

Indicadores de desempenho e redes sociais: existe algo em comum?

Performance indicators and social networks: is there something in common?

Marcia Gomide¹, Carina Lino Rodrigues¹

Resumo

Introdução: Este artigo objetiva identificar a relação entre o desempenho de um Programa de Controle da Hanseníase (PCH) e a sua relação com a rede social, em um município brasileiro. **Método:** Foram realizadas coleta de dados secundários, visitas para observação e entrevistas com o coordenador local do programa (PCH), o secretário de saúde, outros dois coordenadores e com profissionais por estes citados, seguindo a técnica de gerador de nomes. Dezesesseis entrevistas originaram a elaboração de seis redes individuais e três coletivas, configurando três momentos: (I) identificação do problema, (II) demonstração do problema e (III) tentativa de reestruturação. **Resultados:** Observou-se uma *centralidade de cliques*, em que o coordenador do PCH e o da Vigilância Epidemiológica compartilhavam funções no PCH, com fortes laços pessoais. As demais ligações identificadas foram caracterizadas como fortes ou frágeis, e profissionais. **Conclusão:** Foi identificada relação entre o desempenho do PCH (indicadores) e os diferentes tempos das redes sociais, o que acabou por influenciar no funcionamento deste.

Palavras-chave: análise de redes sociais; programa público de saúde; Hanseníase/Lepra.

Abstract:

Introduction: The aim of this study is to identify the relation between the performance of a Leprosy Control Program (LCP) and the social network, in a municipality of the Brazilian north/northeast region. **Method:** The social network analysis methodology was used. The criteria for choosing the municipality were defined based on low performance of its LCP. The researchers visited the municipality to conduct observations, interviews and secondary data collection. The interviews began with the local coordinator of the program (LCP), the health secretary and two other coordinators. Further interviews were performed with the professionals cited by the “key-informants”, resulted by the use of the name generator technique. Sixteen interviews were conducted with professionals that work directly with the LCP, and it allowed the elaboration of six personal networks and three collective networks. From these, the scenario of the program in three stages were drew up, based on the social network structures: (I) problem identification, (II) statement of problem, and (III) restructuring. **Results:** It was found a “double-centrality”, what means that the general coordinator of the LCP and general coordinator of Epidemiologic Surveillance shared functions in the program, with very strong personal ties. Other relations were characterized as strong or weak and professional. **Conclusion:** It was identified a relation between the LCP performance and the different times of the social networks, which influenced the functionality of this.

Keywords: social network analysis; public health program; Leprosy.

¹Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Marcia Gomide - Prefeitura Universitária, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Praça Jorge Machado Moreira, 100 – Ilha do Fundão – CEP: 21941-598 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil – Email: gomide@iesc.ufrj.br

Fonte de financiamento: Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N° 034/2008.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda persiste como problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Os esforços governamentais empregados baseiam-se no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), ofertado à população por meio da Estratégia de Saúde da Família. A adequada operacionalização do PCH é fundamental para o seu desempenho, seja no que tange à informatização dos dados ou nas ações de busca ativa de doentes. Apesar de as ações de tratamento e de busca ativa de casos novos serem definidas como prioritárias, tal controle depende também do avanço no conhecimento sobre o contexto operacional de desenvolvimento destas estratégias. Neste aspecto, vem se constatando que a complexidade operacional inerente ao processo de descentralização é “absorvida” heterogeneamente pelas centenas de municípios que compõem o território brasileiro. Tem havido um grande esforço de todas as esferas do Governo Brasileiro em prol da descentralização¹. Este esforço implica essencialmente na construção de práticas inovadoras, considerando a gestão, o planejamento, o processo de trabalho e o usuário². Tal panorama gera indagações sobre o porquê da existência de discrepâncias entre as capacidades resolutivas dos municípios. Identificar o mecanismo propulsor de *performances* negativas em um programa, ultrapassando as metodologias tradicionalmente utilizadas em avaliação, parece ser o caminho indicado, uma vez que, apesar dos recorrentes esforços, o desempenho de muitos programas está ainda abaixo do esperado. Para tanto, investigar o contexto relacional dos profissionais, mais do que os componentes operacionais, seja uma estratégia inovadora e pertinente. A rotina diária de trabalho se faz por meio das relações existentes entre as pessoas. Estas formam equipes ou grupos, construindo redes sociais. Com relação à Análise de Redes Sociais (ARS), esta se diferencia de tais definições por caracterizar-se como um modelo de investigação acerca da estrutura das ligações entre pessoas que compõem uma determinada rede³. A Análise de Redes Sociais é o estudo dos relacionamentos que envolvem as conexões de atores para auxiliar no esclarecimento dos fenômenos sociais⁴. A ARS pode contribuir para a compreensão das diferentes *performances* dos programas.

