, diante de uma inoperância ou insuficiência pelas vias formais, as pessoas utilizem contatos estratégicos para atender a suas necessidades.

Ressalta-se que, no município, os encaminhamentos para a atenção especializada são priorizados através das vias formais, SER e SISREG, e somente em casos em que há uma certa urgência, após avaliação médica e diante de dificuldade de referenciar, é que essas redes são mobilizadas.

Às vezes tem coisa que a regulação, né, que é esse sistema de regulação não funciona, não tem jeito, então a gente tem que telefonar mesmo para o hospital e falar diretamente com a enfermeira, falar diretamente com o médico e pedir ‘olha tem um caso aqui que é muito grave, é esse, esse, esse e esse’ pra gente conseguir. (E7)

A gente telefonou para lá, fizemos amizade com uma enfermeira e todas as vezes que eu preciso, não é pelo sistema de regulação, é pelo contato. (E7)

Ele conversa com enfermeiros, joga aquele papo, ‘pá, pá, pá, pá’ e consegue um monte de coisa, tem uma lábia... e depois que ele consegue, eu entro [risos]. (E7)

Às vezes, quando o médico não vem, a gente precisa de atendimento médico, a gente usa o rádio pra tá procurando os profissionais que possa fazer nosso atendimento. (E11)

Se houver algo que a gente não consiga, a gente puxa a coordenação, mas é minimamente. (E3)

Frente a situações que dificultam o acesso dos usuários dos serviços de saúde à atenção especializada, os profissionais e gestores buscam ações e estratégias que possam resolver o problema e garantir o acesso. Para Mangia e Muramoto (2005), faz parte destes recursos contatar outros profissionais, de outros municípios, na tentativa de responder mais rapidamente à necessidade emergente. As redes sociais potencializam respostas mais rápidas e eficazes; locais em que o acesso é mais restrito, as redes sociais são acionadas mais frequentemente e possuem maior força. Por meio delas, buscam-se melhorias nos atendimentos, serviços prestados, acesso e outros para a população, é um meio que favorece a resolução dos problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo 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. Isso acontece quando os recursos formais se esgotam.

A representação gráfica da rede destacou o controle e avaliação, coordenador do TFD e coordenador da atenção básica com maior centralidade de grau e intermediação, isto é, são mais estratégicos e relevantes na garantia do acesso dos usuários aos níveis de média e alta complexidades. Estes possuem maior contato direto com outros atores da rede e têm maior potencial de intermediação e de controle das informações.

A abordagem quantitativa, de análise das redes sociais, demonstrou que, para alguma insuficiência dentro do município que se configurasse como uma dificuldade no acesso aos serviços especializados, o controle e avaliação, executado por administradores, tiveram destaque na rede, aparecendo com maior centralidade de grau e intermediação. Seu destaque na rede ocorreu porque este é o setor responsável pela liberação de cotas para os profissionais da atenção básica encaminharem para os níveis de atenção secundária e terciária.

Este fato foi evidenciado, também, pela análise das entrevistas, na qual os profissionais participantes afirmaram que caso as cotas sejam insuficientes para o número de usuários, eles entram em contato com o controle e avaliação e, imediatamente, mais cotas são liberadas. Fazendo isso, os usuários, principalmente aqueles com maior necessidade, não precisam esperar o próximo mês e, assim, têm garantido o acesso integral e de qualidade que responde prontamente às necessidades de saúde dos munícipes.

As redes evidenciaram, ainda, que o enfermeiro, coordenador da atenção básica, possui uma alta centralidade de grau e intermediação. Também possui alta expansividade por ter contato direto com coordenadores e gestores das unidades de serviço de saúde, desde a atenção básica à terciária. Ademais, é articulador não apenas dentro do município, mas utiliza os espaços de negociações regionais, as reuniões de grupo técnico, para formar outros laços, conhecer outros gestores e profissionais, ampliando sua rede de interações. Assim, quando os recursos dentro do município são insuficientes ou não existem, esses contatos são acionados para garantir o acesso da população.

Desse modo, percebe-se a união dos municípios da região do Médio Paraíba e o protagonismo dos gestores para superar qualquer dificuldade de acesso por intermédio das

interações de gestores e profissionais na tentativa de garantir um acesso à atenção especializada de qualidade, respeitando o direito à saúde da população.

Desse modo, o município mostrou-se bem articulado, os profissionais estão em constante interação, comunicam-se com suas equipes e com a coordenação da atenção básica, TFD e controle e avaliação. Essa articulação e esse contato evidenciados pela combinação de uma abordagem quantiquantitativa reflete em um serviço de qualidade, que responde às necessidades de saúde do município e que atende aos princípios do SUS.

