



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Tarciso Feijó da Silva

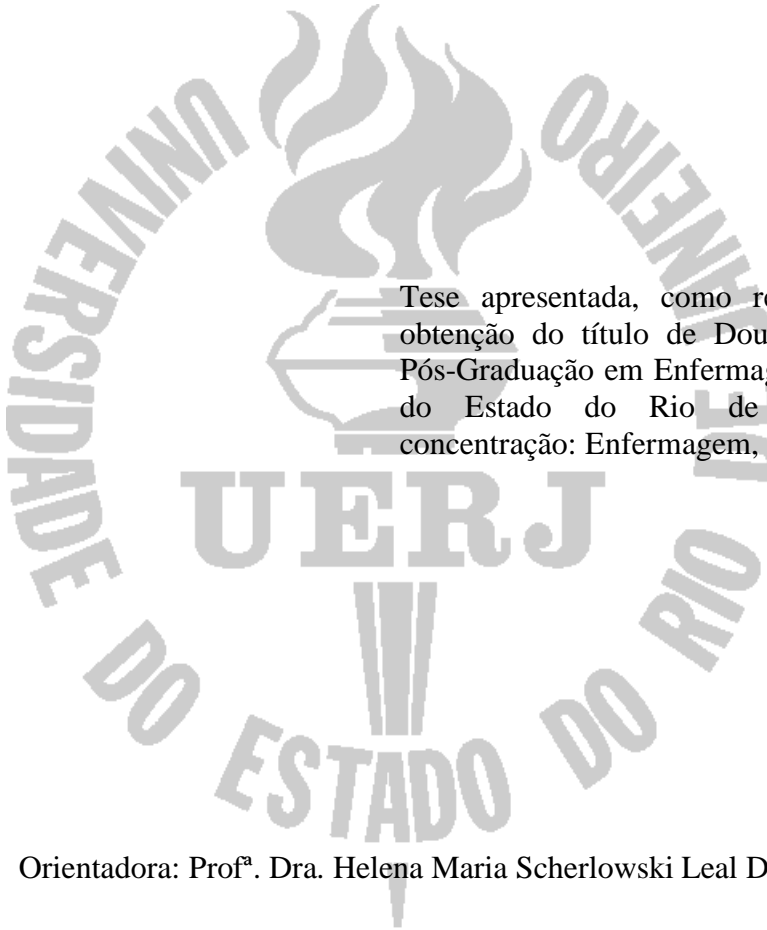
**Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**

Rio de Janeiro

2019

Tarciso Feijó da Silva

**Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**



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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Tarciso Feijó da.  
Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica /  
Tarciso Feijó da Silva. - 2019.  
206 f.

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David.  
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

1. Acolhimento. 2. Atenção primária à saúde. 3. Rede social. 4.  
Comunicação em saúde. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III.  
Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

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

---

Assinatura

---

Data

Tarciso Feijó da Silva

**Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**

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

Aprovada em 30 de outubro de 2019.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Adriana Coser Gutierrez  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Valéria Ferreira Romano  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sonia Acioli de Oliveira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2019

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pelos livramentos cotidianos, pela rede de pessoas que colocou ao meu lado e que contribuíram para minha formação, por treinar em mim a escuta e os sentidos e por me permitir trilhar o caminho da pesquisa.

Aos meus pais, pela minha vida, pela minha formação primária, pelos exemplos propositivos, pela intercessão nos momentos de angústia, pelo alento, mesmo que à distância, e, principalmente, por me aceitarem na minha singularidade.

Aos meus irmãos, por acreditarem no meu potencial, por vibrarem com minhas conquistas e pela parceria que temos construído ao longo da vida.

Ao meu parceiro nessa jornada, Douglas Rodrigues, pela dedicação e pelo cuidado, por deixar meus dias menos densos e por ter consciência das conquistas advindas da minha formação.

Ao meu amigo Rodrigo Ayres, pela amizade, por escutar meus anseios, pela transparência e leveza da nossa amizade, por acompanhar minha trajetória pessoal e profissional, por estar sempre sensível às minhas questões e me ajudar a tratar dos meus traumas.

À amiga Tatiana Cabral, presente esse que o doutorado me deu, pela doce amizade que construímos, pela alegria que em mim dispara e por caminhar ao meu lado nesta jornada que chamamos de vida.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Valéria Ferreira Romano, por acreditar no meu potencial, pela prontidão nas horas em que mais precisei, por ter me aproximado da pesquisa e me tornado uma pessoa mais crítica, porém não menos humana.

Ao grupo de pesquisa “Configurações do trabalho, saúde dos trabalhadores e Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro”, pelos potentes encontros, pelos produtos e pelo conhecimento compartilhado.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David, por ser inspiração, por acreditar no meu potencial, por incentivar meu desenvolvimento acadêmico, por compreender minhas ausências motivadas pelo trabalho, pelo estímulo tão necessário nos momentos em que tudo parecia não fazer sentido e pela confiança em mim depositada.

Perante todo o sofrimento, aos que têm saúde compete um primeiro dever: o do respeito, às vezes até mesmo o do silêncio. Nem justo, nem injusto, o sofrimento continua apesar das explicações parciais, difícil de ser compreendido e difícil de ser aceito mesmo por aqueles que têm fé. Esta não elimina a dor.

*João Paulo II*

## RESUMO

SILVA, Tarciso Feijó. **Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**. 2019. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este estudo tem por **objeto** “o acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde (ABS)”. **Objetivo:** Analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado em uma unidade de Atenção Básica em Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, delineado pela observação sistemática dos aspectos estruturais, relacionais e prescritivos do campo, e análise a partir do acolhimento das relações dos atores em uma perspectiva de produção do cuidado. Os dados foram analisados mediante Análise de Redes Sociais (ARS), com a utilização dos *softwares* Ucinet e Netdraw, que permitiram a construção do sociograma e a geração das medidas de centralidade dos atores, sendo discutidos à luz da teoria de Pierre Bourdieu. **Resultados:** O olhar sobre a ABS permitiu ressignificá-la como um campo, sendo possível observar que ela é conformada por regras que a orientam e dão sentido à sua existência. Observou-se, para além das normativas que ditam como o campo deve funcionar e como os atores devem agir, formas distintas de perceber e utilizar o acolhimento, em que esse não emergiu através da observação sistemática como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado. A ARS permitiu compreender como as relações entre os atores se conformam através do acolhimento. A posição de proximidade dos profissionais médicos e enfermeiros dos demais profissionais registra maior prestígio e autoridade dessas profissões em relação às outras profissões do campo. Os técnicos de enfermagem, pela responsabilidade que detêm no que concerne às atividades de cunho técnico e pelo papel de relevo no acolhimento, já que todas as demandas são direcionadas para eles, aparecem na rede em destaque. Quanto às métricas exportadas, a de densidade foi baixa, o que indica que nem todos os atores estão em contato direto uns com os outros, trocando informação ou qualquer tipo de recurso, tornando a rede pouco coesa. Por sua vez, todos os atores com maior grau de centralidade, proximidade e intermediação são de nível superior, com exceção dos técnicos de enfermagem. O retrato da relação dos atores a partir do acolhimento reitera os achados da observação sistemática, elucidando uma lógica de produção do cuidado, cujo foco é o atendimento pontual e a resolução de problemas. **Conclusão:** Os resultados obtidos pela observação sistemática e ARS mostraram-se confluentes. O fato de o acolhimento pelo observado e pelo retratado no sociograma configurar-se como regulador do acesso e dispositivo de apoio para classificação de risco e atendimento à demanda espontânea implica repensar normativas, processos e o agir dos atores no campo. Esse último revela-se na postura, na atitude e na tomada de decisão dos atores, que, permeados pelo *habitus* e com os diferentes capitais que possuem, poderiam tornar o acolhimento uma potente estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Básica em Saúde. Produção do cuidado. Redes sociais.

## ABSTRACT

SILVA, Tarciso Feijó. **Reception, social networks and care production in Primary Care.** 2019. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This study has as its **object** “the welcoming, social networks and production of care in Primary Health Care (ABS). **Objective:** To analyze reception from the perspective of care production in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** Descriptive study with a qualitative and quantitative approach outlined by the systematic observation of the structural, relational and prescriptive aspects of the field, and analysis from the reception of the actors' relations in a care production perspective. Data were analyzed through Social Network Analysis (ARS), using Ucinet and Netdraw software that allowed the construction of the sociogram and the generation of centrality measures of the actors, being discussed in light of Pierre Bourdieu's theory. **Results:** Looking at ABS allowed us to re-signify it as a field, and it can be observed that it is shaped by rules that guide it and give meaning to its existence. In addition to the norms that dictate how the field should work and how the actors should act, different ways of perceiving and using the host were observed, which did not emerge through systematic observation as a health surveillance strategy for care production. . The ARS allowed us to understand how the relationships between the actors conform through the reception. The position of proximity of medical professionals and nurses of other professionals registers greater prestige and authority of these professions, compared to other professions in the field. The nursing technicians for their responsibility regarding the technical activities and the important role in the reception, since all demands are directed to them, appear in the highlighted network. As for the exported metrics, the density one was low, which indicates that not all actors are in direct contact with each other, exchanging information or any kind of resources, making the network uncohesive. In turn, all actors with the highest degree of centrality, proximity and intermediation are of higher level, except for nursing technicians. The portrayal of the relationship of the actors from the reception reiterates the findings of systematic observation, elucidating a logic of care production, which focuses on punctual care and problem solving. **Conclusion:** The results obtained by systematic observation and ARS were confluent. The fact of being welcomed by the observed and portrayed in the sociogram is configured as an access regulator and support device for risk classification and meeting spontaneous demand, implies rethinking rules, processes and the actions of actors in the field. The latter is revealed in the attitude, attitude and decision-making of the actors that permeated by the habitus and with the different capitals they possess could make the reception a potent health surveillance strategy for care production.

Keywords: Reception. Primary Health Care. Care production. Social networks.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Rede de produção do cuidado do CMS Parque Royal.....	124
Gráfico 2 –	Microrrede de produção do cuidado Equipe Emanuel.....	135
Gráfico 3 –	Microrrede de produção do cuidado Equipe Boa Esperança.....	137
Gráfico 4 –	Microrrede de produção do cuidado Equipe Tubiacanga.....	139
Gráfico 5 –	Microrrede de produção do cuidado Equipe de Saúde Bucal.....	140
Gráfico 6 –	Microrrede de produção do cuidado Equipe NASF.....	142
Gráfico 7 –	Microrrede de produção do cuidado Equipe de Apoio e Gestão.....	143
Gráfico 8 –	Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal – atores com maior centralidade de grau.....	149
Gráfico 9 –	Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal – atores com maior centralidade de proximidade.....	153
Gráfico 10 –	Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal – atores com maior centralidade de intermediação.....	157

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Pesquisa base de dados BVS.....	26
Quadro 2 –	Pesquisa base de dados BDTD.....	28
Quadro 3 –	Relação de atores participantes da pesquisa.....	76
Quadro 4 –	Clusters Rede de Produção do Cuidado.....	145

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos atores segundo sexo, gênero, estado civil, faixa etária, UF de Nascimento e Residência.....	116
Tabela 2 –	Instituição responsável pela formação dos atores.....	117
Tabela 3 –	Tempo de atuação dos profissionais do CMS Parque Royal.....	118
Tabela 4 –	Escolaridade e atividade profissional dos pais dos atores do CMS Parque Royal.....	120
Tabela 5 –	Distâncias Geodésicas “Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal.....	127
Tabela 6 –	Medidas de Centralidade de Grau da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal.....	150
Tabela 7 –	Medidas de Centralidade de Proximidade da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal.....	154
Tabela 8 –	Medidas de Centralidade de Intermediação da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal.....	157

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de discurso
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeSC	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PAB	Piso Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRS	Programa de Remoção Solidária
PRSBC	Programa de Reabilitação Social Baseada na Comunidade
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	14
1	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	25
2	<b>QUADRO CONCEITUAL.....</b>	32
2.1	<b>Campo, <i>habitus</i> e capital em Pierre Bourdieu.....</b>	32
2.2	<b>Atenção Básica em Saúde.....</b>	39
2.3	<b>Acolhimento.....</b>	51
2.4	<b>Produção do cuidado na Saúde.....</b>	56
2.5	<b>Análise de redes sociais.....</b>	61
2.5.1	<b><u>A proposta metodológica das redes sociais e suas categorias de análise.....</u></b>	65
3	<b>METODOLOGIA.....</b>	72
3.1	<b>Tipo de estudo.....</b>	72
3.2	<b>Campo de pesquisa.....</b>	74
3.3	<b>Participantes do estudo.....</b>	76
3.4	<b>Técnica de coleta de dados.....</b>	77
3.5	<b>Análise dos dados.....</b>	78
3.6	<b>Aspectos éticos.....</b>	82
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	84
4.1	<b>Um olhar sobre a Atenção Básica em Saúde à luz da Teoria Geral dos Campos de Pierre Bourdieu.....</b>	84
4.1.1	<b><u>Aspectos estruturais.....</u></b>	86
4.1.2	<b><u>Aspectos relacionais.....</u></b>	93
4.1.3	<b><u>Aspectos prescritivos.....</u></b>	107
4.2	<b>Caracterização do universo de atores do CMS Parque Royal.....</b>	113
4.3	<b>Análise da Rede Social do CMS Parque Royal.....</b>	122
4.3.1	<b><u>As microrredes do CMS Parque Royal.....</u></b>	134
4.3.1.1	<b>Equipe Emanuel.....</b>	135
4.3.1.2	<b>Equipe Boa Esperança.....</b>	136
4.3.1.3	<b>Equipe Tubiacanga.....</b>	138

4.3.1.4	Equipe de Saúde Bucal.....	140
4.3.1.5	Equipe NASF.....	141
4.3.1.6	Equipe de Apoio e Gestão.....	143
4.3.1.7	Microrredes invisíveis do CMS Parque Royal.....	144
4.3.2	<u>As métricas da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal</u> .....	146
4.3.2.1	Densidade.....	147
4.3.2.2	Centralidade de grau.....	148
4.3.2.3	Centralidade de proximidade.....	152
4.3.2.4	Centralidade de intermediação.....	156
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	161
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	166
	<b>APÊNDICE A</b> - Carta de solicitação de autorização de realização de estudo.....	187
	<b>APÊNDICE B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	188
	<b>APÊNDICE C</b> - Roteiro para observação sistemática.....	190
	<b>APÊNDICE D</b> - Roteiro para questionário estruturado.....	191
	<b>ANEXO A</b> - Definição dos descritores de saúde.....	192
	<b>ANEXO B</b> - Dados socioambientais do CMS Parque Royal.....	194
	<b>ANEXO C</b> - Região de Saúde Metropolitana I e Áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro.....	195
	<b>ANEXO D</b> - Fluxo de Acolhimento do CMS Parque Royal.....	196
	<b>ANEXO E</b> - Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	197
	<b>ANEXO F</b> - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Rio de Janeiro.....	198
	<b>ANEXO G</b> - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	201

## INTRODUÇÃO

### Apresentação

O interesse pelo debate que envolve o acolhimento emergiu com a minha inserção como Enfermeiro de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, onde permaneci por três anos, vindo a ocupar posteriormente cargo de gestão. Como enfermeiro, atuei em duas unidades de Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo uma classificada como unidade Módulo A e outra como unidade Módulo B (RIO DE JANEIRO, 2016). No município do Rio de Janeiro, de acordo com a Carteira de Serviços<sup>1</sup> da Atenção Primária à Saúde (APS), as unidades, segundo o perfil de atendimento, podem ser classificadas em Centro Municipal de Saúde (CMS) e Clínica da Família (CF). As Clínicas da Família são designações utilizadas para as unidades que seguem o padrão do “Saúde Presente”, desenvolvido pela Casa Civil do Governo Federal. Os CMS, por sua vez, são classificados em: Módulo A (Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família), Módulo B (Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pela Saúde da Família) e Módulo C (Unidades onde ainda não temos equipe de Saúde da Família, mas com território de referência bem definido) (RIO DE JANEIRO, 2016).

As unidades, apesar de possuírem conformação distinta, seguiam uma lógica de organização e funcionamento muito equivalentes. O fluxo de atendimento aos usuários existentes nesses locais contribuía diretamente para a regulação e o controle pelos agentes comunitários de saúde (ACS) das demandas programadas e espontâneas. Ambas eram agendadas por esses profissionais: as primeiras eram feitas a partir das visitas domiciliares realizadas ou por meio de solicitação do próprio usuário que ingressava nas unidades; já as segundas eram disparadas pela escuta inicial. Os técnicos de enfermagem eram acionados para a realização de algum procedimento técnico ou quando, na escuta inicial, a necessidade dos usuários exigia a

---

<sup>1</sup>Carteira de Serviços: Documento criado em 2011, através do esforço coletivo de gestores do nível central e das coordenações de áreas de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no município do Rio de Janeiro. No documento, estão relacionados os serviços que devem ser ofertados na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro. Entre os serviços, deve ser dada ênfase às ações voltadas para a saúde do adulto/idoso/criança/adolescente, além de ações voltadas para a saúde mental e bucal. As ações de vigilância e promoção da saúde, assim como os principais procedimentos que devem ser realizados na APS, também foram pactuadas no documento.



verificação de sinais vitais, pressão arterial ou glicemia capilar. Por sua vez, os enfermeiros e médicos organizavam-se diariamente para a realização das visitas domiciliares, o atendimento das demandas programadas e dos grupos de promoção em saúde e o atendimento das demandas espontâneas.

O acolhimento no contexto prático do trabalho na ABS nas unidades, por vezes, era compreendido pelos profissionais como um processo vinculado ao atender, ao receber e ao responder de forma protocolar às necessidades dos usuários de saúde (SCHOLZE, 2014). Conformava-se sob um modelo biomédico, onde prevalecia o olhar sobre a doença e a autonomia/autoridade do profissional médico, com os outros profissionais atuando na perspectiva do apoio e do direcionamento. O esforço conjunto para a mudança dessa realidade ocorreu de forma gradual através da articulação de ações que envolveram os profissionais de saúde, a gestão e os usuários. Os profissionais, na medida em que foram reconstruindo as suas práticas de atendimento sob a lógica multiprofissional e interdisciplinar, foram se apropriando das necessidades de saúde dos usuários e regulando suas agendas para atendimento individual e coletivo, programado, espontâneo, nos domicílios e nos demais espaços do território. A gestão, que, face ao aumento do escopo das ações das unidades na época, realizou investimentos que convergiram para a reforma e adequação do espaço físico, aquisição de novos equipamentos e prontuário eletrônico, também investiu na formação dos profissionais com incremento de programas de pós-graduação nos moldes de residência multiprofissional, assim como procurou situar a ABS nos espaços-territórios como coordenadora do cuidado. Já os usuários, mesmo de forma incipiente, respondiam às novas propostas de atendimento e participavam dos espaços de discussão que envolvesse os problemas afeitos às unidades de saúde. As mudanças, no entanto, pouco contribuíram para que o acolhimento se revelasse como potente estratégia de produção do cuidado, sendo utilizado no contexto das unidades como forma de recepção e para gestão das demandas diárias de atendimento.

Já na gestão de uma unidade Módulo A recém-inaugurada, em um território com ausência de equipamentos de saúde do Estado e fragilizado pela intensa criminalidade, desenvolvi ações prioritariamente voltadas para a compreensão da relevância da ABS para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) pelos profissionais, tendo em vista que a necessidade imediata instalada era que eles estivessem conscientes do papel que deveriam desempenhar, envolvidos com o processo de trabalho e disponíveis para as mudanças que seriam implementadas. Foram necessárias

discussões com toda a unidade, reuniões específicas com corpo técnico e profissionais de níveis Superior e Médio, assim como conversas individuais e propositivas, que tinham como objetivo dirimir ruídos na comunicação e aproximar atores-chaves da gestão. Tudo isso permitiu apresentar os diferentes instrumentos existentes na ABS que podem ser utilizados para conhecimento dos determinantes/condicionantes de saúde (NAOMAR, 2004); contribuiu para tornar explícito para os profissionais os objetivos desse campo; tornou a equipe mais coesa, participativa e acessível, e foi fundamental na análise do processo de trabalho, projetando mudanças de acordo com a realidade local de saúde.

O diagnóstico das principais condições crônicas descompensadas (hipertensão, diabetes mellitus), das doenças preveníveis por imunização (tuberculose, hepatite B, diarreia infecciosa), assim como das condições agudas (asma, bronquiolite, dengue, infecções sexualmente transmissíveis) existentes foi possível através do levantamento do perfil epidemiológico das famílias adscritas à unidade e do fomento do trabalho em equipe (OMS, 2003; MENDES, 2011; BRASIL, 2013, BRASIL, 2014). No entanto, a organização do processo de trabalho em referência a este nem sempre se mostrou viável pelas demandas diárias de atendimento por condições agudas, que acabavam fragilizando a construção de estratégias para a organização da oferta de serviços por parte das equipes de referência.

O acolhimento, nesse cenário, pouco se revelava como orientador de mudanças e como elemento capaz de contribuir para a produção do cuidado, mostrando-se presente nas condutas adotadas pelos profissionais diante das queixas dos usuários como uma ferramenta para a regulação do acesso. Os profissionais utilizavam-no na organização da porta de entrada, na orientação dos fluxos e para controle do atendimento, no qual determinados usuários inseridos ou não em linhas de cuidado, identificados com condições agudas, tinham atendimento garantido no dia, enquanto outros, após avaliação, eram direcionados para realizar o agendamento em uma data posterior.

A representação do acolhimento existente poderia ser descrito pela presença de um profissional ACS responsável por atender o usuário na recepção, inseri-lo na agenda e direcioná-lo para o atendimento com o enfermeiro, que, a partir de uma avaliação, respondia às suas supostas necessidades, realizava o agendamento ou o conduzia para o atendimento com um médico. É relevante reiterar que, na ocasião, esse modelo de acolhimento constituiu-se como uma

alternativa possível diante da realidade territorial já citada, sendo reestruturado à medida que o próprio processo de trabalho foi sendo reorganizado.

Com o desenvolvimento das competências técnicas dos profissionais e compreensão da relevância do campo da ABS para o território, o acolhimento começou a ganhar novas nuances, sendo possível sua utilização na perspectiva da integralidade, equidade da atenção e produção do cuidado. Através dele, ações assertivas começaram a ser disparadas pelos profissionais, como: contato com as unidades de referência e encaminhamentos responsáveis; inserção em linhas de cuidado e direcionamento para grupos de promoção em saúde; acionamentos de profissionais de outros pontos da RAS, de dispositivos do território e da própria gestão diante de casos que exigiam uma tomada de decisão imediata; discussão de casos mais complexos que exigissem conhecimento do núcleo familiar e comunitário nas reuniões de equipe, com conseqüente planejamento para a realização de visitas domiciliares; e desdobramento das ações de saúde em rede com movimentos de troca, interação e compartilhamento de conhecimento.

O acolhimento foi moldando minha formação acadêmica, tornando-se um disparador de reflexão sobre o processo de trabalho que realizava; nesse contexto de formação (pós-graduação em Gestão em Saúde e mestrado em Saúde Pública), face às observações empíricas, ele passou a ser analisado como objeto de estudo.

Na pós-graduação, a discussão considerou a relevância do acolhimento para a organização da porta de entrada de uma unidade cirúrgica ambulatorial, o estabelecimento de fluxos que direcionem o processo de trabalho e o trabalho em equipe. No mestrado, buscou-se realizar aproximações teóricas, considerando o acolhimento prescrito e o acolhimento real que acontece em ato no cotidiano do trabalho da ABS.

Esse estudo permitiu compreender os sentidos que os profissionais atribuíam ao acolhimento, assim como sua relevância para a organização do processo de trabalho. No dito dos profissionais, o acolhimento emergiu como uma tecnologia para a ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. No entanto, no realizado, na prática, no cotidiano do trabalho, a observação sistemática realizada permitiu identificar peregrinação de usuários e fragilidade na produção do cuidado (SILVA; ROMANO, 2015). Os sentidos, por sua vez, atribuídos pelos profissionais ao acolhimento (recepção, atendimento pontual) e o pragmatismo que o envolvia (utilização plena de protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde face às necessidades de saúde), explícitos nos resultados dessa pesquisa, mobilizaram o interesse por

uma nova investigação que avançasse sobre outras perspectivas e contemplasse aspectos outrora não observados.

### **Objeto e objetivos do estudo**

Este estudo tem por objeto “o acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde”. Foi concebido a partir de estudo-matriz financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) intitulado “Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará”. Ele está inserido na linha de pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e no Grupo de Pesquisa “Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem”, do CNPq, liderado pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David, orientadora do estudo.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada para ser o nível da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecido para encontros permanentes entre profissionais e usuários (BRASIL, 2017). O termo **APS** refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica em Saúde (ABS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), sendo que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como equivalentes (BRASIL, 2017).

A ABS como nível do serviço de saúde, segundo suas normativas, deve se constituir em entrada preferencial no sistema, para todas as necessidades e todos os problemas; fornecer atenção centrada na pessoa (não direcionada para a enfermidade), ao longo do tempo e em todas as condições, exceto as muito incomuns e raras; e coordenar ou integrar a atenção em saúde recebida em outro serviço (STARFIELD, 2002). Tem como prerrogativa o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

O processo de trabalho da ABS, de acordo com o prescrito, deve iniciar com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Isso exige que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária. Nesse ponto da rede de atenção, o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si, para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. As ações desenvolvidas têm como objetivo promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais (BRASIL, 2017).

O modelo médico assistencial privatista representa a versão mais conhecida do modelo médico hegemônico, tem como objeto a doença ou o doente e como agente o profissional médico, sendo caracterizado pela centralidade na clínica, atendimento à demanda espontânea, foco em procedimentos e serviços especializados (PAIM, 2008). Para ruptura com esse modelo, o campo da ABS deve orientar-se pelo modelo de produção social da saúde, que, pautado em uma concepção ampliada do conceito de saúde, tem a vigilância em saúde como principal estratégia para dar conta da globalidade do processo saúde-doença (MENDES, 1999).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), a finalidade da ABS é reorganizar a RAS ordenando e coordenando o cuidado de acordo com as necessidades de saúde dos usuários. As RAS têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada (MENDES, 2011). No âmbito do SUS, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A produção do cuidado em termos gerais pode ser compreendida como um processo que tem o usuário como centro, sendo permeada por relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo (FRANCO; MERHY, 2007). Considerada como o objeto de trabalho do campo da saúde (MERHY, 2007), sua construção deve ser irradiada, mediante processos formativos libertadores, implicados com a transformação das práticas, ou seja, com a participação ativa dos sujeitos, que, interagindo e fazendo escolhas conscientes, responsabilizam-se por seus atos (ASSIS et al., 2010).

Dessa forma, na ABS, tanto quanto possível, deve haver esforço para o estabelecimento de relações que favoreçam as possibilidades de diálogo e o trabalho em equipe. Segundo Maximino et al. (2017), as redes de profissionais que se constroem no cotidiano do trabalho parecem ser fundamentais para compor um “corpo mais forte”, que ultrapassa o individual e avança para o coletivo, contribuindo para o trabalho que se dá em equipe, em rede. Nesse sentido, é possível acrescentar que a produção do cuidado na ABS se faz por meio de complexas redes de relações, que podem ser conformadas a partir do acolhimento.

O acolhimento na literatura tem sido compreendido de forma distinta por diferentes teóricos, e nem sempre as colocações são divergentes, pois, por vezes, se complementam. Assim sendo, neste estudo, o acolhimento é considerado não apenas uma forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas um recurso para produção do cuidado em saúde. Toma-se o mesmo como um dispositivo disparador de reflexão e mudança a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde e de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde (CAMARGO et al., 2008) e como um estratégia para a produção do cuidado, à medida que contribui para ampliação do acesso aos serviços de saúde, com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe (ASSIS et al., 2010).

Segundo Lopes et al. (2013), na ABS, os profissionais envolvidos com o acolhimento não são autossuficientes e independentes, necessitando de uma ampla rede social que movimente recursos, visando a produção do cuidado. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os mesmos no acolhimento, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL,

2017). A produção do cuidado, assim sendo, está associada à possibilidade de criar novas formas de comunicação na rede assistencial a partir do acolhimento, aumentando, com isso, a capacidade de intervenção com envolvimento e participação de todos os profissionais (BRASIL, 2007).

Conjectura-se que o acolhimento aumenta a reciprocidade e harmonia na equipe, necessários para um bom acesso; possibilita hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado, ou seja, diferenciar necessidades mais prementes e menos prementes; permite distinguir entre necessidades desiguais, tratando-as conforme suas características (STARFIELD, 2002); considera a participação e envolvimento de todos os profissionais que, segundo suas capacidades, realizam a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedem à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos), identificam as necessidades de intervenções de cuidado, proporcionam atendimento humanizado, dão continuidade à atenção e viabilizam o estabelecimento do vínculo (BRASIL 2017); e envolve a necessidade de construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde, implicando em compartilhamento de saberes, angústias e invenções (BRASIL, 2010).

Os estudos do campo da saúde de Craco (2006), Doria e Polidoro (2004), Fracolli et al., (2003), Franco, Bueno e Merhy (1999) e Takemoto e Silva (2007) e os desenvolvidos em articulação com o campo da Ciência da Informação de Julião e Pizeta (2012), Lacerda (2010), Marteleto e Stotz (2009) e Andrade e David (2015) sustentam esses pressupostos. Os primeiros discorrem sobre a importância da atuação dos diferentes profissionais da ABS no acolhimento, apontam-no como recurso para a abertura de canais de comunicação entre profissionais e usuários, caracterizam a possibilidade de produção do cuidado e ampliação da clínica a partir da identificação das necessidades dos usuários e incorporam as relações humanas. Os segundos, por sua vez, contribuem para a compreensão da produção, disseminação, apropriação de saberes e informações em saúde, pautados por novos paradigmas orientadores, os quais consideram os sujeitos em seus contextos culturais, políticos e locais.

Santos (2002) explicita que a compreensão ampliada do acolhimento converte-o em um lugar de encontro entre trabalhadores e usuários, que reporta tanto a um espaço físico disponível para o cuidado quanto a um espaço simbólico de relações sociais e de diferentes percepções e demandas de cuidado. Assim, a análise das relações em rede pela lente do acolhimento pode

contribuir para entender não só a procura pelos serviços de saúde, mas embasar o planejamento e o desenvolvimento de ações de saúde voltadas para a produção do cuidado.

A palavra **rede** é definida como um “entrelaçamento de fios, cordas, com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido” (HOLANDA, 1995). De acordo com Maximino et al. (2017), pode ser compreendida como um conjunto de conexões que se fazem por meio de nós, sempre aberta e móvel, sendo que cada ponto dela pode estabelecer uma conexão direta com qualquer outro ponto. O nó, por suas conexões e seus pontos de convergência e de bifurcação, é considerado o único elemento constitutivo da rede. Nesse sentido, as redes não podem ser caracterizadas como uma totalidade fechada, dotada de contornos definidos, e sim um todo aberto, sempre capaz de crescer a partir de seus nós, por todos os lados e todas as direções.

Uma das características da rede é ser vazada, composta de linhas, e não de formas espaciais (KASTRUP, 2003). Capra (1996) elucida que a rede é o padrão básico de organização de todo e qualquer sistema vivente, biológico e social, ou seja, ela é comum a todo tipo de vida; dessa forma, a própria existência de vida pressupõe a de redes. O arranjo dos diferentes sistemas existentes, dentre eles o da saúde, hierarquicamente, como uma pirâmide é uma projeção humana. Na natureza, não há acima ou abaixo, não há hierarquias; existem somente redes aninhadas dentro de outras redes.

Considerando isso, para Mendes (2011), as redes podem ser consideradas decisivas, seja para organização do sistema de saúde, que implica ações coordenadas de diversos serviços e setores, seja para constatação empírica de que o cotidiano e a manutenção da vida parecem apoiados em diferentes tipos de conexões (familiares, vizinhança, trabalho, amizade etc.).

O conceito de rede no campo da ciência da informação e da saúde coletiva em associação com o termo “social” tem sido utilizado para compreender as relações e a troca de recursos entre diferentes atores e como ferramenta para análise de processos. Dessa forma, a concepção de rede social pode ser identificada em pesquisas de diferentes áreas, com destaque na literatura para os estudos sobre apoio social (HALL; WELLMANN, 1985).

As redes sociais revelam a dinâmica da interação entre os atores e podem ser compreendidas como um “conjunto de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas, que essas unidades estabelecem entre si, através de cadeias de extensão variável” (MERCKLÉ, 2004).

Andrade e David (2015) afirmam que as redes sociais são construídas a partir de um capital social em constante movimento, constituídas a partir de relações vinculadas a um grupo de



agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, mas unidos por ligações permanentes e úteis. Com isso, presume-se que a ABS é um campo fértil para a existência de redes sociais, considerando as características do processo de trabalho nesse campo. Elas estão conectadas por relações/interações sociais que podem ser motivadas por amizade e por relações de trabalho ou compartilhamento de informações, onde, por meio dessas ligações, a estrutura social vai se (re) construindo (TOMAÉL; MARTELETO, 2007).

Nesta ótica, estudar as redes sociais a partir do acolhimento possibilita identificar a troca de informações entre os atores, bem como o convívio desses com seus pares, que pode ser descrito como diferentes campos de sociabilidade, os quais, ao se entrecruzarem, são capazes de ampliar o olhar para as práticas em saúde (PINHEIRO, 2012).

O acolhimento, por ser uma atividade tipificada como relacional, contribui para o escaneamento das relações/interações existentes entre os profissionais e permite identificar estratégias/alternativas desenvolvidas por essas pessoas para a resolução de problemas que, em muitos casos, não são considerados e contemplados nas políticas públicas de saúde (ANDRADE; DAVID, 2015). Caracteriza um processo dinâmico, contínuo, que integra ações, profissionais, serviços e ferramentas para o alcance do melhor nível de resolubilidade das necessidades dos usuários, sendo de extrema relevância para a produção do cuidado (RIO DE JANEIRO, 2012).

Assim, as diferentes configurações comunicacionais e informacionais das redes sociais em diferentes momentos e contextos e o modo de perceber as mediações colocadas em ação para a construção do conhecimento social, aquele que existe em estado prático e tem poder coletivo de transformação e mudança (MARTELETO, 2007), podem ser úteis para ressignificar a produção do cuidado a partir do acolhimento.

As redes sociais observadas a partir do acolhimento – visto como um dispositivo que contribui para os acionamentos e os processos necessários para a produção do cuidado na saúde – neste estudo, tem por finalidade contribuir para identificar a posição, ação, atitude e relevância dos profissionais para a produção do cuidado, permitindo reconstruir sentidos sobre as práticas de saúde que são realizadas no campo da ABS.

Considerando o exposto, este estudo propõe uma dupla abordagem metodológica que envolve a observação sistemática do acolhimento (ADLER; ADLER, 1994; SHAH, 2006) e a análise estrutural das redes sociais (ARS) de todos os profissionais envolvidos (HANNEMAN; RIDLE, 2005; MARTELETO, 2001).

## **Objetivos do estudo**

### Objetivo geral:

- a) Analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado em uma unidade de Atenção Básica em Saúde do Município do Rio de Janeiro.

### Objetivos específicos:

- a) Apresentar o campo da Atenção Básica em Saúde, considerando seus aspectos estruturais, relacionais e prescritivos;
- b) Descrever a configuração do acolhimento segundo a Análise de Redes Sociais, destacando a posição dos diferentes profissionais na Atenção Básica em Saúde;
- c) Caracterizar as relações/interações existentes na Atenção Básica em Saúde conformadas em rede pelo acolhimento.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

A produção do conhecimento sobre determinada temática justifica-se *a priori* pela análise das referências e dos teóricos que construíram conhecimento sobre a mesma. A partir das principais bases de dados existentes, é possível que realizar o levantamento e a análise das publicações que são relevantes para a compreensão do conhecimento existente sobre o objeto de pesquisa. A pesquisa na base de dados ocorre com a utilização de vocabulários estruturados e padronizados definidos como descritores. Isolados ou em conjunto, eles permitem acessar estudos de diferentes áreas do conhecimento.

Nesta pesquisa, definiu-se como critério para a escolha dos descritores que eles precisariam, na sua concepção, atender respectivamente ao objeto e campo de pesquisa, assim como à metodologia proposta para o estudo. Pelo fato de, na plataforma dos descritores em Ciências da Saúde (DeSC), os diferentes conceitos serem organizados em uma estrutura hierárquica que possibilita análises mais amplas ou mais específicas, decidiu-se, após consulta, pela utilização dos descritores que mais se aproximavam do critério estabelecido. Desta forma, os descritores selecionados foram ‘Acolhimento’, ‘Atenção Primária à Saúde’, ‘Estratégia de Saúde da Família’ e ‘Redes Sociais’, conforme definição do Anexo 01.

Uma vez definido os descritores, procedeu-se a busca em duas bases de dados: Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que organiza, em um único banco de dados, as informações sobre as teses e dissertações produzidas no país e por brasileiros no exterior. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2017, tendo como recorte temporal os anos de 2004 a 2016.

O recorte temporal faz referência ao documento publicado em 2004 – Política Nacional de Humanização (PNH): A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS – pelo Ministério da Saúde, tendo em vista que ele demarca discussões teóricas no cenário nacional envolvendo a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, trazendo relevo sobre o acolhimento (BRASIL, 2004).

Na BVS, 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 2004.

Em um primeiro momento, a busca com os descritores isolados “Acolhimento”, “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia de Saúde da Família” e “Redes Sociais” fez emergir, respectivamente, 2213, 38784, 8453 e 6433 resultados. Com as duplas de descritores “Acolhimento” and “Atenção Primária à Saúde” e “Acolhimento” and “Estratégia de Saúde da Família”, o resultado foi 377 e 260 publicações.

Por sua vez, os resultados da pesquisa com a tríade de descritores “Acolhimento” and “Atenção Primária à saúde” and “Redes Sociais e “Acolhimento” and “Estratégia de Saúde da Família” and “Redes Sociais” sem espaço temporal podem ser observados abaixo:

Quadro 1 – Pesquisa base de dados BVS (continua)

Descritor	Filtro	Resultados da busca	Publicações selecionadas
Acolhimento <i>and</i> Atenção Primária à Saúde <i>and</i> redes sociais	Sem filtros	04 publicações. Após exclusão de 02 repetidos, restaram 02 publicações, sendo ambas artigos científicos.	1. FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. <i>Revista Atenção Primária à Saúde</i> , 11 (3): 285-294, 2008.  2. CARDOSO, M. P.; DALL AGNOL, R.; TACCOLINI, C.; TANSINI, K.; VIEIRA, A.; HIRDES, A. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. <i>Aletheia</i> , (45): 72-86, 2014.

Quadro 1 – Pesquisa base de dados BVS (conclusão)

Acolhimento <i>and</i> Estratégia de Saúde da Família <i>and</i> redes sociais	Sem filtros	04 publicações. Após exclusão de 01 repetido, restaram 03 publicações, sendo todas artigos científicos.	<p>1. BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>, 6(2): 471-480, 2001.</p> <p>2. COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. <i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>, 32 (3): 495-501, 2011.</p> <p>3. VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. <i>Cadernos Saúde Coletiva</i>, 25(1): 73-82, 2017.</p>
--	-------------	---	--

Fonte: O autor, 2017.

Em um segundo momento, com a utilização dos mesmos descritores e com o filtro em português, buscou-se, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), mapear as produções dos programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Como, nessa plataforma de busca, a utilização do descritor isolado “Acolhimento”, sem delimitação de espaço temporal, devolveu 3706 publicações, sendo 2516 dissertações e 1190 teses, optou-se pela combinação com a utilização do operador booleano ‘and’ e sem delimitação de espaço temporal de duas tríades de descritores “Acolhimento” and “Atenção Primária à Saúde” and “redes sociais” e “Acolhimento” and “Estratégia de Saúde da Família” and “redes sociais”, que convergiram para o seguinte resultado:

Quadro 2 – Pesquisa base de dados BDTD (continua)

Descritor	Filtro	Resultados da busca	Publicações selecionadas
Acolhimento <i>and</i> Atenção Primária à Saúde <i>and</i> redes sociais	Em português	200 publicações. Sendo 150 dissertações e 50 teses. Após leitura dos títulos e resumos, apenas 04 traziam no seu escopo discussão sobre redes sociais.	<p>1. NGOMANE, Y. N. Estudantes moçambicanos em Belo Horizonte: uma discussão sobre a construção identitária e de redes de sociabilidade. [Dissertação]. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.</p> <p>2. CAMPOS, G. Z. R. Informação, cultura e homeopatia: redes sociais e cuidado em saúde numa comunidade do Morro dos Cabritos – RJ. [Dissertação]. UFRJ. IBICT, 2012.</p> <p>3. KINALSKI, D. D. F. Perspectiva de rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.</p> <p>4. BORGES, C. D. Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2016.</p>

Quadro 2 – Pesquisa base de dados BDTD (conclusão)

Acolhimento and Estratégia de Saúde da Família and redes sociais	Em português	273 publicações. Sendo 192 dissertações e 81 teses. Após leitura dos títulos e resumos, apenas 03 traziam no seu escopo discussão sobre redes sociais, e, como foi possível observar, elas já haviam emergido a partir da busca com os descritores Acolhimento and Atenção Primária à Saúde and redes sociais.	<p>1. NGOMANE, Y. N. Estudantes moçambicanos em Belo Horizonte: uma discussão sobre a construção identitária e de redes de sociabilidade. [Dissertação]. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.</p> <p>2. CAMPOS, G. Z. R. Informação, cultura e homeopatia: redes sociais e cuidado em saúde numa comunidade do Morro dos Cabritos – RJ. [Dissertação]. UFRJ. IBICT, 2012.</p> <p>3. BORGES, C. D. Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2016.</p>
--	--------------	--	--

Fonte: O autor, 2017.

A análise dos resultados permite identificar como a produção do conhecimento sobre redes sociais na saúde, especificamente, no campo da ABS, em uma perspectiva de relação, interação, conexão é incipiente.

No que concerne ao termo **rede**, os resultados da BVS e do BDTD contribuíram para a identificação de diferentes abordagens. Ngomane (2010) utiliza a expressão **rede** com o objetivo de caracterizar o processo de sociabilidade vivenciado pelos estudantes moçambicanos estabelecidos em Belo Horizonte através de convênios entre os governos e instituições de nível superior de ambos os países. No estudo de Kinalski (2016), a noção de rede é apresentada em uma perspectiva de organização dos serviços de saúde. Fonseca, Guimarães e Vasconcelos

(2008) abordam a problemática do atendimento na ABS para as queixas somáticas inespecíficas e estabelecem uma relação entre elas e as questões psicossociais. No estudo dos autores, as redes surgem como formas de apoio social que contribuem para a diminuição da vulnerabilidade aos transtornos mentais comuns.

Os resultados da pesquisa de Cardoso et al (2014) evidenciaram que o entorno geográfico e as redes sociais dos indivíduos podem se constituir como fatores de risco ou de proteção para a utilização de álcool e outras drogas. No entanto, a noção de rede empregada por eles está relacionada a apoio social – termo que define sentimentos e valores transmitidos ao próximo, gerando confiança e afeto.

No trabalho de Cossetin e Olschowsky (2011), as redes aparecem como promotora de intersetorialidade na Estratégia de Saúde da Família, visando a construção de apoio e cuidado para os usuários de saúde mental. Borges (2016), por sua vez, ao buscar compreender qual a relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) com problemas relacionados ao uso de álcool, concluiu que as redes sociais significativas dos usuários eram constituídas principalmente por familiares, profissionais e colegas do CAPSad. Os autores perceberam que os usuários que contavam com uma rede social ativa e com vínculos fortes tinham melhores condições de vida, e seu processo de atenção à saúde era favorecido. Por outro lado, aqueles usuários com uma rede social bastante restrita em vínculos e em funções demonstraram condições vulneráveis de vida e limitações no processo de atenção à saúde.

Brêda e Augusto (2001) buscaram compreender como é prestado o cuidado em saúde aos sujeitos portadores de transtornos psíquicos na ABS. O resultado do estudo dos autores apontou que a penetração da equipe de estratégia de saúde da família nas redes sociais (comunidade, trabalho e família) é ainda muito tímida, e a dinâmica das ações é passiva e individual; além disso, verificaram que formas de abordagem baseadas na escuta, no ‘acolhimento’ e no vínculo são raramente utilizadas, exceção feita pelos agentes comunitários de saúde, que demonstraram maior continência e preocupação com os usuários.

Neste estudo, as redes sociais foram avaliadas em uma perspectiva de apoio às ações realizadas para os usuários atendidos na ABS e permitiu identificar a relevância delas para a produção do cuidado em saúde.