Neste artigo, descrevemos a rede social de profissionais em um pequeno município do interior da Região Norte do Brasil, cujos indicadores de desempenho do PCH são baixos, buscando descrever como as ligações e afinidades pessoais dos envolvidos na operacionalização do Programa de Controle da Hanseníase se relacionam com seu rendimento, utilizando, para tal, a análise de redes sociais.

MÉTODO

O município

O município de Barão (nome fictício) está localizado na Região Norte do Brasil. Este município foi elencado em função do baixo desempenho do PCH, de acordo com os indicadores definidos

pelo Ministério da Saúde e pelos critérios de inclusão estabelecidos no projeto de investigação financiado pelo CNPq, ao qual a pesquisa estava vinculada. Este projeto dirigiu-se às Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, por apresentarem, na ocasião, uma média anual de mais de 30 mil casos novos, concentrados em poucos municípios então responsáveis por 70% destes casos em menores de 15 anos. Os municípios foram então definidos a partir da sua capacidade em detectar precocemente casos novos, com incapacidades físicas de grau II. Um destes municípios foi o de Barão, cuja estimativa da população para o ano de 2009 foi de 98.498 habitantes⁵. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, o município possuía até novembro de 2010, ano de realização da coleta de dados, um total de 17 equipes de saúde da família⁶ atuando nas Unidades Básicas de Saúde.

Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e descritiva, e utilizou dados secundários e primários. As fontes de dados secundários foram organogramas funcionais, documentos, relatórios dos Pactos Municipais* e pesquisas na base no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), para buscar os indicadores de incidência e de prevalência da hanseníase no município, relacionados ao contexto investigado, seguindo o modelo de Gomide e Grossetti⁷.

Os dados primários foram obtidos a partir de entrevistas e observação participante. O grupo de informantes foi delimitado intencionalmente, sendo esta uma condição para a realização de um estudo de análise de redes⁸. Os critérios de seleção dos “informantes de partida” e dos tipos de relações entre os atores foram definidos com base na hierarquia dos cargos⁹. Todos os nomes aqui apresentados são fictícios. Para cada um dos informantes de partida – (a) Secretário Municipal de Saúde; (b) Coordenador do PCH; (c) Coordenador da Atenção Básica, e (d) Coordenador da Estratégia da Saúde da Família –, construíram-se as redes individuais (*egocentric networks*)¹⁰.

A técnica utilizada para dar continuidade às entrevistas foi a do gerador de nomes¹¹⁻¹³, a partir de temas pertinentes estimulantes, seguindo o modelo de abordagem proposto por Marin e Hampton¹⁴. Assim, a técnica de “gerador de nomes” instiga o entrevistado a citar mais nomes de pessoas relacionadas que o apoiam em situações de seu cotidiano, tais como compartilhar problemas do trabalho, da vida pessoal ou solicitação de ajuda^{14,15}, ou ainda pessoas que são acessadas em momentos de tomadas de decisão na vida pessoal ou profissional⁷. Estes temas permitem categorizar os tipos de laços existentes (fracos, fortes, pessoais, formais – vide Quadro 1). Parte da rotina de trabalho

* Documentos elaborados com o Secretário de Saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde cujo objetivo é estabelecer as metas do governo.

de alguns profissionais foi acompanhada sistematicamente, visando à compreensão do processo de tomada de decisão no fluxo de trabalho e, sobretudo, à confirmação dos tipos de laços identificados a partir das situações referidas acima, abordadas nas entrevistas. A coleta de dados em campo ocorreu em abril e maio de 2010, compreendendo visitas à SMS e às unidades de saúde citadas nos relatos.

A Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde foi seguida criteriosamente para a realização desta pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número 138/09 de 4 de junho de 2009.

RESULTADOS

Foram realizadas 16 entrevistas, bem como a verificação de informações prestadas durante o processo de observação participante. Os dados resultaram na elaboração de três redes coletivas, ordenadas em momentos marcantes no contexto local, divididos da seguinte forma: (a) Momento I - Identificação do problema; (b) Momento II - Demonstração do problema, e (c) Momento III - Tentativa de reestruturação. Esta ordenação deu-se em função de inesperada queda na incidência da hanseníase em 2005, 2006 e 2007, já que se trata de município hiperendêmico¹⁶, seguida do retorno a um padrão esperado dos indicadores.