Outro fator destacado durante as entrevistas é o sistema informatizado utilizado pelo município. Este contribui para a integralidade da assistência, pois está disponível a todos os profissionais de saúde, desde a rede de atenção básica, a atenção secundária e terciária. O Didática Digital é um sistema informatizado, o qual permite a criação de um único prontuário com acesso a todos os profissionais.

Os enfermeiros também aparecem como importantes articuladores e intermediadores. Isto ocorre porque tais profissionais possuem uma formação para atuar como líderes de equipes e para desenvolverem ações de cunho assistencial, administrativo e educativo. Para isso, precisam de conhecimentos nessas áreas, habilidades de comunicação, liderança, articulação, resolução de conflitos e atitudes, com tomada de decisão responsável e ética. A formação dos enfermeiros, conforme as diretrizes curriculares nacionais, confere uma base para que esses profissionais atuem com qualidade e se apropriem dos seus espaços para garantirem a continuidade de um cuidado resoluto e integral.

A forma com que a rede se articula, como ocorrem as relações sociais e entre equipes, reflete na qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, na continuidade ou não do cuidado. As relações interpessoais precisam ser pautadas na confiança, respeito, consideração aos conhecimentos e cultura dos demais, escuta ativa, entre outros. Isto não apenas entre pares, mas também nas relações entre profissionais e usuários, objetivando a qualidade dos serviços à população. Neste caso, a escuta ativa e as demais qualidades competem a todos os profissionais, não sendo privativa de nenhuma categoria profissional.

É a articulação da rede de serviços e profissionais que favorece o acesso e os encaminhamentos para a atenção especializada, o que contribui para a continuidade do cuidado fazendo com que os usuários sejam, rotineiramente, assistidos de maneira a evitar adoecimento e agravo à sua saúde.

O município estudado, além de ser de pequeno porte e com uma população inferior a vinte mil habitantes, mostrou-se articulado e organizado, respondendo com efetividade e resolubilidade as demandas em saúde da população. Caso haja alguma situação adversa, de

gravidade – o que não acontece tanto, já que os usuários são rotineiramente acompanhados –, e os recursos no município não forem suficientes, lança-se mão das redes sociais, de contatos com outros profissionais, a fim de conseguir e garantir o acesso ao usuário.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos dos conceitos. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1784/1520>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L.; FARIA, M. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, out./dez. v. 20, n. 4, p. 533-536, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a20.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76423>>. Acesso em: 07 set. 2013.
- ALEJANDRO, V. A. O; NORMAN, A. G. Manual introductorio al análisis de redes sociales. **Web Redes**, Sevilla, Jun. 2005. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.
- AZEVÊDO, S. R. O programa de tratamento fora de domicílio no sistema único de saúde no Piauí. **Holos**, [S.l.], ano 32, v. 2, p. 402-413, 2016. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/3360/1457>>. Acesso em: 01 jan. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- 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.
- BEZ, G. S.; FARACO, R. A.; ANGELONI, M. T. Aplicação da técnica de Análise de Redes Sociais em uma Instituição de Ensino Superior. In: **XXVI SIMPÓSIO DE GESTÃO DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA**, 2010, Vitória: Anpad, 2010. p. 1-16. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/Simp%C3%B3sio/simpósio_2010/2010_SIMPOSIO68.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2017.
- BORGATTI, S.P.; EVERETT, M.G.; FREEMAN, L.C. **Software Ucinet**. versão 6.530 de 2002.

BRANDES, U; BORGATTI, S. P; FREEMAN, L. C. Maintaining the Duality of of closeness and betweenness centrality. **Social Networks**, [S.l.], v. 44, p. 153-159, 2015. Disponível em: <<http://www.steveborgatti.com/research/publications/brandesduality.pdf?attredirects=0&d=1>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Câmaras e grupos técnicos. 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016.

_____. **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. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/SVS/MS). **Monitoramento de indicadores de DCNT**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard2/mortalidade/dcnt/>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2016c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8901.htm#art9>. Acesso em: 01 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php/>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 15 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002**. Brasília, 2002a. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_P423_02informes.doc>. Acesso em: 14 out. 2016.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, n. 28, v. 1, 2011c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 171 de 28 de novembro de 2011**. Regulamenta a concessão do auxílio para tratamento fora de domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. 2011d. Disponível em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/component/docman/?task=doc_download&gid=7986&Itemid=1214>. Acesso em: 23 dez. 2016.