O conceito de redes sociais foi utilizado como base metodológica para analisar as interações informacionais dentro das famílias e destas com o serviço de saúde na perspectiva de orientar a compreensão do processo de construção e apropriação do conhecimento sobre o cuidado em saúde na dissertação de mestrado de Campos (CAMPOS, 2012). O estudo adotou a visão de redes sociais que se estabelecem no convívio social cotidiano, criando elos sociais por meio do contato interpessoal; considerou a ideia de troca e recursos; discutiu conceitos relevantes de redes sociais como relação, laços, densidade; porém, não utilizou a metodologia de ARS propriamente dita (CAMPOS, 2012).

Na pesquisa de Velloso e Varanda (2017), no entanto, a noção de redes sociais foi utilizada sob outra perspectiva. Nessa, os autores buscaram descrever o fluxo informacional entre os profissionais da ABS e, em especial, a sua relação com as formas de cuidado. Apresentaram o papel dos atores-chave na inovação e disseminação da política do cuidado, com foco no reconhecimento e na escuta do outro. O diferencial do estudo foi o emprego da metodologia de ARS para a investigação das relações infocomunicacionais entre os trabalhadores de saúde, associada ao modelo de difusão de inovação.

No estudo, a noção de cuidado como reconhecimento do outro foi identificada no discurso de alguns profissionais pela presença de determinados termos, como acolhimento e escuta. A pesquisa partiu das análises das relações formais e informais para identificar atores-chave e seus papéis, fazendo uso das seguintes medidas dos nós: centralidade de grau de entrada, centralidade de intermediação e centralidade de informação. Os resultados revelaram padrões infocomunicacionais que apontaram para possíveis estratégias de implementação de nova lógica de cuidado.

O *software* UCINET© foi utilizado para o cálculo das diferentes medidas, e os resultados apontaram a relevância de dois atores-chave: “o gestor e o médico preceptor”. Ambos foram vistos com capacidade de disseminar, pela rede de relações informais, o cuidado como reconhecimento do outro a partir da sua influência pessoal, das suas ligações com subgrupos isolados e da capacidade em penetrarem em núcleos densos, assim como detentores de forte influência para toda a rede se tornar consciente da inovação (VELLOSO; VARANDA, 2017).

## 2 QUADRO CONCEITUAL

### 2.1 Campo, *habitus* e capital em Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu é considerado um grande crítico das desigualdades sociais, da ocupação de espaços sociais diferenciados e da formação de determinados grupos, sendo considerado um dos maiores sociólogos de Língua Francesa das últimas décadas e um dos mais importantes pensadores do século 20. Introduziu conceitos que se mostram centrais não somente para a compreensão da estrutura social, mas para o entendimento da produção/“re” produção do conhecimento, tais como campo, *habitus* e capital. Estes têm sido utilizados como categorias de análise em diferentes estudos nos campos das Ciências Sociais e da saúde. Cabe ressaltar que seus escritos retratam a influência sofrida pelos pensadores Karl Marx, Max Weber e Émile Durkheim (SETTON, 2017).

As análises do teórico buscaram compreender os fenômenos sociais, tanto sob uma perspectiva estrutural, na interposição entre agentes dominantes e dominados em um campo social determinado, quanto sob a perspectiva “concreta” desses mesmos fenômenos, a exemplo das análises empíricas sobre alta-costura, sobre as visitas aos museus na Europa, sobre o mercado imobiliário, sobre a agenda *setting* no jornalismo, ou até mesmo sobre os Jogos Olímpicos (SOCHA, 2017). Suas obras são permeadas pela influência do pensamento econômico, e ele destaca a relevância de se conhecer a formação social do campo, apreender a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, assim como as coisas materiais e simbólicas geradas nele.

Campo, o mais consagrado conceito do teórico, emergiu na obra “O campo científico”, sendo definido como o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a ciência e como um lugar de luta concorrencial em que se tem em jogo o monopólio pela autoridade científica e o acúmulo de capital científico (BOURDIEU, 1983).

No entanto, o termo, na sua vasta literatura, é polissêmico, podendo ser compreendido também como um universo social particular constituído de agentes ocupando posições específicas

dependentes do volume e da estrutura do capital eficiente dentro do campo considerado (BOURDIEU, 2001). Cada campo tem um interesse que é fundamental, comum a todos os seus agentes. Esse interesse está ligado à própria existência do campo (sobrevivência), às diversas formas de capital, isto é, aos recursos úteis na determinação e na reprodução das posições sociais (BOURDIEU, 2009).

No livro *Meditações Pascalianas*, o autor observa o campo como espaço estruturado de posições e, ao longo da obra, discorre sobre determinadas características específicas do campo:

[...] as posições ocupadas pelos atores têm certas propriedades que existem independentemente de quem as ocupa; têm atores dominantes (que tendem a defender seu monopólio e excluir a concorrência) e atores dominados (que tendem à subversão); têm objetos em disputa e interesses específicos que pertencem somente àquele campo e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar nesse campo; todo campo precisa de pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem o conhecimento e reconhecimento das regras e objetos de disputa; e a estrutura do campo reflete o estado da distribuição do capital específico que foi acumulado ao longo de lutas passadas e que orienta estratégias futuras. (BOURDIEU, 2001, p.129)

Em *Razões Práticas*, o teórico descreve o espaço social como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo, assim, para a conservação ou a transformação de sua estrutura (BOURDIEU, 1996).

O campo em Bourdieu (2009) pode ser analisado como um conjunto de relações objetivas que se estabelecem entre os agentes em um espaço de disputa por posições. Um terreno de lutas simbólicas, onde os atores que preenchem esse espaço estrutural desenvolvem estratégias para sua reprodução e/ou renovação. Nessa lógica, cada campo se caracteriza como um espaço onde se manifestam relações de poder, sendo sua estrutura formada por dois pólos: dominantes (que apresentam mais *quantum* de capital) e dominados (BOURDIEU, 1996).

A dominação, por sua vez, não é o efeito direto e simples da ação exercida por um conjunto de agentes (a classe dominante) investidos de poderes de coerção, mas o efeito indireto de um conjunto complexo de ações que se engendram na rede cruzada de limitações que cada um dos dominantes, dominado pela estrutura do campo através do qual se exerce a dominação, sofre de parte de todos os outros (BOURDIEU, 1996).

Na obra *Questões de Sociologia*, o autor reitera que cada campo possui o seu Nomos (lei fundamental) e sua Doxa (pressupostos cognitivos e avaliativos aceitos e reconhecidos pelos agentes e que são fortemente naturalizados) (BOURDIEU, 2009). Estes contribuem para a hipótese de que a sociedade é composta por vários campos, vários espaços dotados de relativa autonomia, mas regidos por regras próprias (SETTON, 2017), o que permite pressupor a ABS como sendo um desses campos.

No entanto, repensar a ABS como um campo implica considerá-la como um espaço social que está em constante movimento e que pressupõe interação entre os agentes, articulação de recursos e movimentos em rede; reconhecer o cuidado em saúde como objeto que justifica sua existência; compreender que os agentes ocupam diferentes posições que são determinadas pelos diferentes capitais que estão em jogo; e que existem objetos e interesses específicos em disputa que pertencem tão somente a esse campo (vínculo, longitudinalidade do cuidado, integralidade das ações, intersetorialidade e interdisciplinaridade), mas nem sempre são percebidos e reconhecidos por aqueles que não foram formados para atuar nesse campo (SILVA, DAVID; 2018).

O *habitus*, um saber agir aprendido pelo agente na sua inserção em determinado campo, inscrito em Bourdieu está intrinsecamente ligado ao conceito de campo (BOURDIEU, 1979). É um princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas, tendo como uma de suas funções dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes (BOURDIEU, 1996).

A gênese do termo surgiu da necessidade empírica de apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e os condicionamentos sociais. *Habitus* é um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas (BOURDIEU, 1983).

Como produto da história, o *habitus* é um sistema de disposição aberto, que é incessantemente confrontado por experiências novas, e, assim, incessantemente afetado por elas (BOURDIEU, 1992). Pode ser compreendido também como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído, de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas

mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para as funções e ações do agir cotidiano (SETTON, 2002). Constitui-se na forma dos agentes de perceber, julgar e valorizar o mundo e configura a forma de agir, corporal e material, dos mesmos.

No campo, conforme aponta Bourdieu, acontecem lutas entre os diferentes agentes em interação (indivíduos e grupos), e estes tendem a elaborar estratégias de acordo com o capital que possuem, visando a manutenção da posição social que ocupam. A noção de capital em Bourdieu discute a quantidade/qualidade de acúmulo de forças/recursos dos agentes de acordo com a posição que ocupam no campo, podendo ser expressa segundo seu volume (quantidade) e sua estrutura (tipo de capital). Nas obras do teórico, quatro são os principais tipos de capital existentes: o econômico, o cultural, o social e o simbólico.

O capital econômico, na forma de diferentes fatores de produção (terras, fábricas, trabalho) e do conjunto de bens econômicos (dinheiro, patrimônio, bens materiais), é acumulado, reproduzido e ampliado por meio de estratégias específicas de investimento econômico e de outras relacionadas a investimentos culturais e à obtenção ou manutenção de relações sociais que podem possibilitar o estabelecimento de vínculos economicamente úteis a curto e longo prazos (BONNEWITZ, 2005).

O capital social é definido como o conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas que também são unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1998).

O capital cultural é um ativo durável não percebido como capital, mas, sim, como uma virtude da pessoa. O capital cultural é um ter que se tornou ser, uma propriedade que se fez corpo e tornou-se parte integrante da “pessoa”, um *habitus*. Por consequência, ele apresenta um grau de dissimulação mais elevado do que o capital econômico e, por esse fato, está mais disposto a funcionar como capital simbólico, ou seja, desconhecido e reconhecido, exercendo um efeito de (des) conhecimento, por exemplo, no mercado matrimonial ou no mercado de bens culturais, onde o capital econômico não é plenamente reconhecido (BOURDIEU, 1998). Compreende o conhecimento, as habilidades, as informações etc., correspondente ao conjunto de qualificações

intelectuais produzidas e transmitidas pela família e pelas instituições escolares e pode se apresentar sob três formas: no estado incorporado, como disposição durável do corpo (por exemplo, a forma de se apresentar em público); no estado objetivo, como a posse de bens culturais (por exemplo, a posse de obras de arte); e no estado institucionalizado, sancionado pelas instituições, como os títulos acadêmicos (BOURDIEU, 1979).

O capital cultural indica acesso a conhecimento e informações ligados a uma cultura específica: aquela que é considerada como a mais legítima ou superior pela sociedade como um todo. Uma das características consideradas típicas do grupo dominante é conseguir se legitimar e legitimar sua cultura como a melhor, a que tem valor simbólico. Também a classe dominante teria o poder de delimitar as informações que serão ou não incluídas no conjunto das informações legítimas (BOURDIEU, 1979).

O capital simbólico não é outra coisa senão o capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, ou seja, quando conhecido e reconhecido como algo óbvio (BOURDIEU, 1996). Não constitui uma espécie particular de capital, mas justamente aquilo em que se transforma qualquer espécie de capital quando é desconhecido enquanto capital, isto é, enquanto força, poder ou capacidade de exploração (atual ou potencial), portanto reconhecida como legítima. O capital simbólico nos livra da insignificância como ausência de importância e de sentido (BOURDIEU, 2001). Assegura formas de dominação que envolvem a dependência perante aqueles que ele permite dominar: com efeito, ele existe apenas na e pela estima, pelo reconhecimento, pela crença, pelo crédito, pela confiança dos outros, logrando perpetuar-se apenas na medida em que consegue obter a crença em sua existência (BOURDIEU, 2001).

Na estrutura social associada ao capital simbólico, aparece naturalizado o que o autor chamou de poder simbólico e definiu como um poder que existe porque aquele que lhe está sujeito crê que ele existe (BOURDIEU, 2009). O poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, isto é, irreconhecível, transfigurada e legitimada das outras formas de poder (BOURDIEU, 2009). As relações simbólicas de força são relações de força que se instauram e se perpetuam por meio do conhecimento e do reconhecimento, o que não significa dizer por meio de atos intencionais de consciência: para que a dominação simbólica seja instituída, é preciso que os dominados tenham em comum com os dominantes os esquemas de percepção e de apreciação, segundo os quais uns e outros são percebidos reciprocamente; é preciso que eles se percebam tal

como são percebidos. Em outras palavras, que seu conhecimento e seu reconhecimento encontrem seu princípio nas disposições práticas de adesão e de submissão, as quais, sem passar pela deliberação e pela decisão, escapam à alternativa entre o consentimento e a coerção (BOURDIEU, 2001).

Nesta ordem, todo campo vive o conflito entre os agentes que o dominam e os demais, isto é, entre os agentes que monopolizam o capital específico do campo, pela via da violência simbólica (autoridade) contra os agentes com pretensão à dominação (BOURDIEU, 1984). A dominação é, em geral, não evidente, não explícita, mas sutil e violenta. Uma violência simbólica que é julgada legítima dentro de cada campo; que é inerente ao sistema, cujas instituições e práticas revertem, inexoravelmente, os ganhos de todos os tipos de capital para os agentes dominantes.

A violência simbólica, doce e mascarada, é exercida com a cumplicidade daquele que a sofre: suas vítimas. Está presente no discurso do mestre, na autoridade do burocrata, na atitude do intelectual. Por exemplo, as pesquisas de opinião constituem uma violência simbólica, pela qual ninguém é verdadeiramente responsável, que oprime e rege as linhas políticas nas democracias contemporâneas (BOURDIEU, 1996). A dominação não é o efeito direto de uma luta aberta, do tipo “classe dominante” *versus* “classe dominada”, mas, sim, o resultado de um conjunto complexo de ações infraconscientes, de cada um dos agentes e de cada uma das instituições dominantes sobre todos os demais (BOURDIEU, 1996).

No sentido de validar o processo de dominação constituído pela violência simbólica, cada formação social utiliza-se dos meios considerados mais eficazes no controle social, na legitimação e na inculcação da cultura dominante e, conseqüentemente, na naturalização desse processo (ALMEIDA, 2005).

Nesse estudo, as concepções de campo, *habitus* e capital social serão tomadas como categorias para a análise do campo da ABS, dos profissionais, assim como das relações existentes entre os mesmos. A concepção de campo no estudo será utilizada para compreender como a ABS está constituída, que relações são estabelecidas pelos profissionais, que autonomia a ABS possui na RAS, quais leis e regras direcionam os processos nesse ponto da rede, que lutas são engendradas pelos diferentes profissionais para manter suas posições, quais ações esse ponto da rede desenvolve, contribuindo para justificar a existência desse ponto da RAS, e que tensões e lutas cooperam para a manutenção ou transformação do mesmo (BOURDIEU, 2004).

Apoiado na noção de *habitus*, pretende-se recuperar a dimensão individual e simbólica dos fenômenos sociais, a dimensão do agente em interação com a realidade social, tendo em vista que as estruturas mentais sofrem condicionamento social e existe uma dimensão do social que está inscrita nos agentes. Estes compartilham entre si categorias e percepções que orientam suas condutas e as tornam significativas. Essas condutas são orientadas em relação a determinados fins, sem que esse processo seja consciente ou signifique uma obediência cega a regras estabelecidas (ARAÚJO, 2009).

Na ABS, cenário deste estudo, espera-se que os profissionais atuem conhecendo qual o papel da mesma na RAS e os princípios que orientam o processo de trabalho (o próprio jogo e as regras do jogo). Tendo a compreensão da relevância da ABS e conhecendo a responsabilidade desse campo, os profissionais acabam improvisando e criando novas possibilidades. O *habitus* na análise poderá contribuir para ressaltar o lado ativo dos profissionais, que, mesmo internalizando as representações da estrutura social, agem sobre elas, não sendo suas ações reflexos nem resultados mecânicos dos condicionamentos sociais (BOURDIEU, 1990).

A produção do cuidado a partir do acolhimento na ABS envolve relação e recurso, ações coletivas conduzidas por equipe multiprofissional, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Assim, o capital social, no estudo, dentre os diferentes tipos de capital apresentados, figura como elemento relevante para a análise por permitir identificar a soma dos recursos que os profissionais ou o coletivo possuem institucionalizados. Isso permite qualificar os vínculos e as ligações existentes entre os profissionais e a RAS (BOURDIEU, 1986). O acolhimento, pelo fato de ser permeado por relações entre os diferentes profissionais e destes com a RAS, permite evidenciar a quantidade e qualidade dos recursos disponíveis e como esses são utilizados para a produção do cuidado. Nesta ótica, no estudo, a ideia de capital social torna-se potente à medida que possibilita compreender a posição ocupada pelos profissionais no campo da ABS, se e como investem o capital social que possuem nesse campo e se esse é determinante para a posição ocupada pelos mesmos.



## 2.2 Atenção Básica em Saúde

A APS é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002). Representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (OMS, 1979).

Sua concepção teve por finalidade reorganizar a RAS, sendo referência para os usuários que, a partir desse ponto da rede, seriam direcionados, de acordo com suas necessidades, para outros níveis de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Segundo Oliveira (2013), a trajetória da APS é marcada por contínuo processo de reconstruções, reflexões, disputas e inspiração para os diferentes sujeitos e segmentos envolvidos, em uma conjuntura de constante crise dos sistemas de saúde. Nos dias atuais, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Lavras (2011), o Relatório Dawson, publicado em 1920, cunhou pela primeira vez a expressão **APS**. O documento aponta o centro de saúde primário como o responsável por resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, além de funcionar como porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino. Considera a organização do sistema de saúde em rede e apresenta como propostas para o alcance desse objetivo a adscrição de clientela, o vínculo e a APS como referência e coordenadora do cuidado (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Estas, por sua vez, estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas sobre a organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais (PORTELA, 2017).

Na literatura, outro marco determinante para construção do arcabouço teórico relacionado à APS é a Declaração de Alma-Ata, que resultou da primeira Conferência Internacional sobre

Cuidados Primários de Saúde, organizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (BRASIL, 2002).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012):

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 10)

Não obstante, conforme aponta Gil (2006), o referencial proposto em Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos.

No livro *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?*, Giovanella e Mendonça (2012) explicitam que a Declaração de Alma-Ata foi criticada por agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva. Essa interpretação de APS corresponde a uma concepção de modelo de reorientação e organização de um sistema de saúde centrado na APS com garantia de atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

A abrangência ou 'integralidade' implica o reconhecimento, pela equipe de saúde, de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. Assim, a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessários pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 26)

A compreensão de APS abrangente presente na declaração considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores, de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Assim, em contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores, nos anos posteriores, ocorreu intenso embate entre a concepção de APS integral/abrangente e a concepção seletiva de APS, prevalecendo a última (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A conferência de pequeno porte, realizada no centro de conferência de Bellagio, na Itália, em 1979, intitulada “Saúde e População em Desenvolvimento”, promovida pela Fundação Rockefeller, destaca-se por discutir a abrangência e o custo das propostas da APS enunciadas em Alma-Ata. A referida conferência contribuiu para a disseminação da noção seletiva da APS, que tem como prerrogativas a formulação de programas para problemas específicos de saúde voltados para atendimento de grupos populacionais em situação de pobreza. (CUETO, 2003; MAGNUSSEN; JOLLY, 2004).

A APS seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Subtende programas com objetivos restritos, visando cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário. Correspondendo, assim, a uma tradução restrita dos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em países periféricos, com esquema de proteção social de caráter residual, como muitos da América Latina, a APS tende a ser seletiva, correspondendo ao modelo focalizado, cuja cesta de serviços é reduzida e tem por objetivo responder a necessidades de grupos populacionais de baixa renda sem garantia de acesso a outros recursos do sistema (GIOVANELLA, 2008).

Em contraponto, em outros lugares, particularmente na Europa e no Canadá, a APS vem assumindo o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, tornando-se responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema de saúde (CONNIL, 2008).

Durante a década de 1980, a concepção de APS como cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial. Na América Latina, houve ampla difusão com ações organizadas em programas verticais focalizados, em especial, aqueles direcionados à proteção materno-infantil, aumentando a fragmentação e segmentação características dos sistemas de saúde latino-americanos (CONILL et al., 2010; CONILL; FAUSTO, 2007).

No Brasil, na segunda metade de 1970, o movimento da reforma sanitária brasileira despontou no bojo de um contexto de lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura (PAIM, 2007). A intervenção militar, que perdurou por um longo período (1964-1985), além de

atrasar a referida reforma, incentivou a expansão do setor privado, imprimiu um efeito desorganizador na vida política nacional, interrompeu a trajetória de muitas lideranças e gerou fontes alternativas de capital político, situadas no interior da cúpula das forças armadas (MIGUEL, 2003). No entanto, com o fechamento dos canais tradicionais de participação – sindicatos e partidos –, as insatisfações de segmentos da população encontraram outros pontos de vazão e, no cotidiano e na vida das comunidades, começaram a aflorar novas fontes estratégicas de alimento da política que envolvia a reforma sanitária (COSTA, 2007).

Na década de 1990, a reforma sanitária reafirmou-se em um contexto completamente adverso. O mundo discutia a diminuição do papel do Estado, defendia políticas focalizadas e restrição de políticas universalistas, enquanto o Brasil implantava uma Constituição que ampliava o papel do Estado e a responsabilidade estatal na provisão de várias políticas públicas (MENICUCCI, 2014). Esse processo buscava a melhoria das condições sanitárias e ampliação do direito à cidadania, tendo como princípios centrais o direito universal à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, a regionalização e a hierarquização do sistema, a participação popular, o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública. Esses princípios foram essenciais para a construção das políticas de saúde e determinantes para a consolidação da APS no Brasil (CEBES, 1980).

Convém destacar que, com o advento do processo de municipalização do SUS, no início da década de 1990, ocorreu uma estruturação mais uniforme da APS, sob responsabilidade dos municípios brasileiros, com normatização e incentivo financeiro do Ministério da Saúde (LAVRAS, 2011). Uma nova forma de organização dos serviços de saúde emergiu e, com ele, os cuidados básicos de saúde passaram a ser objeto de atenção e de investimentos, na perspectiva de virem a ser o eixo estruturante da prestação de serviços e a porta de entrada do sistema de saúde no Brasil (BARROS, 2012). No entanto, é relevante reiterar que jogos econômicos e simbólicos permearam o desenvolvimento da APS dentro do campo maior da saúde, que estava implicado com o capitalismo e a produção de doenças. Isso influenciou a adesão de muitos municípios à nova proposta de reestruturação pela lógica da APS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Outro ponto que merece ser destacado é que a APS, no Brasil, ao incorporar os princípios da Reforma Sanitária, passou a ser designada como ABS, na intenção de enfatizar a necessidade de reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à

saúde (CAMPOS et al., 2010). Assim sendo, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo **ABS** para designar a APS no SUS intencionava diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A expressão **ABS** foi oficializada pelo Ministério da Saúde, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de APS (MELLO et al., 2009). Para Campos et al. (2010), mais importante do que a definição do termo é o fato de existirem diversas denotações quanto ao significado de ambas: básico ou primário entendidos, às vezes, como elementar, mínimo, ou como algo simples, primitivo.

Ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” como um derivado de base, fundamental, e não de básico, simples, outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar (GUILHERME et al., 2009). No entanto, reitera-se que as discussões que envolvem os termos **APS** e **ABS** são datadas e não fazem mais sentido, pois eles foram considerados pela PNAB como sinônimos (BRASIL, 2017).

Bárbara Starfield (2002), na obra *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, explicita que a APS, frequentemente, é caracterizada pelo tipo de serviços que oferece dentro dos interesses de obtenção da integralidade, quando o que importa são as funções que a mesma absorve no sistema de saúde. Estas são cruciais, porque muitas das tarefas que fazem parte da APS (por exemplo, prevenção, atenção emergencial, proteção do paciente, educação em saúde, atenção reabilitadora) são tarefas que também fazem parte de outros níveis de atenção, e eles (por exemplo, atividades de saúde pública) podem assumi-la, em vez de serem oferecidas nas unidades de atenção primária (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a pesquisadora desenvolveu uma abordagem para caracterizar a APS abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de APS que dão atenção ao primeiro contato, à longitudinalidade, à integralidade e à coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Estes, por sua vez, contribuíram para a construção de políticas e organização da APS no Brasil e no mundo:

A **atenção ao primeiro contato** implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independentemente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento

estrutural) e da utilização (elemento processual); A **longitudinalidade** pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde; A **integralidade** implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns não possam ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários; A **coordenação (integração) da atenção** requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 61-63)

Com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, respectivamente em 1991 e 1994, a ABS no Brasil iniciou um processo de reorientação. Esses programas tinham como prioridades as ações de promoção da saúde, prevenção, proteção e recuperação dos indivíduos e da família, contemplando as diversas fases da vida (do recém-nascido ao idoso), independentemente do estado de saúde (indivíduos sadios ou doentes), de forma integral, promovendo a continuidade do cuidado. O objetivo esperado com o PACS e o PSF era a reorganização da prática assistencial em novas bases e novos critérios, substituindo o modelo de assistência tradicional, que tem como foco a cura de doenças (BRASIL, 2000).

Com a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996, o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da ABS. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o PACS e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (LEVCOVITZ et al., 2001).

Em 2006, ocorreu a publicação da Portaria nº 648/2006, que dispõe sobre a criação da PNAB. Essa portaria promoveu uma mudança da expressão Programa de Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), pela compreensão da necessidade de transformação dos “programas” em “políticas” – a lógica da programação expõe um *status* provisório; a política, por

sua vez, um significado de algo estável, sustentável do ponto de vista da organicidade institucional –; ratificou a ESF enquanto estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do país; e estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da ESF (BRASIL, 2006).

Na PNAB, a Saúde da Família emerge como um modelo substitutivo para reorganização da ABS. A política orienta a expansão sob a lógica desse novo modelo para garantia da integração da rede de serviços de saúde municipal, visando organizar o sistema local de saúde, e institui modalidades de implantação e incentivos financeiros (GIOVANELLA; MENDONÇA; 2012). A ABS, nessa edição da PNAB, ficou designada como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (BRASIL, 2006, p. 10)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), dessa forma, originou-se no Brasil com a finalidade de reorientar o modelo de assistência à saúde a partir da ABS, seguindo os princípios do SUS (SALES et al., 2009). Essa nova estratégia facilitou o acesso ao atendimento à saúde e contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços públicos. Do mesmo modo, investiu e determinou a construção de uma nova forma do saber-fazer em saúde, no sentido de imprimir mudanças e superar os estigmas das práticas pedagógicas tradicionais e do modelo médico assistencial, hegemônico na saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

A conformação da ABS sob a égide da ESF, conforme Junior, Jesus e Crevelim (2010), viabiliza o planejamento das ações de saúde, possibilita a construção de vínculo, permite a compreensão das reais necessidades de saúde, assim como a busca das alternativas mais adequadas para a resolução dos problemas. O trabalho na ESF é desenvolvido em equipe multiprofissional responsável por, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, até 12 agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal partilhada por até duas equipes de saúde da família. Preconiza-se que a organização do processo de trabalho aconteça de forma transversal e que as ações sejam compartilhadas entre os diferentes profissionais para a potência do cuidado em saúde (BRASIL, 2009).

Esses profissionais, por sua vez, cumprem carga horária pré-definida de 40 horas semanais, atuam com adscrição de clientela (BRASIL, 2006) e se constituem em atores sociais fundamentais para a efetivação do acesso aos cuidados em saúde. Na ABS, os profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (LABBATE, 1994), onde os serviços ofertados devem ter suas ações baseadas nas necessidades de saúde das pessoas, e não apenas em um conjunto pré-estabelecido de ações e procedimentos (STARFIELD, 2002).

A ABS, nesse contexto, passou a ser considerada a principal porta de entrada para os usuários do SUS, dando ênfase à resolutividade, minimizando os custos econômicos e atendendo os problemas mais comuns de saúde da população. Constitui-se como um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, abrangendo 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, tendo como objetivo alcançar uma atenção integral e influenciando diretamente na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da portaria 2488, revisou a PNAB e estabeleceu novas diretrizes e normas para a organização da ABS (BRASIL, 2011). De acordo com a PNAB (2011), cada equipe poderia dispor de um ou mais médicos, cada um deles com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas; o número máximo de pessoas sob os cuidados de cada equipe (e o repasse federal) passou a variar de acordo com a carga horária, mas cada usuário continua vinculado a um único profissional; incorporou os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais; regulamentou os Consultórios de Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE); reconheceu que a ABS se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde; manteve o limite de quatro mil pessoas adscritas a cada equipe de Saúde da Família, com uma média recomendada de três mil pessoas; e acrescentou a recomendação de que o número de pessoas sob os cuidados de cada equipe deveria ser menor em populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Na PNAB de 2011, a oferta de ações e serviços de saúde tem como objetivo a abrangência, a atenção integral, contínua e organizada de toda a população. O planejamento e a organização da agenda de trabalho devem ser compartilhados entre todos os profissionais,



evitando a divisão da agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, o que pode dificultar o acesso dos usuários (BRASIL, 2011).

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) 2006 e 2011 tiveram papel fundamental na implantação dos princípios e das diretrizes do SUS e permitiram inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento, que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nestas, a ABS apresentou-se como a face mais notável de um sistema de saúde orientado por princípios de universalidade, integralidade e equidade. Confrontada com tendências que priorizam programas focalizantes e compensatórios, mais afeitos à racionalidade neoliberal hegemônica, a ESF configurou-se como meio de expansão do acesso e da realização do direito à saúde em uma perspectiva abrangente (MOROSINI et al., 2018).

Ressalta-se, no entanto, que muitos municípios, na expectativa de organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, acabaram firmando contratos com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Consideradas entidades do terceiro setor, as OSS prestam serviços mediante contratos de gestão realizados com a administração pública direta, onde são discriminados objetivos e metas que precisam ser alcançados (SILVA et al., 2016).

Com um discurso tecnocrático, focado na produção, o modelo tem apresentado fragilidades e gerado intensos debates, cujas temáticas envolvem a sua real capacidade de governança, o grau de autonomia que detém, a diversidade de vínculos e formas de contratação, assim como sua abertura à participação social. Concernente a isto, Silva et al. (2016) ressaltam que os sucessos e os fracassos das OSS dependem da sua capacidade estatal nas distintas fases de organização das parcerias, o que inclui um grupo de trabalho de alto nível; clareza de objetivos; análise de alternativas (as parcerias teriam de apresentar vantagens em relação à opção pública); capacidade técnica e jurídica; definição de linhas de base de avaliação; gestão da mudança e comunicação clara com os profissionais e a população; e o adequado monitoramento dos processos e o controle dos resultados.

A nova PNAB, editada pela portaria 2436 de 2017 e publicada em um cenário de crise política e econômica, traz à tona relevantes discussões, primeiro pelo fato de as anteriores não terem superados os inúmeros desafios identificados a que se propuseram e pela percepção de

pautas que retomam o “mínimo” em várias dimensões, convergindo para uma ABS seletiva (MOROSINI; FONSECA, 2017).

No documento, são reconhecidas outras formas de organização da ABS nos territórios: a presença dos profissionais dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias não é obrigatória na composição mínima da equipe; a composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de dez horas, com, no máximo, três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas semanais; recomendação de 100% de cobertura para áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social; indefinição do número de ACS por equipe nos municípios que optarem por organizar a ABS, tendo como referência a ESF e considerando que o documento propõe a definição do número de ACS de acordo com a base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente; e possibilidades de arranjos de adscrição de clientela pelos gestores municipais, mesmo explicitando que o ideal seria a organização, tendo como referência o atendimento de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), a nova PNAB contrapõe-se às anteriores sob diferentes aspectos:

O discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal. (MOROSINI et al., 2018, p. 14)

Dessa forma, as modificações introduzidas pela PNAB 2017 relativizam a cobertura universal; a definição de padrões distintos de serviços; a recomposição das equipes; e a reorganização do processo de trabalho na ABS. Essa edição atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso, que pavimentam caminhos para se concretizar uma

APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à saúde (MOROSINI et al.,2018).

Diferente das outras portarias, essa aponta para um aprofundamento da perspectiva biomédica e medicalizadora, que associa o aumento da capacidade resolutiva da ABS à realização de procedimentos simplificados. Revela, portanto, a dificuldade em superar uma concepção estreita da clínica na qual a efetividade remete à assistência no seu sentido mais reduzido, e não ao cuidado integral que compreende a saúde e a doença como um processo que expressa determinações sociais.

Outra implicação dessa concepção é a potencial fragilização das ações de educação e promoção da saúde, cujos principais desafios permanecem em pauta, como, por exemplo, o desenvolvimento de ações não fragmentadas e o exercício da intersetorialidade (MOROSINI; FONSECA, 2017).

É relevante considerar que a PNAB de 2017 recoloca a APS no Brasil como seletiva, ao considerar que as equipes que atuam na ABS para alcance do seu potencial resolutivo e de forma a garantir a coordenação do cuidado devem adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços que serão ofertados, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população. Segundo o documento, essa oferta de ações e serviços deve considerar “políticas e programas prioritários”, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas (BRASIL, 2017).

O documento fomenta a oferta de ações e serviços, cujos padrões podem ser essenciais ou ampliados. O primeiro tem relação com as ações e os procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; o segundo, por sua vez, está vinculado às ações e aos procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Ocorre que o documento reitera que as equipes da ABS devem garantir a oferta de todas as ações e todos os procedimentos do Padrão Essencial e apenas recomenda que também sejam realizados ações e serviços do Padrão Ampliado, face às necessidades e demandas de saúde dos usuários. Ademais, cabe colocar em relevo o fato de não estar claro na política quais serviços no contexto da ABS são essenciais e quais são ampliados (BRASIL, 2017).

No que diz respeito ao acolhimento, a edição atual da PNAB trouxe mais relevo sobre o mesmo. O acolhimento, segundo a política, deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo-as como legítimas, e realizando a avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território. Quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas (BRASIL, 2017).

Na PNAB 2006, o termo aparecia uma única vez, em referência à PNH, e, na PNAB 2011, as citações faziam referência apenas à escuta qualificada com classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade. Por sua vez, no discurso da nova PNAB, o acolhimento, quando utilizado para atendimento à demanda espontânea, pode se constituir como um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; uma postura, atitude e tecnologia do cuidado; e um dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2017), o que pressupõe a existência de condições concretas e sujeitos imbricados com o mesmo.

A PNAB 2017 considera alguns desfechos possíveis para o acolhimento que são relevantes neste estudo, pelo fato de o considerarmos como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado: consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia; agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território; procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida; encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço (BRASIL, 2017).

### 2.3 Acolhimento

Em linhas gerais, é possível dizer que o acolhimento está presente em todas as relações e em todos os encontros que são feitos na vida, mesmo quando se está pouco implicado e envolvido com as relações e com os encontros (BRASIL, 2010). Acolher, nos serviços de saúde, significa admitir, antes de tudo, uma maneira diferente de viver, ou seja, a atitude dos profissionais pode ser a porta de entrada ou de saída dos serviços de saúde (ZAUHY; MARIOTTI, 2002).

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, as ações e práticas de saúde se voltaram para a construção de um modelo de atenção em saúde que tinha como prerrogativa garantir no campo real o que estava prescrito nas bases legais e políticas instituídas. No cenário da ABS, o acolhimento caracterizava-se pelo ato de receber os usuários, e a configuração física e o modo como eram distribuídos os espaços nas unidades propiciavam a exposição dos usuários e não favoreciam o processo de trabalho dos profissionais (BREHMER; VERDI, 2010).

Conforme aponta Benevides e Passos (2005), a discussão sobre acolhimento como política de saúde iniciou-se de forma tímida na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, com a temática “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Esses autores estiveram envolvidos, entre 2003 e 2004, com a construção da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde (PNH), como integrantes da equipe da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e acompanharam o debate em torno do tema da humanização no campo da saúde: de um lado, os usuários reivindicando o direito de atenção com acolhimento de modo resolutivo; de outro, os profissionais lutando por melhores condições de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Na XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, a discussão avançou, tendo como pressuposto o estabelecimento de processos e práticas para a garantia da universalidade do acesso, do acolhimento dos usuários e da responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população para a organização dos serviços de saúde. Uma das diretrizes apontadas no relatório final dessa conferência foi a definição de uma política de humanização da atenção à saúde como eixo estruturador das três esferas de governo e fortalecimento de uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo práticas de acolhimento e avaliação de risco (BRASIL, 2004).

Com a publicação da PNH em 2003, também chamada de HumanizaSUS, cujo objetivo era qualificar as práticas de gestão e atenção em saúde, o acolhimento foi apresentado pelo Ministério da Saúde como uma diretriz de relevância ética, estética e política. Ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estética, quando propõe a dignificação da vida e do viver; e política, pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolvimento no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

A humanização buscava capacitar e desenvolver os trabalhadores do setor de saúde, dando condições adequadas de trabalho para a execução das suas atividades (HENNINGTON, 2008), e tornou-se o eixo articulador de todas as práticas de saúde, valorizando o aspecto subjetivo presente na ação humana. Ela delineou como uma de suas marcas específicas a redução de filas por meio de acolhimento com classificação de risco e agilidade, considerando ser necessário que os serviços de ABS tivessem formas de acolhimento e inclusão da clientela que promovessem o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2015).

A PNH articula-se com os próprios princípios do SUS, tendo como pressuposto a garantia da atenção integral à população e adoção de estratégias que permitam ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Ela avança na perspectiva da “clínica ampliada”, aumentando a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade, integrando a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca do cuidado e tratamento de acordo com a singularidade de cada caso (REIS-BORGES, 2018).

No entanto, reitera-se, com base no estudo de Nascimento et al (2015), que teve por objetivo analisar a visão dos profissionais de saúde a respeito das dificuldades e possibilidades para efetivação do cuidado humanizado, que existem limites para a efetivação da humanização na prática dos serviços de saúde, como a falta de uma boa relação entre os profissionais; falta de infraestrutura física, materiais e instrumentos; falta de capacitações para os profissionais; grande demanda nos serviços de saúde; falta de conscientização da sociedade; inexistência da contrarreferência; padronização de medicamentos; e a pouca força de trabalho.

Levando em consideração a linha do tempo que envolve o acolhimento, acredita-se que foi no documento “HumanizaSUS – base para gestores e trabalhadores do SUS” que o mesmo ganhou nuances, quando foi apresentado ao mesmo tempo como uma diretriz (orientação geral da política); como um dispositivo (arranjo de elementos, que podem ser concretos – ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções – e/ou imateriais – ex.:

conceitos, valores, atitudes –, mediante o qual se faz funcionar, catalisa-se ou se potencializa um processo); e definido como recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2010).

Conforme aponta Motta et al. (2014), o acolhimento, considerando a PNH, não deveria se resumir a ações isoladas e pontuais, como, por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Antes, os processos que atravessam o acolhimento devem exigir responsabilização, criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitassem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários.

O debate sobre o acolhimento a partir da PNH ganhou nuances qualitativas nas diferentes políticas prescritivas e em outras referências, convergindo para que diferentes significados fossem atribuídos ao mesmo. Estes, por sua vez, ora são convergentes, ora distintos, ora complementares.

Merhy e Onocko (2002), autores consagrados pelo debate que envolve a micropolítica do trabalho em saúde, conservam para o acolhimento uma dupla dimensão. De um lado, é visto como uma etapa do processo de trabalho, realizado em serviços concretos – em particular, no momento da recepção desses serviços –, que estabelece o modo como o serviço faz o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento no qual o usuário se reconhece como cliente do serviço e o serviço o reconhece como um usuário com direitos em relação ao serviço realizado, criando barreiras e mecanismos de acesso. Por outro lado, é considerado como uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorre em todos os lugares nos quais se constituem os encontros entre trabalhador e usuários.

Franco e colaboradores (1999), entretanto, já o veem como uma proposta para inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo como base o atendimento de todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acesso universal, reorganização do processo de trabalho com deslocamento das ações do médico para a equipe multiprofissional e

qualificação da relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários que envolvem solidariedade e cidadania.

Nas políticas prescritivas do Ministério da Saúde, os conceitos e as propostas que envolvem o termo **acolhimento**, outrora dispersos em diferentes literaturas, é capturado e apresentado como: uma estratégia fundamental para a qualificação em uma perspectiva de promoção da ‘mudança’ no processo de trabalho na reestruturação dos serviços de saúde voltados para a integralidade, a humanização, a equidade e a resolutividade da atenção (BRASIL, 2006); como modo de operar os processos de trabalho em saúde para dar atenção a todos os que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2013); como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências, o que o torna diferente da triagem, uma vez que essa se refere a uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários (BRASIL, 2006).

O acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, em um certo posicionamento ético situacional (BRASIL, 2011). É um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos (BRASIL, 2012). Ele se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários (as), mediante atitudes profissionais humanizadoras que compreendem iniciativas, tais como: a) se apresentar; b) chamar os (as) usuários(as) pelo nome; c) prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; d) escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; e) garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e f) incentivar a presença do (a) acompanhante, dentre outras iniciativas semelhantes. Além disso, o acolhimento também se mostra: a) na reorganização do processo de trabalho; b) na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; c) na postura profissional; e d) no vínculo, o que facilita, assim, o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013). O acolhimento, desta forma, é compreendido como um recurso transversal a todas as práticas de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo Camelo et al. (2000), o acolhimento tem se apresentado nas práticas dos serviços de saúde com a proposta de servir de “modelo de ajuda” e tem incluído o atender, o responder, o



personalizar, o orientar, o envolver-se, o explorar, o compreender e o agir (CAMELO et al., 2000). Pautado na disponibilidade, na aceitação, na empatia, no diálogo, na cordialidade e na presteza, ele tem se configurado como produtor de tranquilidade e segurança para o usuário, o que pressupõe a escuta sensível e tensiona aproximação e vinculação, observando o significado multidimensional da experiência vivenciada pelos usuários (PELISOLI et al., 2014).

Como ferramenta para o processo de educação em saúde, ele se revela uma prática de educação solidária e emancipatória, no sentido do exercício e da construção da cidadania, pela escuta e troca de saberes entre conhecimento técnico e popular (BRASIL, 2004).

Teixeira (2005) e Scholze et al. (2009) elucidam que, enquanto uma combinação de ações dialógicas, atitudinais e organizativas das práticas de atenção nos centros de saúde, o acolhimento aponta para o desafio cotidiano da alteridade e contribui tanto para a melhoria das práticas do cuidado quanto para a legitimação do sistema público de saúde. Esse exercício de alteridade, por sua vez, é mediado pelo encontro e vai além do processo de reconhecimento e de suas diferenças, singularidades e saberes. Antes, propõe e desafia a considerar a lógica do outro, o seu “ponto de vista” e a legitimar o seu conhecimento e as suas necessidades e demandas de saúde. Além disso, desafia a integrar a voz do outro nos processos de escolha e decisão no cotidiano das práticas de cuidado (SCHOLZE et al., 2009; CAVALCANTE et al., 2009; SANTOS, 2002).

Gomes e Pinheiro (2005), entretanto, trazem relevo sobre o acolhimento ao explicitarem que ele não é uma prática isolada, mas um conjunto de práticas que se traduz em atitudes que as pessoas tomam nas interações estabelecidas no ambiente dos serviços de saúde. Enfatizam que a postura adotada pelos profissionais de saúde no acolhimento representa a postura do próprio serviço de saúde, que como ente se constitui.

No que tange às práticas de vigilância em saúde, Zauhy e Mariotti (2002) observam o acolhimento como um processo que envolve relação e produção de saúde. A relação entre os trabalhadores de saúde e os cidadãos que buscam atendimento não deve ser uma interação mecânica entre os usuários e agentes, mas, sim, um relacionamento de troca, participação e coprodução. É preciso uma mudança de percepção no que diz respeito ao sentir dos profissionais de saúde, que tende a ser desagregador, separador e disjuntor. Nessa ótica, segundo os autores, o acolhimento como processo requer a simultaneidade de várias iniciativas, e a primeira delas perpassa pela mudança no modo de sentir dos profissionais de saúde, que deve se aproximar da cultura humanística, a qual pressupõe considerar que há momentos na vida em que precisamos

medir, pesar e contar. E há também momentos em que é preciso levar em conta os sentimentos, as emoções, a subjetividade e a intuição (ZAUHY; MARIOTTI, 2002).

De acordo com Franco et al. (1999), o acolhimento associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até a constituição de dispositivos autoanalíticos e autogestionários, passando por um processo de mudanças estruturais na forma de gestão das unidades de saúde. Analiticamente, ele pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde para si (FRANCO et al., 1999).