Momento I - Identificação do problema

Antes do ano de 2008, Simone atuava na SMS havia 11 anos, como auxiliar administrativa no suporte à coordenação da Vigilância Epidemiológica (V.E.), à coordenação do PCH e ao Programa de TB. Neste período, as decisões estavam concentradas na gestora autoritária, Cleonice, amiga do prefeito. Cleonice centralizava as informações e as atribuições, além de não seguir os protocolos de descentralização das ações do PCH. A comunicação entre Cleonice e o secretário Dr. Luis era de ordem profissional. As ligações entre o secretário de saúde e o prefeito, e Cleonice e o prefeito, eram de caráter pessoal; no entanto, a ligação entre o secretário de saúde, chefe imediato de Cleonice, e ela, era profissional. Com as duas profissionais subordinadas, auxiliares administrativas, Cleonice mantinha um vínculo estritamente profissional, formal e pouco consistente. Este momento é representado na Figura 1.

Momento II - Demonstração do problema

No ano de 2007, um trabalho de consultoria foi realizado por Lena, Coordenadora Estadual do Programa de Controle da Hanseníase, com o objetivo de investigar o desempenho do PCH no município. A taxa de detecção de casos novos vinha diminuindo estranhamente. Dr. Luís e Lena, que tinham uma ligação profissional de confiança mútua, com o aval do prefeito,

Quadro 1. Resumo da caracterização utilizada para classificação dos tipos de laços

Características - Definições	Tipo de laço	Símbolo
Conversa somente assuntos de trabalho se necessário, nunca aborda problemas ou pede opinião profissional. Nunca almoçaram juntos	Laço profissional fraco	-----
Conversa sempre assuntos de trabalho, aborda problemas e pede ou partilha opiniões profissionais. Regularmente almoçam juntos	Laço profissional forte	-----
Além de assuntos de trabalho, conversa assuntos pessoais se necessário, evitando abordar problemas ou pedindo opinião. Esporadicamente almoçam juntos	Laço pessoal fraco	_____
Sempre partilham assuntos de trabalho e pessoais, tanto quanto problemas e opiniões. Sempre almoçam juntos.	Laço pessoal forte	_____
Relatos diretos de desentendimentos e rompimento de comunicação. Evitam-se, não conversam, atendo-se somente a processos de trabalhos obrigatórios.	Relação interrompida

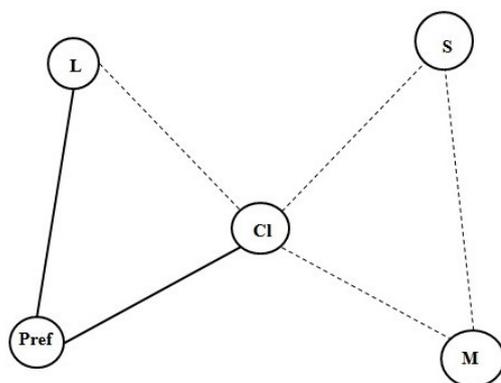


Figura 1
LEGENDA Ligações:
----- laço formal
_____ laço informal

LEGENDA Atores:
L: Secretário M. de Saúde; Cl: Coordenadora Geral;
S: Auxiliar Administrativa; M: Técnica; Pref: Prefeito

Figura 1. Momento I – Rede coletiva com a ilustração das relações entre os atores, representando somente o núcleo central da rede, antes e até meados de 2007, início de 2008

esperavam que a intervenção viesse a esclarecer a situação. Uma hipótese encontrada foi a de que, oficialmente, o PCH estava descentralizado, mas, na prática, o que vinha acontecendo seria somente a “descentralização de medicamentos”.

Em 2008, iniciou-se a pesquisa coordenada por Lena, culminando na realização de campanhas para detecção do problema. Simone, que era auxiliar administrativa, acompanhou o trabalho, tornando-se responsável pela coordenação do PCH no município. Essa nomeação surgiu a partir de um convite realizado pelo secretário de saúde com apoio de Lena. O Momento II é representado na Figura 2.