CAETANO, S. C. **Associação entre rede e apoio social com auto-avaliação da saúde em idosos residentes do Município do Rio de Janeiro**. 2011. 92f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 27 jun. 2011.

CALIPO, S. M; SOARES, C. B. Saúde como direito. In.: SOARES C. B; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Ed. Manole, p. 3-48, 2013.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana**, Salvador, v. 33, n. 3, jul./set. p. 440-452, 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/225/pdf_40>. Acesso em: 19 set. 2015.

CORRÊA, A. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.32, n.3, set. p. 451-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/03.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr./jun. v.18, n. 2, p. 206-14, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

DEL-VECCHIO, R. R. et al. Medidas de centralidade da teoria dos grafos aplicada a fundos de ações no Brasil. **Economia**, Niterói, p. 1-22, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF_TD253.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2017.

EASTWOOD, EDJ; KEMP, L; JALALUDIN, B. Explaining ecological clusters of maternal depression in South Western Sydney. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S.l.], 2014, 14:47. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-47>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

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

FARIA, L. H. L. et al. A produção científica em comportamento do consumidor no Brasil, de 2007 a 2011, sob a perspectiva da análise das redes sociais (ars). **Revista Educação, Tecnologia e Cultura - E.T.C.**, Salvador, n. 13, maio. 2016. Disponível em: <<http://www.publicacoes.ifba.edu.br/index.php/etc/article/view/5>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, L. Q. **Medidas de centralidade em grafos**. 2010. 103f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GERHARDT, T. E; SANTOS, D. L. Condições de vida, redes e apoio social na procura por serviços de saúde. **Rev APS**, [S.l.], jul/set; v.15, n.3, p. 245-268, 2012. Disponível em: <<https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/1683/654>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, D. R. et al. Gestão na estratégia de saúde da família: desafios para o (a) enfermeiro (a). **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**. Barreiras. v. 1, n. 2, p. 01-18. 2016. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/126>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

GONÇALVES, E. R; VERDI, M. I. M. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 755-764, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/26.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

GRANOVETTER, M. The strenght of weak ties. **The American Journal of Sociology**, Chicago, v.78, n. 6, p. 1360-1380, 1973. Disponível em: <https://sociology.stanford.edu/sites/default/files/publications/the_strength_of_weak_ties_and_exch_w-gans.pdf>. Acesso em: 05 set. 2016.

HOLANDA. A. B. Verbete: ponte. **Miniaurélio Dicionário Eletrônico**. versão 5.12. Acesso em: 02 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas. **Cidades**, 2016 Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330411>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

IZQUIERDO, L. R; HANNEMAN, R. A. Introduction to the formal analysis of social networks using mathematica. Burgos, 2006. Disponível em: <<http://www.luis.izquierdo.name>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

KAUFMAN, D. A força dos “laços fracos” de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço. **Galaxia**. (Online). São Paulo, n. 23, p. 207-218, jun. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/galaxia/article/view/5336/7580>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Cuadernos médico sociales**. México, n. 19, enero, 1982. Disponível em: <<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

LIN, N. Social resources and instrumental action. In: MARSDEN, P. V.; LIN, N. (Orgs.), **Social Structure and Network Analysis**. Beverly Hills: Sage, p. 131-145, 1982.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13955>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais- aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2016.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v.3, n.1, p.27-46, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/view/26/56>>. Acesso em: 04 maio 2016.

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M. I. A metodologia de análise de redes sociais. In: VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005. p. 81-100.

MARTELETO, R. M; SILVA, A. B. O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 41-49, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n3/a06v33n3>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MARTINS, A. R. et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 6-12, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a02v36n1s2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MARTINS, P. H. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. **Caderno CRH**, Salvador, v. 17, n. 40, p. 33-48, jan./abr. 2004. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18479/11855>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [S.l.], n. 73, 2005. Disponível em: <<http://rccs.revues.org/954>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: vozes, 2012. p. 61- 77.

MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. **Empiria**, [S.l.], v. 10, p. 71-106, 2005. Disponível em: <http://ciudadaniavirtual-digital.wikispaces.com/file/view/02+Estudio+de+las+RS+personales.+contribuciones+metodos+y+perspectivas_Parte1.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2015.

PAULA, M. et al. Work process and management competences of the nurses in the family health strategy. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n.4, p. 980-7, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1248>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

PEDUZZI, M.; SILVA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. 1. ed. Barueri: Manole, 2012. Capítulo 7, p. 217- 243.

PINHEIRO, R. L; GUANAES-LORENZI, C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 1, p. 48-57, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2014000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 jan. 2017.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2016.