Na atualidade, o acolhimento vem rompendo com a lógica de organização das unidades de saúde e tem se configurado na prática dos serviços como um dispositivo para a orientação do acesso, priorização de riscos e gestão das agendas de atendimento. Dessa forma, o mesmo pode ser considerado como potente instrumento para a prática de vigilância da saúde, desde que tenha um processo sistematizado com o foco não somente voltado para a resolução de problemas agudos, mas também para as práticas de cuidados sistematizadas que considerem fatores de risco, vulnerabilidades e possibilidades terapêuticas.

#### **2.4 Produção do cuidado na Saúde**

O cuidado é tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re) estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida (MARTINES; MACHADO, 2010). O trabalho em saúde produz o cuidado de que as pessoas necessitam em algum momento da vida. Cuidar, diminuir sofrimento, salvar vidas, contribuir na construção de uma vida produtiva e feliz funciona como o “cimento simbólico” das organizações de saúde (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

No cotidiano do trabalho em saúde, na intimidade dos encontros, os trabalhadores transitam no processo de trabalho com grande liberdade de ação, criando “linhas de fuga” quando os sistemas produtivos não correspondem às suas expectativas. Estas possuem diferentes sentidos

e podem levar tanto a movimentos cuidadores – quando o trabalhador percebe o aprisionamento aos protocolos ou às normas como um obstáculo às ações necessárias para atender as necessidades dos usuários – quanto ao inverso, quando as linhas de fuga servem para produzir um agir automático, de queixa-conduta, quando o que se espera do trabalhador é uma abertura para a singularidade dos casos e uma orientação à integralidade (FRANCO; MERHY, 2007).

DaMatta (2003) considera os serviços de saúde como espaços sociais, nos quais ações e posturas dos sujeitos são orientadas por códigos, isto é, as pessoas também agem conforme a organização e as regras sociais do local onde estão. Nesse sentido, o modo de produção do cuidado de cada profissional de saúde está relacionado com suas subjetividades na execução do ato de trabalho. Esse trabalho vivo, em ato, marca o momento exato em que o cuidado é executado (GRAFF; TOASSI, 2017). Nessa ótica, cada trabalhador pode ser considerado como gestor do cuidado, o que contribui para a existência de microgestões na produção do cuidado em saúde nos encontros entre trabalhador-usuário (ASSIS et al., 2010).

O território da micropolítica em saúde é demarcado pela dimensão profissional do cuidado que se dá no encontro entre profissionais e usuários. Este é “privado” e, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, geralmente fora de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, os quais lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o (s) problema (s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular o modo como se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender da melhor forma possível tais necessidades; c) como consequência da anterior, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

Merhy (2007) valoriza, nessa dimensão, elementos de uma micropolítica onde se produz o cuidado em ato, no “espaço intercessor” trabalhador-usuário, operando principalmente tecnologias “leves”, do tipo relacional. A micropolítica em saúde seria, então, o território com potência para a produção do singular, do inusitado, nessa interseção de necessidades trabalhador/usuário.

Considerando que a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, *a priori*, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato,

identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Em geral, no contexto dos serviços de saúde, de acordo com as circunstâncias diferentes, os membros da equipe de saúde serão ativos nesse processo (FEUERWERKER, 2014). Dessa forma, espera-se que o uso das tecnologias leves assumam o comando da produção do cuidado, servindo como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (MERHY, 2007).

A produção do cuidado é um processo que acontece dialogicamente entre os atores dos serviços de saúde. Fundamenta-se pela comunicação e estabelece elementos que podem revelar códigos, valores, símbolos e normas (LIMA et al., 2013). Deve ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde, que podem acolher, escutar, interessar-se e contribuir para a construção de relações de confiança (FEUERWERKER, 2014).

Para Martines e Machado (2010), a produção do cuidado diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, detalhes, as manifestações e situações relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida diária e que se qualificam como fatores de sociabilidade. Os mesmos teóricos, parafraseando Mafessoli (2005), explicitam que, na sua mais pura essência, a produção do cuidado carrega a imagem de que “a vida é como um território onde se enraízam as alegrias e as amarguras”, território povoado pelas microatitudes, pelas criações minúsculas, banais.

Para Feuerwerker (2014), a produção do cuidado é um processo que opera com altos graus de incerteza, tendo em vista que, embora haja regularidades na produção social e biológica dos adoecimentos, agravos e desconfortos, existe também uma importante singularidade (que é também biológica, social, cultural) do usuário (os diagnósticos em saúde são aproximações, quase nenhum caso “é de livro”; as reações dos corpos às intervenções terapêuticas também são extremamente variadas, inclusive farmacologicamente falando). Nessa ótica, a mesma implica uma ampliação da clínica, enriquecida por novos referenciais e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a aumentar a capacidade dos trabalhadores em lidar com as necessidades de saúde e a produção de vida dos usuários. Em vez de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação, a aposta seria investir ao máximo nesse espaço, ampliando os mecanismos e as oportunidades para comprometê-lo com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (MERHY et al., 2003).

Corroboramos dessa forma com Backes et al. (2006), ao afirmar que a produção do cuidado compreende a ultrapassagem da dimensão unicamente racional e assistencialista do fazer saúde para a dimensão relacional e multidimensional. Ela deve contemplar as necessidades específicas dos indivíduos em todos os aspectos (pessoais, sociais, espirituais), rompendo com o cuidado puramente técnico e assistencial, o que significa dar suporte e abranger o sujeito de maneira integral em todas as suas multidimensões (SILVA et al., 2014).

Na ABS, a produção do cuidado envolve diferentes atores, o que converge para sua identificação como uma atividade coletiva conformada por meio de complexas redes de relações (SOUSA et al., 2010). Os processos de trabalho nesse campo não operam apenas em uma plataforma estruturalmente organizada; os sujeitos e seus fluxos de conexão funcionam em plataformas que se superpõem às estruturas, expandindo bastante o instituído e o organizado previamente para a sua atuação (FEUERWERKER, 2014). Assim, a produção do cuidado é resultado de forças e recursos que agem e reagem nesse território, onde os sujeitos, profissional e usuário, encontram-se, reconhecem-se e movimentam-se, enquanto assistem e são assistidos, escutam e são escutados, cada qual em seu conjunto dinâmico de intenções e significações (re) elaboradas no plano da subjetividade (MARTINES; MACHADO, 2010).

Sobre o fato de a ABS ser responsável pela produção do cuidado clínico e sanitário, há ainda barreiras a serem rompidas devido à própria fragilidade do sistema de saúde brasileiro, que, não obstante os avanços, traz ainda consigo traços de um modelo tradicional e limitado quanto ao cuidado integral, universal e igualitário (ASSIS et al., 2010). Estudo realizado por Souza et al. (2014) salienta que, entre os principais aspectos que dificultam a produção do cuidado na ABS, estão a relação entre a oferta e a demanda, que é insuficiente em número de profissionais e equipamentos necessários, influenciando a resolutividade dos problemas; assim como ações de saúde fragmentadas, centradas na figura do médico e com ações interdisciplinares pontuais. Dessa forma, Assis et al. (2010) consideram ser necessário inverter as lógicas de produção do cuidado, centrando o processo de trabalho nas tecnologias de saúde, principalmente a leve e leve-dura, operando uma reestruturação produtiva com o objetivo de tornar mais resolutivo e dinâmico o cuidado nesse campo.

Para Santos e Assis (2006), o acolhimento é visto como uma dimensão para a análise da produção do cuidado e, como tal, tem sido considerado ora como um dispositivo disparador de reflexão e mudança a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os

saberes vem sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde (CAMARGO et al., 2008), ora como uma potente ferramenta de reorganização da ABS, por permitir ampliação do acesso aos serviços de saúde, alteração de fluxo assistenciais e trabalho em equipe (ASSIS et al., 2010).

Segundo Costa et al. (2012), apesar de existir pouca iniciativa institucionalizada que mobilize o acolhimento como ferramenta para o cuidado em saúde, os profissionais o reconhecem como tal, utilizando-o na produção do cuidado. Este é produzido nas relações construídas e reconstruídas nos diferentes momentos de encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, devendo ser visto como elemento que conecta uma conversa à outra, oferecendo ao usuário novas conversas, novos espaços e trânsito pela RAS (CAÇAPAVA, 2008).

Para que o acolhimento não se burocratize e perda seu sentido e sua potência, ao longo do tempo, ele não deve se fundamentar em uma prática isolada, mas, sim, em um conjunto de práticas e atitudes resultantes das interações estabelecidas no ambiente dos serviços de saúde (MERHY et al., 2003; GUERRERO et al., 2013).

Nery et al. (2011) elucidam que o acolhimento possui potencial para impulsionar mudanças na produção do cuidado, sendo necessário à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e ao fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde. O vínculo, por sua vez, deve ser observado como um encontro intersubjetivo – encontro de sujeitos – que sempre guardará um forte componente de espontaneidade, de empatia e de troca. [...] Comporta, necessariamente, um componente amoroso, afetivo e de confiança. O verdadeiro vínculo é de natureza terapêutica, em particular quando ele é favorecedor ou ajuda a produzir uma postura mais autônoma das pessoas, como veremos no próximo ponto. [...]

Um profissional que consegue estabelecer uma relação vinculante com seus pacientes tem mais chance de obter sucesso terapêutico, em particular nas situações de condições crônicas, que necessitam de adesão do doente, mudança de hábitos, novos modos de cuidar de si (CECÍLIO; LACAZ, 2012). Dessa forma, a produção de vínculo no serviço de saúde é plural, a depender das necessidades dos usuários. Os múltiplos vínculos são os “rostos” que o “sistema” de saúde vai assumindo para cada um. Um sistema (ou um serviço de saúde) que não produz vínculos é um sistema sem rosto, impessoal. As pessoas procuram ativamente produzir vínculos no sistema de saúde, dando-lhe um “rosto”. Na busca do vínculo, a primeira aproximação do usuário com o profissional quase sempre é instrumental, isto é, aproxima-se do profissional para obter algo, em

geral o que julga poder satisfazer suas necessidades. Um profissional bem preparado poderá aproveitar essa ‘instrumentalidade’ do(s) primeiro(s) encontro(s) para produzir uma relação mais vinculante e de confiança (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

Para Franco e Merhy (2005), a produção da saúde é dependente do trabalho humano, configurado em trabalho vivo em ato, no qual os produtos desse encontro estão sempre inseridos em um processo que é sempre relacional. Assim, no processo de produção da saúde, os espaços relacionais de fala, escuta, toques e olhares são elementos constitutivos do processo de trabalho que produz o cuidado. Nessa relação, os sujeitos se encontram e, em conjunto, fazem a produção do cuidado.

Concernente a isso, Melo e Mattos (2018) descrevem modos para se pensar a produção do cuidado. O primeiro, baseado na doença, é aquele habitualmente evocado em referência ao modelo biomédico, que tem no corpo doente a sua fonte principal de saber e intervenção; o segundo, por sua vez, considera a noção de risco à saúde, remetendo-nos a elementos ou condições individuais e coletivas que influenciam no estado de saúde; o terceiro centra-se no sofrimento e adoecimento, parte do reconhecimento de que uma mesma pessoa se constitui em diferentes dimensões (ninguém é uma coisa só nem necessariamente igual a vida toda), de que as pessoas não são iguais, de que uma doença pode não fazer sentido ou fazer diferentes sentidos para as pessoas e de que as pessoas podem sofrer mesmo não tendo doença; já o cuidado baseado na potência da vida das pessoas baseia-se na perspectiva de que é importante valorizar e reforçar a capacidade de viver, de produzir (novos) sentidos para a vida individual e coletiva. Assim, a vontade de viver, de reconstruir possibilidades e os movimentos nesse sentido funcionam como um recurso e como objetivo (MELO; MATTOS, 2018). Nessa ótica, defende-se na ABS que a produção do cuidado permeada pelo acolhimento deve avançar em direção a essas duas últimas.

## 2.5 Análise de redes sociais

A literatura aponta Jacob Moreno como um dos pioneiros na temática de redes pela relevância dos estudos que publicou em 1934, no qual buscou apreender de que forma as pessoas estavam conectadas em grupo, descreveu os lugares de centralidade que permitiu diferenciar

determinados atores em detrimento de outros e propôs formas gráficas para a compreensão da estrutura grupal que ficaram conhecidas como sociogramas (FREEMAN, 1996).

Os antropólogos A. Barnes (1954), E. Bott (1957) e C. Mitchell (1969) contribuíram de forma significativa para a difusão da metodologia de redes sociais. O primeiro utilizou o conceito para estudar e descrever uma questão metodológica fundamental dos estudos desse campo, que é o da extensão e não finitude das redes sociais. Ao realizar uma etnografia sobre os princípios de estratificação social em uma ilha norueguesa, ele desenvolveu uma hipótese, segundo a qual todos seus habitantes estariam interligados uns aos outros por cadeias de interconhecimentos mais ou menos extensas que não se restringiam aos limites da ilha, mas ligariam seus habitantes a outros sujeitos fora de seu espaço social e geográfico de pertencimento (BARNES, 1954). O segundo realizou uma pesquisa sobre o elo entre as relações conjugais e as redes de referência do casal. Na época, o estudo evidenciou que a lógica de compartilhamento e divisão de tarefas entre casais é influenciada pelo pertencimento às redes sociais e, sobretudo, pelas características de tais redes. Os casais caracterizados por forte divisão de tarefas e de papéis familiares pertenciam às redes sociais de estrutura densa (familiares, de vizinhança). Essa divisão de papéis é menos acentuada em casais pertencentes a redes com menor densidade, como colegas de trabalho, de associações (BOTT, 1957). Já o terceiro dirigiu pesquisas com grupos de antropólogos na África Central e elaborou a hipótese de que a rede social pode ser empregada para compreender e analisar o comportamento dos indivíduos que fazem parte de uma mesma rede (MITCHELL, 1969). Essa hipótese tem movimentado pesquisas com apoio da teoria de redes nas diferentes áreas do conhecimento até os dias atuais.

No século 20, houve o desenvolvimento da teoria de redes, o que possibilitou determinar as propriedades estruturais da mesma, assim como a tipologia de conectividade entre seus nodos (MARCULESCU; BOGDAN, 2009). Esse avanço contribuiu para estudos posteriores que permitiram construir as bases conceituais da teoria de redes nos cenários internacional e nacional. Mance (2012), em seu trabalho *Teorias de Rede – Introdução Conceitual e Elementos Organizativos*, apresenta uma retrospectiva sobre o uso da noção de rede por diferentes autores e aponta que seu emprego nas ciências em geral ocorreu a partir do século 20, difundindo-se a partir da segunda metade do mesmo século. A sistematização realizada pelo autor permite identificar os diferentes eventos que atravessam a construção desse conceito, conformando-o em um potente instrumento de análise epistemológica.



Somamos aos achados do pesquisador outros importantes teóricos que, na atualidade, têm construído sentidos sobre a teoria de redes sociais. Eles têm colaborado para a disseminação da informação sobre a metodologia de redes, com a pesquisa e o emprego dos diferentes conceitos e variáveis, com a formação de outros pesquisadores, assim como com a promoção da interdisciplinaridade entre os diferentes campos do conhecimento:

- a) 2001 (Regina Maria Marteleto): Dedicou-se a estudar os modos e as possibilidades de interpretar, organizar, sistematizar e usar as informações produzidas nas redes de movimentos sociais e suas possíveis articulações com os dados extraídos dos sistemas oficiais de informação, visando recuperar novas formas de gestão da informação e novos processos de construção compartilhada do conhecimento no campo da saúde. Discute a aplicabilidade da metodologia de análise de redes sociais (ARS) nos estudos do fluxo e transferência da informação, tendo como base os resultados da pesquisa desenvolvida junto a movimentos sociais organizados nos subúrbios da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro. Na literatura brasileira, emerge como uma das principais referências para estudos nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde e ocupa relevante papel na disseminação do conhecimento sobre redes sociais, sendo responsável pela formação de diferentes pesquisadores nessas mesmas áreas de conhecimento;
- b) 2004 (Paulo Henrique Martins e Breno Fontes): O livro *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*, dos autores tem sido utilizado em diferentes estudos e constitui-se em importante referência para acadêmicos e profissionais que buscam compreender o campo da saúde em sua complexidade, em uma perspectiva transdisciplinar. Na obra, os autores debatem as potencialidades teóricas das redes sociais como um “Novo paradigma em Sociologia” apoiados na teoria da dádiva de Marcel Mauss e apresentam uma possibilidade de compreensão inovadora das redes sociais, que resgata as dinâmicas de sociabilidade envolvidas na organização e na ação das redes sociais, principalmente naquelas que se constroem no âmbito local;
- c) 2005 (Maria Inês Tomaél): Estudou a rede social do consórcio de exportação de móveis – Export Móveis –, tendo como foco os indicadores de centralidade e de ligações fortes e fracas da rede. No estudo, os índices de centralidade são

- abordados sob quatro aspectos: informação – analisa os fluxos de informação; grau – considera o número de contatos diretos; intermediação – identifica quem medeia, controla e direciona a informação na rede; proximidade – avalia a distância de um ator em relação a outros. As ligações fortes – contatos mais próximos – e as ligações fracas – mais distantes – são analisadas tendo como base os índices de centralidade de proximidade. A pesquisadora tem se destacado nos estudos que envolvem compartilhamento de informações, redes de conhecimento e no emprego das diferentes variáveis existentes na teoria de redes sociais;
- d) 2006 (Sílvia Portugal): Analisou o papel das redes sociais na provisão de recursos e as relações entre sistemas formais e informais de produção de bem-estar. Sua pesquisa desenhou a morfologia das redes das famílias, identificando redes de interação, redes de troca e redes de íntimos. Analisou, ainda, os fluxos no interior das redes, identificando para recursos diversos (emprego, habitação, saúde, bens materiais) qual o papel dos diferentes tipos de laços existentes entre os atores;
- e) 2015 (Helena Maria Scherlowski Leal David): Após alguns anos de colaboração com a Prof<sup>a</sup>. Regina Marteleto, vem se destacando à frente do grupo de pesquisa Configurações do trabalho, saúde dos trabalhadores e Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Nesse espaço, em uma perspectiva interdisciplinar, vem aproximando os campos da Saúde, Enfermagem e Ciência da Informação através de debates envolvendo teóricos da metodologia de redes, o que tem contribuído para a produção de estudos voltados para o trabalho e o cuidado na APS, considerando as redes constituídas pelas equipes, assim como a produção e circulação de informações e conhecimento. Desenvolve uma parceria com o Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Saúde e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), contribuindo com orientação e formação de mestres e doutores nos dois Programas. Nos estudos realizados, a metodologia de redes sociais tem sido utilizada para analisar as redes de usuários portadores de tuberculose e hanseníase em uma perspectiva de enfrentamento da doença (AZEVEDO, 2018; PEREIRA, 2018) e no acompanhamento de casos de tuberculose (COSTA, 2016), para analisar a influência das redes sociais na atenção

pré-natal e no cuidado ao hipertenso e ao diabético (SILVA, 2016; NUNES, 2018; RAMOS, 2019; NEVES, 2019), assim como para compreender como as relações sociais influenciam na gestão e regulação da assistência em saúde (VIEIRA, 2016; FONSECA; 2017).

### 2.5.1 A proposta metodológica das redes sociais e suas categorias de análise

A ARS pode ser aplicada em estudos que abordam diferentes situações e questões sociais (MARTELETO, 2001). Ela tem motivado pesquisadores de vários campos do conhecimento que procuram compreender o impacto das relações sobre a vida social (SILVA et al., 2006), contribuindo para o estabelecimento de um novo paradigma nas pesquisas que envolvem a estrutura social (MARTELETO, 2001).

A ARS é uma ferramenta metodológica interdisciplinar utilizada para estudar os atores sociais, seus papéis e suas ligações. A premissa mais geral que a sustenta é a de que os atores sociais ocupam posições na sociedade que são interdependentes em relação às posições que ocupam outros atores sociais e que os elos que se estabelecem entre eles têm importantes consequências para cada ator individualmente (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Para estudar como os comportamentos ou as opiniões dos indivíduos dependem das estruturas nas quais eles se inserem, a unidade de ARS não faz uso dos atributos individuais, como classe, sexo, idade e gênero, mas, sim, do conjunto de relações que os indivíduos estabelecem através das suas interações uns com os outros. A estrutura é apreendida concretamente como uma rede de relações e de limitações que pesa sobre as escolhas, as orientações, os comportamentos, as opiniões dos indivíduos (MARTELETO, 2001). Nesse sentido, na ARS, as redes sociais podem ser consideradas como redes de comunicação e interação que envolvem uma linguagem simbólica, limites culturais e relações de poder; um padrão organizacional capaz de expressar, através da sua arquitetura de relações, interações sociais, políticas e econômicas de caráter inovador que permitem explicar problemas atuais; uma nova forma de conhecer, pensar e conceitualizar a realidade social (FIALHO, 2015).

A proposta metodológica da ARS focaliza na dinâmica do grupo em função das relações que os seus membros estabelecem. A relação, por sua vez, pode fornecer indicadores que permitem identificar propriedades específicas do grupo ou até mesmo caracterizar a influência de cada indivíduo no grupo. Ao considerar como unidades básicas de análise as interações entre os atores, suas posições, os elos e papéis, a ARS evidencia a importância da comunicação e troca de informações tanto na reprodução quanto na alteração das estruturas sociais e na manutenção e renovação das redes sociais (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). Assim sendo, os atores e as suas ligações são considerados como elementos fundamentais na ARS e permitem, através da visualização gráfica, uma radiografia da estrutura social (FIALHO, 2015).

O rigor metodológico da ARS implica duas condições: a escolha e a justificativa das relações que serão observadas e a delimitação do conjunto que será observado, ou seja, a especificação de fronteiras para a investigação. Para alcance da primeira, o pesquisador deve identificar os recursos cuja circulação é vital para o sistema, as produções, as trocas, os controles e as solidariedades que o caracterizam. A segunda condição pressupõe definir as fronteiras externas do ator coletivo ou do sistema de interdependência que se quer observar na estrutura relacional (LAZEGA; HIGGINS, 2014).

O método de ARS pode ser considerado quantitativo, já que utiliza a base matemática e estatística para visualizar as redes e sistematizar a informação, possibilitando a visualização de sua estrutura e seus padrões (SOUSA, 2007). Tomaél, Alcará e Di Chiara (2005), no entanto, destacam o aspecto qualitativo desse método pelo fato de permitir “investigar as aspirações, atitudes, crenças, os valores e reflexos que os padrões de relacionamentos produzem no contexto em que se desenvolvem. Dessa forma, a ARS admite a possibilidade de se combinarem diferentes perspectivas metodológicas – quantitativas e qualitativas – para o mapeamento e estudo das redes sociais (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

A abordagem quantitativa, no âmbito da ARS, foca nos padrões de relacionamento, ressalta a objetividade das relações e possibilita o mapeamento do fluxo da informação, os padrões de comunicação e a percepção de indivíduos importantes nesses processos (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). Esse tipo de abordagem observa especialmente o aspecto estrutural das redes, utilizando um referencial metodológico gráfico (MENESES; SARRIERA, 2005). Já a abordagem qualitativa investiga as aspirações, atitudes, crenças, os valores e reflexos que os padrões de relacionamento produzem no contexto em que se desenvolvem. A ênfase

qualitativa considera os indivíduos como atores sociais, que constroem sua realidade, buscando e criando significados, fundamentada na interação social que delinea os parâmetros e as especificidades que medeiam o compartilhamento da informação e a construção do conhecimento na rede (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). Nesse sentido, a análise qualitativa da estrutura das redes pode contribuir explicando diferentes fenômenos sociais (MARTELETO, 2001).

A combinação de métodos de coleta e interpretação dos dados na ARS permite configurar o traçado das redes e a apresentação de medidas que especificam os padrões de relacionamento entre os indivíduos com a utilização de técnicas quantitativas. Por sua vez, o uso de ferramentas qualitativas, sobretudo entrevistas, está apoiado no interesse em “dar voz” aos atores, os quais, no sociograma e nas medidas das redes, aparecem como pontos ou elos, ouvindo e interpretando seus desejos, suas opiniões e representações (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Após a sistematização dos dados, as abordagens qualitativas e quantitativas deixam de ser elementos singulares e começam a influenciar a análise no seu todo, permitindo qualificar as posições e relações de interdependência entre os atores e ressaltando os papéis por eles desempenhados e as aberturas das relações para o ambiente externo das redes e o seu contexto de ação (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

O desenho dos grafos constituem-se como unidade interpretativa das relações, e a descrição das estruturas relacionais tem tornado potente os estudos sob a ótica da ARS. O grafo é um desenho constituído de pontos, chamados de vértices e de setas, que ligam alguns de seus pontos, denominadas arcos ou arestas. Os vértices representam os atores sociais, e os arcos ou as arestas, as relações interdependentes e as trocas. A representação gráfica da rede permite analisar proximidades e distâncias entre os vértices, relações diretas e indiretas entre os mesmos, assim como a extensão do caminho existente entre os vértices, que é representada pelo número de arcos ou arestas (LAZEGA; HIGGINS, 2014). Dessa forma, a ARS tem utilizado diferentes medidas de distância entre os vértices. A distância geodésica é a mais utilizada e considera o caminho mais curto entre dois vértices, ou seja, o número mínimo de passos que um ator precisa percorrer para encontrar outro ator. Sob essa lógica, diz-se que uma rede está conectada se houver um caminho entre todos os seus membros ou suas vértices (LAZEGA; HIGGINS, 2014).

A ARS possui duas unidades de análise: as relações e as ligações (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). As relações (*relations*) ou fios (*strands*) são determinadas de acordo com o seu conteúdo, sua direção e intensidade e referem-se aos recursos de informação trocados na rede.

Pode ser direta, quando um ator relaciona-se diretamente com o outro, ou indireta, quando relaciona-se com um terceiro por intermédio de um segundo ator ao qual está ligado diretamente. A relação também pode ser avaliada de acordo com a intensidade, onde é possível determinar o volume de recursos, contatos e compartilhamento de informações (GARTON; HAYTHORNTHWAITE; WELLMAN, 1997). Já as ligações (*tie*), ou laço ou vínculo, são definidas como aquilo que conecta um par de atores por uma ou mais relações, sendo que os pares podem conectar-se por apenas uma relação ou por múltiplas relações, identificadas quando ocorrem várias relações em uma mesma ligação (GARTON; HAYTHORNTHWAITE; WELLMAN, 1997).

Segundo Wasserman e Faust (1994), as ligações apresentam determinadas propriedades que condicionam a ARS, podendo ser direcionadas, quando há um ator como transmissor e outro como receptor; não direcionadas, quando não há um único ator como transmissor e outro como receptor; simétricas, quando as ligações são bidirecionais, ou seja, quando opera em ambas as direções; e assimétrica, quando as ligações avançam em uma única direção, sendo denominadas monodirecionais.

Na ARS, as pessoas que têm relacionamentos mais distantes (ligações fracas) estão envolvidas em menor grau, enquanto as de relações mais próximas (ligações fortes) têm um envolvimento maior. As ligações fracas são responsáveis pela baixa densidade em uma rede, onde muitas das possibilidades de relacionamento estão ausentes; com isso, enquanto os conjuntos consistentes dos mesmos indivíduos e seus parceiros mais próximos estão densamente ligados, muitas possibilidades de ligações estão presentes (GRANOVETTER, 1983). Dora Kaufman (2012), no texto *A força dos laços fracos de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço*, porém, discute de forma muito assertiva os conceitos de ligações fortes (*tweakties*) e fracas (*strong ties*) cunhados por Granovetter. Para a autora, as relações baseadas em “Laços Fortes” levam a uma topologia da rede, isto é, definem a configuração dos nós da rede de conexões entre os indivíduos, no qual as relações de “Laços Fracos” funcionam como *bridges* (pontes) desses *clusters* (grupos). Quanto menos relações de “Laços Fracos” existirem em uma sociedade estruturada em *clusters* (grupos) (“Laços Fortes”), menos *bridges* (pontes) e menos inovação existirão.

Nesse sentido, os “Laços Fracos”, segundo a teórica, são vitais para a integração dos indivíduos à sociedade, e os sistemas sociais carentes de “Laços Fracos” serão fragmentados e

incoerentes, novas ideias vão se espalhar lentamente, esforços científicos ficarão em desvantagem, e subgrupos separados por raça, etnia, geografia, entre outras características, terão dificuldade para chegar a um *modus vivendi* (modo de viver, de conviver, de sobreviver). Através das relações de “Laços Fracos”, os mesmos são expostos à inovação, mas, para abraçá-la, dependem do aval de suas relações de “Laços Fortes”; ou pensar os “Laços Fracos” como redes eficientes no transporte de informação, mas não tão eficientes para provocar uma decisão (KAUFMAN, 2012).

Distintas formas de análise são possíveis a partir dos padrões de relações estabelecidas entre os atores em rede. Na análise de redes, destacam-se duas vertentes: a rede egocêntrica (Ego-Centered Network) e a rede total ou completa (Whole Network). A rede egocêntrica é uma rede pessoal, na qual as relações são observáveis sob o ponto de vista de um indivíduo central. Os outros membros da rede são considerados com base nas relações que mantêm com esse indivíduo central – todos os outros atores estão conectados diretamente a ele (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). A rede total ou completa está baseada em alguns critérios específicos de limites populacionais, tais como: uma organização formal, um departamento, um clube ou um grupo de parentes. Esse enfoque considera a ocorrência e a não ocorrência de relações entre todos os membros de uma população. Demonstra as ligações existentes entre todos os integrantes de uma rede (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). As redes, no que diz respeito aos dados, podem ser de um modo, quando todos os atores são do mesmo tipo (pessoas, organização, ideias, etc.), ou de dois modos, quando é representada pela interação entre atores distintos (pessoas e organizações, periódicos e pesquisadores) (TOMAÉL; MARTELETO, 2013). Neste estudo, a rede estudada será de um modo e do tipo rede completa.

Quanto às propriedades inerentes à ARS que se constituem como ferramentas para análise de diferentes objetos de estudo, temos a medida de centralidade da rede (*network centrality*), que explicita a posição dos atores na rede e permite identificar quais os atores mais relevantes, ou seja, aqueles que dispõem de mais recursos ou de certa autoridade (LAZEGA; HIGGINS, 2014); e a medida de densidade da rede (*network density*), que mede a quantidade de ligações existentes em determinada rede (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Existem diferentes medidas de centralidade, a saber: de grau – medida pelo número de laços de um ator e pela posição que ocupa em relação às trocas e às comunicações na rede, considerando a quantidade de ligações que se colocam entre eles; de proximidade – medida pelo

número mínimo de passos que ele deve percorrer para entrar em contato com outros atores. Ela possibilita avaliar a independência de um ator em relação ao controle dos outros atores; de intermediação – medida pelo potencial dos indivíduos que servem de intermediários, pontes, mediando as interações e facilitando o fluxo de informações. Quanto mais um ator se encontrar no meio, como ponto de passagem obrigatório para outros atores, mais centralidade de intermediação ele assume; de informação – quando um indivíduo, por seu posicionamento, recebe informações provenientes da maior parte da rede, tornando-se uma fonte estratégica (LAZEGA; HIGGINS, 2014; MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

A densidade da rede (*network density*), por sua vez, mede a quantidade de ligações existentes em uma rede. Quanto maior o número de ligações entre os atores, mais densa a rede é considerada. É uma das medidas mais amplas da estrutura de rede social, pois explicita o número de ligações existentes no momento em que a rede é mapeada (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). Ou seja, a densidade em uma rede é caracterizada pela razão entre as relações existentes e as relações possíveis. Assim, a densidade das relações depende do tamanho da rede e, conseqüentemente, do número de atores que ela compreende, ou seja, uma rede é tida como densa quando possui considerável comunicação direta entre todos os seus membros (LEMIEUX; OUMET, 2014; MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Os limites de uma população estudada é outro ponto na ARS que merece destaque, e eles podem ser de dois tipos. O primeiro limite, e o mais comum, é o criado pelos próprios atores: todos os membros de uma organização, sala de aula, clube enfim, uma comunidade. São grupos articulados de forma natural, ou seja, constituem-se de uma população que, *a priori*, já possuem características de rede. O enfoque demográfico representa o segundo limite utilizado para definir uma população, por meio da delimitação de um território (HANNEMAN; RIDDLE, 2005). Já a coleta de dados para a ARS pode ser realizada com a utilização de questionários, entrevistas, diários, observações e, mais recentemente, pelo monitoramento do computador (MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Para proceder à análise, configuração e diagramação das redes que possibilitam a identificação de medidas, diferentes *softwares* estão disponíveis; dentre eles, o Ucinet© – mais utilizado nos estudos que envolvem ARS –, criado para auxiliar o analista de redes sociais no estudo das relações por meio de seus padrões. Permite caracterizar as ligações entre atores por



meio de gráficos provenientes de uma matriz<sup>2</sup> e pela aplicação de algoritmos específicos. Possibilita ainda o cálculo de medidas e a configuração das redes (MARTELETO; TOMAÉL, 2005); o Netdraw®, que está integrado ao Ucinet® e é um programa para a representação de diagramas, possibilita a visualização de dados de redes sociais e permite visualizar relações múltiplas, distinguir atributos para os atores da rede, salvar os diagramas da rede como imagem, entre outros recursos; o Egonet®, que é uma ferramenta desenvolvida para analisar dados de redes egocêntricas. Auxilia o analista de redes na elaboração do questionário, na coleta de dados, na compilação de matrizes e na apresentação de análises estatísticas; o Pajek®, que tem a capacidade de representar, por gráficos, grandes redes, decompondo-as e identificando *clusters* (redes dentro de redes) (MARTELETO; TOMAÉL, 2005); e o Gephi®, considerado uma ferramenta “open source” que auxilia na exploração e compreensão de dados a partir de gráficos. Ele permite que o usuário possa interagir com a representação, manipular as estruturas, formas e cores para revelar propriedades, por vezes ocultas, nos dados brutos. Pode ser utilizado para análise de redes egocêntricas ou completas (MARQUEZ et al., 2013).

Marteleto e Tomaél (2005) reiteram que os *softwares* analisam quantitativamente a configuração das redes e suas relações, porém a leitura qualitativa dessa análise agrega novos enfoques, por meio de comparações e interpretações das relações dentro do contexto social no qual ocorre.

---

<sup>2</sup>Matriz é um conjunto de elementos formado por linhas e colunas, em que o analista de redes insere dados que representam as ligações dos atores na rede (MARTELETO; SILVA, 2004).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de natureza descritiva com dupla abordagem, quantitativa e qualitativa.

A abordagem qualitativa buscou considerar e construir sentidos sobre o objeto de pesquisa, na perspectiva de transformá-lo em um objeto social. O campo da ABS é regulado por políticas prescritivas que o normatizam, ditam como ele deve ser organizado e como a gestão e os profissionais devem gerir suas ações visando a produção do cuidado. No entanto, na prática, muitas vezes, a realidade se sobrepõe ao prescrito e é afetada por diferentes fatores, sendo os de ordem estrutural e humana aqueles que mais geram impacto sobre as ações de saúde. Aproximar-se do campo fez-se necessário para compreender sua história, sua vida, sua constituição e as regras que o orientam, como também para conhecer o coletivo de atores que trazem sentido à sua existência (TRIVIÑOS, 2006; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O agir dos atores na ABS pode influir e determinar os processos de cuidado. Estes, mesmo diante de normativas que têm por finalidade orientar suas ações, possuem autonomia para decidir entre essa ou aquela ação prescrita, ou até mesmo por nenhuma. Assim sendo, observar posturas adotadas e condutas disparadas pelos atores no campo torna-se relevante; primeiro, por permitir conhecer as estratégias criadas pelos mesmos e utilizadas para tomada de decisão, direcionamento e continuidade do cuidado; segundo, por revelar aspectos não previstos e prescritos em políticas, porém presentes no cotidiano e que podem potencializar ou fragilizar, como também condicionar, as ações dos atores no campo (SELLTIZ, WRIGHTSMAN, COOK, 1987).

A relação é a base para as ações dos atores na ABS, sendo determinante para o trabalho em equipe a análise da situação e o planejamento das ações de saúde. A atuação dos profissionais de forma colaborativa e em rede pode potencializar a produção do cuidado, enquanto a ausência de colaboração e de redes pode fragilizá-la. Nesse sentido, o olhar sobre o campo e o acolhimento dos usuários em diferentes momentos e contextos permitiu descrever com exatidão diferentes aspectos que os envolve; fluxos e rotinas instituídos; atitudes, posturas e posições dos atores;

encontros cotidianos entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários; e movimentos de produção do cuidado instaurados. Estes, por sua vez, contribuíram para o conhecimento e aprofundamento da realidade que envolve o objeto de estudo (MATTAR, 2001).

A abordagem quantitativa pela lente da ARS foi adotada por focar os padrões de relacionamento, ressaltar a objetividade das relações, possibilitar o mapeamento do fluxo da informação e os padrões de comunicação, e revelar os atores em posições de destaque na rede. Através dela, buscou-se não só medir os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos. Antes, com a utilização de procedimentos metodológicos, foi possível avançar mapeando as configurações sociais, representando os elos e as conexões existentes entre os diferentes atores na estrutura social (MARTELETO; TOMAEL, 2005).

O acolhimento e a ARS possuem como ponto de convergência a relação. O primeiro desponta na literatura como tecnologia relacional, já o segundo caracteriza-se por tomar a relação como objeto de análise. Dessa forma, a partir do acolhimento, buscou-se, apoiado na ARS, configurar o traçado das redes sociais dos atores e apresentar medidas que especificam os padrões de relacionamento entre os mesmos, o que, na pesquisa, mostrou-se relevante por evidenciar no contexto da ABS o papel de cada profissional, assim como esclarecer que atores são relevantes para o funcionamento do campo da ABS e quais recursos eles mobilizam para a produção do cuidado.

Os dados qualitativos foram direcionados pela observação sistemática que contribuiu aproximando o pesquisador do campo, trazendo relevo sobre os aspectos estruturais, relacionais e prescritivos que o envolvem, e permitiu conhecer o acolhimento real que acontece em ato, no momento exato do cuidado (BECKER, 1997). Já o segmento quantitativo, com enfoque na ARS, foi analisado com apoio dos *softwares* Ucinet e Netdraw (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2006), que permitiram, respectivamente, geração e análise das informações das redes sociais e de suas métricas, assim como construções dos sociogramas, e geração e apresentação do retrato das redes sociais através de imagens gráficas.

### 3.2 Campo de pesquisa

O campo da ABS foi definido como lócus da pesquisa pelo fato de ocupar lugar central na rede de serviços de saúde e ser responsável por ordenar e coordenar o cuidado. Com o espaço social em constante movimento, a ABS possui leis próprias, as quais regulam seu funcionamento, sendo esperado que os atores que nela atuam sejam dotados de conhecimento e ocupem posições de acordo com a quantidade de recursos que detêm.

No campo da ABS, os atores em relação têm como objetivo produzir cuidado, sendo necessário compreender como esse está estruturado e organizado para dar conta das diferentes necessidades de saúde existentes. A inserção no campo teve como finalidade compreender sua realidade, estabelecer interação com os sujeitos e se aproximar do objeto de pesquisa com a intenção de confrontá-lo e reconstruí-lo, produzindo um conhecimento empírico relevante para a pesquisa (MINAYO, 2010).

A entrada no campo foi autorizada pelo centro de estudos da área programática 3.1 e ocorreu após o aceite do responsável pela unidade através da assinatura da Carta de solicitação de autorização de realização de estudo (APÊNDICE A).

No município do Rio de Janeiro, a ABS, a partir de 2009, passou por um processo de expansão que ocorreu amparado no modelo “Programa Saúde Presente”, lançado na época e que tinha por objetivo ampliar o atendimento em saúde da população carioca com foco na ABS. A lógica do programa consistia em manter um sistema integrado e personalizado de assistência, onde cada cidadão tivesse uma equipe de saúde multidisciplinar responsável pelo seu acompanhamento, dando orientações sobre promoção e prevenção e realizando o diagnóstico precoce das doenças.

A implantação do Programa buscava contribuir para a melhoria dos indicadores de mortalidade materno-infantil e da qualidade de vida da população, além da redução de custos hospitalares, considerando o papel da medicina preventiva para a diminuição das internações e do número de consultas e exames (RIO DE JANEIRO, 2019). Reitera-se, no entanto, que, nos últimos dois anos, houve estagnação da expansão da ABS no município, sendo que, em maio de 2019, segundo dados do Ministério da Saúde, apenas 57,13% da população possuía cobertura por serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2019).

O cenário escolhido foi o CMS Parque Royal, que tem como área de abrangência o sub-bairro da Portuguesa, no bairro da Ilha do Governador (Comunidade do Parque Royal). A Comunidade do Parque Royal é composta, em sua maioria, por imigrantes da região Nordeste do Brasil, possuindo um total de 9.093 cidadãos cadastrados em prontuário eletrônico (REGIMENTO INTERNO CMS PARQUE ROYAL, 2018, PRIME, 2018). Ressalta-se, entretanto, que todo o território do CMS Parque Royal é coberto por equipes de saúde da família, sendo assim denominado por não seguir o modelo previsto pela Casa Civil do Governo Federal, destoando das outras unidades no que concerne à estrutura física (SMDSC, 2011). Os dados socioambientais da unidade, exportados do prontuário eletrônico, encontram-se disponíveis no anexo 02.

A unidade pertence à Área Programática 3.1, situada na Ilha do Governador, no sub-bairro da Portuguesa, sendo a primeira Unidade de um total de 03 Unidades de Saúde da Família que estão inseridas nesse território (Anexo 03). Na região, existem outros equipamentos de saúde, sendo eles: CMS Necker Pinto, CMS Madre Teresa de Calcutá, CAPS Ernesto Nazareth, Policlínica Newton Alves Cardoso, Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, Hospital Municipal Paulino Werneck, Hospital Municipal Evandro Freire e a UPA da Ilha do Governador (REGIMENTO INTERNO CMS PARQUE ROYAL, 2018).

Na área adscrita à unidade, outros equipamentos sociais estão presentes, como o Centro de Referência em Assistência Social Darcy Ribeiro, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social Stella Maris, o Programa de Remoção Solidária (PRS) e o Programa de Reabilitação Social Baseada na Comunidade (PRSBC) (REGIMENTO INTERNO CMS PARQUE ROYAL, 2018).

A escolha da unidade se deu pela possibilidade de inserção do pesquisador que já foi apoiador institucional na referida AP, pelo tempo de atuação da unidade no território que funciona há mais de 15 anos, o que pode contribuir para a vinculação dos usuários e o conhecimento deles dos serviços ofertados pela mesma, assim como pela quantidade de ESF existentes na unidade. Tudo isso porque a pesquisa pretende analisar as redes completas ou totais que os profissionais acionam a partir do acolhimento na perspectiva de produção do cuidado, e as outras unidades da AP disponíveis possuem um número maior de ESF.

### 3.3 Participantes do estudo

De acordo com a PNAB, o acolhimento é atribuição comum de todos os profissionais da ABS, e eles respondem às necessidades dos usuários de acordo com sua competência, acionando outros profissionais, serviços, gestão, equipamentos de saúde e dispositivos do território em resposta às necessidades dos usuários. Nesse sentido, a abordagem de todos os atores do campo constitui-se como relevante para compreender como as relações entre os mesmos, a partir do acolhimento, são conformadas e contribuem para a produção do cuidado.

Participaram do estudo todos os profissionais que atuavam na unidade na ocasião da coleta de dados, independentemente da categoria profissional, do tipo de vínculo e da carga horária. O único critério utilizado para a inclusão dos mesmos está ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e vinculado à unidade no momento da coleta de dados. Nessa ordem, a partir de consulta ao CNES, emergiram como participantes da pesquisa 37 profissionais, conforme descrito no quadro 3:

Quadro 3 – Relação de atores participantes da pesquisa

Atores	Quantidade
Gerente	01
Médico	04
Enfermeiro	03
Dentista	01
Farmacêutico	01
Profissionais do Nasf-AB	04
Técnico de enfermagem	03
Auxiliar de saúde bucal	01
Agente comunitário de saúde	13
Agente de vigilância em saúde	03
Auxiliar administrativo	02
Auxiliar de serviços gerais	01

Fonte: O autor, 2019.

Reitera-se que, durante o período de coleta de dados, não havia profissionais afastados por férias, licenças ou problemas de saúde e que, mesmo diante de um cenário de greve – aderida pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS –, foi possível a abordagem e participação de todos os profissionais do campo.

### 3.4 Técnica de coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados no estudo foram observação sistemática e aplicação de um questionário *on-line* estruturado, sendo que a primeira contribuiu para a estruturação e validação da segunda (TJORA, 2006; ADLER, ADLER, 1994; GÜNTHER, 2006; SHAH, 2006).