Na primeira campanha, segundo Lena, foram detectados em torno de 56 casos novos e, com esse resultado preliminar, concluiu-se que a detecção referente a 2005, 2006 e 2007 baixara devido ao mau funcionamento do programa. Uma das ações de caráter remediador foi a contratação de uma médica que viesse a assumir a unidade de referência em hanseníase, desenvolvendo um programa de capacitação de médicos. Em 2009, após um ano na coordenação do PCH, Simone, convidada pelo Dr. Luís, assumiu a Coordenação da Vigilância Epidemiológica, sendo-lhe solicitado que indicasse alguém para a coordenação do PCH; Simone então indica Júlia, amiga antiga de estudo e trabalho.

Momento III - Tentativa de reestruturação

Este momento pode ser subdividido em duas situações. A primeira diz respeito ao empenho da Secretaria de Saúde em melhorar os indicadores do programa, imediatamente após a identificação do problema. E a segunda refere-se à dificuldade em dar continuidade a este empenho.

O secretário de saúde Dr. Luís, executando mudanças, promove Cleonice à sua assessora técnica. Simone passa à coordenação da V.E. e Júlia é conduzida a coordenação do PCH. Simone e Júlia se dividem na representação da Coordenação do PCH em reuniões e demais atividades. Dália e Wendy, coordenadoras da ESF e das Unidades de Saúde, respectivamente, auxiliam no monitoramento das informações fornecidas pelas equipes da

ESF. As relações entre as profissionais da Atenção Básica, ESF, V.E. e PCH parecem ser fortes e pessoais.

Ainda em 2009, Ana Carla foi requisitada por Júlia e Lena para compor a equipe de capacitação de profissionais e, em seguida, “convidada” a assumir a referência em hanseníase. Ana Carla tem boa relação com a coordenação do programa e foi escolhida devido a seu desempenho no “setor de hanseníase”. A equipe de referência composta por uma médica, Dra. Ananda, uma enfermeira, Ana Clara, e uma auxiliar administrativa, Célia, organizava-se de forma a colaborar com a coordenação do programa. As relações dentro deste grupo são tumultuadas. Dra. Ananda foi indicada por uma médica que veio com Lena, na época da pesquisa para reestruturação do programa. Ela atende uma vez por semana na unidade de referência e na unidade básica, onde o enfermeiro Ricardo atua. Verificou-se um laço forte entre Dra. Ananda e Ricardo, e uma ligação rompida entre Simone e Ricardo.

Expectativas com um concurso público levaram o grupo (Simone, Júlia, Dália e Wendy) a estudar intensamente, graças ao novo horário de expediente (7h às 14h), estabelecido pelo Secretário de Saúde. Segundo os funcionários, quase 100% do quadro efetivo da saúde do município era, na ocasião, composto por profissionais não concursados. Este momento está representado na Figura 3.

A estrutura organizativa do município é centrada na SMS, na qual estão oficialmente localizados o Secretário Municipal de Saúde e os demais gestores que compuseram o grupo de “informantes de partida” (Coordenador do PCH, Coordenador da Atenção Básica e o Coordenador da Estratégia da Saúde da Família). Em poucos anos, existiu uma significativa mudança de profissionais nestes cargos de importância para a tomada do PCH. A seguir, apresentamos um quadro organizativo com os principais profissionais envolvidos nos Momentos I (2007-2008), II (2008-2009) e III (2009-2010).

A Figura 4 mostra a incidência da hanseníase entre 2001 e 2010. É possível observar que, em 2007, a incidência estava abaixo

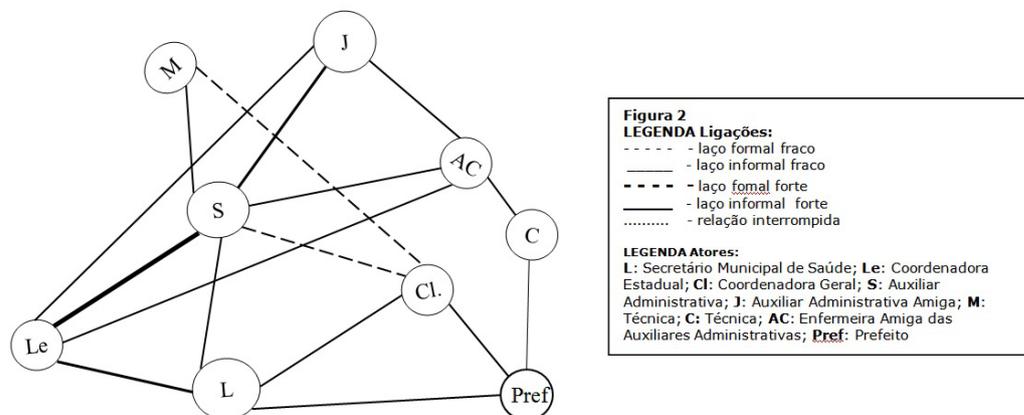


Figura 2. Momento II – Rede coletiva com a ilustração das relações entre os atores nos anos de 2008 e meados de 2009