PORTUGAL, S. Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. **Simpósio Família, Redes Sociais e Saúde**, Hamburgo, Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo, 7 e 8 de abril de 2005. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/235/235.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

PORTUGAL, S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. **Oficina do CES n.º 271**. março de 2007. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271/271.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

PREFEITURA DE PORTO REAL. Disponível em: <<http://www.portoreal.rj.gov.br/cidade/localizacao/>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

RECUERO, R. C. Comunidades virtuais em redes sociais na internet: uma proposta de estudo. **Ecompos**, [S.l.], v. 4, n. dez 2005. Disponível em: <<http://www.raquelrecuero.com/seminario2005.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

RECUERO, R. C. Online x Offline: Redes Sociais não são iguais. **Social Media** [18 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.raquelrecuero.com/arquivos/online_x_offline_redes_sociais_nao_sao_iguais.html>. Acesso em: 26 nov. 2015.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

RODRIGUES, A. P. et al. Boa gestão de enfermagem na percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, v. 2, n. 2, p. 12 -22, 2015. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/660>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v.31, n.3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 02 nov. 2016.

SILVA, F. H. C. A atuação dos enfermeiros como gestores em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5/40>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

SILVEIRA, C. et al. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 10, p. 2017-2027, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000018>. Acesso em: 26 nov. 2015.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Ed.). **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

STOTZ, E. N; DAVID, H. M. S. L. Educação popular e saúde. In: SOARES C. B; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri, São Paulo: Ed. Manole, 2013.

STOTZ, E. N; DAVID, H. M. S. L; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, [S.l.], v.8, n. 1, p. 49-60, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

TOMAÉL, M. I; MARTELETO, R. M. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11nesp1p75>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

VESCO, D. G. D; SCARPIN, J. E; MACHADO, D. G. Cooperação entre os Capitais Sociais em Empresas Concessionárias de Serviços Públicos no Brasil: Evidências Estruturais em Concessões de Rodovias. In: **XXXIV Encontro da ANPAD**, 2010, Rio de Janeiro: EnAnpad, 25 a 29 de setembro de 2010, p. 1-15. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eor2476.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**Entrevista Semiestruturada****Dados gerais**

Nome:

Município de Residência:

Escolaridade:

Profissão:

Enfermeiros

- 1) Quanto tempo você atua na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
- 2) Você possui outro vínculo de trabalho? Se sim, onde?
- 3) Como funciona os encaminhamentos para a atenção especializada?
- 4) Quando a regulação e encaminhamento formal não atendem à demanda do usuário, como proceder?
 - a. Cite 5 pessoas que você busca quando precisa de regulação e encaminhamento para seus usuários do serviço.

Demais entrevistados

- 1) Qual o seu cargo profissional?
- 2) Há quanto tempo você atua nesta função?
- 3) Na sua opinião, a regulação atende às demandas do município?
- 4) A regulação de atendimentos e serviços ocorre, em maior parte, de maneira formal ou de informal?
 - a. Como acontece
 - b. Tem exemplos

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524. Sala 3020, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2569-3490.

ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Helena Maria Scherlowski Leal David

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33423114.9.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 728.664

Data da Relatoria: 24/07/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as redes sociais que se produzem no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica, estabelecendo a posição e o papel desse e dos demais profissionais e atores sociais na efetivação do acesso a linhas de cuidado em saúde, neste nível de atenção, e na média e alta complexidade. Objetivos específicos: Caracterizar as relações em rede nas equipes da Atenção Básica e desta com os níveis de média e alta complexidade nos municípios, evidenciando a participação do enfermeiro; Estabelecer a configuração das redes sociais institucionais segundo a análise estrutural

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. 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

Continuação do Parecer: 728.664

de redes, com medidas de centralidade e posição dos enfermeiros e demais atores sociais; Compreender as formas e processos pelos quais se constituem e operam as redes sociais, os significados e sentidos a esta conferidos, e as mediações sócio-culturais e políticas envolvidas, a partir de uma abordagem etnográfica; Identificar e estabelecer a configuração de outras redes sociais, extra institucionais, de acordo com os dados da pesquisa; Analisar redes de apoio

social de participação comunitária e seu papel na efetivação do acesso em saúde; Subsidiar discussões das equipes profissionais e a elaboração de fluxos para ampliação do acesso nas linhas de cuidado; Divulgar os resultados obtidos para a categoria de enfermeiros e demais profissionais, de acordo com as condições locais, como forma de contribuir com os processos de educação permanente no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. 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