O campo da ABS como unidade de produção do cuidado tem uma lógica de funcionamento que é pré-determinada por políticas normativas. Essas estabelecem de que forma o campo deve ser estruturado, que profissionais respondem pelo cuidado, que princípios devem orientar o atendimento dos usuários, por quem e de que forma os usuários devem ser acolhidos e direcionados, como estes devem ser atendidos ao longo do tempo e que ferramentas devem ser utilizadas para a organização do processo de trabalho. Nesse sentido, a observação sistemática buscou considerar diferentes aspectos do campo na perspectiva de produzir maior compreensão de sua estrutura e ampliar o olhar sobre o mesmo (BECKER, 1997).

O pesquisador utilizou a observação sistemática como dispositivo para se aproximar do campo de pesquisa, na perspectiva de elucidar como a lógica de organização prescrita se estabelece no cotidiano e como as relações/interações dos atores, a partir do acolhimento, contribuem para a produção do cuidado. Com a utilização de um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C), buscou-se compreender como o cenário de pesquisa está configurado; os diferentes serviços existentes e disponíveis para atendimento aos usuários; identificar a totalidade dos atores e seus papéis no campo; as relações/interações existentes entre eles a partir do acolhimento; os diferentes recursos que estão em circulação e o uso que os profissionais fazem deles para a produção do cuidado.

O questionário estruturado *on-line* foi desenvolvido com os achados da observação sistemática e complementado com os objetivos da pesquisa, itens relacionados aos dados sociodemográficos e a outras características pessoais que contribuem para caracterizar os sujeitos da pesquisa e definir o papel que ocupam no campo (APÊNDICE D). Visando traçar e representar graficamente a rede social dos profissionais acionadas pelo acolhimento com foco na produção do cuidado, além das informações relacionadas anteriormente, que contribuem para a identificação do perfil dos profissionais, uma única pergunta foi disparada pelo questionário estruturado: **Selecione todos os profissionais que você aciona a partir do acolhimento para a produção do cuidado.** Um campo em branco foi deixado para que os mesmos justificassem suas respostas, o que permitiu qualificar as informações coletadas. O questionário, uma vez elaborado, foi exportado para a plataforma do *Google Forms*, que permite a edição de questionários e outros formulários de pesquisa, e enviado por *e-mail* e outras mídias digitais disponíveis (*WhatsApp*) para todos os 37 profissionais do campo acompanhado do Termo de Consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

No envio do questionário estruturado *on-line*, o pesquisador teve a preocupação de apresentar a relevância do estudo, seus objetivos e orientar os atores quanto ao preenchimento e prazo para envio das respostas. Foi solicitado ao gerente da unidade que validasse o instrumento, visando verificar a clareza da linguagem utilizada e a tipologia das perguntas descritas. Após a resposta desse ator, o mesmo foi encaminhado para os demais atores.

### 3.5 Análise dos dados

A análise dos dados respeitou 02 fases distintas e foi apoiada pelas concepções de campo, *habitus* e capital social de Pierre Bourdieu.

#### a) 1ª etapa: Apresentação e caracterização do campo de pesquisa

Os dados registrados a partir da observação sistemática no diário de campo foram tratados e apresentados na íntegra nessa etapa. Procedeu-se a primeira análise do campo, buscando construir sentidos sobre sua estrutura, seus agentes e as leis que o orientam. O pesquisador



manteve-se atento aos detalhes que influem e permeiam as relações entre os sujeitos do campo e entre eles com os usuários do serviço.

As impressões relacionadas ao campo e ao agir dos profissionais, assim como aquelas que envolvem o movimento produzido por eles, visando a produção do cuidado, foram identificadas e registradas no diário de campo a partir da percepção do pesquisador, descritas e discutidas à luz das referências. Por sua vez, em referência ao que foi observado, buscou-se apresentar elementos do campo que potencializam ou fragilizam o acolhimento dos usuários; os atores envolvidos com o mesmo, as características específicas que esses possuem e que corroboram para a produção do cuidado na ABS; a dinâmica das relações existentes entre os diferentes atores e entre eles com os serviços/equipamentos; de que forma o processo de trabalho está organizado; e se o acolhimento contribui para a configuração existente.

Apoiado na Teoria Geral dos Campos de Pierre Bourdieu, a análise da observação sistemática procurou ressignificar a ABS como um campo, descrevendo os aspectos estruturais, relacionais e prescritivos que contribuem para considerá-lo como um espaço social em constante movimento, com agentes que estão em constante relação uns com os outros, porém ocupando posições que são determinadas pelo volume de capital que detêm.

A análise da observação procurou, por último, identificar de que forma os capitais em jogo contribuem para que lutas sejam engendradas no interior do campo pelos atores, visando a garantia do monopólio sobre as ações e a manutenção dos espaços por eles ocupados.

#### b) 2ª etapa: Análise quantitativa pela lente da ARS

A abordagem quantitativa ocorreu pela representação gráfica da rede social, o sociograma, que nada mais é que o retrato da relação e do agrupamento dos atores na estrutura social. Por meio do sociograma, é possível identificar os atores, os indivíduos mais centrais e os mais periféricos, quando aplicada alguma medida de centralidade, evidenciando os papéis de cada um na rede, sendo, então, uma ferramenta fundamental para analisar, compreender e explorar as interações sociais que podem ser aplicadas em diversas áreas de estudo.

Os *softwares* UCINET e NETDRAW foram utilizados nessa etapa, sendo o primeiro para a análise das informações e criação dos sociogramas, e o segundo para a geração e apresentação dos mesmos em formato de imagens.

Os dados coletados pelo questionário estruturado *on-line* passaram por uma primeira análise, visando a identificação de falhas no processo de preenchimento, foram salvos após as correções necessárias e, em seguida, exportados para uma planilha no Microsoft Excel, onde, além de todas as informações que permitem caracterizar os atores da rede, foi possível visualizar as respostas dos atores à pergunta disparadora que tinha por objetivo conhecer os profissionais que cada um aciona a partir do acolhimento para a produção do cuidado.

A matriz no UCINET trabalha com uma lógica de variáveis dicotômicas, que, quando inseridas, contribuem para o conhecimento das relações existentes entre os diferentes atores da rede. O valor “0” é informado na matriz quando um ator não está em relação com outro; já o valor “1” indica presença de relação entre os atores. Dessa forma, visando a construção da matriz, as informações da planilha sobre as relações estabelecidas pelos atores a partir do acolhimento para a produção do cuidado foram analisadas e trabalhadas de forma isolada.

No Microsoft Excel, uma matriz foi construída, e todos os atores da pesquisa foram dispostos na vertical e na horizontal, onde foi possível relacionar as relações existentes entre eles. Em substituição às suas categorias profissionais, optou-se por codificações, onde cada ator recebeu um nome em referência à sua categoria profissional e equipe de saúde em que estava inserido. Na planilha, para cada ator citado por outro ator, inseriu-se valores “0” ou “1”, considerando as respostas negativas ou afirmativas à pergunta disparada na coleta de dados. Reitera-se que nenhum ator poderia citar a si mesmo, então foi inserido o valor “0” nas linhas correspondentes àquela em que os atores estavam pareados.

A planilha construída no Excel com as informações sobre as relações dos atores do campo, em formato de matriz, foi exportada para o *software* UCINET. Neste, considerando o “n” de atores participantes, na opção “dimensão” tanto para linhas como para colunas, inseriu-se o valor “37”, e, na opção “modo”, foi marcado o item “simétrica”, pelo fluxo de informação estabelecido entre os atores na pesquisa, tida como regular. Em seguida, criou-se uma pasta específica para *download* da matriz gerada pelo UCINET, visando a geração posterior do sociograma e das métricas da rede, que recebeu o nome de “Rede de Acolhimento Parque Royal”, sendo então a matriz gerada pelo UCINET e salvo na mesma. Para a geração das métricas no UCINET, basta escolher o tipo de métrica a ser descrita no *software* e, em seguida, selecionar a matriz gerada pelo UCINET e salva anteriormente; depois disso, o programa devolve o resultado com as respectivas métricas.

A visualização gráfica das redes, por sua vez, foi realizada através da ferramenta NETDRAW, que já vem integrada ao UCINET. O ícone do NETDRAW do programa UCINET foi acionado, e a matriz, salva anteriormente com o nome “Rede de Acolhimento Parque Royal”, foi aberta pela opção Open UCINET Network Dataset, que devolveu como resultado a representação gráfica da “Rede de Acolhimento Parque Royal” com os vínculos entre os atores e os respectivos fluxos da rede. Estes foram analisados e discutidos considerando o conjunto de atores ou a macrorrede que emergiu, como também as microrredes que puderam ser exportadas e que representam as equipes que atuam no campo da ABS.

Foram aplicadas na pesquisa duas relevantes ferramentas da ARS: a medida de centralidade da rede (*network centrality*) para explicitar a posição dos atores na rede e identificar quais atores detêm maior ou menor prestígio, ou seja, aqueles que dispõem ou não de recursos ou autoridade; e a medida de densidade da rede (*network density*), visando medir a quantidade de ligações existentes em determinada rede. As medidas de centralidade empregadas foram a centralidade de grau, de proximidade e de intermediação. Pretendeu-se, com essas métricas, identificar os principais atores; os tipos de papéis (*hubs* – atores centrais, *information brokers* – atores intermediários, *peripheral people* – atores periféricos e *bridges* – pontes) que desempenham na referida rede e a relevância dos mesmos no acolhimento em uma perspectiva da produção do cuidado. Com a medida de densidade, pretendeu-se compreender como se dá o processo de comunicação entre os diferentes atores, se de forma direta ou indireta, se frágil e permeada por ruídos ou se é afetado por fatores externos à rede (ALEJANDRO, NORMAN; 2005).

O grau de centralidade na ARS corresponde ao número de atores a que um ator está diretamente ligado e divide-se em grau de entrada e de saída, dependendo da direção dos fluxos. O grau de entrada explicita o número de conexões recebidas por determinado ator na rede, e o grau de saída é o número de conexões que sai de determinado ator em direção a outros atores (ALEJANDRO, NORMAN; 2005). O grau de proximidade na ARS é a capacidade que um nó possui de se ligar a todos os atores de uma rede. Calcula-se todas as distâncias geodésicas de um ator para se ligar aos restantes (ALEJANDRO, NORMAN; 2005). Já o grau de intermediação expressa o controle exercido por determinado ator sobre as informações e a comunicação na ARS. A medida de intermediação de um ator obtém-se contando as vezes em que esse aparece

nos caminhos (geodésicos) que ligam todos os atores da rede, o que faz desses atores pontes (ALEJANDRO, NORMAN; 2005).

A medida de densidade de uma rede expressa o número de relações existentes dentre as relações possíveis, permitindo compreender o grau de conectividade de uma rede (alto ou baixo). A medida de densidade (D) foi calculada dividindo-se o número de relações existentes (RE) pelo total de relações possíveis (RP) e multiplicada por 100 ( $D = RE/RP \times 100$ ). Por sua vez, o cálculo do total de relações possíveis (RP) na rede foi realizado multiplicando o número total de atores (NTA) pelo número total de atores menos 1 [ $RP = NTA \times (NTA - 1)$ ] (ALEJANDRO, NORMAN; 2005).

### 3.6 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, exigências éticas e científicas fundamentais foram atendidas, sendo a pesquisa realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O estudo teve anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob nº 3.035.782, e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob nº 3.103.928.

Houve um compromisso de melhorar o tratamento oferecido aos sujeitos voluntários, respeitando sua dignidade e sua autonomia, defendendo-o em sua vulnerabilidade, assim como garantindo que danos previsíveis fossem evitados. Os riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, foram descritos para ciência por parte dos sujeitos do máximo de benefícios e do mínimo de danos e riscos.

Ao sujeito do estudo foi explicitado o objeto e os objetivos da pesquisa, assim como a relevância de sua colaboração para a investigação. O sigilo das informações dadas e sua identidade foram garantidos por meio do uso de códigos. Assim, os que demonstraram interesse e concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo todas as informações explicadas nesse item (APÊNDICE B), sendo então

solicitada sua autorização para a utilização dos dados fornecidos e assegurando que sua desistência poderia ser solicitada a qualquer momento.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Um olhar sobre a Atenção Básica em Saúde à luz da Teoria Geral dos Campos de Pierre Bourdieu

A entrada no campo ocorreu em uma tarde ensolarada típica de um verão no Rio de Janeiro – os termômetros marcavam aproximadamente 41°C. O roteiro elaborado contribuiu para o rigor da observação sistemática e para eliminar possíveis vieses por parte do pesquisador que permaneceu no campo durante 12 turnos de 5 horas cada (perfazendo um total de 60 horas) e dedicado apenas à etapa de observação. Todas as informações que permitem caracterizar o campo e as impressões do pesquisador relacionado ao mesmo foram registradas em um diário de campo.

O olhar sobre a ABS foi permeado pela perspectiva inscrita em Bourdieu sobre campo, tendo em vista ser esta uma estrutura social legitimada pelo Estado, que possui objetivos específicos, atores que ocupam diferentes posições e que estão em constante relação uns com os outros. A noção de campo é usada para designar espaços (microcosmos) dotados de certa autonomia, ao mesmo tempo em que submetidos a leis sociais mais amplas (macrocosmo). Como espaços sociais relativamente autônomos, os campos podem compor suas próprias regras e leis, assumir posições e tomar decisões (PEREIRA, 2015).

Nessa ordem, visando compreender como o campo da ABS está estruturado, a dinâmica das relações existentes entre os profissionais e as leis que o sustentam, a observação sistemática foi atravessada por três elementos intrinsecamente ligados à noção de campo e que, imbricados, corroboram para sua conformação – estrutura, agentes e leis que foram considerados, analisados e apresentados separadamente (BOURDIEU, 1990; BOURDIEU, 2004).

A **estrutura** do campo comunica os aspectos objetivos necessários para o funcionamento, a organização e o posicionamento do ator no campo e que existem independentemente da consciência e da vontade dos atores e os subjetivos que se relacionam à disposição dos atores, às suas crenças, intenções e representações (BOURDIEU, 1996).

Os **agentes** são indivíduos em interação dotados de um senso prático, um sistema adquirido de preferências, de classificações e de percepção (BOURDIEU, 1996); os atores do campo são dotados de *habitus* e capitais, sendo que o primeiro orienta a postura/o fazer/o agir do agente no campo, e o segundo traz relevo sobre os diferentes recursos que estes possuem e que são utilizados no campo (BOURDIEU, 2001).

As **leis** são tidas como regras prescritas/institucionalizadas que traduzem a razão de ser do campo, qualificam sua existência e descrevem o *modus operandi* dos agentes que nele atuam. Essas são próprias de cada campo, contribuem para sua autonomia e configuram-se como essenciais para sua existência (BOURDIEU, 2004).

O acesso à unidade, mesmo que adscrita a uma comunidade, não foi visto como hostil, pela sua localização próxima de vias expressas, pelo vasto comércio local e pela invisibilidade de atores armados nas proximidades. Torna-se relevante esclarecer que, no município do Rio de Janeiro, as regiões são muito heterogêneas, em função da história e forma como ocorreram o processo de urbanização, sendo que as áreas programáticas 3.1, 3.2 e 3.3 juntas conformam como a área mais populosa da cidade (37,9%), tendo metade de seus moradores residindo em favelas (RIO DE JANEIRO, 2019). Nesses cenários, a população enfrenta dificuldade de acesso a transporte público, saneamento e outros bens essenciais, além de sofrer com a violência cotidiana e a frágil intervenção do Estado em áreas como segurança, habitação, educação e saúde.

A pequena rua que dá acesso à unidade fica conectada a uma via expressa, com vasto comércio local. Busquei informações em um dos estabelecimentos acerca de sua localização. Havia certo receio de ingressar sem saber antes o que encontraria pelo caminho e o que poderia enfrentar no trajeto até o cenário da pesquisa. Fui surpreendido com a informação de que a unidade ficava a cerca de 200 metros da principal via e que bastava seguir em frente na mesma rua em que parei para pedir informação. Continuei na rua pequena e com possibilidade de passagem de um único veículo, embora fosse de mão dupla, e logo avistei a pequena unidade toda em adobe, revestida e pintada nas cores azul e branco. Em frente a ela, havia apenas duas vagas de estacionamento, e, nos arredores da mesma, pequenos comércios, casas e transeuntes. Nada mais foi visto e ouvido, nada de diferente, nada que pudesse justificar minha preocupação inicial.

A primeira impressão foi favorável e permitiu reflexões internas, pelo fato de existir no senso comum certo preconceito sobre os cenários de favela, muitos deles motivados pelas

questões sociais que envolvem a violência e que são amplamente divulgados pela grande mídia. O preconceito, por sua vez, acaba alcançando o mundo acadêmico, na medida em que se constitui como um impeditivo para a realização de pesquisas científicas nesses espaços, o que poderia contribuir para o conhecimento da realidade à que as pessoas estão expostas, assim como dar voz aos moradores, no intuito de compreender quais percepções eles têm do contexto ao qual estão inseridas. Sobre esse aspecto, para Porto et al. (2015), é fundamental considerar os impactos das intervenções urbanas pontuais e da violência nos territórios; particularmente, o impacto na vida das pessoas, compreendendo-o em sua dimensão como uma experiência coletiva. São dramas que se repetem no tempo e no espaço, mas que não assumem visibilidade pública; logo, são percebidos como casos pessoais, isolados.

O pesquisador, apesar de já ter atuado na ABS do município do Rio e apoiado ações das unidades de saúde do território da AP 3.1, não conhecia o cenário da pesquisa, nem os profissionais que trabalhavam na mesma. Ao entrar na unidade, a gerente administrativa mostrou-se muito receptiva à pesquisa e apresentou a unidade e os profissionais presentes no primeiro dia de observação. De imediato, desculpou-se pelos transtornos advindos do intenso calor em determinados ambientes da unidade, face à falta de manutenção dos aparelhos de ar-condicionado. Visando não atrapalhar o processo de trabalho dos profissionais e o fluxo de atendimento aos usuários, explicou-se à responsável pela unidade os objetivos da pesquisa, suas etapas e todo o cuidado que seria dispensado para minimizar quaisquer transtornos. Ela, por sua vez, colocou-se à disposição para contribuir no que fosse possível.

#### 4.1.1 Aspectos estruturais

A estrutura da unidade é toda de alvenaria; a entrada possui rampa e corrimão para acesso de deficientes. É conformada pela recepção; farmácia; saúde bucal; escovódromo; depósito de material e limpeza (DML); expurgo; esterilização; coleta; imunização; curativo; almoxarifado; salas de atendimento das equipes de saúde da família (sendo uma para cada equipe – Boa esperança, Emanuel e Tubiacanga); sala de saúde da mulher; corredor central com cadeiras dispostas próximo às diferentes salas de atendimento; cadeiras no final do corredor posicionadas



lado a lado para a espera de atendimento, localizadas próximo a um portão de ferro que dá acesso à associação de moradores e que, durante observação, permaneceu fechado com cadeados; ambiente aberto na lateral esquerda no final da unidade com cerca de 10m<sup>2</sup>; e duas poltronas flexíveis próximas à saída da sala de curativo.

A recepção é apartada da unidade e conta com um guichê de atendimento por equipe de saúde da família, com mesa, cadeira e computador conectado a internet, onde um profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) recebe os usuários que procuram os serviços ofertados pela unidade. O local é climatizado, não muito amplo, e possui um mapa da unidade com desenho de duas equipes (Emanuel e Boa esperança), televisão, bebedouro, dispensador de preservativos, cadeiras para que usuários aguardem atendimento e totem com distribuidor de senhas por equipe, o que permite ao usuário acesso por tipo de demanda (programada, espontânea, farmácia, saúde bucal, procedimentos, imunização e item que permite a avaliação dos serviços prestados).

Nos dias de observação, os usuários não estavam utilizando o totem, que seguiu desligado, assim como a TV. Não estavam disponíveis para visualização a relação dos grupos de promoção da saúde e o cronograma de atividades da equipe Tubiacanga.

A presença do totem com distribuidor de senha nas unidades de saúde do Rio de Janeiro já está naturalizado pelos profissionais e até mesmo pelos usuários, que, durante a observação, teciam críticas por ele não estar em funcionamento. No contexto de outros ambientes que não aquele que presta serviços de saúde, o totem tem a tarefa pontual de gerir filas, evitando aglomerações e até mesmo reclamações. Como se o simples fato de pegar um número e saber que existe uma ordem pré-estabelecida para ser chamado, ouvido e atendido fizesse o usuário esperar com paciência.

A presença do totem, que já tinha sido visto e utilizado por esse pesquisador em outras unidades, no momento da observação, talvez pelo distanciamento necessário e exigido pela pesquisa, causou certo estranhamento e gerou alguns questionamentos: O totem em uma unidade de saúde não retrata uma lógica bancária que pode contribuir para a diminuição da escuta e de um acolhimento com foco nas reais necessidades de saúde dos usuários? Este não fragiliza a atenção às demandas que necessitam de respostas imediatas, já que não distribui senha de acordo com critérios de risco e vulnerabilidade, e sim por tipologia de atendimento que é ofertado? Este não compromete um acolhimento, que nesse campo deveria ter como foco a vigilância em saúde para a produção do cuidado?

Nos quadros informativos e nas paredes da recepção, foi possível visualizar o número do disque-saúde, da ouvidoria geral do SUS e do município do Rio de Janeiro; aviso sobre proibição de fumar; placar da saúde com dados sociais, demográficos e epidemiológicos referentes às equipes de saúde da família; orientações relacionadas ao dia e horário das atividades do Rio Ar Livre – projeto gratuito que integra atividades como os exercícios antes praticados nas academias da terceira idade, dança, yoga e artes –; canais de comunicação da unidade (telefone e *e-mail* das equipes); horário de abertura e fechamento da unidade; nome da responsável pela mesma; relação dos serviços prestados no CMS Parque Royal, tendo como referência a carteira de serviços versão 2016; endereço do CREAS Stella Maris; cronograma diário de atendimento das Equipes Emanuel e Boa esperança sob a lógica de linhas de cuidado e por turno de atendimento – explicita por turno com quais atividades os profissionais médico, enfermeiro e técnico de enfermagem estão envolvidos, não relacionando as ações dos profissionais ACS; relação dos grupos de promoção de saúde realizados na unidade por equipe, sendo que, na relação, não estavam dispostos dia e horário dos mesmos. De acordo com o descrito, ocorrem por equipe, sendo os grupos da Equipe Emanuel: Corta Essa, Arte Royal, Mais você, Faça sua escolha, Cuidando do coração e Crescendo melhor e da Equipe Boa Esperança: ConectTeen, Do coração, Corta Essa, Super Mulher, Mamãe saudável e Planeja Mais.

O descrito e anexado nos quadros e nas paredes tinham por finalidade orientar e manter os usuários informados. No entanto, esses estímulos visuais são comuns em unidades de ABS do município do Rio de Janeiro e em outros municípios, o que faz com que os responsáveis pelas unidades que estão condicionados a mantê-las disponíveis deixem de atualizá-las com certa frequência. Outro ponto que merece destaque é o fato de que não basta ter informações disponíveis para a visualização dos usuários, quando não se discute com os mesmos a relevância e o propósito delas para o campo.

Após a recepção, à direita, encontra-se o serviço de farmácia, que funcionou durante todos os dias de observação, distribuindo medicamentos de uso contínuo e controlados, e, à esquerda, o serviço de saúde bucal, que funciona sob a lógica de demandas espontânea e programada. As espontâneas, pelo que foi observado, são acolhidas pelos ACS e avaliada pela equipe de odontologia, e as programadas ocorrem por solicitação do próprio ACS à equipe de saúde bucal, que realiza agendamento de novos usuários de acordo com as altas realizadas, solicitando posteriormente que o ACS avise ao usuário o dia do agendamento para atendimento.

A farmácia é bem climatizada e organizada com medicamentos dispostos em prateleira e identificados. Observou-se que parte das prateleiras estava vazia, devido à falta de alguns medicamentos. As condições de trabalho inadequadas, como a falta de climatização em alguns ambientes da unidade; atreladas à falta de suporte, no caso, ausência de medicamentos, tornam evidente certa precariedade instalada no campo, e isso limita o trabalho dos profissionais e interfere na produção do cuidado. Reitera-se que a falta de equipamentos e insumos necessários para a prática profissional converge para problemas de ordem objetiva e subjetiva no trabalhador, tais como desorganização, interrupções constantes do trabalho, exposição a riscos diversos, tanto para a pessoa que está sendo cuidada quanto para o profissional, ansiedade e sensação de trabalho incompleto (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Para amenizar essas situações, Maissiat et al. (2015) recomendam que gestores e trabalhadores se mobilizem conjuntamente para renormatizar a organização e as condições laborais, a fim de elaborarem medidas que contribuam para a redução do sofrimento e potencialização das fontes de prazer no trabalho. Este, por sua vez, não percebido, não sentido, não externado nos dias em que o pesquisador permaneceu em campo e manteve contato com os profissionais.

Na entrada da unidade, há uma mesa com cadeira e computador conectado à internet e com impressora, onde permanece uma profissional em atendimento. A sala de atendimento da equipe de saúde bucal é conformada pela cadeira de atendimento da odontologia, por mesas para guarda de material e atendimento e computador conectado à rede e com impressora. É relevante reiterar que, nessa sala, atuam a cirurgiã dentista e auxiliar de saúde bucal, as quais, por vezes, recebem o usuário e o acompanhante, embora a estrutura tenha se mostrado muito pequena. Em frente à sala de atendimento dos profissionais da saúde bucal, existe um escovódromo, cujo objetivo é a realização de ações de promoção em saúde e escovação supervisionada. Entretanto, não foram identificadas, no transcorrer da observação, ações desse tipo.

A presença da equipe de saúde bucal no dia a dia da unidade foi pouco notada, em razão da lógica de atendimento individual prestada pelos profissionais, ausência de ações de prevenção em saúde bucal e pouca integração desses com os outros profissionais da unidade. Para Moysés e Silveira Filho (2002), o isolamento, o corporativismo e a insegurança na prática da equipe de saúde bucal são fatores que fragilizam o trabalho desses profissionais e impedem a integração deles com os demais profissionais da ABS, o que dificulta a troca de conhecimentos e articulação de um campo de produção do cuidado. Segundo os mesmos autores, os profissionais podem até

estar juntos no campo, na visita domiciliar ou nas demais atividades externas que exigem certo grau de convivência, mas o aprisionamento do processo de trabalho a estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado torna o mesmo morto (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

As salas das equipes de saúde da família são padronizadas, possuindo mesa, cadeira para profissional e usuário, computador conectado à internet e com impressora, mesa ginecológica com gavetas para guarda de insumos, armário com duas portas, balança infantil digital, aparelho de pressão e régua antropométrica infantil. A balança digital para os adultos é compartilhada pelas equipes, permanecendo no corredor da unidade. A sala de saúde da mulher dispõe dos mesmos equipamentos descritos anteriormente para as salas das equipes, o que permite sua utilização pelos profissionais para atendimento aos outros ciclos de vida, sendo que o que a diferencia é a disponibilização de um banheiro em sua estrutura.

A sala de imunização funciona todos os dias com porta aberta para a administração de todas as vacinas, exceto antirrábica, que tem como referência a unidade específica da CAP 3.1, e a vacina BCG, que é administrada apenas às terças-feiras. Além disso, possui refrigerador com porta de vidro para guardar as vacinas, isopores, mesa, cadeiras, computador conectado à internet, maca e pia com torneira. Na ocasião da observação, a sala de imunização não estava funcionando, em virtude de um defeito no ar-condicionado, o que impedia a climatização do local.

Não fosse a precarização do ambiente, o que, mais uma vez, desponta, ocasionando dano à produção do cuidado, de toda forma, os usuários do serviço o teriam de forma limitada, pelo estabelecimento de rotinas que implicam no cuidado integral dos usuários. O campo insere-se em uma área densamente populosa, com aglomerado de pessoas e casas que, pela proximidade, são pouco ventiladas. Esses fatores, associados ao contexto social de vulnerabilidade e risco a que os usuários estão expostos, podem predispor os usuários à tuberculose, o que não justifica a limitação da imunização por BCG. Outro ponto que merece ser destacado é que a rotina instituída vai contra a orientação da própria Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, que, no documento em que orienta as ações nesse campo, explicita que os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde e que a sala de vacina deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade, aproveitando todas

as oportunidades para a atualização do cartão vacinal, não existindo dias para vacinas específicas, como a BCG (RIO DE JANEIRO, 2016).

A sala de curativo dispõe de armário para guarda de insumos, maca, mesa, cadeira, tanque e pia com torneira. É compartilhada para a realização de eletrocardiograma, retirada de pontos, administração de medicamentos, anticoncepcionais, realização de testes rápidos e acolhimento das demandas espontâneas pelo profissional técnico de enfermagem. Este verifica os sinais vitais, faz a primeira escuta e direciona o usuário para o agendamento programado ou para o atendimento com profissional enfermeiro ou médico da equipe. O profissional que atua nessa sala também é responsável pelos pacientes que permanecem em observação clínica por condições agudas; eles ficam dispostos em poltronas localizadas perto da saída da sala de curativo.

Na sala de administração da unidade, foi possível observar diferentes processos sendo disparados pela gestão, tais como agendamentos para Rio Imagem, Rio Card, Cegonha Carioca, controle de Recursos Humanos, atualização do CNES, previsão e provisão de materiais, acompanhamento do funcionamento da unidade por circuito de câmeras, solicitação de manutenção de equipamentos, assim como exportação de relatórios gerenciais via prontuário eletrônico.

O processo de regulação de vagas via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) de usuários para especialidades e de transferências rotineiras por demandas espontâneas agudizadas para outras unidades da rede, conforme preconizado pela gestão, deveria ser conduzido pelos profissionais de nível superior (gerente, enfermeiro e médico), que possuem dados para acesso aos sistemas. No entanto, na prática, observou-se compartilhamento dos dados para acesso ao sistema com os profissionais de nível médio (técnico de enfermagem e administrativos), visando otimizar esses processos.

O SISREG considera diversos critérios de prioridade para representar o tempo máximo desejável de atendimento, representando-os por cores: vermelha corresponde a situações clínicas graves e/ou que necessitam de um agendamento prioritário, em até 30 dias; amarela, a situações clínicas que necessitam de um agendamento prioritário, em até 90 dias; já a verde demonstra que a pessoa pode aguardar até 180 dias, e a azul diz respeito a situações clínicas que não necessitam de um agendamento prioritário, podendo esperar mais do que 180 dias (RIO DE JANEIRO, 2014). A regulação de vagas via SISREG e as transferências de usuários agudizados para outros pontos da rede de atenção em saúde constituem-se como essenciais para resolutividade da

atenção. No entanto, vale citar alguns questionamentos: Como esses processos são direcionados pelos profissionais de nível médio, quando se deparam com demandas que exigem um conhecimento técnico-científico e uma análise de risco? No cotidiano do trabalho, o envolvimento desses profissionais com demandas cuja responsabilidade pertence aos de nível superior existe pela e para a otimização do processo de trabalho ou tende a constituir-se como uma alternativa para a diminuição da carga de trabalho sobre os profissionais de nível superior? No campo da ABS, essas ações, em sua grande maioria, não são mobilizadas a partir do acolhimento dos usuários e não poderiam constituir-se como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado?

A esterilização e o expurgo são bem organizados, com atuação frequente do técnico de enfermagem e do auxiliar de saúde bucal, responsáveis pelo manuseio, preparo e esterilização dos materiais utilizados nas rotinas de atendimento. O almoxarifado comporta os insumos da unidade, não estando na ocasião completamente abastecido, em virtude da falta de itens solicitados pela gestão.

Na sala dos ACS, existem 03 mesas, 03 cadeiras e 03 computadores conectados à internet e armários para guardar material. Nesse ambiente, os profissionais atuam nos lançamentos dos dados relacionados às visitas domiciliares, ao Bolsa Família e a outras ações específicas ditadas pela gestão. Durante os dias de observação, identificou-se um número expressivo de ACS nesse ambiente, sempre superior a 03, e outros ACS ocupando outros espaços na unidade, aparentemente não desenvolvendo tarefa correlata a sua função.

Nogueira (2017) identificou uma série de atividades sendo praticadas pelos ACS, que não aquelas incluídas no seu “hall” de atribuições, como atividades de mobilização e grupos educativos. Esse ator, no campo, além de ocupar-se com o preenchimento de sistemas de informação, prontuários e fichas tem assumido tarefas administrativas e, em alguns contextos, até atividade de serviços gerais e procedimentos de cunho técnico que são prescritos para os profissionais de enfermagem.

O resgate histórico permite observar retrocessos na atuação desse profissional que outrora desempenhava atividades de promoção e prevenção de doenças de acordo com prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual está vinculado (BRASIL, 1997). Na atualidade, tem prescrito, mesmo que em caráter excepcional, a possibilidade de assumir outras demandas que desconstroem o sentido da sua prática, tais como

aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, realização de técnicas limpas de curativo e indicação da necessidade de internação hospitalar ou domiciliar (BRASIL, 2017).

A unidade dispõe ainda de uma pequena copa utilizada para alimentação dos profissionais, uma sala de coleta e um ambiente aberto com quadro branco anexo à parede, cadeiras e outros objetos reservados para reuniões de equipe, reunião geral, grupos de promoção em saúde e recreação infantil.

É relevante destacar como as salas das equipes, o corredor central da unidade utilizado para espera dos usuários, a imunização, a ala onde são realizados grupos de promoção em saúde, reuniões e recreação e ambiente de observação clínica, em virtude da falta de climatização, geraram desconforto nesse pesquisador, que permaneceu por curto período de tempo no cenário, o que implica pensar nos efeitos que esse ambiente exerce sobre o trabalho dos profissionais, já que estão todos os dias nesse espaço

É relevante reiterar que o acolhimento defendido nesta tese não prescinde de espaço ou momento específico para acontecer e tem na sua vertente uma lógica de vigilância em saúde que considera a produção do cuidado. No entanto, especificamente no espaço físico que comporta o campo da ABS, faz-se necessário considerar o aspecto ambiência, necessário para a criação de espaços saudáveis, confortáveis, acolhedores e que respeitem a privacidade dos usuários, como também propiciar mudanças no processo de trabalho e contribuir para o encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013). A produção do cuidado é influenciada pela estrutura do campo e pelo comportamento dos agentes, que, em um contexto de condições de trabalho precário, são atravessados por fatores que podem produzir desde desmotivação até processos de adoecimento.

#### 4.1.2 Aspectos relacionais

A recepção apartada dos outros componentes estruturais da unidade concentra sobre os profissionais ACS a responsabilidade pelo acolhimento inicial dos usuários, considerando o fato de a unidade não possuir profissional que atue junto à portaria ou guarda e segurança. Percebeu-se que o acesso, portanto, parece depender exclusivamente da capacidade de escuta do ACS, o

que, por sua vez, tem relação com a formação que este recebeu, sua inserção na comunidade, dentre outros fatores. Nesse sentido, o ACS pode ser um facilitador do acesso, ou um dificultador, fazendo com que o usuário não chegue a ser atendido por outros profissionais, que são os responsáveis por garantir a resolutividade.

A depender da capacidade de escuta dos ACS na recepção, os usuários podem ser restringidos logo na sua entrada sem que progridam em direção a outros agentes, o que pode fragilizar a produção do cuidado. Esse modelo de recepção centrado no profissional ACS, por sua vez, contrapõe-se à proposta de integralidade do SUS. Na ABS, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, especialmente na questão da abordagem multidisciplinar, a qual se caracterizaria pela busca, também contínua, de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, as quais não podem ser feitas sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (SILVA et al., 2017).

Os usuários agendados para determinado profissional faltoso e aqueles que buscavam utilizar determinado serviço que, na ocasião, não estava sendo ofertado recebiam negativas logo na porta de entrada, sendo em seguida dispensados. As ações dos ACS nesse espaço mostraram-se isoladas e limitadas, face à falta de governabilidade dos mesmos para lidar com determinadas demandas e responder aos problemas advindos da falta de profissionais e à oferta de determinados serviços. Além disso, outros profissionais pouco se fizeram presentes nesse ambiente, o que contribuiu para a percepção de que parte do visualizado não era conhecido/não queria ser conhecido por muitos profissionais.

Os ACS são conhecidos na unidade e têm visibilidade garantida pelo lugar que ocupam e pelas ações que vêm assumindo. A posição deles e as relações que engendram no cotidiano do trabalho determinam o capital social deles no campo e os tornam atores-chaves no acolhimento dos usuários. No entanto, é relevante reiterar que a posição por eles ocupada nem sempre é aquela prevista e que estes acabam por assumir ações cujo domínio não são de sua responsabilidade, o que pode influir na produção do cuidado.

Durante o período de observação, permaneciam na unidade dois ACS em atendimento aos usuários, sendo que a unidade possui três equipes completas. Ambos estavam identificados com colete com logomarca do município do Rio de Janeiro e com sua função descrita. Eles se



desdobravam para atender os usuários, lançar dados no computador e acessar de forma regular seus telefones celulares. Nem sempre os cumprimentos esperados nos encontros cotidianos de ambas as partes profissional-usuário se faziam presentes, e pareceu naturalizado pelos usuários a permanência em pé no guichê de atendimento (mesmo na existência de cadeiras), enquanto os ACS realizavam a consulta aos prontuários e tomavam notas dos motivos reais que os levaram a procurar o serviço de saúde.

No prontuário eletrônico, os ACS checavam a presença dos usuários agendados ou registravam os dados dos não agendados para avaliação pelo profissional técnico de enfermagem. Após essa rotina, no espaço físico da própria recepção, os usuários aguardavam até que o profissional responsável pelo atendimento viesse chamá-los para receberem o atendimento nas dependências internas da unidade.

Na recepção da unidade, pela lógica do acolhimento dispensado aos usuários pelos ACS responsáveis, observou-se: duas mães com recém-nascidos (RN) à procura de atendimento para imunização e liberação dos mesmos pelo fato de a sala de imunização estar fechada, em virtude da falta de climatização – um dos RN teve o cartão de vacina avaliado pela ACS, que orientou a mãe sobre os possíveis efeitos adversos, assim como a relevância de manter o calendário vacinal atualizado; usuário, enquanto aguardava atendimento, questionando o ACS quanto ao tipo de atendimento dispensado na unidade e à gestão dos horários para atendimento de determinadas demandas – a sala de curativo, compartilhada para outros procedimentos, estava realizando somente curativos no turno da tarde; usuária agendada para atendimento programado com o profissional médico que faltou, sendo orientada a retornar em outro momento para remarcação, tendo em vista que somente a própria profissional (médica) realizava esse procedimento; usuária acessando a unidade para retirada do resultado de exame citopatológico e recebendo a informação de que a enfermeira responsável pelo exame não estava na unidade naquele dia para a entrega, sendo orientada a retornar no dia seguinte; usuário dizendo não procurar os serviços de saúde havia algum tempo, queixando-se de cefaleia e informando ser hipertenso e, ainda assim, precisou esperar, em média, trinta minutos para ser chamado para que verificassem sua pressão arterial; usuário solicitando agendamento de consulta com profissional médico e recebendo a informação de que a agenda permanecia fechada, sendo necessário seu retorno na próxima semana, para a realização do agendamento.

As demandas espontâneas que acessam a unidade são direcionadas para o profissional técnico de enfermagem, que realiza a escuta e avalia o risco primário do usuário. No dia da observação, face à demanda, que era vultosa, dois profissionais dessa categoria atuavam em conjunto na sala de curativo, atendendo os usuários. Ambos estavam sem jaleco, um com crachá de identificação e o outro sem nenhuma identificação. Eles permaneceram em constante diálogo um com o outro, mostravam-se empáticos, disponíveis para a escuta e envolvidos com os procedimentos que desenvolviam.

O atendimento de um usuário que buscou o serviço para a realização de testes rápidos, em determinado momento da observação, chamou a atenção deste pesquisador. A abordagem do técnico de enfermagem, centrada na doença, não considerou outros contextos que envolvem esse tipo de demanda, como o conhecimento do usuário sobre a doença, os aspectos sociais e culturais que a permeiam, as formas de prevenção e atividades de promoção em saúde que o campo produz na perspectiva do cuidado. Mesmo quando, no discurso de determinado usuário que aguardava o resultado dos testes rápidos, surgiu uma questão envolvendo sua saúde (“faço teste rápido a cada 06 meses porque preciso cuidar da minha saúde”), não houve outra ação por parte dos técnicos que não aquela vinculada à realização do procedimento.

Esses e outros diálogos, presentes no cotidiano dos serviços da ABS, na medida em que são amparados e compreendidos pelos atores do campo como oportunidades que se apresentam para a criação de vínculo, poderiam converter-se em diálogos promotores de autocuidado, contribuindo para a concretude da ABS como campo de produção do cuidado.

Sobre as ações desses profissionais, dois aspectos merecem ser considerados: O primeiro diz respeito à formação, que tem por objetivo a realização de atividades de cunho técnico e desenvolvimento de procedimentos de caráter repetitivo, o que justifica a postura dos mesmos diante de casos como o descrito. Já o segundo considera a ação do campo sobre esses profissionais, ou seja, à medida que eles se envolvem e se comprometem com os objetivos do campo, mesmo que tenham a formação apontada anteriormente, é possível construir e incorporar rotinas, utilizando-as, de forma inconsciente, para ressignificar suas ações, implicando em novas posturas e condutas.

Na prática, no campo da ABS, a interiorização do exterior pelos técnicos de enfermagem pode contribuir para a conformação de um novo *habitus*, diferente do familiar, que é apreendido na infância, e do acadêmico, de base escolar. O *habitus* profissional se conforma através das

experiências, do fazer cotidiano, do desenvolvimento de habilidades e do envolvimento dos atores com os objetivos do campo. No entanto, ele não é uma aptidão natural, é socialmente construído. Pode ser durável, mas não deve ser considerado estático ou eterno, já que o campo e os atores estão em constante processo de transformação (BOURDIEU, 1983).

A posição dos técnicos de enfermagem foi vista como fator que influi no processo de trabalho, já que parte das demandas de saúde dos usuários são repassadas aos mesmos pelos ACS. Dessa forma, a atitude que esse profissional adota frente às demandas foi observada como essencial para acriação de vínculo e desfecho de novas ações ou para o distanciamento dos usuários da unidade, pelo fato de acharem-na pouco resolutiva.

Durante parte da observação, a noção de “acolhimento” emergia na fala dos técnicos de enfermagem ao se referirem aos ACS (“tem mais alguém aguardando acolhimento?”) ou ao se voltarem para os próprios usuários (“aqui no acolhimento, a gente só classifica o risco”). A concepção presente na fala dos profissionais converge para um acolhimento centrado na recepção e triagem, na classificação de risco e no atendimento possível à necessidade real e presumida dos usuários, pouco contribuindo para vigilância em saúde e produção do cuidado. Reitera-se, no entanto, que o discurso contrapunha-se à prática observada, já que a classificação de risco no campo da ABS deve envolver critérios previamente estabelecidos que permitam atendimento e direcionamento responsável das demandas (SCHOLZE, 2014).

O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado tem como princípio basilar o conceito positivo de saúde na medida em que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades inerentes a cada indivíduo para lidar com as diferentes situações que enfrenta (BRASIL, 2002). Quando orientado pela vigilância em saúde, ele permite reconstruir as práticas de saúde visando dar conta da globalidade do processo saúde-doença. A vigilância em saúde, na reformulação das práticas assistenciais e coletivas (MENDES, 1999), está implicada com as diferentes dimensões que envolvem o processo saúde-doença, tais como as necessidades sociais de saúde, a atuação com enfoque em grupos de risco, a gestão da agenda para atendimento de demandas programadas e espontâneas e a articulação das atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2007).

Se, na prática, os profissionais técnicos de enfermagem da unidade vêm assumindo a responsabilidade por acolher demandas que englobam diferentes condições clínicas e sociais,

presume-se que uma abordagem integral dos usuários poderia contribuir para a análise de outros aspectos que não aqueles específicos que os fizeram procurar os serviços de saúde.

Com relação ao processo de trabalho dos técnicos de enfermagem, merecem ser destacadas as múltiplas interrupções nos diálogos desses profissionais com os usuários, ora por outros usuários que aguardavam atendimento e se queixavam da demora, ora por outros profissionais com solicitações diversas de apoio para algum processo/procedimento, ou para tirar dúvidas. Também chamou a atenção o valor atribuído por eles aos procedimentos técnicos, que, na prática, contribuem para identificar a clínica, tais como verificação de sinais vitais e identificação de sinais e sintomas. Na prática, isso se deve à sua formação tecnicista, que o coloca como agente com maior destreza para a realização de determinados procedimentos (curativos, punções venosas, administração de medicamentos etc.) e a divisão social do trabalho da enfermagem, na qual o enfermeiro detém o capital social em termos de gestão do processo de trabalho, e os técnicos, o capital social adquirido pela experiência prática. No entanto, o usuário no campo da ABS é um só, e, pela ótica da vigilância em saúde que orienta as ações no campo da ABS, o esperado seria uma abordagem independente do ator responsável pelo acolhimento que considerasse as necessidades em saúde para além do adoecimento ou da presença de sinais e sintomas.