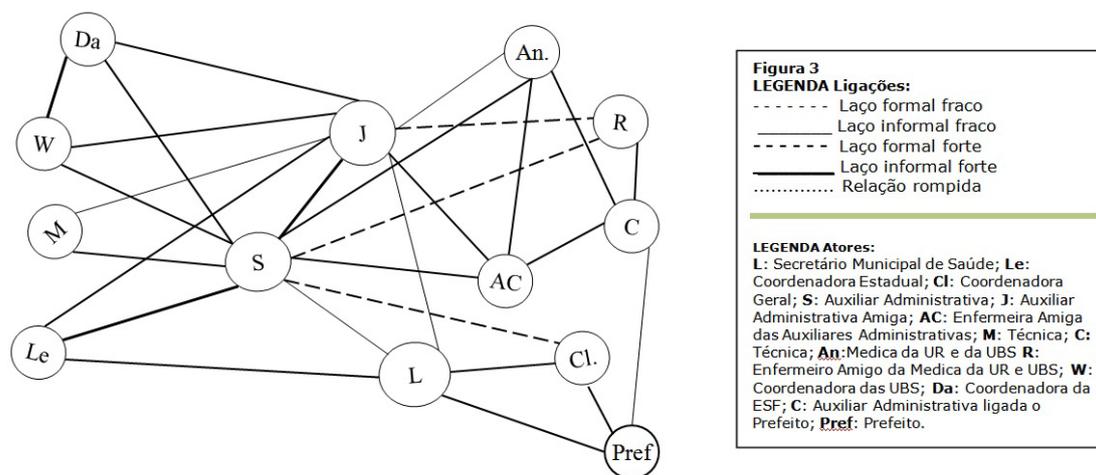


Figura 3. Momento III – Rede coletiva com a ilustração das relações entre os atores em 2009

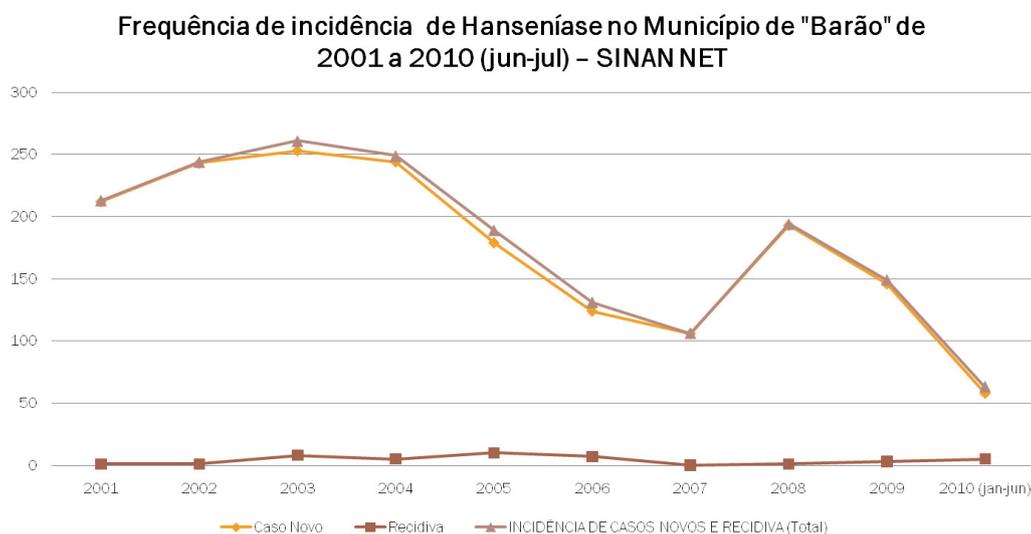


Figura 4. Incidência de Hanseníase no Município (2001-2010)

do esperado para um município hiperendêmico, coincidindo com o momento inicial (Momento I, até virada de 2007 para 2008). Em seguida, as taxas de incidência voltam a subir, indicando a busca ativa de casos e tentativa de reestruturação do PCH (Momento II 2008-2009 e Momento III 2009-2010). Verifica-se, então, nova queda, a qual coincide temporalmente com o Momento III (2009 e início de 2010). Este se caracteriza por rupturas de laços, juntamente ao estresse por que passavam muitos dos técnicos que pleiteavam um cargo definitivo na SMS através de concurso público, prestes a se realizar.

A Figura 5 mostra, em maiores detalhes, a prevalência da doença, que segue a curva da incidência. Ambas - prevalência e incidência - indicam o desempenho do PCH, que deveria estar de acordo com as expectativas apontadas nos Pactos Municipais.

Em 2008, os indicadores observados no Pacto Municipal pela Saúde (Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento

e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos), referentes à prioridade IV (fortalecimento da capacidade de respostas a doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS), são alarmantes. A proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coorte foi de apenas 8,75%, quando a meta pactuada para aquele ano foi de 80%. Esse baixo desempenho refere-se ao ano em que ocorreu a investigação no município, no momento II.

DISCUSSÃO

Nos três momentos das redes identificadas, os sociogramas ilustram ligações dos tipos fracas ou fortes, pessoais ou profissionais, dentre outros atributos que serão abordados mais adiante, tais como a variação na densidade e na centralidade das redes. A interferência dos tipos de laços nos fluxos de comunicação

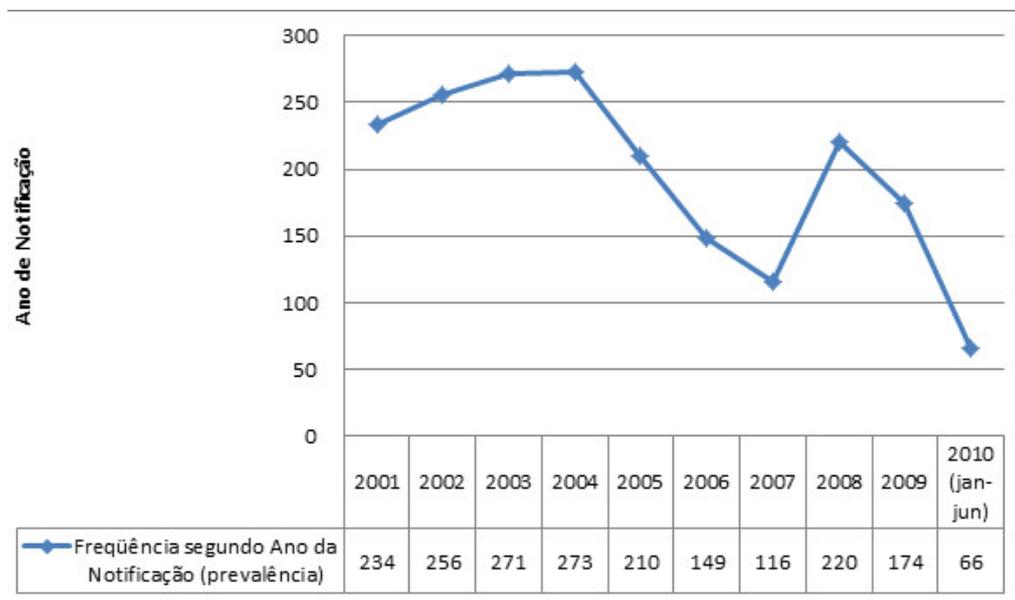


Figura 5. Prevalência segundo ano de notificação/Hanseníase no Município

entre os atores e nas tomadas de decisão, durante o processo de desconstrução e reconstrução do núcleo gestor do PCH, ficou evidente. A comparação entre o organograma oficial e as redes sociais^{7,8,17,18} permitiu verificar o grau de informalidade existente na “resolutividade” deste PCH. Os cargos eram ocupados em função dos tipos de ligação estabelecidos entre os indivíduos.

No Momento I (até 2007-2008), as poucas ligações existentes entre os poucos profissionais atuantes caracterizam baixa densidade. A densidade de uma rede equivale ao cociente do número de relações existentes pelo número de relações possíveis. Quanto menor é o número de relações possíveis, menos densa é a rede e vice-versa^{19,20}. Ou seja, das 20 ligações possíveis, somente cinco existiam, indicando baixo grau de coesão da rede. Poucas ligações e evidente distância entre os atores interferem efetivamente no desempenho de um grupo⁸, já que a separação entre indivíduos na rede é perda de oportunidade de passagem de recursos. Recursos são bens cujo valor é estabelecido socialmente e, quando adquiridos, tornam-se fonte de benefícios por meio dos quais objetivos podem ser aferidos²¹.