Em determinado momento da observação, a abordagem dos técnicos de enfermagem a um casal de idosos que procurou atendimento por demanda espontânea e foi direcionado para eles para a primeira avaliação foi alvo da nossa atenção. O usuário do sexo masculino apresentava quadro de cefaleia e hipertensão e estava acompanhado da esposa. Após verificação da pressão arterial, avaliada como normal pelos profissionais (o que é normal para o idoso? Com base em que parâmetros a normalidade foi traduzida?), o casal recentemente cadastrado foi abordado quanto à receita medicamentosa prescrita para hipertensão. A acompanhante do usuário respondeu: “esqueci em casa. Na verdade, ele anda ansioso, com fala desconexa e com dificuldade de se relacionar com outros familiares”. Após a escuta da demanda pelos profissionais, a conduta traduziu-se em solicitação de retorno no dia seguinte com a receita médica, para transcrição dos fármacos prescritos, já que a pressão arterial estava “normal”. Notou-se, dessa forma, que o acolhimento às reais necessidades de saúde apresentadas pelo usuário escaparam aos olhos e percepções dos profissionais e que outros atores não foram acionados em uma perspectiva de rede. A produção do cuidado a partir do acolhimento, dessa

forma, essencial para qualidade de vida do usuário e da família, mostrou-se frágil, quando na verdade poderia ter se constituído como essencial para a mudança da dinâmica e do estado de saúde daquela família.

Ao observar a consulta médica, percebeu-se que ela se diferencia pelo tipo de demanda. No atendimento das demandas espontâneas, a avaliação clínica tinha como foco a queixa, que, por sua vez, acarretava em condutas prescritivas com solicitação de retorno dos usuários, caso esses não apresentassem melhora do quadro. A observação das condutas disparadas a partir desse tipo de demanda (procedimentos, exames e terapia farmacológica), convergiu para aproximá-las da perspectiva biomédica de atenção à saúde. Os olhares e interesses pelas histórias, pelos contextos e por outras necessidades dos usuários que acessavam a unidade por demanda espontânea, até onde foi possível observar, pareceram ser secundários.

Houve tentativas por parte do usuário de pautar outras demandas, que não aquela agendada para atendimento, porém a profissional solicitava agendamento de nova consulta. O fato é que, durante a observação, foi possível identificar que o número de faltas às consultas de demanda programada compensaria o atendimento integral às demandas espontâneas – ou seja, havia vagas para atendimento. Havia sete consultas programadas e apenas uma confirmada em prontuário eletrônico. Percebeu-se, assim, o quanto a postura burocratizada adotada no acolhimento à demanda espontânea pelo profissional médico influi na produção do cuidado.

A burocratização do campo e do acolhimento na grande maioria das vezes pareceu não ser percebida pelos profissionais e por aqueles que o gerenciam. Pelo prescrito, os atores que têm atribuições pré-estabelecidas devem orientar suas ações em referência aos objetivos que orientam o campo. Pelo observado, os mesmos ou norteiam suas ações a partir das normativas, rotinas e fluxos instituídos, ou têm seus modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar e de agir inscritos no *habitus* (BOURDIEU, 2014). Esse, por sua vez, é produto de uma aprendizagem, de um processo do qual já não temos mais consciência e se expressa por uma atitude “natural” do profissional em conduzir suas ações em determinado meio. Ele percebe, pensa e age dentro da estreita liberdade, dada pela lógica do campo e da situação que nele ocupa (THIRY-CHERQUES, 2006).

Ambas as condutas podem fragilizar a produção do cuidado dos usuários; a primeira, pelo seu caráter protocolar, pode se constituir como um fator que inibe o olhar dos profissionais sobre os sujeitos, impedindo-os de identificar outras necessidades de saúde que não aquelas em

evidência em um primeiro momento; a segunda, por sua vez, pode favorecer a tomada de decisão isolada e trazer implicações para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar do campo, contribuindo para que determinados profissionais tenham o monopólio das ações e condutas, como também adquiram maior visibilidade na ABS pelo seu reconhecimento, em detrimento de outros profissionais.

No atendimento a uma usuária em idade fértil por demanda espontânea com quadro de dor abdominal e diarreia, foi narrado por ela mesma que o quadro era “recorrente e, por isso, faço uso de terapia alternativa para dor, como chá de boldo”, então a médica lhe prescreveu analgesia e solicitou agendamento de consulta para investigação. A usuária externou: “não moro mais por aqui; estou vindo de outra localidade para atendimento por já ter cadastro na unidade”. A profissional médica ponderou, dizendo: “você precisa resolver isso na recepção”, liberando a usuária em seguida. Esses e outros casos recorrentes na tipologia de atendimento denominada de demanda espontânea na ABS, se considerados como precursores de outros problemas de saúde, poderiam se constituir como momento-oportunidade de tomada de decisão pelo profissional em fortalecer o vínculo e a longitudinalidade do cuidado.

As demandas programadas são intercaladas com as demandas espontâneas. Durante a consulta de puericultura programada para a profissional médica, observou-se práticas como orientação quanto à necessidade de não faltar às consultas agendadas, análise da caderneta vacinal, mensuração de perímetros cefálicos, torácicos, avaliação antropométrica e avaliação clínica. A criança – menor de um ano – veio acompanhada da mãe e do irmão adolescente. A abordagem da profissional voltou-se de forma individualizada para a criança, suas queixas e para a prevenção de doenças que poderiam afetar seu desenvolvimento, não emergindo durante o atendimento a análise de outros determinantes e dos contextos familiar, social e cultural que envolvem a menor.

O fluxo da agenda da profissional médica, organizado com horários reservados para atendimento da demanda programada e outros livres para demanda espontânea, permitiu perceber “efeitos” do atendimento à demanda espontânea no atendimento ao usuário agendado. Esses, por sua vez, refletiam-se na escuta e na atenção da profissional, não dispensadas a todas as outras demandas que não aquela vinculada à linha de cuidado que motivou o agendamento (hipertensão, diabetes, puericultura, pré-natal) e no tempo da consulta, que, na prática, acabava por constituir-se no mesmo tempo utilizado para atendimentos à demanda espontânea. A observação do

atendimento às demandas nesse dia trouxe uma reflexão: Se, no atendimento à demanda espontânea, não é possível mobilizar atenção integral e produção do cuidado pelos fatores inerentes a esse tipo de atendimento e se, no atendimento agendado, o que importa é o enfoque na análise da clínica que envolve a linha de cuidado, em que momento na ABS o usuário tem a possibilidade de fala e principalmente de escuta? E como deve ser delineada a produção do cuidado daqueles não vinculados a nenhuma linha de cuidado?

Na ABS, a tipologia de demanda, se programada ou espontânea, não deveria ser fator produtor de limitação ou de formas diferenciadas de tratamento. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde leva em consideração todas as necessidades de saúde que mobilizam o usuário a procurar atendimento, o que implica que as condutas dos profissionais sejam as mesmas, independentemente do tipo de demanda, a de atender as “necessidades de saúde dos usuários”. Ocorre, no entanto, que, na prática, a compreensão que os profissionais têm de necessidade de saúde, na maioria das vezes, restringe-se à dimensão clínica, o que fragiliza a produção do cuidado.

A participação em um grupo de promoção em saúde voltado para usuários hipertensos e diabéticos permitiu compreender a dinâmica utilizada pelos profissionais, a metodologia e o manejo das dúvidas dos usuários. O total de usuários participantes do grupo foi de 07 usuários, sendo conduzido por um profissional enfermeiro e um profissional técnico de enfermagem. Houve avaliação antropométrica, verificação da glicemia capilar e da pressão arterial. Vídeos ilustrativos voltados para a prevenção da evolução das doenças foram assistidos pelos usuários e, em seguida, fomentou-se a discussão sobre a relevância da adesão ao tratamento medicamentoso proposto para cada usuário. Pelo fato de a unidade estar na semana de prevenção da hanseníase na ocasião da observação sistemática, abriu-se espaço no grupo para a discussão sobre o panorama dessa doença no Brasil, formas de prevenção, sinais, sintomas e diagnóstico.

Após o grupo, percebeu-se intensa troca entre os usuários sem participação dos profissionais no grupo, uma vez que a técnica de enfermagem estava voltada para a organização do material utilizado no grupo e preenchimento de documentos e a enfermeira retornou ao consultório para atendimento individualizado de todos os participantes do grupo. Enquanto aguardavam a chamada para atendimento, estes discutiam questões relacionadas aos seus problemas de saúde; sobre a organização dos serviços de saúde da própria unidade; sobre a viabilidade do próprio grupo, já que seriam atendidos de forma individual; e o cenário atual da

saúde e da segurança no município do Rio de Janeiro. Os usuários foram sendo chamados para atendimento um a um. Nesse sentido, visando entender como se dava a abordagem individual pela profissional enfermeira, buscou-se participar dos últimos atendimentos individuais dispensados aos usuários do grupo.

As consultas de enfermagem foram permeadas pelo caráter prescritivo, tendo como foco transcrição de medicamentos, solicitação de exames e reagendamento para a profissional médica, sendo observado pouco diálogo e troca entre a profissional e os usuários. Todos os usuários tiveram seu atendimento pautado nas linhas de cuidado de hipertensão e diabetes. A necessidade evidenciada por parte da enfermeira de atendimento de demandas associadas às outras linhas de cuidado gerava um reagendamento para a profissional médica ou para a própria enfermeira em outro momento.

Não obstante, observou-se que todos os usuários receberam de forma individualizada orientações relacionadas à alimentação e à prática de atividade física. Estas, tidas como elementares para controle e prevenção de doenças, eram direcionadas pela profissional da seguinte forma: “Tem controlado o açúcar e o sal nas refeições? Sabe que eles fazem mal para a saúde? Tem caminhado um pouco? Faz algum tipo de exercício físico?”. As respostas dos usuários, pautadas em negativas ou afirmativas, permite evidenciar a dificuldade do profissional em considerar outros fatores socioculturais e porque não os ambientais (que não o não ingerir ou o não praticar), que se relacionam diretamente com o consumo de determinados alimentos ou com a atividade física, assim como em desenvolver ações promotoras de mudança de estilo de vida e envolver o usuário nesse processo.

A abordagem dispensada aos usuários pelos profissionais envolvia um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais, tipificada como medicalização da vida (CARDOSO, 2014). Segundo Tesser et al. (2010), a medicalização é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que poderiam ser conduzidas de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, muitas vezes, até danosos aos usuários.



Oliveira et al. (2016) aponta ser necessário atentar para os efeitos da medicalização, tendo em vista que ela não está limitada apenas ao uso do produto medicamento e possui uma lógica mais sutil e perversa que avança no controle da vida das pessoas e da sociedade. Dessa forma, o combate desse fenômeno deve contar com ações de promoção da saúde, de modo a fornecer cuidado integral e multidisciplinar para além da prescrição medicamentosa, considerando o acesso a outras formas de tratamento. Isso passa necessariamente pela mudança na cultura que relaciona o direito à saúde à obtenção de uma prescrição de medicamentos (BRASIL, 2018).

O usuário M. P. S., de 76 anos, explicitou, durante a consulta de enfermagem, que evita sal e que não come em excesso. Logo em seguida, complementou, afirmando: “comi muita linguiça no último final de semana, porém com pouco sal”. O mesmo usuário relatou que faz exercício físico e que, inclusive, carrega sacos de capim na cabeça de forma rotineira no trabalho. Ele concluiu dizendo: “na minha idade, a gente não pode dar mole para a sorte”. A enfermeira, diante dos relatos, reiterou a relevância da adesão ao tratamento e dos cuidados com alimentação para o usuário, avaliou seus pés e procedeu as condutas prescritivas que ditavam o atendimento. O usuário, enquanto a enfermeira providenciava os documentos a partir do prontuário eletrônico, discorria sobre política, externando: “como está difícil acreditar na melhoria da saúde e da segurança com os atuais governantes”. Ele pontuou ainda ser um absurdo a unidade de saúde estar funcionando sem climatização.

Outro usuário, E. F. S., de 47 anos, acompanhado da esposa durante atendimento, relatou novamente o descaso com os profissionais pela ausência de climatização. Hipertenso e tendo se submetido à última consulta há mais de um ano, solicitou agendamento para atendimento porque estava preocupado, já que o irmão havia tido um infarto agudo do miocárdio (IAM) recentemente. Mesmo ausente nas consultas, já que relatou faltar às consultas anteriores, informou tomar os medicamentos de forma correta e verificar pressão arterial vez ou outra. Sua esposa, no que diz respeito à alimentação, relatou que, após orientação recebida na última consulta da médica, comprou uma fritadeira elétrica e que só a utiliza para que não haja consumo de gordura na residência. A abordagem da enfermeira voltou-se para informar que ele deveria evitar os excessos, assim como temperos industrializados, alimentos pré-cozidos e condimentados. O usuário pediu ajuda à enfermeira porque pretende viver até os cem anos. Sua esposa retrucou, dizendo: “só depende de você”, e a enfermeira acenou com um olhar de concordância. Não houve, no contexto do atendimento, discussão propositiva sobre o viver de

forma saudável, o cuidado com a saúde e o processo de morte inerente a todo ser humano e também o motivo que levou o usuário à consulta, já que o irmão teve IAM recentemente. Os procedimentos prescritivos foram seguidos e orientaram a consulta de enfermagem.

O acesso ao serviço de farmácia segue um fluxo contínuo, onde são liberados medicamentos para usuários com receitas de medicamentos de uso contínuo ou controlado na validade e aqueles que foram direcionados pelos profissionais das equipes que possuem autonomia prescritiva após o atendimento diário programado. Observou-se direcionamento de usuários vinculados ao CMS para outra unidade de ABS próxima pela falta no estoque do fármaco prescrito. Este, por sua vez, ocorre com sinalização no verso da receita da ausência do fármaco na unidade. Os usuários pareceram adaptados à conduta da profissional de encaminhamento para a retirada de medicamentos em outra unidade, não verbalizando ou expressando qualquer insatisfação.

A recepção da farmácia é improvisada no corredor anexo à sua entrada. A profissional farmacêutica assume dupla função, sendo responsável pelo serviço de farmácia e pelo atendimento ao usuário propriamente dito. No que concerne à última função, ao receber o usuário, a profissional o identifica, confirma a sua prescrição, valida a quantidade de medicamentos que será disponibilizada, orienta quanto ao retorno do usuário em caso de necessidade ou quando o mesmo faz uso de medicamentos de uso contínuo ou controlado e libera os medicamentos conforme a prescrição. O sistema eletrônico específico – STOK –, configurado ao sistema de prontuário eletrônico, é utilizado para a confirmação da prescrição e validação da quantidade de medicamentos que foram dispensados.

Percebeu-se demanda de atendimento que onera a profissional farmacêutica, impedindo-a de atuar junto às ESF em outras ações que não aquelas relacionadas aos serviços de farmácia. Nos poucos momentos em que a demanda estava normalizada, a profissional demonstrou-se acessível à escuta, orientando todos os usuários. Um caso particular chamou a atenção, quando uma usuária em atendimento disse ter suspenso a medicação controlada por conta própria, fazendo com que a profissional buscasse compreender os motivos dessa atitude mesma. Aparentemente desprovida de qualquer preconceito, a farmacêutica buscou elucidar as questões envolvidas na adesão ao tratamento, orientando a usuária sobre a necessidade de compartilhar suas dúvidas com os outros profissionais da unidade e a somente suspender qualquer tipo de

medicação prescrita após orientação dos profissionais da equipe responsável pelos cuidados com sua saúde.

Na administração, duas auxiliares administrativas compartilham com a gerente os processos da unidade. O atendimento aos usuários na administração ocorre por demanda espontânea, sendo possível identificar que estas se relacionam ao agendamento para atendimento na atenção especializada, às orientações quanto ao Programa Bolsa Família, Cartão Família Carioca, à entrega de resultados de exames, às orientações quanto ao Rio Card e reclamações, motivadas, principalmente, pela demora no atendimento.

A gerente – profissional enfermeira com mais de 05 anos de atuação no campo e com experiência prévia como enfermeira de ABS e responsável técnica de enfermagem –, durante todo o período de observação sistemática, colocou-se à disposição dos usuários e profissionais, coordenando as ações desses últimos. Percebeu-se fluxo de trabalho denso sobre essa profissional, que se revezava em dirimir conflitos interpessoais, responder questionamentos vinculados à falta de climatização e às mensagens de *e-mail* enviadas pela gestão. Chamou a atenção o fato de as auxiliares administrativas mostrarem-se receptivas à sobrecarga da gerente, dividindo com a mesma o atendimento dos usuários e as tomadas de decisão, o que contribuiu para identificar no contexto do que foi observado a relevância dessas profissionais para a unidade. Durante todo o período de observação, a gerente e as auxiliares administrativas estavam presentes ajustando fluxos, redirecionando usuários e sanando dúvidas dos profissionais.

O pesquisador tinha como objetivo participar da reunião de uma das ESF, o que não aconteceu devido à greve instalada em razão do atraso salarial, das férias da enfermeira de uma das equipes e o envolvimento da médica com diferentes atendimentos, pelo fato de ser a única médica da unidade presente no dia em que a reunião seria realizada. Nesse dia em específico, observou-se poucos profissionais e usuários na unidade. Na recepção, sete usuários permaneciam aguardando atendimento, e, no corredor central, duas gestantes e duas crianças. Em atendimento às demandas espontâneas, permanecia a médica, uma enfermeira realizava atendimento em pré-natal, e não foi possível identificar que atividade a outra enfermeira realizava, já que permaneceu durante todo o tempo no consultório da equipe, não tendo fluxo de usuários no local. A auxiliar de serviços gerais que realizava a limpeza do corredor queixava-se do atraso salarial com os usuários, da cobrança por parte da gestão de que as atividades laborais fossem mantidas e de dor na coluna, externando que, no dia anterior, havia limpado todas as paredes internas da unidade.

É relevante reiterar o cenário de crise que os profissionais da ABS do Rio de Janeiro vivenciavam com atrasos salariais que já ultrapassavam 40 dias e condições de trabalho insalubres. Nas últimas semanas que antecederam a observação e durante o período da mesma, a mídia noticiou desmandos que envolveram possíveis fechamentos de unidades de saúde da ABS (o que não se concretizou); demissão de profissionais; reconfiguração da porta de entrada das unidades de ABS – do modelo anterior de 01 ACS por ESF na recepção para 01 ACS por cada 03 ESF. Os ACS, a partir de agora, detinham a responsabilidade de receber os usuários e direcioná-los para os profissionais de nível superior da unidade, que teriam a prerrogativa de realizar a escuta inicial, a avaliação do risco e da vulnerabilidade e os atendimentos imediatos ou agendamentos correlatos. Ressalta-se, no entanto, que, dessas mudanças veiculadas pela mídia, apenas a última, durante o curso da observação, estava em processo na unidade, que discutia os fluxos existentes para a reorganização da porta de entrada a partir da demanda institucional.

O campo da ABS orientado pela vigilância em saúde apresenta como características a intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção nas suas ações do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). A dimensão relacional observada permitiu identificar que os atores ocupam posições distintas no campo e que essas são determinadas por regras que o orientam, assim como pela capacidade destes de darem respostas às demandas dos usuários. A posição dos profissionais não os impedia de circular e de estabelecer contato com os demais atores; pelo contrário, o fato de a unidade ser pequena favorecia a aproximação e a comunicação entre eles. No entanto, a formação dos profissionais foi vista como um fator capaz de estruturar hierarquias no campo, produzindo distanciamentos e determinando quem tem não só poder de fala, mas também de gerência sobre o processo de trabalho.

As relações dos atores revelaram diferentes capitais em jogo que poderiam contribuir para a estruturação do campo e produção do cuidado. No entanto, percebeu-se que cada ator imerso em uma condição de vida específica tende a nortear as suas ações em referência aos gostos, costumes e valores que contribuíram para moldar as suas características ao longo da vida. A gerente da unidade, os médicos e enfermeiros foram vistos como aqueles que detêm maior capital cultural pelos recursos adquiridos com o processo formativo e que são utilizados no cotidiano do trabalho em resposta às necessidades dos usuários; o capital social foi observado internalizado no

campo através da rede de relações que existe entre os profissionais, mas os ACS emergiram como aqueles com maior capital social pela dinâmica do trabalho que desenvolvem, o qual os coloca em contato com a comunidade e, ao mesmo tempo, deixa-os ocupando posições que implicam em permanente contato com outros profissionais e usuários do serviço; durante a observação, os próprios profissionais, ao prestigiarem e reconhecerem a relevância do médico para as ações do campo, contribuíram para revelar a presença de outro tipo de capital sobre os mesmos, o capital simbólico (BORDIEU, 1984).

O acolhimento dos usuários, de acordo com a observação, segue uma lógica instituída, estabelecida, baseada na queixa-conduta, na necessidade evidenciada, presumida e na oferta imediata de respostas. Dos ACS, passando pelos técnicos, enfermeiros, médicos e demais profissionais, ele se caracteriza pela tríade atender, direcionar e resolver. Permeado por um *habitus* grupal que procura dar conta do problema no momento em que ele ocorre, o acolhimento não foi visto como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, estando pouco implicado com a circulação do conhecimento e da informação, com a perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e com a integralidade da atenção.

#### 4.1.3 Aspectos prescritivos

Diferentes normativas orientam a organização dos serviços, o processo de trabalho e o atendimento ao usuário na ABS. A PNAB estabelece as diretrizes para a organização do campo da ABS, sendo a principal política desse campo (BRASIL, 2017). Essa traz relevo sobre a estruturação e as atividades que devem ser desenvolvidas pelos atores, explicita a finalidade, os objetivos e a relevância da ABS para a rede de serviços de saúde. Os Cadernos de Atenção Básica (CAB), que direcionam o atendimento ao usuário, são desenvolvidos sob a lógica de linhas de cuidado e possuem caráter prescritivo na medida em que pré-determinam as ações/os caminhos que devem ser adotados pelos atores. Os CAB são nacionalmente institucionalizados, podendo ser utilizados pelos gestores municipais.

No município do Rio de Janeiro, considerando a prerrogativa da própria PNAB de que compete à gestão municipal reorganizar o território e os processos de trabalho de acordo com a

sua realidade, outras políticas normativas foram elaboradas pela gestão visando nortear o campo da ABS e o processo de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2017). Nesse sentido, durante o período de observação sistemática, foram identificados no campo como principais documentos o Regimento Interno, o Plano de Acolhimento, a Carteira de Serviços e os Cadernos da Coleção Guia de Referência Rápida.

O Regimento Interno, com data de atualização no ano de 2018, apresenta informações sobre a localização da unidade; relação de profissionais que atuam no campo exportada do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e dados sociais, demográficos e epidemiológicos relacionados à população adscrita. No documento, apenas duas ESF são contempladas, fato esse justificado pelo fato de, na ocasião da sua elaboração, a unidade não possuir a terceira equipe, que foi vinculada após elaboração do documento (RIO DE JANEIRO, 2018a). Estão descritos o horário de funcionamento da unidade; de reunião das duas equipes então relacionadas no regimento; da reunião geral; do colegiado gestor, que é um espaço de troca com as lideranças da comunidade, usuários, gestão e profissionais de saúde da unidade; da sala de imunização; e de realização de exames laboratoriais (RIO DE JANEIRO, 2018a).

O regimento não define acolhimento, porém direciona a organização do mesmo na perspectiva da demanda espontânea. Segundo o documento, isso ocorre da seguinte forma:

- a) Todo usuário que chega à unidade é recepcionado pelos ACS na baia (termo utilizado no regimento com referência ao guichê de atendimento) da equipe e, de acordo com a necessidade, é redirecionado para o técnico de enfermagem;
- b) Os técnicos de enfermagem são os responsáveis pelo acolhimento, devendo realizar a escuta qualificada e identificar, através do cadastro em prontuário eletrônico, se os usuários residem na área de abrangência da unidade;
- c) Caso o usuário não seja cadastrado, ele é acolhido e assistido quando há possibilidade de realização do procedimento na unidade. Caso contrário, ele é referenciado à unidade mais próxima da sua residência através de guia de referência e contrarreferência. O contato via telefone com a unidade de referência também poderá ser realizado visando comunicar o encaminhamento do usuário. Os ACS, assim como os demais profissionais que compõem a “unidade”, estão habilitados a responder questões referentes ao fluxo na unidade e às demais orientações de saúde;

- d) Caso o usuário, cadastrado ou não, face aos sinais e sintomas que apresenta ou de acordo com seu grau de vulnerabilidade demande uma avaliação clínica, ele é direcionado para a avaliação com um enfermeiro ou médico;
- e) Se o usuário pertence à área de abrangência do CMS, ele receberá, a partir do acolhimento e de acordo com seu grau de vulnerabilidade ou os sinais e sintomas que apresenta, orientações; atendimento médico ou de enfermagem; agendamento de consulta (médica ou de enfermagem); agendamento de visita domiciliar com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ou ACS de acordo com a atribuição de cada profissional; inserção em grupos de promoção da saúde ou encaminhamento para outros níveis de atenção;
- f) Os ACS estão habilitados a responder questões referentes aos fluxos da unidade e às demais orientações de saúde;
- g) As técnicas de enfermagem são orientadas a, sempre que necessário, solicitar apoio do médico e/ou enfermeiro para a classificação de risco e vulnerabilidade do usuário;
- h) Caso a equipe médica realize o primeiro atendimento e necessite encaminhar esse usuário imediatamente à emergência mais próxima, essa deve mobilizar a família no território através do ACS e estabelecer contato com os equipamentos que atuam como retaguarda para essas demandas (Vaga Zero, Corpo de Bombeiros e Defesa Civil);
- i) A necessidade de avaliação por médicos especialistas pressupõe encaminhamento, inserção no SISREG, avaliação do médico regulador e agendamento.
- j) O profissional médico e o enfermeiro atuam apoiando o acolhimento e, sempre que necessário, avaliam o usuário em conjunto com o técnico de enfermagem e o ACS, de forma a garantir o melhor direcionamento do mesmo (RIO DE JANEIRO, 2018a).

De acordo com o Regimento Interno, os seguintes documentos elaborados pelo Ministério da Saúde apoiam as ações desenvolvidas pelos profissionais no campo: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência do ano de 2009; Humaniza SUS na Atenção Básica do ano de 2010; e os CAB (RIO DE JANEIRO, 2018a).

Estão descritos no documento o fluxo para atendimento em puericultura, pré-natal, hipertensão e diabetes, assim como o cronograma esperado para agendamento das consultas com profissional enfermeiro e médico. Quanto à puericultura, é dado destaque à visita domiciliar pela enfermeira logo após o nascimento e ao acolhimento mãe-bebê, assim como ao atendimento mensal da criança com baixo peso; Quanto ao pré-natal, orienta-se oferta diária do teste imunológico da gravidez (TIG), que, quando positivo, deve mobilizar oferta de testes rápidos e realização da primeira consulta pré-natal no momento do diagnóstico ou agendamento para a semana corrente; Quanto à hipertensão e ao diabetes, ênfase é dada à tipologia e ao acompanhamento com base na gravidade de cada caso (RIO DE JANEIRO, 2018a).

De forma complementar, o Regimento Interno relaciona as principais rotinas instituídas para o tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose e a referência para os casos de difícil controle; o tratamento da hanseníase, do tabagismo, dos usuários de saúde mental; a rotina de acompanhamento que envolve os beneficiários do Programa Bolsa Família e do Cartão Família Carioca; a relação dos equipamentos sociais presentes no território e das unidades de referência que prestam apoio logístico; e o espaço temporal definido para a exportação dos dados do prontuário eletrônico pela gestão visando consolidação e análise (RIO DE JANEIRO, 2018a).

O Plano de Acolhimento apresenta as ESF do campo; o território adscrito sob sua responsabilidade, com suas principais ruas; e o fluxograma descritivo para o acolhimento das diferentes demandas (ANEXO 04) (RIO DE JANEIRO, 2018b). Convém ressaltar que nem o Regimento Interno nem o Plano de Acolhimento fazem alusão ao acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, detendo sobre o mesmo a noção de recepção, acesso e avaliação de risco e vulnerabilidade.

A carteira de serviços é um documento idealizado pelos gestores e tem por objetivo nortear as ações de saúde oferecidas à população do Município do Rio de Janeiro. A versão utilizada pelos profissionais da unidade e que foi objeto de observação data do ano de 2016, sendo que o próprio documento recomenda atualização do mesmo a cada dois anos. A APS foi o termo utilizado na publicação para definir a porta de entrada do sistema de saúde e o local que tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas ao procurarem o serviço de saúde. Estão descritos no instrumento as tipologias das unidades da APS; as propostas de horário de funcionamento das unidades; os critérios para composição da carga horária dos profissionais das equipes e para definição do território de abrangência; a conformação das equipes; os aspectos



relacionados à estrutura física da unidade; as normativas específicas que direcionam o acompanhamento dos usuários, a regulação de vagas para atenção secundária, terciária, internação hospitalar e atendimento emergencial (RIO DE JANEIRO, 2016).

Na publicação, estão descritos as principais condutas relacionadas às linhas de cuidado com orientação das ações por classificação hierarquizada das condutas; dos diferentes serviços que devem existir na unidade e que estão relacionados com a vigilância em saúde (imunização, notificação compulsória, adoção de medidas de controle, investigação de óbitos, análise da situação de saúde local); as ações e práticas educativas ofertadas por meio da Promoção da Saúde; e todos os procedimentos existentes nesse campo (RIO DE JANEIRO, 2016).

O acolhimento emerge no documento como uma condição necessária para uma boa prestação dos serviços na APS. De acordo com a publicação, ele deve contemplar a comunicabilidade, a atitude, a postura e a resolubilidade. Sendo, dessa forma, transversal, contínuo, integrando estratégias, ferramentas e tecnologias para o alcance de respostas que garantam equidade no cuidado e a integralidade da atenção. Pressupõe atender todo usuário que chega à unidade, mesmo que de outra área de abrangência ou de outro município, efetuando o atendimento e/ou orientação necessária, não tendo para isso horário pré-determinado (RIO DE JANEIRO, 2016).

A coleção guia de referência rápida foi elaborada pelos gestores municipais com o objetivo de orientar a assistência clínica nas unidades de ABS na cidade do Rio de Janeiro. Ao todo, existem 12 guias, sendo eles: Infecção Sexualmente Transmissíveis, Infecção pelo HIV e AIDS, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Prevenção Cardiovascular, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Depressão, Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos, Atenção ao pré-natal, Álcool e outras drogas, Tuberculose, Câncer de pele. A leitura dos guias permitiu compreender o caráter normativo dos mesmos, na medida em que eles resumem as recomendações dos gestores e traz a orientação de que quaisquer condutas divergentes sejam registradas em prontuário, seguida da respectiva justificativa.

No campo, foi possível observar, através do discurso, menções aos guias de referência rápida pela gerência e uma profissional enfermeira. A primeira recomendando sua utilização pelo profissional médico, que apresentava dúvida diante do quadro clínico de um usuário, e a segunda citando o guia Infecções Sexualmente Transmissíveis como referência para outra enfermeira realizar a abordagem sindrômica. Ressalta-se, no entanto, que não foi observado consulta aos

mesmos nas diferentes abordagens realizadas aos usuários durante a atividade coletiva/grupal e nos atendimentos individuais. Isso pode ser justificado pelo conhecimento dos profissionais das recomendações descritas nos mesmos ou da orientação das ações, tendo como referência outras normativas.

Ressalta-se que o campo da ABS é um espaço social permeado pela relação e pelo encontro entre profissional-profissional e profissional-usuário. Os encontros entre os primeiros são necessários para a integração, o intercâmbio de informação e conhecimento, a discussão do processo de trabalho e análise/planejamento da situação de saúde; já o encontro entre os segundos é a base para o estabelecimento de vínculo e vinculação dos usuários ao campo, uma oportunidade de conhecer os motivos e as necessidades de saúde que levaram os usuários a buscarem atendimento, assim como a etapa inicial de todo e qualquer acolhimento.

Feuerwerker et al. (2014) explicitam que as práticas de saúde, como toda atividade humana, são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho, pois visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. O acolhimento, enquanto prática de saúde, nas normativas do campo assume duas vertentes: uma pautada em critérios de risco, com foco no atendimento às demandas espontâneas; e outra em referência à micropolítica do trabalho, ao agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram (FRANCO, 2006), assim como nos encontros de saberes e fazeres que eles operam no interior do campo (PEZZATO et al., 2013).

Ambas as vertentes integram um conjunto de regras que contribuem para estruturação do campo e que foram instituídas com a finalidade de orientar as ações dos profissionais. No entanto, a última tem potencial para legitimar as ações dos profissionais, fazendo-os avançar para além da normatividade prescrita, já que os mesmos tendem a internalizar as normativas e orientar suas ações por meio delas (BORDIEU, 2014).

O acolhimento pautado na normatividade foi identificado no estudo realizado por Silva e Romano (2015) em duas unidades de ABS do município do Rio de Janeiro. Os pesquisadores evidenciaram um acolhimento organizado para possibilitar a escuta dos motivos que levavam o indivíduo a procurar o serviço de saúde naquele momento, contribuindo para a exigência por parte dos usuários de que seus problemas fossem resolvidos de imediato. Scholze (2014), na sua pesquisa, reservou ao acolhimento um caráter regulatório ao empregá-lo como uma ferramenta de classificação de risco, utilizando-se de instrumentos e critérios preestabelecidos. Nesse sentido,

os resultados da observação sistemática realizada nesta tese estão alinhados com as evidências encontradas nos estudos dos autores supracitados, tendo em vista que, embora permeado pela escuta e pelo diálogo e orientador da porta de entrada, o acolhimento no campo não tem sido considerado como um dispositivo para a organização do processo de trabalho e não tem sido utilizado como uma estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado.

#### **4.2 Caracterização do universo de atores do CMS Parque Royal**

A ABS está organizada sob a lógica do trabalho em equipe, e os atores desse campo têm como premissa atender todos os usuários que procuram os serviços de saúde, vinculando-os e garantindo a integralidade da atenção. O conhecimento dos atores sobre o campo, seus objetivos e a competência relacional dos mesmos influi no acesso, no processo de trabalho e na produção do cuidado. Nesse sentido, torna-se relevante conhecer as trajetórias familiar, acadêmica e profissional dos atores e como elas contribuíram para a formação dos mesmos e constituíram-se como determinantes para a posição que eles ocupam no campo. As referidas trajetórias permitem compreender como as experiências e os percursos trilhados pelos sujeitos podem implicar nas suas ações e influenciar o meio em que eles estão inseridos.

Apoiando-se na noção de *habitus* de Bourdieu foi possível recuperar a noção ativa dos sujeitos que são produtos de uma história e de experiências que foram acumuladas no curso de uma trajetória. O *habitus* individual, como produto da socialização, constituído em condições sociais específicas, por diferentes sistemas de disposições que são produzidos por diferentes condicionamentos e trajetórias, em espaços distintos, como a família, a escola, o trabalho, os grupos de amigos e/ou a cultura de massa (SETTON, 2002) como instrumento conceptual de análise permitiu examinar a coerência das características apresentadas pelos atores do campo que estão dispostos às mesmas condições de existência (PINTO, 2000) e auxiliou na apreensão de certa homogeneidade nas disposições, nos gostos e nas preferências dos atores que estão em relação e imersos em trajetórias sociais equivalentes (SETTON, 2002).

A trajetória inicial de constituição do *habitus* em um ator ocorre normalmente nas primeiras agências de socialização do ser, entendida como família ou, na falta desta, em alguma

outra instituição equivalente. Ela é responsável pela primeira e profunda impressão social sobre o indivíduo, que sofrerá outras sedimentações ao longo da vida (MONTAGNER, 2007). No ambiente acadêmico, os conhecimentos tácitos apreendidos no cotidiano incorporam-se progressivamente ao indivíduo e tornam-se parte de suas estruturas mentais cognitivas, conformando o *habitus* escolar ou acadêmico (SANDRIN; TERRAZAN, 2011).

A inserção dos atores no campo da ABS pode ocorrer de diferentes formas, sendo que compete às secretarias municipais de saúde selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais (BRASIL, 2017). No Rio de Janeiro, o preconizado é que a entrada de profissionais aconteça através de processos seletivos que têm por objetivo avaliar a competência e o perfil profissional. No entanto, na prática, esses são afetados por indicações políticas, questões sociais que fragilizam a lotação de profissionais em determinados cenários e redes de contatos com atores já inseridos no campo que atuam como facilitadores no processo.

A lógica instituída acaba por determinar que atores com distintos perfis vinculem-se ao campo da ABS. Espera-se que o ator com formação (*habitus* acadêmico) para atuar no campo da ABS, quando em contato com ele, mesmo que *a priori* encontre dificuldades para lidar com as necessidades de saúde dos usuários e as práticas de cuidado, com o tempo e através das experiências, tenham mais facilidade para se desenvolver enquanto profissionais. Além disso, espera-se que o ator sem formação para atuar no campo ou com formação para atuar em outro campo enfrente dificuldades de identificar-se e integrar-se ao mesmo, como também de cumprir com as regras que o orientam.

Segundo Praxedes (2015), nas atitudes práticas de cada agente, são explicitados os valores que ele cultiva, os valores e as habilidades que aprendeu ao longo de sua história, incluindo as posturas corporais, o uso da língua, sua dicção, seu sotaque, modos de expressão e gestos, mas também sua forma de raciocinar logicamente, classificar e avaliar as situações de acordo com seus valores, suas crenças e suas ideias, o que implica conhecer o perfil dos profissionais do campo.

Na caracterização do universo dos atores do CMS Parque Royal, levou-se em consideração a perspectiva reestrutural do *habitus* que se dá a partir de uma espécie de expansão da consciência ou do pensamento, do aumento da compreensão da realidade com a percepção de outras dimensões que não eram sentidas anteriormente pela visão ligada ao campo familiar e acadêmico (SILVA, 2016), mas que agora podem ser identificadas através da inserção e atuação

dos mesmos no campo. Segundo Baldino e Donencio (2014), a posição ocupada pelos agentes no interior do campo determina uma disposição em função de suas trajetórias, ou seja, o campo estrutura e reestrutura o *habitus*. Na perspectiva relacional, o campo também pode ser estruturado pela reestruturação do *habitus*. Isso significa que um depende do outro, em uma relação campo – indivíduo – campo. Assim sendo, na caracterização dos atores, buscou-se recuperar e compreender os aspectos inerentes ao *habitus* familiar e escolar determinantes para a posição que cada ator ocupa no campo.

Todos os 37 atores do campo responderam ao questionário estruturado que fora enviado pela gerente administrativa, a pedido do pesquisador, por *e-mail* e pelos grupos de trabalho em que os profissionais estão incluídos no aplicativo de mensagem *WhatsApp*. Apenas um profissional de nível médio, em razão da demora nas respostas, precisou ser acionado pelo pesquisador pessoalmente, quando lhe foram explicados os objetivos da pesquisa e a relevância da sua participação. Após a abordagem do pesquisador, o profissional respondeu prontamente ao questionário enviado.

As seguintes variáveis foram exportadas, tratadas e analisadas, visando caracterizar os atores e identificar as suas trajetórias acadêmicas e profissionais: sexo, gênero, faixa etária, estado civil, município de nascimento e residência, escolaridade e informações relacionadas à formação acadêmica, instituição em que concluiu os ensinos fundamental, médio e superior, a pós-graduação, se teve bolsa de estudos para formação, a escolaridade e atividade profissional dos pais, o tempo de atuação na unidade de saúde, a função/cargo que ocupa na unidade de saúde, as funções/cargos ocupados anteriormente na unidade ou em outras unidades de saúde.

Dos profissionais pesquisados, a maior parcela (81,1%) é do sexo e gênero femininos e a menor (18,9%) é do sexo e gênero masculinos. Esse dado corrobora com os achados do estudo realizado nas regiões norte e central da cidade de São Paulo, que analisou o perfil de 4.968 trabalhadores que atuavam na ABS, identificando que 80,7% dos trabalhadores eram do sexo e gênero femininos (MARSIGLIA, 2011). Percebe-se no campo e não obstante em outros cenários da ABS no município do Rio de Janeiro maior utilização da mão de obra feminina, principalmente na função de ACS:

A origem do trabalho com os agentes de saúde originou-se em 1987, quando teve início uma experiência com agentes de saúde como parte do Programa de Emergência, criado em decorrência da seca. Para dar início ao programa em seu caráter emergencial, foram selecionadas seis mil mulheres do sertão cearense, tendo como critérios para a seleção que as agentes de saúde fossem escolhidas entre as mulheres pobres, pois a ideia era garantir um salário mensal durante o período da seca, mas com mulheres capazes de

fazer o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independentemente da escolaridade. (AVILA, 2011, p. 350)

O Rio de Janeiro foi declarado como Unidade da Federação de nascimento por 70,3% dos sujeitos, sendo que 29,7% nasceram em outros Estados da Federação. No que se refere ao local de residência, todos os atores (100%) informaram o município do Rio de Janeiro. (Tabela 1)

Quanto ao estado civil, 15 (40,6%) declararam serem solteiros, contra 13 (35,1%) que declararam estarem casados. Além disso, outros 05 (13,5%) informaram conviver com companheiro (a) em união estável, e 04 (10,8%) responderam estarem separados judicialmente. (Tabela 1) A faixa etária dominante dos atores varia de 26 a 35 anos (13), contudo a segunda concentração mais expressiva está na faixa etária de 36 a 45 anos (12). Dessa forma, essas correspondem a mais da metade dos atores (25=67,5%), o que demonstra que a maior concentração de atores está compreendida na faixa etária equivalente à idade adulta. (Tabela 1)

Tabela 1 – Caracterização dos atores segundo sexo, gênero, estado civil, faixa etária, UF de Nascimento e Residência

SEXO			GÊNERO		
Feminino	07	18,92%	Feminino	07	18,92%
Masculino	30	81,08%	Masculino	30	81,08%
FAIXA ETÁRIA			ESTADO CIVIL		
De 18 a 25 anos	01	2,7%	Casados	13	35,1%
De 26 a 35 anos	13	35,1%	União Estável	05	13,5%
De 36 a 45 anos	12	32,4%	Separados	04	10,8%
De 46 a 55 anos	09	24,4%	Solteiros	15	40,6%
> 56 anos	02	5,4%			
UF DE NASCIMENTO			UF DE RESIDÊNCIA		
BA	05	13,5%	RJ	37	100%
PB	01	2,7%			
PE	01	2,7%			
PR	01	2,7%			
RJ	26	70,3%			
RN	01	2,7%			
SP	02	5,4%			

Fonte: O autor, 2019.

Os ACS são a maioria dos atores (13=35,2%), seguidos dos profissionais do Nasf-AB (04=10,8%), médicos (3=8,1%), enfermeiros (2=5,4%), médico responsável técnico (1=2,7%), enfermeiro responsável técnico (1=2,7%), agente de combate de endemias (3=8,1%), técnicos de

enfermagem (3=8,1%), auxiliares administrativos (2=5,4%), cirurgião dentista (1=2,7%), farmacêutico (1=2,7%), gerente administrativo (1=2,7%), auxiliar de saúde bucal (1=2,7%) e auxiliar de serviços gerais (1=2,7%). Os profissionais que compõem o Nasf-AB são: Assistente Social, Educador Físico, Fisioterapeuta e Psicólogo.

Com relação à variável nível de escolaridade, 16 (43,2%) dos participantes do estudo possuem ensino superior completo, 19 (51,4%) ensino médio completo, 01 (2,7%) ensino fundamental completo e 01 (2,7%) ensino fundamental incompleto. Do total de profissionais com nível superior, 05 (13,5%) não possuem formação complementar, 05 (13,5%) possuem especialização lato-sensu, 03 (8,1%) especialização nos moldes de residência multiprofissional e 03 (8,1%) mestrado acadêmico. Desse grupo, foram beneficiados com bolsa integral de estudos na graduação 13,52% (05) e, na pós-graduação, 8,11% (03). A tabela 2 relaciona informações sobre as instituições responsáveis pela formação dos profissionais.