Este inexpressivo desempenho do programa, refletido na baixa incidência da hanseníase no período (Figura 4), pode significar, de fato, entre outros aspectos, a falta de busca ativa de novos casos. Isto estaria relacionado ao comportamento controlador, caracterizado por uma centralização do poder, da coordenadora, à época. Pode-se aqui verificar que centralização de poder não implica, necessariamente, em ter centralidade, já que recursos não são repassados apesar das ligações diretas existentes entre os atores¹⁰. Porém, se o indivíduo tem controle sobre os recursos circulantes na rede, mais centralidade terá. Como a centralidade é a medida das ligações de um indivíduo

na rede²⁰, esta pode ser considerada seu capital social, já que as relações sociais são valores influentes neste processo²².

Se o indivíduo está diretamente ligado a muitos outros e, sendo o grau de Centralidade importante para verificar a relação entre eles²³, é possível aferir que uma boa liderança não prescinde da centralidade. Tal premissa permite explicar dissemelhantes eficiências e resultados²⁴ entre os momentos aqui analisados, e mesmo desempenhos de diferentes programas, visto favorecerem as condições para que se implementem decisões²⁵.

Note-se que as redes sociais, mesmo imperceptíveis, podem ser mecanismos bastante eficientes para o funcionamento do processo de socialização, desde que exista atitude participativa e não autoritária, favorecendo a comunicação entre seus componentes²⁶. Entretanto, é inevitável e mesmo necessário haver certo grau de dependência entre atores²⁷, cujo equilíbrio favoreceria o bom desempenho do programa, sendo este procedente dos laços. Laços fortes pessoais podem favorecer a estabilidade do programa, mas não impedem rupturas de ligações entre as pessoas¹⁸. Rupturas podem resultar, dentre outros aspectos, de falta de confiança. A confiança entre os “pares” é a base para o estabelecimento de laços “saudáveis” em uma rede e sua ausência pode comprometer todas as relações⁸.

O Momento II (2008-2009) marca o início do entrosamento e do estreitamento dos laços entre Lena e Simone, a partir do processo investigativo. Esse estreitamento resultou na conquista da confiança de Lena em seu trabalho, rendendo efetivamente uma promoção de Simone, que passou de auxiliar administrativa à coordenadora do PCH, conforme ilustrado no Quadro 2. A conexão direta construída e alimentada por ambas e pelo secretário de saúde facilitou a reestruturação da equipe (nível de gestão), modificando a estrutura da rede social. Esta passa a ser

Quadro 2. Organização dos principais profissionais e as mudanças que ocorreram nos diferentes momentos relacionadas aos cargos ocupados por estes

Quadro Organizativo	MOMENTO I		MOMENTO II		MOMENTO III	
Pseudônimo/ Cargos	Cargo Informado	Cargo Oficial (Organograma SMS)	Cargo Informado	Cargo Oficial (Organograma SMS)	Cargo Informado	Cargo Oficial (Organograma SMS)
Júlia (J)	Enfermeira da Unidade de Referência em Hanseníase/ Lepra	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coordenadora Municipal do Programa de TB	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coordenadora Municipal do Programa de TB e PCH	Chefe Setor de Controle de Endemias e de Doenças Imunopreveníveis
Simone (S)	Auxiliar Administrativa -Coordenação da VE	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coordenadora do PCH	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coordenadora da VE	Coordenadora do Departamento de VE
Mônica (M)	Auxiliar Administrativa VE	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Auxiliar Administrativa VE	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Auxiliar Administrativa VE	Auxiliar Administrativa VE
Wendy (W)	<i>Não ocupava cargo de gestão na SMS.</i>	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	<i>Não ocupava cargo de gestão na SMS.</i>	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coordenadora da Atenção Básica	Diretora das Unidades Básicas
Dália (Da)	<i>Não ocupava cargo de gestão na SMS.</i>	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	<i>Não ocupava cargo de gestão na SMS.</i>	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família	Diretora da ESF
Aline (Al)	<i>Não ocupava cargo de gestão na SMS.</i>	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	<i>Não ocupava cargo de gestão na SMS.</i>	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Secretária Adjunta para Atenção Básica	Secretária Adjunta de Saúde para Atenção Básica
Dra. Lena (Le)	Coord. Estadual do PCH	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coord. Estadual do PCH e Consultora	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Coord. Estadual do PCH	<i>Sem acesso a informação oficial</i>
Dr. Luís (L)	Secretário Municipal de Saúde	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Secretário Municipal de Saúde	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Secretário Municipal de Saúde	Secretário Municipal de Saúde
Cleonice (Cl)	Coordenadora da VE e dos programas: PCH e TB	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Assessora técnica do Secretário de Saúde	<i>Sem acesso a informação oficial</i>	Assessora técnica do Secretário de Saúde	Assessora técnica