Tabela 2 – Instituição responsável pela formação dos atores

	ENSINO FUNDAMENTAL		ENSINO MÉDIO	
Pública	22	59,5%	19	51,4%
Privada	10	27%	14	37,8%
Pública e Privada	05	13,5%	03	8,1%
Não concluiu	-	-	01	2,7%
	ENSINO SUPERIOR		PÓS-GRADUAÇÃO LATO-SENSU	
Pública	10	27%	01	2,7%
Privada	08	21,6%	03	8,1%
Pública e Privada	-	-	01	2,7%
Não concluiu	19	51,4%	32	86,5%
	PÓS-GRADUAÇÃO RESIDÊNCIA		PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO	
Pública	02	5,4%	03	8,1%
Privada	-	-	-	-
Pública e Privada	01	2,7%	-	-
Não concluiu	34	91,9%	34	91,9%

Fonte: O autor, 2019.

Do total de profissionais, 67,6% (25) atuam na unidade há mais de 03 anos, sendo a maior parte 13 (35,2%) ACS. Quando questionados sobre terem trabalhado na mesma ou em outra função em outras unidades de ABS, 35,17% (13) responderam de forma afirmativa. A gerente administrativa atuou como responsável técnica pela enfermagem; 01 das enfermeiras como enfermeira e gerente administrativa; 02 médicos, 02 técnicos de enfermagem, o farmacêutico, o

cirurgião dentista e 01 auxiliar administrativo nas mesmas funções; e os 04 profissionais do Nasf-AB compartilham de metade da carga horária com outra unidade de saúde. A tabela 3 apresenta a relação de equipes de ABS existentes no campo, a categoria profissional de cada ator e o tempo de atuação dos mesmos.

Tabela 3 – Tempo de atuação dos profissionais do CMS Parque Royal (continua)

TEMPO DE ATUAÇÃO DOS ATORES NO CAMPO			
Tempo de atuação	Atores (n)		Atores (%)
< 1 ano	07		18,9%
2 - 3 anos	05		13,5%
3 - 4 anos	04		10,8%
4 - 5 anos	04		10,8%
> 5 anos	17		46%
EQUIPES DO CAMPO E RELAÇÃO DOS ATORES POR TEMPO DE ATUAÇÃO			
Equipe Emanuel	Tempo de atuação	Equipe Boa Esperança	Tempo de atuação
EQE-MED	3 - 4 anos	EQBE-MED1	< 1 ano
EQE-ENF	2 - 3 anos	EQBE -MED2	2 - 3 anos
EQE-TE	2 - 3 anos	EQBE -ENF	> 5 anos
EQE-AVS	> 5 anos	EQBE -TE	> 5 anos
EQE-ACS1	> 5 anos	EQBE -AVS	> 5 anos
EQE-ACS2	> 5 anos	EQBE -ACS1	> 5 anos
EQUIPES DO CAMPO E RELAÇÃO DOS ATORES POR TEMPO DE ATUAÇÃO			
Equipe Emanuel	Tempo de atuação	Equipe Boa Esperança	Tempo de atuação
EQE-ACS3	> 5 anos	EQBE -ACS2	> 5 anos
EQE-ACS4	> 5 anos	EQBE -ACS3	3 - 4 anos
EQE-ACS5	4 - 5 anos	EQBE -ACS4	> 5 anos
Equipe Tubiacanga	Tempo de atuação	Equipe Saúde Bucal	Tempo de atuação
EQT-MED	> 5 anos	ESB-CD	2 - 3 anos
EQT-ENF	> 5 anos	ESB-ASB	> 5 anos
EQT-TE	> 5 anos		
EQT-AVS	4 - 5 anos	Equipe Nasf-AB	Tempo de atuação
EQT-ACS1	3 - 4 anos	NASF-PSI	< 1 ano
EQT-ACS2	4 - 5 anos	NASF-EF	< 1 ano
EQT-ACS3	3 - 4 anos	NASF-AS	< 1 ano
EQT-ACS4	4 - 5 anos	NASF-FIS	< 1 ano



Tabela 3 – Tempo de atuação dos profissionais do CMS Parque Royal (conclusão)

Equipe Gestão e Apoio	Tempo de atuação		
FARM	< 1 ano		
GERENTE	> 5 anos		
ADM1	> 5 anos		
ADM2	2 - 3 anos		
SERV. GERAIS	< 1 ano		

Legenda: EQE- Equipe Emanuel; EQBE- Equipe Boa Esperança; EQT- Equipe Tubiacanga; MED- Médico; ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem; AVS- Agente de Vigilância em Saúde; ACS- Agente Comunitário de Saúde; Nasf-AB- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; PSI- Psicólogo; EF- Educador Físico; AS- Assistente Social; FIS- Fisioterapeuta; FARM- Farmacêutica; ADM- Administrativo; SERV. GERAIS- Auxiliar de serviços gerais.

Fonte: O autor, 2019.

O tempo de atuação dos profissionais e o fato de determinados profissionais possuírem experiências prévias em funções semelhantes às que desempenham atualmente ou em outras funções na ABS são fatores que deveriam contribuir para o conhecimento ampliado sobre o campo, a compreensão deles sobre a relevância do campo para a Rede de Atenção em Saúde, assim como para que as ações de saúde fossem mais assertivas. No entanto, o tempo e as experiências dos atores adquiridas pela trajetória profissional conforma o que Paquay et al. (2001) chamam de *habitus* profissional, em referência às rotinas que são construídas durante o percurso dos mesmos e que são utilizadas de forma automática nos momentos que consideram oportuno. Esse *habitus traduz* a capacidade dos mesmos de operar, de forma prática, porém mecânica, de agir de forma não refletida, e tende a estar baseado na repetição, no seguimento de rotinas, sendo responsável por consolidar, no contexto da prática dos profissionais, algumas regularidades que implicam na produção do cuidado (PAQUAY et al., 2001).

No quesito grau de escolaridade dos pais, os atores informaram que 27% (10) dos pais possuem ensino médio completo e 16,2% (06) ensino superior completo; já 37,8% (14) das mães possuem ensino médio completo e 13,5% (05) ensino superior completo. Do total de profissionais de nível médio do campo (n=23), apenas 04 pais e 05 mães possuem ensino médio completo, sendo que apenas o pai de um dos profissionais AVS tem nível superior. Com relação aos profissionais de nível superior (n=14), observa-se que 04 pais e 05 mães possuem nível superior. No entanto, nenhum dos enfermeiros possui pais com nível superior, e dos 04 médicos que atuam na unidade, 01 possui o pai e o outro a mãe com nível superior. (Tabela 4)

No que diz respeito à atividade profissional, 81,1% (30) dos pais e 56,76% (21) das mães estão na ativa. Desses, 80% (24) dos pais e 80,9% (17) das mães desenvolvem atividades

relacionadas à formação de nível fundamental ou médio. Ressalta-se, no entanto, que somente 04 atores do campo têm pais com atividade laboral vinculada à área da saúde, sendo eles os atores FARM, cuja mãe é enfermeira, o ator EQE-AVS e NASF-AS, cujas mães são técnicas de enfermagem, e o ator EQE-ACS4, cuja mãe é cuidadora. (Tabela 4)

Tabela 4 – Escolaridade e atividade profissional dos pais dos atores do CMS Parque Royal (continua)

ESCOLARIDADE					
Ator		Pai		Mãe	
Sem informação (SI)		03	8,1%	01	2,7%
Analfabeto (A)		04	10,8%	02	5,4%
Ensino Fundamental Incompleto (EFI)		10	27,1%	10	27,1%
Ensino Fundamental Completo (EFC)		04	10,8%	05	13,5%
Ensino Médio Completo (EMC)		10	27%	14	37,8%
Ensino Superior Completo (ESC)		04	10,8%	04	10,8%
Pós-Graduação Especialização (PGE)		01	2,7%	-	-
Pós-Graduação Doutorado (PGD)		01	2,7%	01	2,7%
ESCOLARIDADE E ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS PAIS					
Ator		Pai		Mãe	
SERV. GERAIS	A	Agricultor		EFI	Agricultor
ESB-ASB	A	Feirante		EFI	Doméstica
ADM1	A	Carpinteiro		EMC	Costureira
ADM2	EMC	Do lar		EMC	Do lar
ESCOLARIDADE E ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS PAIS					
Ator		Pai		Mãe	
EQBE-ACS1	EFI	Atendente		EFI	Doméstica
EQBE-ACS2	EFI	Carpinteiro		EFI	Doméstica
EQBE-ACS3	EFI	Agricultor		EFI	Do lar
EQBE-ACS4	EMC	Gari		EMC	Doméstica
EQBE-AVS	EFI	Mestre de obras		EFC	Confeiteira
EQBE-TE	EFC	Comerciante		EFC	Serviços gerais
EQE-ACS1	EFI	Chefe de cozinha		EFC	Do lar
EQE-ACS2	EFI	Auxiliar de almoxarifado		EFI	Comerciante
EQE-ACS3	EFC	Segurança		EFI	Do lar
EQE-ACS4	EFI	Vigilante		EFI	Cuidadora
EQE-ACS5	EFI	Carpinteiro		A	Autônoma
EQE-AVS	ESC	Engenheiro mecânico		EMC	Técnica de enfermagem
EQE-TE	EMC	Militar		EFI	Do lar
EQT-ACS1	SI	Sem informação		SI	Sem informação
EQT-ACS2	SI	Sem informação		A	Pensionista
EQT-ACS3	EFC	Aposentado		EFC	Aposentado
EQT-ACS4	EMC	Motorista		EMC	Aposentada

Tabela 4 – Escolaridade e atividade profissional dos pais dos atores do CMS Parque Royal (conclusão)

ESCOLARIDADE E ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS PAIS				
Ator	Pai		Mãe	
EQT-AVS	EFC	Funcionário público	EFC	Do lar
EQT-TE	A	Autônomo	EFI	Aposentada
EQBE-ENF	EMC	Aposentado	EMC	Do lar
EQBE-MED1	ESC	Militar	EMC	Do lar
EQBE-MED2	EMC	Empresário	EMC	Do lar
EQE-ENF	EMC	Autônomo	EMC	Autônoma
EQE-MED	EMC	Mecânico de aeronave	EMC	Professora
EQT-ENF	SI	Serralheiro	EMC	Funcionária pública
EQT-MED	ESC	Advogado	ESC	Auditora fiscal
ESB-CD	PGD	Engenheiro	ESC	Geógrafa
FARM	EMC	Funcionário Público	ESC	Enfermeira
GERENTE	PGE	Engenheiro	ESC	Química
NASF-AS	EFI	Auxiliar serviços gerais	EMC	Técnica de enfermagem
NASF-EF	EFI	Aposentado	EMC	Serviços gerais
NASF-FIS	ESC	Aposentado	PGD	Aposentada
NASF-PSI	EMC	Aposentado	EMC	Aposentada

Fonte: O autor, 2019.

A escolaridade e formação profissional dos pais retratam as condições que contribuíram para as trajetórias pessoais e profissionais dos atores do campo. Cada ator trilhou um percurso singular que o levou a ocupar um lugar no campo, por mais que, nas suas jornadas, existam pontos de convergência. No contexto familiar, as competências relacionais dos atores começa a ser formada através das experiências que vivenciam e acumulam, contribuindo para que eles incorporem formas de sentir, pensar e agir que são próprias do grupo familiar no qual estão inseridos.

Segundo Bourdieu (2001), a família é a base para a constituição do *habitus*, por ser a primeira e principal instância de contato do indivíduo, que, por meio de interação, valores, crenças e costumes, torna-se agente e inicia sua socialização. Ela é responsável por transferir ao indivíduo, inconscientemente ou não, o capital cultural e o *ethos*, ou seja, os valores implícitos e interiorizados de forma profunda que irão definir a forma como ele agirá frente ao seu próprio capital cultural e à instituição escolar.

A análise dos dados permite observar que, do total de atores do campo (n=37), 56,8% dos pais e 48,7% das mães possuem escolaridade inferior ao nível médio e exercem profissões de

pouco prestígio na estrutura social. O achado, além de trazer relevo sobre questões de classe social, pressupõe frágil capital cultural do grupo, já que esse está associado à renda, à posse de recursos e ao acesso à educação. No entanto, é possível observar que determinados atores, mesmo que inseridos em um contexto familiar e social muito particular e fadados à exclusão social, obtiveram êxito nas suas trajetórias, como é o caso dos atores EQBE-ENF, EQBE-MED2, EQE-ENF, EQE-MED, EQT-ENF, NASF-AS, NASF-EF e NASF-PSI.

#### 4.3 **Análise da Rede Social do CMS Parque Royal**

A rede social apresentada a seguir foi obtida a partir dos dados coletados com o questionário *on-line* estruturado que foi enviado para todos os atores do CMS Parque Royal, onde responderam à pergunta sobre os contatos que realizam a partir do acolhimento na perspectiva da produção do cuidado. É do tipo completa, por envolver todos os atores de determinada organização e buscar evidenciar todos os tipos de vínculos que existe entre os mesmos (CHIARA et al., 2006); simétrica, pelo fluxo de comunicação instalado considerado como bidirecional (HATALA, 2006); e monomodal, por contemplar relações entre atores do mesmo tipo, no caso agentes do campo da saúde, inseridos em uma mesma estrutura social (BORGATTI, 2009).

Na ARS, a informação sobre o padrão dos laços entre os atores permite identificar os subgrupos reticulares com maior nível de coesão interna, assim como os papéis e as posições sociais manifestas pelas relações observadas entre os mesmos na rede (RAIDER; KRACKHARDT, 2001). Considerando a tipologia de rede descrita acima, cada participante citou todos os profissionais que aciona a partir do acolhimento para a produção do cuidado, e suas respostas foram exportadas para o *software* UCINET, sendo gerada a rede social denominada “Rede de produção do cuidado do CMS Parque Royal” (Gráfico 1).

A rede social apresentada não é estática, muito menos as posições que os atores ocupam nela. As mudanças associadas à entrada e saída de atores, assim como conflitos e crises, podem alterar a estrutura social e a dinâmica do campo da ABS, convergindo para a reconfiguração da rede social.

Nos últimos anos, o Brasil e, especificamente, o município do Rio de Janeiro vivenciaram tensões no cenário político e econômico associadas à corrupção e à segurança. Atrelado a isso, a edição da nova PNAB e a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos deflagraram rupturas e instabilidade no campo da ABS, afetando as relações dos atores e o processo de trabalho em diferentes contextos.

O CMS Parque Royal não sofreu impacto com o desligamento de profissionais, nem com a saída de médicos cubanos, já que todos os médicos lotados na ocasião da coleta de dados eram brasileiros. No entanto, evidenciou-se desmotivação por parte dos profissionais relacionada ao atraso salarial e às condições estruturais do campo. Esses problemas não foram identificados como capazes de alterar a dinâmica das relações existentes entre os atores e não influenciaram a participação deles na pesquisa, pois foram bastante receptivos.

A “Rede de produção do cuidado do CMS Parque Royal” retrata as relações dos profissionais no campo, sendo também o retrato do próprio campo, conformado pelos agentes que nele atuam. Expressa o momento presente e traz no seu bojo certa sazonalidade que permite apreender a perspectiva do trabalho dos atores, a relevância dos mesmos para o campo da ABS e como a dinâmica das relações entre eles contribui para a produção do cuidado.



supervisão das ações, educação permanente e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais de nível médio, assim como de planejamento, desenvolvimento e análise dos resultados das atividades realizadas pela equipe; A única equipe de saúde bucal compartilha do processo de trabalho com as 03 equipes de saúde da família e responde por toda a população adscrita à unidade, sendo formada por uma auxiliar de saúde bucal e uma cirurgiã dentista. Esta última atuando como gestora dos processos relacionados à odontologia; O psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e a assistente social integram a equipe NASF, tendo como objetivo contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por meio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2017), sendo que a liderança e o direcionamento desses profissionais e dos outros profissionais de nível superior e a gestão macro de todos os processos do campo competem à gerente da unidade, que delega para as duas administrativas que a assistem responsabilidades acerca de determinadas demandas. O campo possui ainda uma auxiliar de serviços gerais que atua em tempo integral.

Percebe-se, *a priori*, que todos os atores estão inseridos na rede, o que sinaliza que todos foram citados em algum momento por pelo menos 01 ator. O fato de todos os atores estarem na rede indica a existência de vínculos, dinâmica de troca de recurso, conhecimento ou informação e movimentos disparados pelos mesmos a partir do acolhimento na perspectiva da produção do cuidado. Não obstante, é relevante reiterar que essa rede, na ABS, envolve análise do perfil populacional, programação da assistência considerando os riscos e as vulnerabilidades identificados e a utilização de diferentes tipos de tecnologias para alcance dos resultados esperados (CARMO; GUIZARDI, 2018).

As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A utilização das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa por processos de acolhimento, vínculo e atenção integral, como gerenciadores das ações de saúde (MERHY, 2007).

Para ser considerado como tecnologia leve, o acolhimento deve ocorrer para além da influência do contexto físico, onde o cuidado se dá, uma vez que um ambiente acolhedor se objetiva em um conjunto de ações, dentre elas na construção da relação com o outro (SILVA et

al., 2008). No grafo, é possível observar múltiplas relações disparadas pelo acolhimento, o que traz relevo sobre o mesmo, como potente ferramenta para a comunicação entre os profissionais, vinculação dos usuários aos serviços, integralidade da atenção e produção do cuidado.

O CMS Parque Royal possui 37 atores em contato de forma permanente, durante 40 horas por semana, de segunda a sexta-feira, com exceção dos profissionais do Nasf-AB, que cumprem metade da carga horária de 40 horas em outra unidade de saúde e de dois médicos que cumprem carga horária de 20 horas. Segundo Souza et al. (2005), é por meio do estabelecimento das relações que o ator desenvolve afinidades humanas sustentáveis, assumindo atitudes que proporcionam decisões compartilhadas, aproximações não convencionais e convívios entre diferentes. Quanto mais próximos os atores estiverem uns dos outros e disponíveis para a troca e o diálogo, maior será a probabilidade de identificarem por quais ações no campo cada ator responde, como também quais as competências inerentes aos mesmos são determinantes para a produção do cuidado.

A distância geodésica da ARS considera para as redes direcionadas e não valoradas que o caminho mais eficiente conectando dois atores é aquele com a menor quantidade de passos, ou seja, a menor distância (BRAGA; FAZITO, 2010). Esta foi aplicada para descrever a coesão da rede social a partir da avaliação das distâncias que separam os atores, considerando a quantidade de passos que separam os mesmos; os caminhos mais eficientes de ligação entre dois ou mais atores; para explicitar movimentos de afastamento de atores na rede produzidos por relações hierarquizadas que valorizam o conhecimento de determinados atores, em detrimento de outros; e o isolamento proposital dos atores inseridos no campo, mas não envolvidos e comprometidos com as ações do mesmo. (Tabela 5)





Os dados do tabela 5 permitem concluir que a distância geodésica entre os atores é curta, tendo uma média de 1,7 passos. Os atores EQBE- AVS e EQE- ACS3 são os atores mais equidistantes, estando a 04 passos um do outro, sendo que o ator EQBE-AVS encontra-se distante da maioria dos outros atores na rede. Todos os profissionais de nível superior, com exceção dos que estão vinculados ao NASF (NASF-PSI, NASF-ED, NASF-FIS e NASF-AS), figuram como aqueles capazes de circular pela rede com maior facilidade, em detrimento dos profissionais ACS, que, por vezes, precisam percorrer dois ou três passos para acessar outro ator na rede.

A posição de proximidade dos profissionais médicos e enfermeiros dos demais profissionais registra maior prestígio e autoridade dessas profissões em relação às outras profissões do campo. Por sua vez, o distanciamento dos profissionais ACS dos outros atores prediz uma transição no trabalho desses atores. Outrora, a atividade de educação em saúde objeto do trabalho desse profissional demandava articulação com outros atores, com a comunidade e com a rede de atenção em saúde. Atualmente, sua atuação tem se caracterizado como uma atividade meio, instrumentalizada e utilitarista, mais comprometida com objetivos imediatistas do que estruturantes de um novo modelo de atenção (MOROSINI, FONSECA; 2018).

Percebe-se com o achado que, no campo, as posições desses atores – médicos/enfermeiros e ACS – tendem a ser demarcadas pelos recursos que possuem e pela utilização que fazem dos mesmos. Por mais que os ACS tenham conhecimento pleno do território, por residirem e conhecerem a realidade a que estão sujeitos, os usuários adscritos, e por maior que seja o capital social que detêm derivado das relações permanentes, duradouras e de proximidade construídas de forma cotidiana com os usuários e a comunidade, o que prevalece, dentro da equipe, é o capital cultural dos médicos e enfermeiros ditado pela representação social de que estes possuem conhecimento, habilidades, informações e qualificações intelectuais capazes de responder às necessidades dos usuários (BOURDIEU, 2001).

Na ocasião do estudo, a responsabilidade pelo planejamento, pela organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem e Medicina, ora vista como responsabilidade técnica, recaía sobre os atores EQBE-ENF e EQE-MED. O primeiro, segundo a distância geodésica, está a um passo de 27 do total de 36 atores possíveis de serem conectados; já o segundo, a um passo de 24 atores. No entanto, não se pode afirmar que a função ocupada pelos

mesmos no campo contribua para a ligação direta com outros profissionais, considerando que as distâncias geodésicas dos outros médicos e enfermeiros da rede estão bem próximas das deles.

Os atores EQE-TE, EQBE-TE e EQT-TE comunicam-se com facilidade com a maior parte dos atores. O ator EQE-TE mantém contato direto com 19 atores e está a 02 passos dos restantes; o ator EQBE-TE mantém contato direto com 23 atores e está a 02 passos dos restantes; e o ator EQT-TE mantém contato direto com 21 atores, está a 02 passos de 14 atores e a 03 passos do ator EQBE-AVS. A distância geodésica desses profissionais, talvez, justifique-se pela atuação dos mesmos na escuta qualificada e no acolhimento da demanda espontânea, no direcionamento das mesmas para os profissionais de nível superior e pelo desenvolvimento dos principais procedimentos de cunho técnico. As atividades que os mesmos detêm na maior parte das vezes são disparadoras de outras ações que exigem a atuação de outros profissionais com competência, visando à produção do cuidado.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2017), é atribuição comum de todos os profissionais participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. A mesma política reitera ser de responsabilidade do enfermeiro realizar e/ou supervisionar o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos. Ocorre que não está claro e descrito dentro do escopo de ações do profissional técnico de enfermagem sua participação no acolhimento, o que pode contribuir para que suas ações sejam delineadas à moda da gestão, e isso pode implicar na produção do cuidado dos usuários, caso estes profissionais não tenham habilidades e conhecimentos para lidar com as diferentes situações identificadas. O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 28 – Acolhimento à demanda espontânea – (BRASIL, 2011, p. 29-30), por sua vez, apresenta diferentes configurações para o acolhimento:

- a) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: Cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades, sendo que existem diferentes maneiras de desenvolver essa modelagem. O enfermeiro de cada equipe pode realizar a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população

residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; sendo que, nessas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; Mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência, organizando o acesso dos usuários em determinado momento e, posteriormente, assumindo suas demais atribuições; Em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições. Com isso, a primeira escuta do acolhimento passa a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda;

- b) Equipe de acolhimento do dia: Em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe fica na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento;
- c) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia): Diariamente, um dos enfermeiros fica sem atendimentos agendados, para que possa atender a demanda espontânea de todas as áreas a partir do em que ultrapassou a quantidade ou o horário previamente estipulado para acolhimento das equipes; um dos médicos também fica sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender os casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada que cada um dos outros médicos atenderia;
- d) Acolhimento coletivo: No primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que foram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversam com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita em um consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos

identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada.

As modalidades de acolhimento descritas, mesmo que distintas, tomam o acolhimento como dispositivo para regulação do acesso e atendimento às demandas espontâneas. Apesar de pautadas na escuta e na classificação de risco/vulnerabilidade, as diferentes tipologias reiteram uma lógica de produção do cuidado verticalizada e baseada na relação queixa-conduta. Percebe-se, na cadeia de atendimento ao usuário, a presença de uma hierarquia que, na prática dos serviços de saúde, pode se configurar como elemento capaz de gerar sobrecarga sobre determinados profissionais em detrimento de outros. O enfermeiro emerge como principal responsável pelo acolhimento, podendo, em alguns momentos, de acordo com o documento, ser substituído pelo profissional técnico de enfermagem – o que pode contribuir para a sobrecarga de trabalho desse último; fragilizar o papel e a relação desses profissionais; e a compreensão dos usuários acerca das ações esperadas para cada profissão; – o médico, por sua vez, na hierarquia instituída, constitui-se como elemento último da retaguarda, sendo acionado em situações críticas e para fins prescritivos, o que traz relevo sobre suas ações no campo.

A resolução COFEN nº 423(COFEN, 2012) explicita que, no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão, e que, para executar a classificação de risco e priorização da assistência, este deverá estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Isso implica considerar que a Resolução toma o acolhimento de forma simplista, considerando-o tão somente como uma ferramenta para a classificação de risco e priorização da assistência que deve ser executada no contexto do Processo de Enfermagem. Convém ressaltar que o documento não faz referência ao campo da ABS, o que implica considerar a normativa prescrita na PNAB que relaciona como atribuição comum de todos os membros da equipe “realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade” (BRASIL, 2017).

Na ABS, o acolhimento deve transcender as modalidades inscritas no CAB nº 28, o que implica sua utilização como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado (SILVA et al., 2018). O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado orienta-se pela relação e envolve ação; é permeado por sensações e impressões, e não apenas pela escuta; considera a atuação coletiva dos profissionais; ocorre em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento de demanda espontânea, identificação de risco ou definição de urgências; e explora, no sentido de tornar útil, os recursos do campo e o conhecimento de todos os profissionais.

Essa modelagem, acolhimento-ação, pressupõe envolvimento e responsabilização de todos os profissionais; conhecimento pleno da relação de serviços que o campo é capaz de ofertar aos usuários e aqueles passíveis de serem implementados a partir da realidade social e perfil epidemiológico da população; identificação dos recursos que cada profissional que atua no campo detém e que podem ser úteis no atendimento das necessidades dos usuários; e, principalmente, atuação dos profissionais em rede, de forma colaborativa, tendo como atividade-fim a produção do cuidado.

O acolhimento-ação, enquanto práxis profissional na ABS, estabelece pontos de convergência com o paradigma indiciário pelo fato de ele ter sua raiz na semiótica médica, disciplina que permite diagnosticar doenças inacessíveis à observação direta a partir de sinais tidos como irrelevantes aos olhos do leigo. O paradigma indiciário proposto por Carlo Ginzburg envolve um conjunto de princípios e procedimentos permeado pelo detalhe, pela análise dos dados marginais, dos resíduos tomados enquanto pistas, indícios, sinais e vestígios (GINZBURG, 1990). Nessa ótica, ele se aproxima da proposta de acolhimento-ação, pela sua capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, permitir compreender uma realidade complexa que não está em evidência à primeira vista; colocar em destaque particularidades e detalhes que podem contribuir para uma abordagem minuciosa e atenção a fatos aparentemente insignificantes; perceber que o pragmatismo e o atendimento protocolar podem ser elementos que impulsionam um atendimento ordenado, que não leva em conta a singularidade dos sujeitos; considerar que elementos imponderáveis como o faro, o golpe de vista e a intuição, o sentir e o perceber, quando presentes, podem municiar o profissional de saúde, tornando-o mais assertivo; e valorizar as mudanças no comportamento, os sinais e pormenores pouco explorados, seguindo as

pegadas deixadas pelos sujeitos acolhidos e que podem ser determinantes para a produção do cuidado.

Na prática dos serviços na ABS, o acolhimento-ação emerge como um desafio, já que o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde ao longo dos anos foi sendo normatizado, e diferentes documentos contribuíram para que houvesse formas oficiais de gestão do mesmo no contexto da ABS. Elas ora tomam como um conhecimento estruturado para a organização da porta de entrada e do processo de trabalho, ora como uma tecnologia que envolve relação.

Guimarães (2005) esclarece que o olhar, a escuta e o toque de um profissional de saúde experiente e envolvido com os problemas trazidos por seus pacientes são fundamentais para o bom julgamento clínico. Com a experiência, o profissional de saúde sabe distinguir um caso grave de uma cena corriqueira. Desse modo, vemos que a intuição tem pelo menos duas pernas, uma que está ancorada no conhecimento anterior ou já dado, e outra que advém no momento presente em que está se dando. Assim, por mais que apostemos no valor do acontecimento e do devir, não deixamos de acentuar o valor da memória e do conhecimento acumulado. O acolhimento-ação utiliza-se dessa memória e do conhecimento acumulado na perspectiva de ampliar o olhar sobre o sujeito, conhecendo suas demandas, porém avançando em direção às suas necessidades de cuidado.

No campo da ABS, diferentes capitais estão em jogo, o que pode contribuir para que a ressignificação do acolhimento ora prescrito em um acolhimento-ação, pela orientação normativa tão presente na prática profissional, encontre resistência. O capital social permeia a prática dos ACS, que, em contato com os núcleos familiares, podem ampliar o olhar para questões que avançam para além do biológico, contribuindo para que esses tenham um sentimento de pertencimento ao campo da ABS; já o capital cultural se manifesta no campo através dos títulos escolares que os atores possuem, sendo que, pelo reconhecimento que os profissionais de nível superior possuem, eles tendem a manter domínio sobre as ações, diferente dos profissionais de nível médio, que, mesmo tendo formação diferenciada, pelo vínculo que assumem no campo, acabam por não terem o mesmo poder de fala e de tomada de decisão, implicando que ações assertivas ora propostas pelos mesmos não tenham a devida valorização, assim como os direcionamentos necessários e que poderiam ser relevantes para a produção do cuidado.

#### 4.3.1 As microrredes do CMS Parque Royal

A estrutura social do CMS Parque Royal configura-se sob a lógica de equipes que desenvolvem processos de autogestão. Visando representar e caracterizar, respectivamente, as equipes de saúde da família, saúde bucal, NASF e equipe de apoio e gestão, exportou-se de forma isolada pelo UCINET as redes derivadas da Rede de produção do cuidado do CMS Parque Royal, que foram tipificadas como microrredes.

A análise das microrredes, em particular, tencionou identificar as diferentes conexões existentes, não pelo ângulo de integrantes isolados, mas pelas ligações, ou seja, pelas relações interpessoais que os atores desenvolvem; a propagação das escolhas, orientações, dos comportamentos e das mediações explicitadas pela dinâmica das relações entre os atores; assim como a construção de pontes de identidade e amizade entre os mesmos, que podem ser úteis ou não para o campo (MARQUÉS-SÁNCHEZ et al., 2014, CARRINGTON, P. J.; SCOTT, 2011).

Na ABS, a falta de interação entre os trabalhadores constitui-se em uma dificuldade, o que acaba por caracterizar a individualização do trabalho, a compartimentalização das atividades e o fluxo de informações fragilizado (MARQUI et al., 2010). Como orientação para o processo de trabalho, a proposta é que as ações individuais de cada profissional e das equipes sejam reguladas por políticas prescritivas e normativas municipais e que tenham como base o perfil epidemiológico da população adscrita e o levantamento de prioridades (BRASIL, 2017).

Para isso, as equipes de saúde da família – primeiro contato dos usuários com a ABS – possuem um turno de reunião para discussão de casos, das rotinas de trabalho, para eleição das demandas prioritárias, avaliação dos riscos e vulnerabilidades a que os usuários estão expostos e para atendimento e acompanhamento das especificidades (RIO DE JANEIRO, 2016). Em contrapartida, espera-se que as equipes de saúde bucal, NASF e apoio e gestão participem não só das reuniões buscando ampliar o escopo de atuação e intervenção das equipes de saúde da família, mas também que estejam integradas às equipes nas diferentes ações realizadas no cotidiano do trabalho na ABS.

Os ACS em turnos específicos atendem os usuários na recepção, lançam dados oriundos das suas atividades em prontuário eletrônico e realizam visitas domiciliares. Os médicos e enfermeiros atuam em consultório, possuindo um turno destinado para visitas domiciliares; a

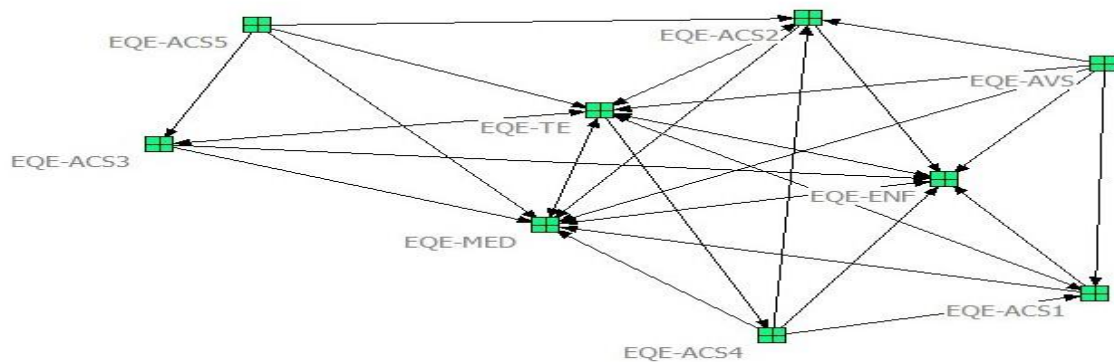


programação das atividades dos mesmos ocorre tendo como referência as linhas de cuidado, sendo que suas agendas de atendimento são organizadas para atendimento programado e espontâneo. O técnico de enfermagem realiza a escuta inicial, primeira avaliação das demandas espontâneas, e assume as salas de imunização, procedimento e coleta, de acordo com a escala. O agente de vigilância em saúde atua no território realizando ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores, sendo que essas ações devem ser planejadas e integradas à equipe, o que prescinde que o mesmo participe da reunião de equipe semanal e esteja receptivo às demandas apresentadas pelos ACS.

#### 4.3.1.1 Equipe Emanuel

A equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente de vigilância em saúde e cinco agentes comunitários de saúde. Todos os profissionais trabalham 40 horas por semana, sendo responsáveis por uma população de 3158 usuários. O perfil da população atendida contempla 198 crianças menores de 05 anos, 852 mulheres em idade fértil, 35 gestantes, 369 hipertensos, 119 diabéticos, 02 usuários com tuberculose, 105 usuários de saúde mental e 271 usuários com mais de 60 anos (Prontuário eletrônico Prime, 2019).

Gráfico 2 – Microrrede de produção do cuidado Equipe Emanuel



Fonte: O autor, 2019.

Na rede, o único ator citado por todos os outros atores é o EQE-MED, seguido pelo EQE-ENF e EQE-TE, citados sete vezes das oito possíveis, sendo que a relação entre os três é bidirecional. Destaque deve ser dado aos atores ACS da rede, que não são acionados pelos atores EQE-MED e EQE-ENF, estando em relação apenas com atores de nível médio. Os atores EQE-AVS e EQE-ACS5 estabelecem contato com atores na rede, não sendo citados por nenhum deles.

A rede da Equipe Emanuel é médica centrada, o que talvez se justifique por ser esse o responsável técnico médico da unidade. Repousa sobre o mesmo não só um capital cultural, mas também um capital simbólico, que o torna o reconhecido como profissional capaz de resolver os problemas quando estes emergem no campo.

A relação bidirecional entre o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem poderia ser potente para o processo de trabalho, à medida que estes criassem estratégias para se aproximarem dos ACS e AVS, visando conhecimento da realidade territorial, das principais demandas de cuidado e de educação permanente.

A configuração da rede permite identificar integração incipiente entre os profissionais de nível médio, o que pode influenciar nas ações coletivas e nas atividades extramuros gerenciadas pela equipe.

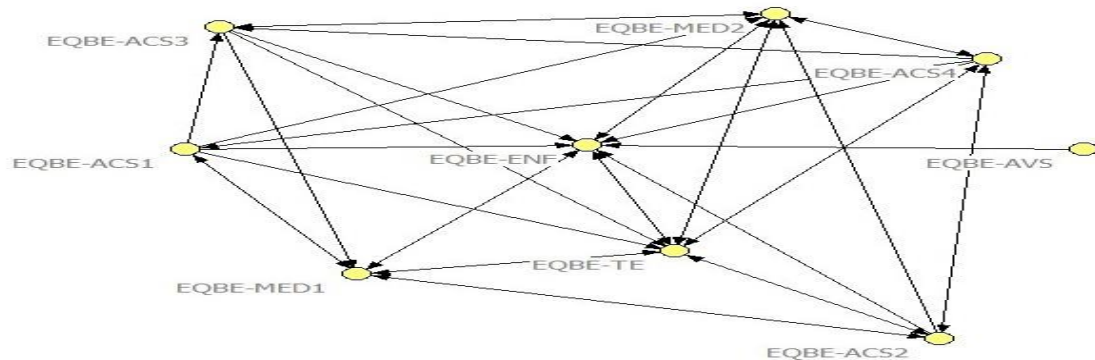
A ausência de disparos dos profissionais de nível superior em direção aos profissionais de nível médio traduz um acolhimento por parte desses profissionais amparado no modelo biomédico, na queixa conduta e na prescritividade, quando o envolvimento dos outros profissionais de nível médio no acolhimento poderia ditar um acolhimento voltado para o modelo de produção social da saúde, cuja vertente de produção do cuidado converge para a vigilância em saúde.

#### 4.3.1.2 Equipe Boa Esperança

A equipe é constituída por dois médicos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente de vigilância em saúde e quatro agentes comunitários de saúde. Todos os profissionais trabalham 40 horas por semana, com exceção dos médicos, que trabalham 20 horas cada, sendo responsáveis por uma população de 3359 usuários. O perfil da população atendida contempla 222

crianças menores de 05 anos, 820 mulheres em idade fértil, 35 gestantes, 380 hipertensos, 137 diabéticos, 03 usuários com tuberculose, 65 usuários de saúde mental e 193 usuários com mais de 60 anos (Prontuário eletrônico Prime, 2019).

Gráfico 3 – Microrrede de produção do cuidado Equipe Boa Esperança



Fonte: O autor, 2019.

Na rede, o único ator citado por todos os outros é o ator EQBE-ENF, que está em relação de reciprocidade com os atores EQBE-MED1, EQBE-MED2 e EQBE-TE, não acionando outros atores da rede. O ator EQBE-TE é acionado por 7 do total de 8 atores possíveis, estando em contato com 5 do total de atores. Todos os ACS citam todos os profissionais EQBE-MED1, EQBE-MED2, EQBE-ENF e EQBE-TE, com exceção do EQBE-ACS4, que não cita o ator EQBE-MED1. Nem todos os ACS são citados, por sua vez, pelos atores de nível superior e pelo ator EQBE-TE. Destaque deve ser dado aos atores EQBE-MED1 e EQBE-MED2, que são da mesma categoria profissional e não estão em contato um com outro, e ao ator EQBE-AVS, que não é acionado por nenhum ator da rede, estando em contato apenas com o EQBE-ENF.

O ator EQBE-ENF, assim como o ator da rede anterior EQE-MED, é reconhecido na rede pela posição de destaque que ocupa, devido à atuação como responsável técnico pela enfermagem. Espera-se conhecimento ampliado do mesmo nas questões que envolvem o campo da Enfermagem, além de maior capacidade relacional. No entanto, chama a atenção seu distanciamento dos profissionais de nível médio da equipe. Esperava-se que este, sendo responsável técnico e estando imbricado com as questões do campo da ABS, especificamente às relativas ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, estivesse em relação de reciprocidade

com todos os profissionais, gerenciando o processo de trabalho de forma mais participativa e desenvolvendo ações mais horizontais.

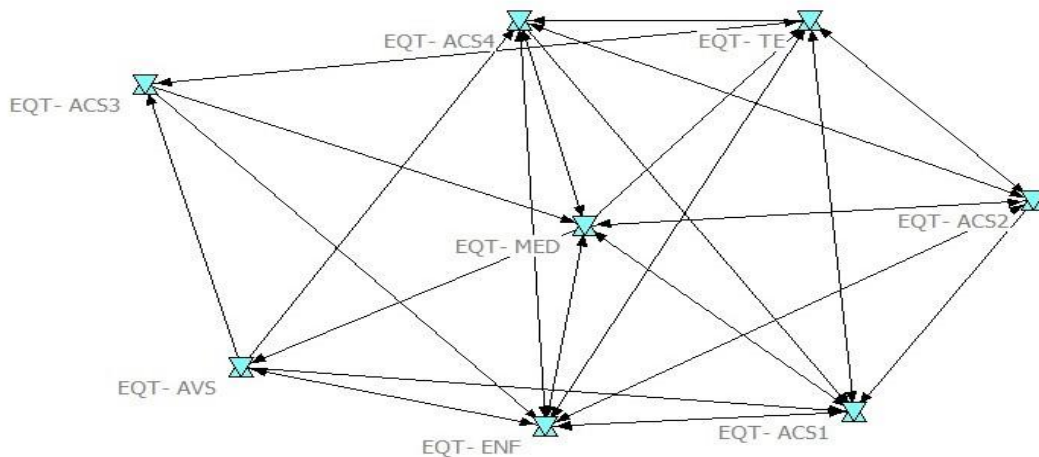
A ausência de comunicação entre os dois médicos da equipe, que compartilham do cuidado da população adscrita, polariza a proposta de manutenção de dois médicos na equipe com carga de 20 horas cada, face à dificuldade de lotação de um médico de 40 horas na equipe. Na prática dos serviços na ABS, como tem se dado o intercâmbio de informações e de trocas entre esses profissionais? No contexto do trabalho que realizam, eles somam seus recursos na perspectiva da produção do cuidado? Ou cada um realiza, segundo seu contento e agrado, as ações de acordo com o que julga ou acha relevante para a população? Como eles se articulam cotidianamente com os outros membros da equipe de ABS e como a relação entre os mesmos pode repercutir na produção do cuidado dos usuários?

A PNAB (BRASIL, 2017) orienta integração entre as atividades dos ACS e AVS visando a identificação de problemas de saúde nos territórios e planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, o que na rede não justifica o isolamento do profissional AVS dos profissionais ACS. A proximidade do ator EQBE-AVS do ator EQBE-ENF deve ser utilizada por este último de forma propositiva, no que tange à aproximação do profissional EQBE-AVS dos demais atores da equipe, assim como do processo e trabalho e da produção do cuidado.

#### 4.3.1.3 Equipe Tubiacanga

A equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente de vigilância em saúde e quatro agentes comunitários de saúde. Todos os profissionais trabalham 40 horas por semana, sendo responsáveis por uma população de 2556 usuários. O perfil da população atendida contempla 116 crianças menores de 05 anos, 726 mulheres em idade fértil, 15 gestantes, 517 hipertensos, 169 diabéticos, 47 usuários de saúde mental e 512 usuários com mais de 60 anos (Prontuário eletrônico Prime, 2019).

Gráfico 4 – Microrrede de produção do cuidado Equipe Tubiacanga



Fonte: O autor, 2019.

O ator EQT-ENF é acionado por todos os atores, estabelecendo relação bidirecional com os mesmos, com exceção do ator EQT-ACS3. Esse também não é acionado pelo ator EQT-MED, que está em contato com os demais atores e em relação bidirecional com todos os atores ACS e com o ator EQT-ENF. Na rede da “Equipe Tubiacanga”, percebe-se movimento dos atores MED e ENF em direção aos atores de nível médio, com destaque para os atores EQT-ACS1 e EQT-ACS4, que estão em relação de reciprocidade com estes. O ator AVS é citado pelos atores EQT-MED e EQT-ENF, estando em contato com o ator EQT-ENF e 3 ACS dos 4 possíveis.

A rede da Equipe Tubiacanga difere das redes das Equipes Emanuel e Boa Esperança pela horizontalidade das relações entre os atores e maior coesão entre os mesmos. O ator EQT-ACS3, apesar de não ser acionado pelos atores EQT-ENF e EQT-MED, está em contato com os mesmos, o que sugere envolvimento e ação do mesmo quando diante de casos que envolvem seu território de atuação. O contradisparo por parte dos atores EQT-ENF e EQT-MED em direção ao ator EQT-ACS3 poderia potencializar as ações desse ator, contribuindo para a produção do cuidado.

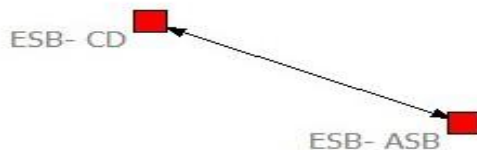
Os disparos efetuados em direção aos atores ACS e AVS pelos profissionais de nível superior é outro ponto que merece ser destacado. No contexto da ABS, as atividades dos primeiros no território devem ditar o planejamento e as ações dos segundos no campo. O conhecimento técnico científico dos segundos e a análise das informações de saúde, por sua vez, devem orientar as ações dos primeiros no território. Destaque deve ser dado ao ator EQT-AVS,

que aparece na rede integrado à maioria dos atores ACS, o que pode tornar mais plural as relações no campo e as ações de saúde no território.

#### 4.3.1.4 Equipe de Saúde Bucal

O cirurgião-dentista realiza o diagnóstico e traça o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como atende a comunidade do território adscrito desenvolvendo ações coletivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, realiza procedimentos clínicos que incluem atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. O auxiliar de saúde bucal realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos, atende a demanda espontânea, responde pela limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do consultório odontológico, aplica medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos e auxilia o cirurgião dentista nas intervenções clínicas.

Gráfico 5 – Microrrede de produção do cuidado Equipe de Saúde Bucal



Fonte: O autor, 2019.

A relação os atores da rede da “Equipe de Saúde Bucal” é bidirecional, estando os atores ESB-CD e ESB-ASB conectados. A relação entre eles explica-se pela lógica do processo de trabalho que envolve a saúde bucal no campo. Os mesmos respondem pelo atendimento referente

à saúde bucal de todos os usuários do território, o que implica ações cotidianas pautadas em reciprocidade e ajuda mútua.

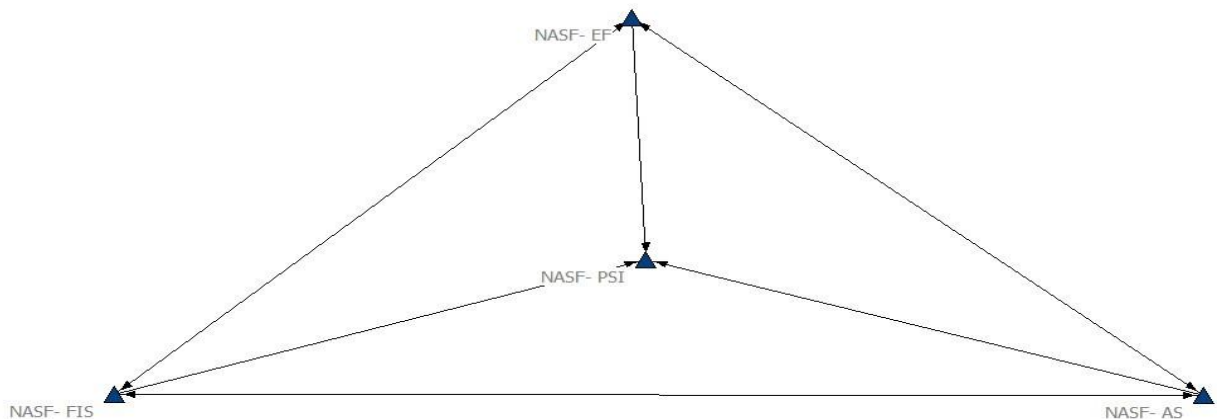
#### 4.3.1.5 Equipe NASF

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais da AB (BRASIL, 2017). Podem compor o Nasf-AB as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017).

O Nasf-AB do CMS Parque Royal é conformado pelo educador físico, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta, sendo que o primeiro cumpre carga horária de 40 horas semanais, e os demais profissionais cumprem 30 horas semanais. Estes estão vinculados a 09 ESF, sendo que 10 horas semanais são dedicadas às 03 ESF do CMS Parque Royal, e o restante da carga horária às 06 ESF da Clínica da Família Assis Valente, unidade também localizada no território da AP 3.1. Ressalta-se que o profissional farmacêutico não está inserido na equipe Nasf-AB, tendo suas atividades orientadas pelo Núcleo de Apoio à Farmácia da Coordenação de Área do Município do Rio de Janeiro, estando vinculado apenas ao CMS Parque Royal.

O Nasf-AB trabalha na lógica do apoio matricial compartilhando o seu saber específico com os profissionais das ESF, fazendo com que essas ampliem seus conhecimentos e, com isso, aumentem a resolutividade da atenção (SANTOS et al, 2017).

Gráfico 6 – Microrrede de produção do cuidado Equipe NASF



Fonte: O autor, 2019.

O ator NASF-PSI é citado por todos os atores, não citando nenhum deles. Todos os demais atores estão em relação de reciprocidade, mantendo uns com os outros uma relação bidirecional.

Para integrar-se às equipes do campo, espera-se que os atores que compõem o Nasf-AB estejam em permanente contato e densamente conectados. O gráfico 6 permite essa observação, embora os horários de trabalho desses profissionais sejam distintos, atuem em outro campo, tendo parte da carga horária comprometida, e tenham particularidades associadas às ações de saúde que envolvem seu domínio e sua área de conhecimento.

Na rede do Nasf-AB, o ator NASF-PSI é reconhecido pelos demais atores como relevante para a produção do cuidado. No entanto, a falta de reconhecimento da potência dos demais atores por esse ator pode fragilizar a rede e trazer implicações para o processo de trabalho e a produção do cuidado.



#### 4.3.1.6 Equipe de Apoio e Gestão

O gerente tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação das ações no território e a integração da ABS com os outros serviços, sendo os administrativos coadjuvantes nesse processo. O farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para as ESF, atividades de promoção à saúde de caráter geral e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. O auxiliar de serviços gerais desenvolve atividades de limpeza, mantém todas as salas de atendimento em condições de utilização e coopera com a gestão zelando pela conservação da unidade.

Gráfico 7 – Microrrede de produção do cuidado Equipe de Apoio e Gestão



Fonte: O autor, 2019.

Na rede “Equipe de Apoio e Gestão”, o ator GERENTE desenvolve uma relação bidirecional com os atores ADM1 e ADM2, que não estão em relação um com outro. O ator SERV. GERAIS e FARM estão isolados na rede, sendo que esse último apenas é citado pelo primeiro, não citando nenhum ator específico dessa rede. Pelo fato de esses atores não terem uma vinculação pré-estabelecida com as ESF e a equipe NASF, esperava-se uma ligação mais coesa entre os mesmos, o que não foi identificado.

#### 4.3.1.7 Microrredes invisíveis do CMS Parque Royal

Um dos fundamentos prescritivos da ABS é o desenvolvimento de práticas, tendo como base o trabalho em equipe. Esse arranjo estrutural tem por finalidade favorecer a abordagem multidisciplinar, os processos diagnósticos de realidade, o planejamento das ações e a organização horizontal do trabalho, o compartilhamento do processo decisório, além de estimular ao exercício do controle social (MARQUES et al., 2007).

A análise das microrredes exportadas a partir de Rede de Produção do cuidado do CMS Parque Royal permite identificar frágil configuração das equipes que não estão totalmente interligadas, pois possuem relações verticalizadas com alto grau de concentração da informação em profissionais de nível superior. Observa-se também que, das três equipes de saúde da família, a única que detém parâmetros elevados de coesão, mesmo não mantendo fluxo de informação bidirecional entre todos os atores, é a Equipe Tubiacanga.

Da análise da Rede de Produção do cuidado do CMS Parque Royal, chama a atenção a presença de grupos internos – conhecidos na ARS como *clusters* – conformados por relações de afinidade/reciprocidade; por compartilharem de valores, crenças e ideologias; e eleitos não por políticas normativas ou orientações gerenciais e critérios previamente estabelecidos, mas, sim, por frutos da ação do *habitus* dos agentes no campo. A aplicação da métrica “Cluster Analysis” no software Ucinet devolveu como resultado 10 grupos, de onde se extraiu aqueles constituídos por mais de 04 atores. (Quadro 4)

Os *clusters* identificados na rede diferente das equipes designadas por políticas normativas ou ações gerenciais são um conjunto de nós mais densamente conectados que o resto da rede, agrupamentos, partições da rede em subconjunto de atores, construído a partir dos laços e da posição ocupada pelos atores na rede (RECUERO, 2014; SILVA et al., 2006). Tendem a ser caracterizados pela sua homogeneidade e por serem conformados por atores que concentram interesses comuns e compartilham das mesmas perspectivas. Constituem-se, dessa forma, como relevantes para a estrutura social, à medida que ditam formas de organização, assim como processos não instituídos e prescritos, porém presentes e capazes de nortear as práticas e o cotidiano dos atores.

Quadro 4 – *Clusters* Rede de Produção do Cuidado

01.	EQT-MED, EQT-ENF, EQT-ACS4, NASF-EF, NASF-AS, NASF-FIS
02.	EQE-MED, EQE-ENF, EQBE-ENF, ESB-CD, GERENTE
03.	EQBE-MED1, EQBE-ACS1, EQBE-ACS3, NASF-PSI
04.	EQBE-MED2, EQBE-TE, EQBE-ACS4, EQT-ACS3, ADM2

Fonte: O autor, 2019.

A análise das microrredes das Equipes Boa Esperança e Emanuel permite identificar atores agrupados, porém pouco coesos e interligados, o que torna o trabalho fragmentado; já a microrrede da Equipe Tubiacanga diferencia-se pela integração e articulação entre os atores que estão mais densamente conectados; os *clusters* exportados, por sua vez, traduzem a presença de equipes instituídas no e pelo processo de trabalho, face às relações de proximidade, amizade e ideologias compartilhadas pelos seus membros.

No *cluster* 01, observam-se três atores da Equipe Tubiacanga, sendo um ator médico, um ator enfermeiro e um ator ACS interligados a três atores da Equipe NASF. A compreensão do processo de trabalho que envolve a ABS permite pressupor que ações podem ter sido disparadas pelo profissional ACS e que elas mobilizaram os profissionais de nível superior da Equipe Tubiacanga, que, por consequência, acionaram os profissionais da Equipe NASF em uma perspectiva de apoio.

No *cluster* 02, estão relacionados o médico e o enfermeiro da Equipe Emanuel, o enfermeiro da Equipe Boa Esperança, o auxiliar de saúde bucal e o gerente; Integram o cluster 03 o médico da Equipe Boa Esperança, dois ACS dessa mesma Equipe e o Psicólogo da Equipe NASF; Já o *cluster* 04 é formado por três atores da Equipe Boa Esperança (médico, técnico de enfermagem e um ACS), um ACS da Equipe Tubiacanga e um profissional administrativo. Nestes três *clusters*, não é possível presumir o que motiva, no contexto da ABS, a relação entre os profissionais. No entanto, esses grupos na estrutura social, pela coesão e homogeneidade que tipificam os *clusters*, podem cooptar outros atores, movimentar conhecimento, informação e recursos e mobilizar ações que podem tanto ser propositivas para o campo e ir de encontro aos seus objetivos como serem causadoras de tensão e conflitos.

As microrredes das equipes do campo da ABS e os *clusters* exportados da Rede de Produção do cuidado do CMS Parque Royal caracterizam modalidades distintas de trabalho em equipe e expressam de forma distinta a dinâmica de comportamento, comunicação e troca de

recursos que existe entre os atores. Segundo Peduzzi (1998), o trabalho em equipe como modalidade de trabalho coletivo caracteriza-se pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação.

Na saúde, dois modelos de equipes coexistem, sendo a equipe de agrupamento utilizada para expressar uma conformação de equipe em que há justaposição de ações e agrupamentos de profissionais, com restrito compartilhamento e pouca comunicação efetiva entre eles; assim, o processo de trabalho é fragmentado; e a equipe integração caracteriza-se pela articulação das ações e a interação dos agentes por meio da comunicação. Os trabalhadores são interlocutores, e não objetos de trabalho, tendo direito ao reconhecimento mútuo e à expressão de opinião. Além disso, as diferenças técnicas das distintas categorias profissionais são mantidas, porém subordinadas a um conjunto de valores comuns entre os integrantes da equipe (PEDUZZI, 2001).

Observa-se, através dos sociogramas das Equipes Boa esperança e Emanuel – pela tipologia de relação existente entre os atores, vista como frágil e pouco coesa, assim como pelo direcionamento dos fluxos de comunicação, que nem sempre é bidirecional –, que essas se aproximam da modalidade de equipe agrupamento; por sua vez, os *clusters* são constituídos por relações de afinidade, reciprocidade e interesse; e o sociograma da Equipe Tubiacanga permite identificar relações mais coesas, plurais, sustentáveis e bidirecionais, o que converge para aproximá-los da modalidade de equipe do tipo integração.

#### 4.3.2 As métricas da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal

Na Análise de Redes Sociais, é possível compreender e acompanhar a disseminação de informações e a interação entre os atores que compõem a rede (OLIVEIRA, 2012). Um mapeamento sistemático da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal possibilitou identificar e extrair as principais métricas que ditam os relacionamentos e as interações entre os atores. Estas são relevantes por apontar atores-chaves, traçar o perfil relacional dos atores e permitir compreender o movimento e a troca de recursos entre os mesmos. Dentre as possíveis métricas, optou-se pela aplicação, nesta pesquisa, das métricas de Densidade, Centralidade de Grau, Intermediação e Proximidade.

#### 4.3.2.1 Densidade

A densidade é a razão entre as relações existentes e as relações possíveis, sendo considerada uma métrica que avalia a conectividade dos nós dentro de uma rede. É dependente do tamanho de um grafo, ou seja, do número de atores que compreende. Quanto mais elevado for esse número, menor será a densidade. Contudo, trata-se somente de uma regra geral cuja aplicação varia consoante os tipos de atores e de relações concernidas (LEMIEUX, OUIMET, 2014).

Na ABS, pelo caráter do trabalho instituído com referência às equipes multiprofissionais que devem atuar de forma integrada e pelo papel desse campo de ordenação e coordenação do cuidado, presume-se que, quanto maior for à densidade da rede, mais conectados estarão seus atores (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2010).

A medida de densidade no Ucinet expressa “o valor em percentagem da densidade da rede, isto é, mostra-nos a alta ou a baixa conectividade da Rede” (ALEJANDRO; NORMAN, 2006, p. 20). Segundo Marteleto e Tomaél (2005), essa medida 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”. As redes mais conectadas, por sua vez, possuem muitas ligações e, quanto maior for a medida de densidade, maior a coesão do grupo (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2010). 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).

A Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal (Gráfico 1) possui, na sua estrutura, 37 nós, que, de acordo com o *software* Ucinet, conformam 472 ligações, determinando uma densidade de 0,354, e isso, em termos percentuais, corresponde a 34,5%. Pelo valor, é possível inferir que a densidade da rede é baixa ou, de acordo com a ARS, que a rede tem conexão frágil. Nem todos os atores da rede estão em contato direto uns com os outros, trocando informação ou qualquer tipo de recurso, o que torna a rede pouco coesa. Ressalta-se, no entanto, que estudos recentes realizados com apoio da ARS com quantidade menor de nós apresentou densidade mais baixa que aquela que emergiu neste estudo. Fonseca (2017), na sua pesquisa,

buscou analisar as relações sociais de 28 trabalhadores da atenção básica e seu papel nos processos de regulação da assistência, obtendo como densidade 4,9%. Por sua vez, Neves (2019) analisou como se configuram as relações entre 26 profissionais da ESF e sua influência para a longitudinalidade do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, alcançando como densidade 10,92%. Segundo Farina et al. (2012), o baixo volume de relações entre os atores permite compreender pouco envolvimento deles com os objetivos do campo, em detrimento de outros que cooptam recursos, são engajados e têm capacidade de cooperar com os processos instituídos.

As densidades das três pesquisas determinam o quanto o processo de trabalho na ABS está fragmentado e o quanto a comunicação entre os atores nesse campo é incipiente. Esperava-se que a densidade revelada neste estudo, pelo fato de envolver apenas uma unidade de ABS, assim como por 67,6% dos atores atuarem no campo há mais de 03 anos, fosse mais alta. O achado permite concluir que não é a proximidade dos atores, nem mesmo o tempo em que atuam no campo, que determina a conectividade entre eles.

A Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal apresenta baixa conectividade, o que pressupõe não haver facilitação na comunicação direta entre todos os atores e que pode haver a tendência de centralização do fluxo informacional em atores específicos (MARTELETO; TOMAÉL, 2005). Concernente a isso, o dado revela que existe uma comunicação estreitada entre determinados atores, o que pode comprometer a dinâmica de troca de informação e recursos entre os mesmos e fragilizar a lógica do trabalho do campo, que tem por objetivo a produção do cuidado pautada no trabalho em equipe, na integração, na vinculação e na interdisciplinaridade.

#### 4.3.2.2 Centralidade de grau

A medida de centralidade identifica os atores mais importantes no sistema, ou seja, atores que nele controlam a alocação de recursos ou que dispõem de certa autoridade. Como as definições de importância variam consideravelmente, diferentes medidas de centralidade dos atores em uma rede foram propostas e refletem essas variações (LAZEGA; HIGGINS, 2014).

A centralidade de grau é uma métrica que reflete a atividade relacional direta de um ator e mede o número de conexões diretas que esse ator possui na rede. De acordo com essa medida, o



A ampliação das figuras no sociograma tipifica os atores com maior centralidade de grau, ou seja, aqueles com maior número de contatos diretos com outros profissionais. Identifica-se aumento da centralidade de grau dos atores da periferia para o centro do sociograma. Com exceção dos atores EQBE-TE (38), EQT-TE (36) e EQE-TE (34), que possuem nível médio e aparecem como centrais, todos os outros atores de nível médio encontram-se às margens no grafo. No que diz respeito aos atores com nível superior, destacam-se com maior centralidade de grau em sequência os atores EQBE-ENF (41), EQT-MED (37), EQBE-MED2 (36), EQT-ENF (35), EQE-MED (34), EQE-ENF (34) e GERENTE (34).

Na tabela 6, estão descritas as medidas de centralidade de grau dos atores da rede, levando-se em conta os graus de entrada e saída.

Tabela 6 – Medidas de Centralidade de Grau da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal

Ator	Entrada	Saída	Grau	Ator	Entrada	Saída	Grau
<b>EQE-MED</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>EQT-ENF</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>35</b>
<b>EQE-ENF</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>EQT-TE</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>36</b>
<b>EQE-TE</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	EQT-AVS	05	14	19
EQE-AVS	05	11	16	EQT-ACS1	09	13	22
EQE-ACS1	10	13	23	EQT-ACS2	08	11	19
EQE-ACS2	10	08	18	EQT-ACS3	09	12	21
EQE-ACS3	04	03	07	EQT-ACS4	10	15	25
EQE-ACS4	04	10	14	ESB-CD	17	14	31
EQE-ACS5	03	14	17	ESB-ASB	10	14	24
EQBE-MED1	19	08	27	NASF-PSI	15	15	30
<b>EQBE -MED2</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>36</b>	NASF-EF	07	15	22
<b>EQBE -ENF</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>41</b>	NASF-AS	12	15	27
<b>EQBE -TE</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>38</b>	NASF-FIS	08	15	23
EQBE -AVS	04	04	08	FARM	16	15	31
EQBE -ACS1	05	14	19	<b>GERENTE</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>34</b>
EQBE -ACS2	12	14	16	ADM1	17	12	29
EQBE -ACS3	06	15	21	ADM2	14	12	26
EQBE -ACS4	04	15	19	SERV. GERAIS	07	14	21
<b>EQT-MED</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>37</b>				

Fonte: O autor, 2019.

A centralidade de grau dos atores EQE-MED (34) e EQBE-ENF (41) justifica-se pela responsabilidade técnica que esses assumem no cenário. Considerando que os mesmos são responsáveis pelo direcionamento das ações que envolvem as suas respectivas categorias



profissionais, é de se esperar que sejam constantemente acionados não somente pelos profissionais pelos quais são responsáveis, mas também pela gerência da unidade e por outros profissionais que os enxergam como elementos-chaves no processo de trabalho.

A centralidade de grau dos atores EQT-MED (37), EQBE-MED2 (36), EQT-ENF (35), EQE-ENF (34) e GERENTE (34), associada aos dados que emergiram da observação sistemática, revela uma produção do cuidado permeada pelo modelo biomédico, com foco no atendimento à demanda espontânea, às atividades prescritivas e a poucos disparos na perspectiva da promoção e prevenção da saúde. A relevância desses profissionais se confirma na ABS pelo olhar dos próprios profissionais que, na estrutura social, reservam aos mesmos uma posição de destaque.

A centralidade de grau clarifica o acolhimento ao usuário observado na primeira etapa do estudo, pautado em uma lógica imediatista, no momento presente, e que estabelece pouca relação com a integralidade. A adoção do mesmo como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado prescinde do envolvimento daqueles que conhecem a realidade territorial e que são promotores de vínculo entre os usuários e a ABS. Isso implica trazer para o centro da rede os atores, outrora na periferia, que são capazes de mobilizar os usuários para o diálogo, as ações e os grupos de saúde vistos como relevantes para uma ABS promotora do cuidado.

No entanto, convém considerar que trazê-los para o centro da rede não implica necessariamente afastar os demais atores dessa posição. A produção do cuidado implica estabelecimento de relações horizontais, compartilhamento de espaços, saberes e práticas. Nessa ótica, a compreensão pelos atores do acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado poderia contribuir para outra configuração da rede social.

O lugar ocupado pelos ACS, na periferia, talvez se explique pelo crescente envolvimento com a lógica instituída de monitoramento dos indicadores de resultados e de produtividade, assim como a realização de atividades que refletem um escopo mais reduzido e de grande interface com tarefas de apoio e burocratizadas, tais como separação de fichas/prontuários de usuários, anotação do peso em consultas coletivas, organização de espaços físicos para as atividades, orientação de filas e até mesmo atividades de limpeza (RAMOS, 2017).

Corroborando com Morosini e Fonseca (2018), questiona-se se não seria oportuno reinvestir no potencial do ACS de trazer, para o cuidado em saúde, práticas que valorizam as várias dimensões condicionantes do processo saúde-doença. Perspectiva essa que impõe ideias

condizentes com o perfil de um trabalhador comunitário preparado para atuar na promoção da saúde, apoiar a clínica ampliada e subsidiar a organização e participação popular.

No que tange aos atores EQE-TE, EQBE-TE e EQT-TE, é relevante reiterar que os dois últimos atuam no campo há mais de cinco anos como técnicos de enfermagem e que o ator EQE-TE atua há mais de dois, sendo que o ator EQT-TE trabalhou anteriormente como ACS. A centralidade de grau relacionada aos atores pode estar relacionada ao conhecimento de uma realidade instituída dos processos gerenciais existentes, das rotinas estabelecidas, da dinâmica territorial e, principalmente, das relações que foram construídas ao longo do tempo. É importante reiterar, com base em elementos da observação sistemática, que o lugar ocupado pelo ator técnico de enfermagem no acolhimento e no campo, face ao regimento interno e ao plano de acolhimento, é de destaque.

#### 4.3.2.3 Centralidade de proximidade

A medida reflete a quantidade mínima de passos que determinado ator está dos outros atores na estrutura social. Dessa forma, espera-se que, quanto mais central for um ator, mais próximo ele fica dos outros e mais rapidamente entra em contato ou interage facilmente com eles (LAZEGA; HIGGINS, 2014). No entanto, segundo Lemieux e Ouimet (2014), no plano conceitual, essa métrica permite medir a capacidade de autonomia ou de independência dos atores, tendo em vista que, quanto mais um ator se encontra afastado dos outros atores, mais autônomo será no que se refere às suas escolhas de ações.

Os atores com maior grau de proximidade são aqueles com menor distância média de todos os demais atores no sociograma. Para Recuero (2014), a medida explicita o número de atores-pontes, ou seja, as conexões-ponte, os nós que conectam vários grupos que não são interconectados. Esses nós acabam reduzindo as distâncias entre todos os nós do grafo. Os nós com maior grau de proximidade, portanto, tendem a ser aqueles com menor distância média de todos os demais nós no grafo.



Tabela 7 – Medidas de Centralidade de Proximidade da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal

ATOR	GRAU DE PROXIMIDADE	ATOR	GRAU DE PROXIMIDADE
<b>EQBE-ENF</b>	<b>80,00</b>	EQE-ACS1	58,07
<b>EQE-ENF</b>	<b>75,00</b>	EQT-ACS4	57,14
<b>EQE-MED</b>	<b>75,00</b>	EQT-ACS3	57,14
<b>EQBE-TE</b>	<b>73,47</b>	EQT-ACS1	56,25
<b>EQT-MED</b>	<b>73,47</b>	ESB-ASB	54,54
<b>EQBE-MED2</b>	<b>72,00</b>	NASF-FIS	54,54
<b>EQT-TE</b>	<b>69,23</b>	SERV. GERAIS	54,54
<b>EQT-ENF</b>	<b>69,23</b>	NASF-EF	52,94
<b>EQE-TE</b>	<b>67,92</b>	EQT-ACS2	52,94
<b>GERENTE</b>	<b>67,92</b>	EQBE-ACS3	52,17
<b>EQBE-MED1</b>	<b>67,92</b>	EQE-ACS4	50,70
ADM1	65,45	<b>EQE-AVS</b>	<b>50,00</b>
ESB-CD	65,45	<b>EQBE-ACS4</b>	<b>50,00</b>
FARM	64,29	<b>EQT-AVS</b>	<b>49,31</b>
NASF-PSI	62,07	<b>EQBE-ACS1</b>	<b>49,31</b>
ADM2	62,07	<b>EQE-ACS3</b>	<b>48,00</b>
NASF-AS	59,02	<b>EQE-ACS5</b>	<b>46,15</b>
EQBE-ACS2	59,02	<b>EQBE-AVS</b>	<b>41,86</b>
EQE-ACS2	58,07		
Legenda: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Atores com maior centralidade de Grau</b></li> <li>▪ <b>Atores com menor centralidade de Grau</b></li> </ul>			

Fonte: O autor, 2019.

Dentre os atores com alto grau de proximidade, a presença do GERENTE e dos responsáveis técnicos EQBE-ENF e EQE-MED é validada pelo fato de eles concentrarem informações, fluxos e, por conseguinte, recursos, além de ditarem os processos no campo. Dos demais atores que emergiram com alto grau de proximidade, os de nível superior constituem-se como líderes e responsáveis pelas ações das ESF, e os de nível médio são vistos como elementos que estão o tempo todo em trânsito no campo, desempenhando alguma atividade de cunho técnico. Esses atores tendem a ter acesso ampliado às informações e a concentrar as mesmas; constituem-se como pontes para o trânsito de determinados atores; conquistam mais privilégios no campo; e têm facilidades de estabelecer relações de parceria pelo fato de conseguirem aproximar o maior número de atores.

Dos atores EQE-AVS, EQBE-ACS4, EQT-AVS, EQBE-ACS1, EQE-ACS3, EQE-ACS5 e EQBE-AVS que emergem com as menores centralidade de proximidade, estão presentes todos os profissionais Agentes de Vigilância em Saúde do campo. Na prática, percebe-se que a integração desses profissionais com as equipes ainda é incipiente e que o trabalho desses profissionais pouco se revela no cotidiano. Por sua vez, a presença dos ACS relacionados, dentre aqueles com baixa centralidade de proximidade, pode caracterizar frágil relação desses atores com os outros membros da equipe, pouco envolvimento dos mesmos com o processo de trabalho instituído, assim como ditar movimentos autônomos e independentes por parte deles no campo em ações, que podem ser propositivas ou negativas para a produção do cuidado.

Reitera-se que, pela proposta de trabalho multiprofissional e interdisciplinar na ABS, que pouco faz sentido movimentos isolados de determinados atores no campo. A métrica, desta forma, torna-se relevante por permitir conhecer os atores com baixa centralidade de proximidade, o que contribui para repensar processos de aproximação desses atores dos demais atores da rede.

Pela análise da centralidade de proximidade na Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal, é possível presumir que os atores ocupam posições na estrutura social em função do volume global de capital cultural, econômico e simbólico que possuem e que esse assegura aos mesmos um poder sobre os mecanismos constitutivos do campo. O capital cultural se manifesta na rede pelo conhecimento, pelas habilidades, informações, estando vinculado ao conjunto de qualificações intelectuais transmitidas pela família e pelas instituições escolares; o econômico encontra-se na raiz dos outros capitais, estando estreitamente relacionado aos recursos financeiros que detêm o ator; o simbólico relaciona-se ao capital de qualquer espécie quando percebido, conhecido e reconhecido pelos demais agentes (BOURDIEU, 2001), como é o caso dos atores GERENTE, EQBE-ENF e EQE-MED.

Os atores identificados com alta centralidade de proximidade na rede têm um “nome”, um nome próprio, um nome conhecido e reconhecido, uma marca que os distingue dos outros atores, que os arranca como forma visível do fundo indiferenciado, despercebido, obscuro, no qual se perdem os homens comuns (BOURDIEU, 1983), aqueles cujo nome pouco se ouve, de cuja presença pouco se sente falta e que emergiram na rede como tendo centralidade de proximidade baixa.

#### 4.3.2.4 Centralidade de intermediação

A métrica é uma medida que avalia o quanto um ator está no caminho geodésico entre dois outros atores, isto é, analisa a importância de determinado ator na passagem de informação entre outros dois (DEL-VECCHIO et al., 2009). Esclarece a capacidade de coordenação e controle de determinados atores na rede, que, pela posição intermediária que ocupam, são considerados como atores-pontes. Quanto mais um ator se encontra em uma posição intermediária, em uma situação em que os atores têm de passar por ele para chegar aos outros atores, maior disposição para controle da informação e dos recursos ele terá sobre os demais atores (LEMIEUX; OUIMET, 2012).

Diferente das outras métricas apresentadas, na centralidade de intermediação, mesmo os indivíduos com laços fracos influenciam na circulação da informação e na troca de recursos, a depender de sua localização na rede. A presença de determinado nó, mesmo que pouco influente na rede, no caminho entre outros dois ou mais nós pode fazer desse uma ponte para que determinada informação/recurso alcance outros atores (FARIA Et al., 2016). Segundo Lazega e Higgins (2014), quando dois atores não são adjacentes, eles dependem de outros atores do grupo para trocas, especialmente atores que se encontram no caminho entre eles e que têm a capacidade de interromper a circulação de recursos.

Na Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal, a medida permite identificar os atores que, na rede social, estão no caminho entre dois ou mais atores, conformando-se como pontes na rede social.





UCINET relacionado à centralidade de intermediação sugere pouca influencia dos mesmos na circulação da comunicação, informação e na troca de recursos (Tabela 8).

Tabela 8 – Medidas de Centralidade de Intermediação da Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal

<b>ATOR</b>	<b>GRAU DE INTERMEDIÇÃO</b>	<b>ATOR</b>	<b>GRAU DE INTERMEDIÇÃO</b>
<b>EQT-TE</b>	<b>117.898</b>	ESB-CD	15.635
<b>EQE-TE</b>	<b>66.548</b>	EQBE-ACS1	13.994
<b>EQT-MED</b>	<b>65.731</b>	ESB-ASB	13.658
<b>GERENTE</b>	<b>55.176</b>	EQE-AVS	13.359
<b>EQBE-ENF</b>	<b>53.404</b>	EQBE-ACS4	11.906
<b>EQT-ENF</b>	<b>52.575</b>	ADM2	11.724
<b>EQBE-TE</b>	<b>51.603</b>	NASF-FIS	11.543
EQBE-MED2	46.214	EQT-ACS1	9.716
NASF-PSI	38.366	EQE-ACS1	9.615
NASF-AS	34.284	EQBE-ACS3	8.930
EQBE-ACS2	30.850	SERV. GERAIS	8.479
EQE-MED	22.172	<b>EQE-ACS5</b>	<b>8.066</b>
FARM	21.972	<b>EQT-ACS3</b>	<b>7.138</b>
EQT-AVS	21.946	<b>EQT-ACS2</b>	<b>6.734</b>
EQBE-MED1	21.550	<b>EQE-ACS2</b>	<b>6.151</b>
EQE-ENF	21.455	<b>EQE-ACS4</b>	<b>3.208</b>
ADM1	19.797	<b>EQBE-AVS</b>	<b>2.941</b>
EQT-ACS4	18.163	<b>EQE-ACS3</b>	<b>0.537</b>
NASF-EF	17.960		

Fonte: O autor, 2019.

Dentre os atores, destaque deve ser dado ao ator EQT-TE, que figura com centralidade de intermediação que destoa dos demais atores. Esse ator está situado entre diferentes atores, em uma posição de mediação, sendo a principal ponte na Rede de Produção do Cuidado do CMS



Parque Royal, o que o torna referência para a maioria dos atores da rede. É relevante reiterar que os outros dois atores de nível médio EQE-TE e EQBE-TE também emergiram com medidas consideráveis de intermediação, confirmando o papel de interlocução que o profissional técnico de enfermagem exerce nesse campo. Esse profissional integra-se à sua equipe e intercambia informações e recursos; atua nos diferentes espaços do campo executando os mais variados procedimentos técnicos, e isso o torna conhecedor de todas as rotinas instituídas, o que facilita sua comunicação e integração com as demais equipes; além de ser o principal responsável pelo acolhimento de usuários na unidade, corroborando para que ele esteja no centro das relações instituídas.

A centralidade de intermediação do ator GERENTE justifica-se pela centralidade de informações relacionadas à macrogestão do campo e à microgestão das equipes, além de ele ser o responsável por garantir a integração do campo com os outros pontos da Rede de Atenção em Saúde. Esse ator, além de responder de forma rotineira pelas demandas de recursos humanos, infraestrutura, apoio técnico e articulação intersetorial, medeia os conflitos interpessoais dos atores e regula todo o processo de trabalho do campo.

O ator EQBE-ENF é referência para os demais enfermeiros e técnicos de enfermagem no que diz respeito ao conhecimento técnico científico que envolve a prática e o cuidado de enfermagem, sendo, por conseguinte, referência para os demais profissionais, que o acionam por ele conhecer a lógica de funcionamento e organização do campo de forma ampliada. Por sua vez, a centralidade de intermediação sobre os atores EQT-MED e EQT-ENF, pela ARS, explica-se pela posição desses atores na rede. Algum fator inerente ao campo, ao processo de trabalho ou à produção do cuidado pode ter corroborado para que estes estivessem no caminho entre outros atores, intermediando informações e a troca de recursos.

As métricas da Rede Social do CMS Parque Royal permitem compreender que não há centralização em um grupo muito restrito de atores, o que é confirmado pela análise das microrredes das equipes, já que não mais que 02 ou 03 atores despontam nas mesmas com papel de destaque, sendo que esses emergem também na rede social completa. Observa-se a centralização pelo atributo perfil profissional, ou seja, ou os atores mais centrais ocupam posição de acordo com a categoria profissional, ou pela forma como atuam no campo e respondem às demandas. Esta última é validada pela observação sistemática que permitiu identificar que o tipo

de atuação dos profissionais é de base técnico-científica, porém pautada no modelo biomédico e na resolução de problemas.

## CONCLUSÃO

Alinhar a discussão que envolve um tema tão recorrente na literatura como o acolhimento não foi tarefa fácil nesta pesquisa, que teve como proposta inicial compreender como os atores em rede utilizam o acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado. A primeira preocupação do pesquisador foi trazer clareza e apresentar temas tão caros para a pesquisa no campo da saúde pública, como ABS, acolhimento e produção do cuidado; e Ciências Sociais, como redes sociais, assim como demonstrar o quanto a aproximação entre os mesmos pode tornar potentes as pesquisas para o campo da saúde.

A apresentação inicial buscou tornar notório como o debate que envolve o acolhimento mobilizou e mobiliza questões no pesquisador, como também sinalizar o quanto este tem buscado construir sentidos sobre esse objeto, analisando-o em um contexto que envolve o campo da ABS e as práticas dos profissionais. Os estudos conduzidos até então abarcavam um olhar sobre o campo, sobre a literatura e o conhecimento empírico dos atores sobre o acolhimento. A aproximação e o emprego dos métodos de observação sistemática e ARS, cujos resultados foram analisados à luz do referencial teórico de Pierre Bourdieu, possibilitaram um novo olhar sobre o campo, os atores, suas relações e o acolhimento, sendo possível avançar na construção de um conhecimento científico.

A análise dos aspectos estruturais, relacionais e prescritivos da ABS e sociodemográficos e de formação profissional dos atores permitiram ressignificar a ABS como um campo, conhecer as implicações do habitus dos atores sobre suas ações, assim como, as posições que esses ocupam determinadas pelo capital cultural e social que detêm. As redes sociais que emergiram a partir do acolhimento convergiram para compreender que as relações entre os atores são influenciadas pelo campo, sua estrutura e normativas, assim como influem no mesmo, ditando formas diferenciadas de organização do processo de trabalho e trabalho em equipe. A análise das mesmas pela lente da ARS permitiram caracterizar a tipologia de acolhimento existente no campo, construir sentidos sobre a produção do cuidado e clarificar os achados da observação sistemática.

O campo da ABS é estruturado e normatizado pelo Estado, que dita não só toda uma lógica de funcionamento e objetivos, colocando-o como centro da RAS, ordenadora e

coordenadora do cuidado, como estabelece regras que contribuem para certa prescritividade nas ações e condutas dos profissionais.

No entanto, no estudo, foi observado que os atores individualmente norteiam suas ações permeados por um *habitus* profissional e que este não é isento de um *habitus* primário, apreendido em um contexto familiar.

No que concerne ao acolhimento e à sua percepção e utilização pelos profissionais, destacou-se um *habitus* grupal construído pelo coletivo que o orienta e que interfere na produção do cuidado, tendo em vista seu caráter imediatista, pragmático, hierarquizado, com foco na demanda espontânea e no modelo biomédico.

No campo, o pesquisador esperava encontrar atores que, de certa forma, utilizassem seus recursos acadêmicos (capitais cultural), assim como fizessem uso propositivo de suas relações internas ou externas (capital social), para a produção do cuidado e melhor assistência em saúde dos usuários vinculados ao campo. No entanto, percebeu-se uma prática, ora condicionada pelo campo, ora pelo *habitus* dos atores, que trazia relevo sobre um acolhimento permeado não pela empatia, escuta ou necessidades de saúde, mas por queixas.

O acolhimento inscrito traduziu uma rotina nas ações dos profissionais, caracterizada pela ausência de movimentos e disparos diferentes daquele outrora instituído, dando a sensação de inflexibilidade em uma ação que é tipicamente relacional, que envolve tantas nuances e que pode avançar para além dos muros do campo, indo em direção aos diferentes contextos no qual o usuário está inserido. Fato é que as condições de trabalho visualizadas durante a coleta de dados favoreceram o desestímulo profissional, diminuindo ritmos, gerando incertezas e desencontros no campo, acabando por contribuir para a fragilização do trabalho em equipe, tão necessário para a atenção integral e produção do cuidado.

A rede social de cada profissional de saúde tende a ser significativa, já que cada um está inserido em um contexto social específico e em contato com outros diferentes atores e equipamentos de saúde, o que torna a atenção em saúde potente no que tange à produção do cuidado. Por sua vez, a rede social do campo não só integra os atores, como acaba por trazer para perto do campo os atores e equipamentos a que estão vinculados, aumentando sobremaneira as possibilidades de ação e intervenção.

Assim sendo, quanto mais ativos e coesos são os vínculos entre os profissionais do campo da ABS, maior a possibilidade de o campo atender seus objetivos, dentre eles o de produzir

vigilância em saúde em uma perspectiva de produção do cuidado. No estudo, as limitações identificadas em determinados atores, no que concerne a estabelecer parcerias por uns e a identificar parceiros por outros, pode ser reflexo de trajetórias de vida marcadas por dificuldades de relacionamento, de troca, de diálogo, de escuta e até mesmo de silenciamentos produzidos pelos contextos familiares e pelo processo formativo, que acabaram contribuindo para a pouca capacidade de fala dos atores, integração e até mesmo ação.

A observação sistemática, quando em aproximação com a rede social que emergiu a partir do acolhimento, permitiu concluir que existem outros fatores que determinam a conectividade entre os atores, que não a proximidade entre os mesmos, nem mesmo o tempo em que atuam no campo, mas, sim, a simetria de objetivos, de interesses, ideologias e até mesmo afinidades. O dado reforça a relevância da noção de *habitus* para estudos no campo da saúde, pelo fato de este permitir compreender como o ator social estrutura o campo e é estruturado pelo mesmo.

As normas que conduzem o campo quase sempre criam barreiras que são impeditivas para a questão de ampliação de redes, mas não são únicas. Os atores, enquanto indivíduos, também trazem consigo marcas que são estabilizadoras de hábitos ou promotoras de mudanças. Estas relacionam-se às experiências de vida que cada um vivenciou e que servem para remodelar suas ações a médio e longo prazos. Quase sempre essa remodelagem é feita de maneira natural, funcionando como uma impulsionadora das mudanças que o ator deseja ver ao seu redor.

Na prática, no campo da ABS, quando um determinado ator quer ocupar um espaço diferente daquele instituído para ele, ou seja, a posição determinada pelo volume de capital que possui, ele tende a encontrar resistências, sendo possível concluir que, por mais que os profissionais de nível médio do campo identifiquem fatores a serem melhorados, trabalhados, tratados no processo de trabalho, pouca governabilidade eles terão pela verticalidade implícita no campo. Esta, por sua vez, tornou-se evidente no estudo, no trabalho dos ACS e dos técnicos de enfermagem. Ambos os atores assumem atividades demandadas pelos profissionais de nível superior, muitas delas não condizentes com o previsto para a sua prática profissional, mas que não são questionadas porque eles estão em uma posição hierarquicamente inferior no campo ou até mesmo pelo fato de essas ações trazerem sobre eles certa visibilidade, como se as ações próprias do seu núcleo de conhecimento não tivessem o real valor.

No entanto, percebeu-se que o envolvimento dos primeiros com inúmeras ações no campo torna-os reativos às ações esperadas para eles no território, fragilizando a vigilância em saúde que

prescinde de conhecimento ampliado sobre diferentes contextos, que não aquele objetivo que contribuiu para a procura do atendimento. Quanto aos segundos, observa-se pouco conhecimento sobre as nuances do processo de trabalho, na medida em que, ao assumirem outras tarefas não previstas, têm a sobrecarga de trabalho aumentada.

Com relação ao campo, ficou evidente que sua organização como um todo está consolidada por regras e que, em alguns momentos, elas podem limitar as ações dos agentes, impedindo-os de avançar na perspectiva da produção do cuidado. O acolhimento observado na pesquisa é um exemplo. Ao ter registrado uma forma de acolher, essa parece ficar introjetada nos profissionais, convergindo para que esses não identifiquem outras formas a não ser aquela prescrita.

Contudo, é relevante reiterar que, em determinadas situações, ações individuais ou coletivas podem ser disparadas e que, inclusive, esses disparos podem remodelar novas formas de atuação, ressignificando o processo de trabalho no campo. Na vertente do acolhimento-ação proposto neste estudo, um único nó da rede pode ser determinante, quanto mais as relações que se conformam para a vigilância em saúde na perspectiva de produção do cuidado.

A centralidade de proximidade dos atores médicos e enfermeiros – em relação aos demais atores da rede – configura prestígio e autoridade destes no campo da ABS. Estes, mesmo que de forma não igualitária, são vistos no campo como aqueles dotados de capital cultural, adquirido pela formação e pelas experiências que acumularam com suas práticas. Contudo, como foi visto, o profissional que mantém maior contato com a população são os atores ACS, não porque estão cotidianamente no território, mas por estarem em uma posição no campo de contato inicial com os usuários. Esses mesmos atores também estão de forma permanente em contato com a maioria dos profissionais do campo, na medida em que o primeiro contato exige direcionamentos para outros atores que detêm maior capacidade resolutiva. Esse dado permite concluir que esses são os atores do campo com maior capital social e que esse poderia ser muito útil para práticas de prevenção e promoção em saúde no território de abrangência pelos quais eles são responsáveis.

Consoante o que já foi dito, o acolhimento dos usuários no campo segue uma dialética já estabelecida, baseada na queixa evidenciada, julgada e na oferta imediata de respostas. Inicia-se com os ACS, passa pelos técnicos de enfermagem, em seguida pelos enfermeiros e, finalmente, alcança os profissionais médicos e demais profissionais.

Caracteriza-se pelo tripé: acolher, direcionar e solucionar. É permeado por um *habitus* grupal que procura dar conta do problema no momento em que ele acontece, não sendo orientado como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, como se esperava encontrar. Destarte, o acolhimento aparece nas normas como uma condição necessária para uma boa prestação dos serviços na ABS e deve se pautar nos critérios da comunicabilidade, da atitude, da postura e da resolubilidade das questões, visando a garantia da equidade no cuidado e a integralidade da atenção. Por isso, parece útil nesta tese questionar se ele atendia, no curto período em que foi analisado, até mesmo ao prescrito nas normas.

Se, nesta tese, o acolhimento com foco na vigilância em saúde em uma perspectiva de produção do cuidado não emergiu conforme o previsto, ao menos ficou evidente que ele é uma potente ferramenta relacional e que, como tal, permite envolver todos os profissionais, contribuir para as práticas em saúde mais humanizadas, fortalecer vínculos entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários, mobilizar formas de organização do processo de trabalho e viabilizar ações de saúde (mesmo que com foco na demanda espontânea, como observado).

Outrossim, conclui-se que os resultados obtidos pela observação sistemática e ARS mostraram-se confluentes. O fato de o acolhimento pelo observado e pelo retratado no sociograma configurar-se como regulador do acesso e dispositivo de apoio para a classificação de risco e atendimento à demanda espontânea, implica repensar normativas, processos e o agir dos atores no campo. Este último revela-se na postura, na atitude e na tomada de decisão dos atores, que, permeados pelo *habitus* e com os diferentes capitais que possuem, poderiam tornar o acolhimento uma potente estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ADLER, P. A.; ADLER, P. Observation altechniques. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), **Hand book of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- ALARCÃO, I. (Org). **Escola Reflexiva e Nova Racionalidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- ALEJANDRO, V. A. O.; NORMAN, A. G. **Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais**, 2005.
- ALEJANDRO, V. A. O.; NORMAN, A. G. **Manual introdutório à análise de redes sociais: medidas de centralidade**. México: Universidad Autonoma Del Estado de México, 2006.
- ALMEIDA, L. R. S. Pierre Bourdieu: A transformação social no contexto de reprodução. **Inter-Ação: Rev. Fac. Educ. UFG**, Goiânia, v. 30, n.1, p. 139-155, 2005.
- ANDRADE, D. M. C.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 852-865, 2015.
- ARAÚJO, F. M. B., ALVES, E. M.; CRUZ, M. P. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de *habitus* na obra de Pierre Bourdieu. **Revista Perspectivas da Ciência e Tecnologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2009.
- ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.
- AZEVEDO, M. A. J. **Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença**. 2018. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.
- BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M.; MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; NASCIMENTO, K. C.; LESSMANN, J. C. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 71-78, 2006.
- BALDINO, J. M.; DONENCIO, M. C. B. O *habitus* professoral na constituição das práticas pedagógicas. **Polyphonía**, Goiás, v. 25, n. 1, p. 263-281, 2014.



BARNES, J. A. Class and committees in a Norwegian Island Parish. **Human Relations**, v. 7, p. 39-58, 1954.

BARROS, F. P. C. A municipalização, a saúde coletiva e a atenção primária em saúde. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania, 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/08/20/a-municipalizacao-a-saude-coletiva-e-a-atencao-primaria-em-saude/#1>. Acesso em: 6 jun 2018.

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](http://gephi.org)., 2009.

BECKER, H. A. Observation by informants in institutional research. **Quality & Quantity**, v. 6, p. 157-169, 1972.

BECKER, H. S. M. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1997.

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**, Vitória: Anpad, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389- 394, 2005.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2005.

BORGATTI, S. P. 2-Mode concepts in social network analysis. In: MEYERS, R. A. (Ed.). **Encyclopedia of complexity and system science**. Heidelberg: Springer, 2009.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Ucinet for Windows**: software for social network analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies, 2002.

BOURDIEU, P. **A Distinção**. Paris: Minuit, 1979.

BOURDIEU, P. **O campo científico**. In: ORTIZ, R. (Org.) Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Paris: As Éditions de Minuit, 1984.

BOURDIEU, P. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. Ed. **Handbook of theory and research for the sociology of education**. New York: Greenwood Press, 1986. BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu com Lóïc Wacquant**: respostas. Paris: Limiar. 1992.

- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996.
- BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BOURDIEU, P. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- BOURDIEU, P. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- BORGES, C. D. **Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool**. 2016. 193 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2016.
- BOTT, E. **Family and social network**. London: Tavistock, 1957.
- BRAGA, F.; FAZITO, D. Análise de redes sociais e as conexões territoriais da migração no Brasil: padrões estruturais da migração interna entre 1980 e 2000. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 18, Caxambu. Anais. Caxambu: ABEP, 2010.
- BRASIL. Portaria nº 1.886, 18 dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Pacs e PSF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 dez. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. **A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 423/2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **E-gestor Atenção Básica**. Informação e Gestão da Atenção Básica, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 24 de julho de 2019.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2010.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CAÇAPAVA, J. R. **O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe**. 2008. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

- CAMARGO JR, K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000.
- CAMPOS, G. Z. R. **Informação, cultura e homeopatia: redes sociais e cuidado em saúde numa comunidade do Morro dos Cabritos – RJ**. 2012. 187 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação). – Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Ciência da Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. In: Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- CANTILLANO, E. M. C. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. In: NUNES, E. D. **Medicina social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.
- CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CARDOSO, R. V. **Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia de Saúde da Família**. 2014. 268 f. Dissertação (Mestrado Profissional). – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2014.
- CARDOSO, M. P.; DALL AGNOL, R.; TACCOLINI, C.; TANSINI, K.; VIEIRA, A.; HIRDES, A. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia**, Canoas, v. 45, p. 72-86, 2014.
- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018.
- CARRINGTON, P. J.; SCOTT, J. Introduction. In: SCOTT, J.; CARRINGTON, P. J. (Eds.). **The Sage Hand book of Social network Analysis**. California: SAGE, 2011.
- CAVALCANTE FILHO, J. B.; VASCONCELOS, E. M. S.; CECCIM, R. B.; GOMES, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 31, n. 13, p. 315-28, 2009.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 9, p. 11-13, 1980. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>. Acesso em 10 jan 2018.

CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

CONILL, E; FAUSTO, M. **Análisis de la integración de la atención primaria en salud enlared de servicios en Europa y América Latina**. Madrid: Eurosocial; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 7-16, 2008.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s14-s27, 2010.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 495-501, 2011.

COSTA, M. R. A trajetória de lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em debate**, Pelotas, v.13, n. 2, p. 85-107, 2007.

COSTA, R. K.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia Saúde da Família: contribuição para mudança do modelo assistencial. **Rev Rene**, Ceará, v. 9, n. 2, p.120-128, 2008.

COSTA, A. F. A. **Análise das redes sociais nas ações de acompanhamento da tuberculose**. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico). – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012.

CRACO, P. F. Ação Comunicativa no cuidado à Saúde da Família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 2, n. 7, p. 238-239, 2006.

CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

CZARNIAWSKA, B. The “Narrative Turn” in Social Studies. In: CZARNIAWSKA, B. (Ed.). **Narratives in Social Science Research**. Nova York: SAGE Publications, 2004.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 6ª ed. Rio de Janeiro: ROCCO, 2003.

DANTAS, T. C. C.; MELO, M. L. C. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 494-499, 2001.

DESC. **Descritores em ciências da saúde**. [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2017.

DORIA, S. C. B.; POLIDORO, M. A. Implementação do acolhimento resolutivo na unidade básica de saúde da família e pronto atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo. In: **II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**, Brasília. Trabalhos premiados, 2004.

DORTIER, J. F. **Dicionário de ciências humanas**. Editora Martins Fontes: São Paulo, 2010.

FARINA, M. C.; SILVA, R. S. S.; SILVA FILHO, J. R. T.; SILVEIRA, M. A. P.; OZAKI, M. T.; BENEVIDES, G. Uma investigação da centralidade e da densidade de uma rede de empresas que atuam na realização de festas e de casamentos. **Revista Alcance - Eletrônica**, v. 20, n. 2, p. 170-185, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

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

FRACOLLI, L. A.; MAEDA, S. T.; BRITES, P. R.; SEPÚLVEDA, S. C. F.; CAMPOS, C. M. S.; ZOBOLI, E. L. C. P. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 68-72, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. S.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micro-política do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

- FREEMAN, L. C. Some antecedents in social network analysis. **Conection**, v. 19, n. 1, p. 41-42, 1996.
- FREEMAN, L. C. **The Development of Social Network Analysis**. Vancouver: Empirical Press, 2006.
- FIALHO, J. Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, v. 29, p. 59-79, 2015.
- FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.
- GARTON, L.; HAYTHORNTHWAITE, C.; WELLMAN, B. Studying online social networks. **Journal of Computer Mediated Communication**, v. 3, n. 1, 1997.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.
- GILL, R. **Análise de discurso**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e História**. 1ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.
- GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 21-23, 2008.
- GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 63-72, 2017.
- GRANOVETTER, M. The strength of weak ties: a network theory revisited. In: **Sociological Theory**. Ed. Randall Collins. San Francisco, Califórnia, série Jossey-Bass, 1983.



- GUERRERO, P.; MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R.; ERDMANN, A. L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.
- GUIMARÃES, M. B. L. Intuição, pensamento e ação na clínica. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 317-332, 2005.
- GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.
- HALL, A. ; WELLMAN, B. Social network and social support. In: COHEN, S.; SYME, S. L. (Org.). *Social Support and Health*. London: **Academic Press**, 1985.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M. **Introduction to social network methods**. Riverside: University of Califórnia, 2005.
- HATALA, J. P. Social network analysis in human resource development: a new methodology. **Human Resource Development Review**, v. 5, n. 1, p. 45-71, 2006.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.
- HOLANDA, A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Nova Fronteira; 1995.
- JULIÃO, C. H.; PIZETA, F. A. A rede social e o acolhimento institucional de crianças e adolescentes: a (re) construção dos direitos ameaçados ou violados. **Revista Triângulo**, Uberaba, v. 4, n. 2-Esp, 2012.
- JUNIOR, N. C.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, Sept. 2010.
- KAUFMAN, D. A força dos laços fracos de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço. **Galáxia**, v. 23, p. 207-218, 2012.
- KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G. (Org.). **Cartografias e devires a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- KINALSKI, D. D. F. **Perspectiva de rede de atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV**. 2016. 125 f. Dissertação (Mestrado). – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

LABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1994000400008&script=scabstract&tlng=pt>. Acesso em 12 mar 2017.

LACERDA, A. **Redes de Apoio Social no Sistema da Dívida: Um Novo Olhar Sobre a Integralidade do Cuidado no Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LAZEGA, E.; HIGGINS, S. S. **Redes sociais e estruturas relacionais**. 1ª ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2014.

LEMIEUX, V.; OUIMET, M. **Análise estrutural das redes sociais**. 2ª ed. Instituto Piaget, 2014.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 514-522, 2013.

LOPES, M. E. L.; SOBRINHO, M. D.; COSTA, S. F. G. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da Enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 819-825, 2013.

MAFFESOLI, M. **O mistério da conjunção**: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina; 2005.

MAGNUSSEN, L. E. J.; JOLLY, P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. **Health Affairs**, v. 23, n. 3, p. 167-176, 2004.

MAISSIAT, G. S.; LAUTERT, L.; PAI, D. D.; TAVARES, J. P. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.

MANCE, E. A. **Teorias de Rede**: Introdução Conceitual e Elementos Organizativos. Instituto de Filosofia da Libertação. Solidarius Brasil, 2012.

MARCULESCU, R.; BOGDAN, P. The Chip Is the Network: Toward a Science of Network-on-Chip Design. **Foundation sand Trends in Electronic Design Automation**, v. 2, n. 4, p. 371-461, 2009.

MARQUES, J. B.; APRÍGIO, D. P.; MELLO, H. L. S.; SILVA, J. D.; PINTO, L. N.; MACHADO, D. C. D.; BASTOS, V. H. V. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 246-55, 2007.

MARQUÉS-SÁNCHEZ, M. P.; MUÑOZ-DOYAGUE, M. F.; PÉREZ-RIVERA, J.; BAYÓN-DARKISTADE, E.; CASADO-VERDEJO, I. El lider azgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. **Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 25, n. 2, p. 140-162, 2014.

MARQUEZ, A. C.; GONÇALVES, B. B.; MEDEIROS, J. M. R.; REIS, N. A. Gephi: um software open source de manipulação e visualização de grafos. In: **Oficina Gephi: Mapeando e analisando a vida das redes sociais**. [S. I.], Labi, 2013.

MARQUI, A. B. T.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. S.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.

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

MARTELETO, R. M. **Gestão do Conhecimento e da Informação na intervenção social: as redes de movimentos sociais no campo da educação popular e saúde**. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação – CNPq/IBICT – UFRJ/ECO, 2001.

MARTELETO, R. M. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 12, n. esp., 2007.

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M. I. A metodologia de análise de redes sociais (ARS). In: VALENTIM, M. L. P. (Org.) **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005.

MARTELETO, R.; STOTZ, E. N. (Org.). **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010.

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

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-577, 2002.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F.; FRUTUOSO, M. F.; MENDES, R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017.

MELO, M. L. C. **As políticas de capacitação dos recursos humanos da Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana - BA**. 1999. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Feira de Santana, Núcleo de pesquisa integrada em Saúde Coletiva, 1999.

MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Org.). **Atenção Primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENESES, M. P. R.; SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**, Canoas, n. 21, p. 53-57, 2005.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MERCKLÉ, P. **Sociologie des réseaux sociaux**. Paris: La Découverte, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; WANDERLEY SILVA BUENO, W. S. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MIGUEL, L. F. Capital político e carreira eleitoral: algumas variáveis na eleição para o Congresso Brasileiro. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 20, p. 115-134, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MINISTRY OF HEALTH. **Consultative council on medical and allied services**. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920.

MITCHELL, J. C. **Social networks in urban situations**: analyses of personal relationships in Central Africa towns. Manchester: Manchester University, 1969.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L. (Org.) **Os dizeres da boca em Curitiba**: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-3, 2017.

MONTAGNER, M. A. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 17, p. 240-264, 2007.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-274, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 121-139, 2014.

NASCIMENTO, E. G. C.; FORTUNATO, M. M.; PEREIRA, A. K. A. M.; MIRANDA, F. N.; ARAÚJO, J. L.; PESSOA, G. R. Limites e possibilidades para efetivação da assistência humanizada na percepção dos profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line., Recife**, v. 9 n. Supl. 4, p. 8002-8011, 2015.

NERY, A. A.; CARVALHO, C. G. R.; SANTOS, F. P. A.; NASCIMENTO, M. S.; RODRIGUES, V. P. Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2011.

NEVES, A. C. L. **Estratégia Saúde da Família e pessoas com hipertensão e diabetes: redes sociais e longitudinalidade**. 2019. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

NGOMANE, Y. N. **Estudantes moçambicanos em Belo Horizonte: uma discussão sobre a construção identitária e de redes de sociabilidade**. 2010. 100 f. Dissertação (Mestrado). – Universidade Federal de São Carlos, 2010.

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva.** 2017. 542 f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. Rio de Janeiro, 2017.

NUNES, G. P. Análise de redes sociais dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde para assistência ao hipertenso. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico). – Universidade Estadual do Ceará. Centro de ciências da saúde. Programa de pós-graduação em saúde coletiva, 2018.

OLIVEIRA, A. Dimensão da participação em saúde no debate internacional da atenção primária à saúde. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 9-30, 2013.

OLIVEIRA, E. C., HARAYAMA, R. M., VIÉGAS, L. S. Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate necessário. **Revista Teias**, v. 17, n. 45, p. 99-118, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1979.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

OROFIAMMA, R. Comment le sensvient au récit. **Education Permanente**, v. 142, p. 115-129, 2000.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica. 2007. 300 f. **Tese** (Doutorado). – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PAQUAY, L.; PERRENOUD, P.; ALTET, M.; CHARLIER, E. **Formando professores profissionais:** quais estratégias? quais competências? Porto Alegre: Artmed, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação.** 1998. 270 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PELISOLI, C.; SACCO, A. M.; BARBOSA, E. T.; PEREIRA, C. O.; CECCONELLO, A. M. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014.

PINHEIRO, R. L. **A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na estratégia saúde da família**. 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

PINTO, L. **Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2000.

PEREIRA, E. A. T. O conceito de campo de Pierre Bourdieu: possibilidade de análise para pesquisas em história da educação brasileira. **Revista Linhas**. Florianópolis, v. 16, n. 32, p. 337-356, 2015.

PEREIRA, T. M. Mãos que afagam e afastam: redes sociais do cuidado às pessoas com hanseníase. 2018. 104 f. **Tese** (Doutorado). Universidade Estadual do Ceará. Centro de ciências da saúde. Programa de Pós-Graduação cuidados clínicos em enfermagem e saúde, 2018.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2095-2104, 2013.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

PORTO, M. F. S.; CUNHA, M. B.; PIVETTA, F.; ZANCAN, L.; FREITAS, J. D. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 123, p. 523-543, 2015.

PORTUGAL, S. **Novas famílias, modos antigos: As redes sociais na produção de bem-estar**. 2006. 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2006.

PRAXEDES, W. **A educação reflexiva na teoria social de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

RAIDER, H., KRACKHARDT, D. **Intra organizational networks**. In: BAUM, J. A. C. (Ed.), *Companion to organizations*. Oxford: Blackwell, 2001.

RAMOS, T. C. S. **Gestantes de risco habitual: a influência das redes sociais na atenção pré-natal**. 2019. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

RAMOS, M. N. Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências [**relatório de Pesquisa**]. Rio de Janeiro: OPAS; Fiocruz; 2017.

RECUERO, R. Contribuições da Análise de Redes Sociais para o Estudo das Redes Sociais na Internet: O caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. **Revista Fronteiras** (Online), v. 16, n. 1, p. 1-22, 2014.

REGIMENTO INTERNO CMS PARQUE ROYAL. Documento da unidade. **Regimento interno CMS Parque Royal**. Disponível em pdf para consulta no local. Rio de Janeiro, 2018.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrb Comun**, v. 30, n. 1, p. 194-200, 2018.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Disponível em: [https://subpav.org/cnes/cnes\\_unidade\\_alterar.php?cnes=2269309](https://subpav.org/cnes/cnes_unidade_alterar.php?cnes=2269309). Acesso em 12 jan 2018.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Regimento Interno do CMS Parque Royal**, 2018a.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano de Acolhimento do CMS Parque Royal**, 2018b.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Saúde Presente.**, 2019. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>. Acesso em: 4 de jan 2019.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde**, 2014.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2016.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Superintendência de Atenção Primária. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2012.

RIO DE JANEIRO (Cidade). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021**, 2018. Disponível em: <http://prefeitura.rio/documents/73801/1b8c0d48-1b2e-432b-825b-a934791bcf89>. Acesso em 24 de julho de 2019.

SALES, A. A. R; FREITAS, L. V.; DAMASCENO, A. K. C. Estudo descritivo de unidades básicas de saúde da família do município de Pacatuba, Ceará, Brasil. **Rev Enferm UFPE**, Pernambuco, v. 3, n. 3, p. 167-75, 2009.



- SANDRIN, M F. N.; TERRAZAN, E. A. O habitus de bourdieu como fundamento sociológico da noção de competência na formação de professores. **Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores**. Universidade Estadual Paulista (UNESP), 1217-1227, 2011.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo (US): Editora da Universidade de São Paulo, 2002.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
- SANTOS, R. A. B. G; UCHOA-FIGUEIREDO, L. R; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.
- SCHOLZE, A. S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 219-226, 2014.
- SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção básica à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.
- SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. 2ª ed. São Paulo: EPU, 1987.
- SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 60-70, 2002.
- SETTON, M. G. J. Uma introdução a Pierre Bourdieu. **Revista Cult**. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/uma-introducaoapierrebourdieu/>. Acesso em 17 maio 2017.
- SHAH, S. Sharing the world: the researcher and the researched. **Qualitative Research**, London, v. 6, n. 2, p. 207-220, 2006.
- SILVA, A. Z. **Redes Sociais dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família: elos construídos a partir do cuidado ao hipertenso**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico). – Universidade Estadual do Ceará. Centro de ciências da saúde. Programa de Pós-Graduação cuidados clínicos em enfermagem e saúde, 2016.
- SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, 2008.

SILVA, V. S.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, 2016.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L. O campo da atenção básica: uma reflexão epistemológica pela lente de Pierre Bourdieu. **Revista Sociais e Humanas**, v. 31, n. 3, p. 129-144, 2018.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; CALDAS, C. P.; MARTINS, E. L.; FERREIRA, S. R. (2018). O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 249-260, 2018.

SILVA, A. B. O.; MATHEUS, R. F.; PARREIRAS, F. S.; PARREIRAS, T. A. S. Estudo da rede de co-autoria e da interdisciplinaridade na produção científica com base nos métodos de análise de redes sociais: avaliação do caso do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação - PPGCI / UFMG. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, Florianópolis, p. 179-194, 2006.

SILVA, A. B. O.; MATHEUS, R. F.; PARREIRAS, F. S.; PARREIRAS, T. A. Silva. Análise de redes sociais como metodologia de apoio para a discussão da interdisciplinaridade na ciência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 72-93, 2006.

SILVA, C. T.; SILVA, S.; ALMEIDA, M. V.; ARAÚJO, I. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Revista CUIDARTE**, v. 5, n. 2, 2014.

SILVA, D. M. F. **A reestruturação do habitus na formação de novos sentidos: Bourdieu com Lacan**. 2016. 136 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2016.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 363-374, 2015.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

SOUSA, P. T. C. Metodologia de análise de redes sociais. In: MULLER, S. P. M. (Org.) **Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação**. Brasília: Thesaurus, 2007.

SOUSA, F. G.; TERRA, M. G.; ERDMANN, A. L. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. **Online Braz J Nurs**. [Internet], 2005.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 701-707, 2010.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; ANDRADE, F. A.; FRANÇA, A. J.; SOUZA, J. N. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 139-148, 2014.

SOCHA, E. Um esporte de combate. **Revista Cult**. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/um-esporte-de-combate>. Acesso em 17 fev 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/Abrasco, 2005.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006.

TJORA, A. H. Writing small discoveries: an exploration of fresh observers' observations. **Qualitative Research**, London, v. 6, n. 4, p. 429-451, 2006.

TOMAÉL, M. I. Redes de Conhecimento: o compartilhamento da informação e do conhecimento em consórcio de exportação do Setor Moveleiro. 2005. 292 f. **Tese (Doutorado em Ciência da Informação)**. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, 2005.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 1-12, 2005.

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), 2007.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 73-82, 2017.

VIEIRA, A. C. T. **O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família: um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará.** 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver.** São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

**APÊNDICE A – Carta de solicitação de autorização de realização de estudo**

**Pesquisa: Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**

Responsável: Tarciso Feijó da Silva.

Eu, Amanda Blanco Cardoso de Azevedo, responsável pela CMS Parque Royal, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição participante desta pesquisa, podemos revogar esta autorização, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão.

A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Gerente Amanda Blanco Cardoso de Azevedo

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo intitulado “**Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**”, conduzido por Tarciso Feijó da Silva. Esse estudo tem por objetivo: Analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado em uma unidade de Atenção Básica em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Você foi selecionado (a) por estar ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ser relevante para o processo de trabalho da unidade e, principalmente, por contribuir com o acolhimento de usuários neste ponto de atenção da rede de serviços de saúde. Sua participação na pesquisa não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar da mesma. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer tipo de prejuízo. A pesquisa não apresenta riscos, e, caso se sinta constrangido em qualquer momento, o estudo será imediatamente interrompido. Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer espécie. Consiste em responder individualmente a um questionário *on-line* estruturado com perguntas previamente elaboradas e relacionadas ao objeto e objetivos do estudo. A resposta ao questionário terá duração de, aproximadamente, 30 minutos e será gravada em mídia mp3. Os dados obtidos por meio da mesma serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo utilizados apenas para produção científica. O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, solicito que assine no final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Qualquer dúvida sobre o teor da pesquisa, bem como seu andamento e sua participação, poderão ser sanadas contatando o pesquisador através do telefone (21) 98255-2818 e do *e-mail* [tarcisofeijo@yahoo.com.br](mailto:tarcisofeijo@yahoo.com.br). Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sito à Rua São Francisco Xavier, nº 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, Maracanã – Rio de Janeiro – RJ, *e-mail*: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br), telefone: (21) 2334-2180, e à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sito à Rua Evaristo da Veiga, nº 16, 4º andar, Sala 401, Centro – Rio de Janeiro – RJ, *e-mail*:

cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br, telefone: (21) 2215-1485. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE C – Roteiro de observação sistemática

### I - IDENTIFICAÇÃO:

Unidade de Saúde:

Horário de funcionamento:

Possui regimento interno:

Possui prontuário eletrônico:

Se sim, qual:

Grupos de promoção em saúde existentes na unidade:

Equipamentos de saúde ou não do território que a unidade utiliza:

### II- ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO:

1. Conformação da unidade: horário de funcionamento; funciona de fato no horário estabelecido; que tipo de serviço realizam da abertura até o fechamento da unidade; estrutura física; salas de atendimento; serviços prestados à população; grupos de promoção em saúde.
2. Acesso do usuário: agendamento programado/espontâneo; escuta qualificada; local específico para acolhimento; todos acolhem; o tempo todo os usuários são acolhidos ou existe horário pré-determinado; profissionais constantemente procurados na unidade.
3. Processo de trabalho: integração dos profissionais; existem grupos dos mesmos em mídias digitais (*e-mail*, WhatsApp, entre outras); todos participam dessas mídias; reuniões de equipe; reunião geral; educação permanente; linhas de cuidado e fluxos instituídos.



**APÊNDICE D** – Roteiro para questionário estruturado

Nome					
Idade		Sexo		Gênero	
Município de nascimento					
Município de residência					
Grau de escolaridade					
Instituição de ensino					
Bolsista	SIM		NÃO		
Escolaridade	Pai		Atividade profissional do Pai		
	Mãe		Atividade profissional da mãe		
Tempo de atuação na unidade de saúde					
Função/cargo que ocupa atualmente na unidade de saúde					
Funções/cargo que já ocupou na unidade de saúde					
Funções/cargo que já ocupou em outras unidades de saúde					
<b>Pergunta disparadora:</b> Selecione todos os profissionais que você aciona a partir do acolhimento para a produção do cuidado:					

## ANEXO A – Definição dos Descritores em Saúde

Descritores	Definição
Acolhimento	Estratégia fundamental que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender todos os que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania.
Atenção Primária à Saúde	É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e todas as famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação.
Estratégia de Saúde da Família	Modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia de Saúde da Família visa a reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil.
Redes sociais	Indivíduos conectados por família, trabalho ou outros interesses. Também inclui a conectividade facilitada por comunicações baseadas em computador.  Nota: Os descritores “redes de apoio social” e “apoio social” foram excluídos a partir da definição presente no DeSC por não trazerem no seu escopo a ideia de relação, interação, comunicação, movimento, troca e recursos. Segundo o DeSC, redes de apoio social são esforços organizados para identificar

---

problemas psicológicos e sociais em curso de indivíduos, seus parceiros, suas famílias e seus cuidadores; e apoio social – sistemas de suporte que proporcionam assistência e encorajamento para os indivíduos com inaptidão física ou emocional, para que eles possam melhor superá-la.

---

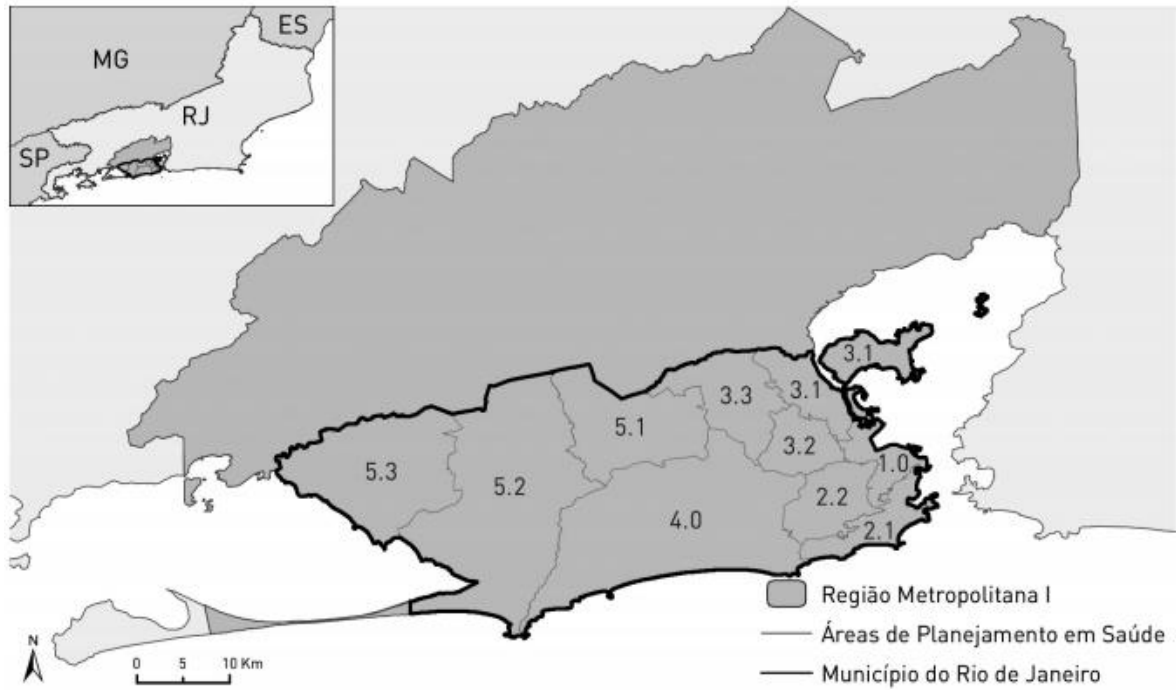
Fonte: DeSC, 2017.

## ANEXO B – Dados socioambientais do CMS Parque Royal

I - POPULAÇÃO							
<b>População</b>			<b>Crianças e Mulheres - Dados Referidos</b>				
Pessoas Estimadas	10209				Nº de crianças < 1 ano	2	
Pessoas Cadastradas	9093				Nº de gestantes < 20 anos	7	
Famílias Cadastradas	3244				Nº de gestantes > 20 anos	83	
Famílias Visitadas	0				Nº de crianças > 2 anos	1164	
	Total	Feminino	Masculino		Total de Gestantes	90	
Pessoas	9093	5007	4085				
<b>Escolaridade e Analfabetismo</b>							
Crianças de 7 a 14 anos cadastradas	1065	Crianças de 7 a 14 anos na escola	838	84,99%	Crianças de 7 a 14 anos fora da escola	148	15,01%
Pessoas 15 anos cadastradas	154	Pessoas 15 anos alfabetizadas	88	96,7%	Pessoas 15 anos não alfabetizadas	3	3,3%
II - AMBIENTE							
<b>Destino do Lixo</b>			<b>Destino de Fezes e Urina</b>				
Coletado	3739	99,89%	Rede Pública	3541	99,38%		
Céu aberto	0	0%	Fossa	7	0,2%		
Queimado	4	0,11%	Céu aberto	15	0,42%		
<b>Abastecimento de Água</b>			<b>Água Consumida no Domicílio</b>				
Rede Pública	3570	100%	Filtrada	3454	95,94%		
Poço	0	0%	Fervida	15	0,42%		
Outros	0	0%	Clorada	13	0,36%		
			Sem tratamento	118	3,28%		

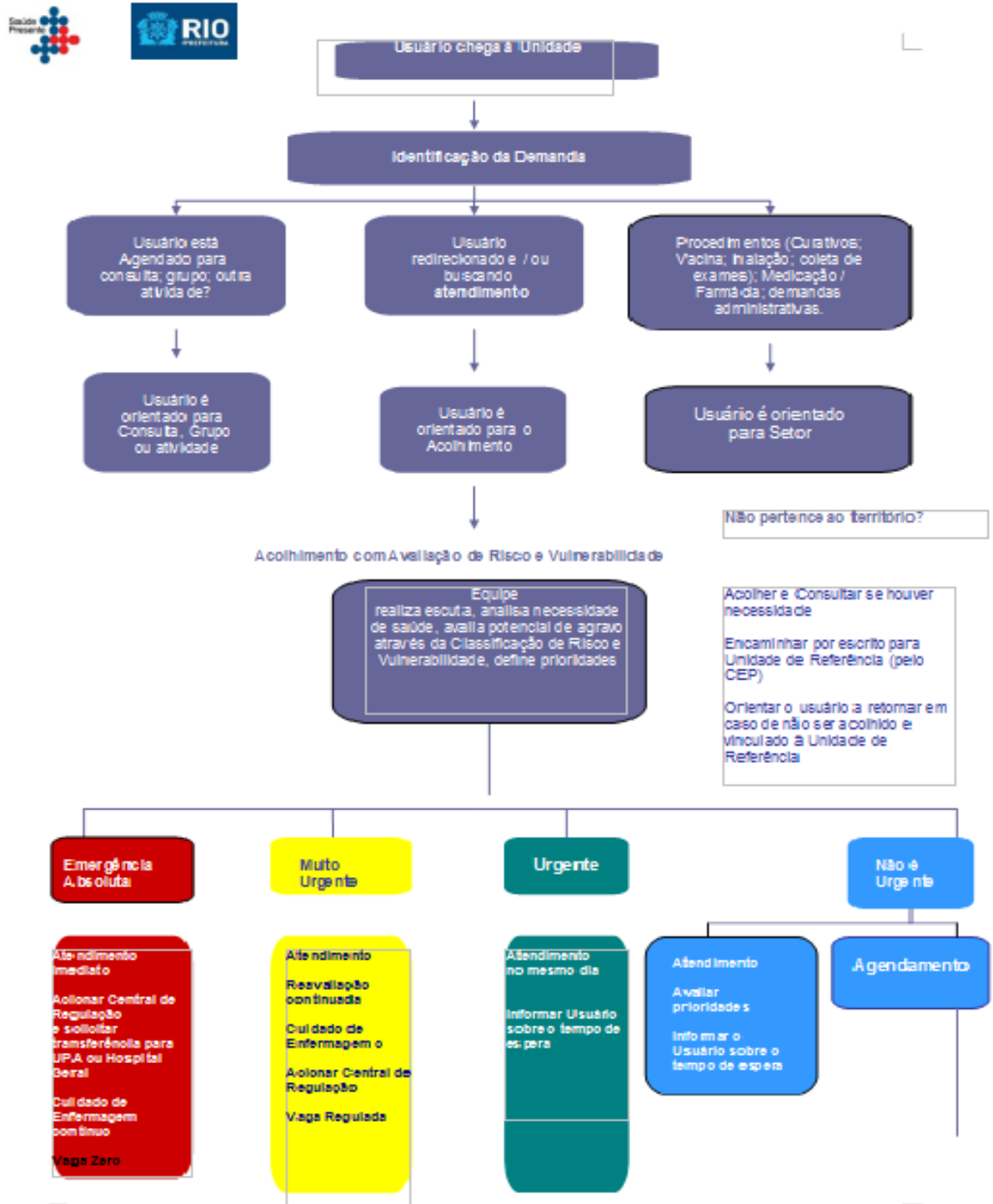
Fonte: Prontuário eletrônico Prime, 2019.

**ANEXO C – Região de Saúde Metropolitana I e Áreas de Planejamento em Saúde do município do Rio de Janeiro**



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2018.

ANEXO D – Fluxo de Acolhimento do CMS Parque Royal



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2018b.

## ANEXO E – Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



PREFEITURA DA CIDADE DO  
**RIO DE JANEIRO**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### CARTA DE ANUÊNCIA

A **Coordenação de Geral de Área Programática 3.1** da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio ao projeto de pesquisa: **“Acolhimento e redes de produção do cuidado: Uma análise a partir de uma unidade de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro”**, sob a responsabilidade do pesquisador Tarcisio Feijó da Silva, aluno da Pós Graduação em Enfermagem - Curso de Doutorado, Área de Concentração em Enfermagem, Saúde e Sociedade, sob a orientação da professora Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento na unidade de saúde da área programática 3.1 Centro Municipal de Saúde Parque Royal.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Subsecretaria/ Superintendência mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o gestor e equipe de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 02/10/2018.

Claudia Cristina Dias Macedo  
 Coordenadora Geral  
 S / SUBPAV / CAP 3.1  
 Mat. 11/237609-3

*Claudia C. Dias Macedo*

Coordenador Geral  
 S/SUBPAV/CAP 3.1

## ANEXO F – Parecer Comitê Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acolhimento e redes de produção do cuidado: Uma análise a partir de uma unidade de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** tarciso feijó da silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02868018.2.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.035.782

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de tese de doutorado de Tarciso Feijó da Silva, sob orientação da Professora Doutora Helena Maria Scherlowski Leal David, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, que tem como objeto de estudo o acolhimento e redes sociais na Atenção Básica em Saúde, da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, mais especificamente o Centro Municipal Saúde Parque Royal na Ilha do Governador. A abordagem metodológica proposta é quantitativa e qualitativa e envolve observação sistemática do acolhimento; (ADLER; ADLER, 1994; SHAH, 2006) análise estrutural das redes sociais de todos os profissionais envolvidos com o mesmo; (HANNEMAN; RIDLE, 2005; MARTELETO, 2001) e entrevistas narrativas com aqueles que durante a observação sistemática forem identificados a partir do acolhimento como sendo determinantes para produção do cuidado no cenário proposto para a pesquisa. (CZARNIAWSKA, 2004; RIESSMAN, 2008) São assim considerados participantes todos os 37 profissionais alocados nessa unidade de saúde, na primeira etapa, dentre os quais serão selecionados alguns para a etapa seguinte de entrevistas estruturadas e narrativas.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é "analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado a partir da ARS (Administração Regional de Saúde) e narrativas de vida em uma unidade de Atenção

**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



Continuação do Parecer: 3.035.782

Básica em Saúde da área programática 3.1."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e os benefícios indiretos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem embasada e a metodologia se mostra pertinente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está carimbada e assinada pela Diretora da Faculdade de Enfermagem. O TCLE se mostra adequado, é redigido na forma de convite e atende aos requisitos éticos para participação de seres humanos em pesquisas científicas. O orçamento e o cronograma são detalhados e factíveis. A Carta de Anuência é apresentada, carimbada e assinada pela coordenadora geral da CAP. 3.1. Os instrumentos para coleta de dados são apresentados e se mostram adequados.

**Recomendações:**

Completar o TCLE com os endereços de email e telefones.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para novembro de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1229396.pdf	03/10/2018 12:37:25		Aceito
Outros	carta_anuencia.PDF	03/10/2018 12:36:20	tarciso feijó da silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_1.pdf	27/09/2018 18:27:59	tarciso feijó da silva	Aceito
Orçamento	orcamenrto.docx	27/09/2018 18:15:30	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	Roteiro_observacao.docx	27/09/2018 18:15:14	tarciso feijó da silva	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018

**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180

**E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.035.782

Outros	Roteiro_entrevista_estruturada.docx	27/09/2018 18:14:58	tarciso feijó da silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/09/2018 18:14:36	tarciso feijó da silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tese_Tarciso_Feijo.pdf	27/09/2018 18:06:47	tarciso feijó da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	27/09/2018 18:06:29	tarciso feijó da silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Novembro de 2018

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador(a))

**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

**ANEXO G – Parecer Comitê Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Acolhimento e redes de produção do cuidado: Uma análise a partir de uma unidade de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro

**Pesquisador:** tarciso feijó da silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02868018.2.3001.5279

**Instituição Proponente:** SMSDC COORDENADORIA GERAL DE SAUDE AP 31

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.103.928

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se do projeto de tese de doutorado de Tarciso Feijó da Silva, sob orientação da Professora Doutora Helena Maria Scherlowski Leal David, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, que tem como objeto de estudo o acolhimento e redes sociais na Atenção Básica em Saúde, da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, mais especificamente o Centro Municipal Saúde Parque Royal na Ilha do Governador. O objetivo geral do estudo é analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado a partir da ARS e narrativas de vida em uma unidade de Atenção Básica em Saúde da área programática 3.1. O referencial teórico apresentado foi dividido em 05 capítulos, a saber: Atenção Básica em Saúde (1); Acolhimento (2), Produção do cuidado (3); Campo, habitus e capital em Pierre Bourdieu (4); e Análise de redes sociais (5). A abordagem metodológica proposta é quantitativa e qualitativa e envolve observação sistemática do acolhimento; (ADLER; ADLER, 1994; SHAH, 2006) análise estrutural das redes sociais de todos os profissionais envolvidos com o mesmo; (HANNEMAN; RIDLE, 2005; MARTELETO, 2001) e entrevistas narrativas com aqueles que durante a observação sistemática forem identificados a partir do acolhimento como sendo determinantes para produção do cuidado no cenário proposto para a pesquisa. (CZARNIAWSKA, 2004; RIESSMAN, 2008).

**Objetivo da Pesquisa:**

\* Objetivo Primário:

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.103.928

- Analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado a partir da ARS e narrativas de vida em uma unidade de Atenção Básica em Saúde da área programática 3.1.

\* Objetivos Secundários:

- Descrever a configuração do acolhimento segundo a ARS destacando a posição dos diferentes profissionais na Atenção Básica em Saúde;
- Caracterizar as relações/interações existentes na Atenção Básica em Saúde conformadas em rede pelo acolhimento;
- Compreender o conhecimento dos diferentes atores sobre a relevância da Atenção Básica em Saúde para a rede de atenção em saúde e do acolhimento para produção do cuidado em saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\* Riscos:

- A pesquisa não apresenta risco. Visando minimizar quaisquer constrangimentos a abordagem dos profissionais serão realizada em local reservado e com agendamento prévio. Será garantido o anonimato dos participantes e na apresentação dos resultados esses serão representados por codificações que relacionarão as categorias profissionais dos mesmos. Esses poderão a qualquer tempo reclinar da pesquisa sem qualquer tipo de ônus.

\* Benefícios:

- A pesquisa permitirá trazer relevo sobre a Atenção Básica como Campo ressignificando o papel da mesma na rede de atenção em saúde na atual conjuntura política e econômica nacional e sobre o acolhimento que na literatura é polissêmico e adquire múltiplas dimensões. A perspectiva relacional do acolhimento em análise poderá trazer novos sentidos e significados para o mesmo projetando-o como uma estratégia para produção do cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem delineado, sendo claro na sua relevância e proposições.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para análise deste projeto foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento e fontes de financiamento: adequado
- 4) Declaração negativa de custos

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.103.928

- 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: não adequado
- 6) Cronograma: adequado
- 7) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 8) Currículos dos pesquisadores: não adequado
- 9) Instrumentos de coleta de dados: adequado

**Recomendações:**

Não Há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências relativas ao TCLE foram atendidas.

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.103.928

justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS N° 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1263465.pdf	11/12/2018 19:22:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tese_Tarciso_Feijo_ajustado.pdf	11/12/2018 19:21:44	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	Comunicado_Atendimento_Pendencia_CEP_SMS.docx	11/12/2018 19:14:46	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	HELENA_CURRICULO.pdf	11/12/2018 19:03:41	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	TARCISO_CURRICULO.pdf	11/12/2018 19:03:06	tarciso feijó da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO.docx	11/12/2018 19:02:40	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	carta_anuencia.PDF	03/10/2018 12:36:20	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	Roteiro_observacao.docx	27/09/2018 18:15:14	tarciso feijó da silva	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_estruturada.docx	27/09/2018 18:14:58	tarciso feijó da silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tese_Tarciso_Feijo.pdf	27/09/2018 18:06:47	tarciso feijó da silva	Aceito

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.103.928

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	27/09/2018 18:06:29	tarciso feijó da silva	Aceito
---	-----------	------------------------	------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.103.928

- Analisar o acolhimento na perspectiva da produção do cuidado a partir da ARS e narrativas de vida em uma unidade de Atenção Básica em Saúde da área programática 3.1.

\* Objetivos Secundários:

- Descrever a configuração do acolhimento segundo a ARS destacando a posição dos diferentes profissionais na Atenção Básica em Saúde;
- Caracterizar as relações/interações existentes na Atenção Básica em Saúde conformadas em rede pelo acolhimento;
- Compreender o conhecimento dos diferentes atores sobre a relevância da Atenção Básica em Saúde para a rede de atenção em saúde e do acolhimento para produção do cuidado em saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\* Riscos:

- A pesquisa não apresenta risco. Visando minimizar quaisquer constrangimentos a abordagem dos profissionais serão realizada em local reservado e com agendamento prévio. Será garantido o anonimato dos participantes e na apresentação dos resultados esses serão representados por codificações que relacionarão as categorias profissionais dos mesmos. Esses poderão a qualquer tempo reclinar da pesquisa sem qualquer tipo de ônus.

\* Benefícios:

- A pesquisa permitirá trazer relevo sobre a Atenção Básica como Campo ressignificando o papel da mesma na rede de atenção em saúde na atual conjuntura política e econômica nacional e sobre o acolhimento que na literatura é polissêmico e adquire múltiplas dimensões. A perspectiva relacional do acolhimento em análise poderá trazer novos sentidos e significados para o mesmo projetando-o como uma estratégia para produção do cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem delineado, sendo claro na sua relevância e proposições.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para análise deste projeto foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento e fontes de financiamento: adequado
- 4) Declaração negativa de custos

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br