caracterizada por ligações fortes, de caráter profissional e/ou pessoal, com evidente centralidade. A centralidade está relacionada com a coesão. E as interações fortes existentes entre indivíduos adjacentes podem dar origem a cliques. A “clique” é um tipo de ligação extremamente restritiva, existente entre atores que compõem pequenos subgrupos de uma rede²⁸. As redes sociais são entidades dinâmicas e mutáveis. Os momentos vivenciados por uma organização, seus elementos e suas transformações podem transcorrer de forma imediata, lenta ou até mesmo resultar de um episódio de caos e desconfiança²⁹, conforme acabou se sucedendo.

Neste momento, há o fortalecimento da busca pela “descentralização real” do PCH no município. Com a pesquisa realizada, há uma fase de revigoramento do programa, o que

se reflete na melhora dos indicadores (Figura 4), tendo sido decorrente das relações de confiança fortalecidas durante o processo.

O momento III (2009-2010), com suas duas situações, foi caracterizado pela complexidade e instabilidade das ligações, relacionadas principalmente à forte presença da “clique”, na qual os atores centrais têm mais ligação entre si (restritiva) do que com os atores da periferia da rede. Os indivíduos influenciam-se reciprocamente²⁸, independentemente da intensidade e do tipo de relações, modificando a estrutura da rede¹⁷. As ligações de forte intensidade da “clique”, em oposição à precariedade de ligações entre e dentre os profissionais do entorno, tornou a rede frágil. Contudo, a intensidade da “clique” não foi sinônimo de estabilidade, resultando em desacordo. O rompimento dessa

dupla central, ou dessa “clique”, desestabilizou as demais relações, pois quanto mais forte é a ligação, mais impactante pode ser sua ruptura em uma rede desigual. É o grau de dependência e de independência das ligações pessoais na rede que promoverá sua homeostasia⁷.

O terceiro momento é consequência desses rompimentos em sequência. Para agravar, neste mesmo ano, atores “nucleares” tiveram a carga horária reduzida, em função do concurso. Estas situações aconteceram no ano de 2009, época em que, como se observa na Figura 5, é verificada novamente a queda da incidência da hanseníase.

A exata concordância entre os dados secundários e a descrição da estrutura das redes permite inferir sobre a até então invisível, mas real influência que as relações podem exercer sobre o aparato operacional. Se uma rede apresenta baixa densidade, isso é indício de problemas. É importante que a rede seja densa, quer dizer, que seja composta pelo máximo de ligações possíveis entre os atores, pois, do contrário, os recursos não são distribuídos homogeneamente. Os laços, ou relações interpessoais, permitem acessá-los diretamente. Assim, quanto mais ligações existem dentro de uma rede, mais garantida é a captação de recursos³⁰. Uma rede com as características identificadas no momento I corresponde, portanto, a um sistema pouco eficiente de passagem de recursos (informações, rotinas de trabalho, dados, decisões) o que, conclui-se, implica em baixo desempenho.

O momento II apresenta uma rede mais densa, existindo diversidade de ligações. Nesta fase, as relações são boas e é evidente a melhora no desempenho do programa, como apontam os gráficos para o período. O núcleo gestor é confiante e fortemente coeso. E, como a força de uma ligação é a combinação da quantidade de tempo, de intensidade emocional, de intimidade (confiança mútua) e de serviços recíprocos¹⁷, enquanto houve esse tipo de ligação entre os atores situados nestas determinadas funções, estabeleceram-se as trocas de recursos, proporcionando a indicada melhora.

Entretanto, o panorama não se sustentou, devido a eventos que levaram a novas rupturas e à mudança de posicionamentos dentro da rede, marcando assim o Momento III. O PCH ficou em segundo plano, sendo o foco principal impulsionado por questões de cunho pessoal. Os indivíduos não se tratam nem tomam decisões como se fossem átomos em redor do contexto social e nem se aderem servilmente aos destinos estabelecidos para eles, seja pelas categorias sociais às quais eles pertencem, seja por seus locais de trabalho. Suas ações são acopladas aos sistemas concretos de relações sociais³¹, mas não são meramente o resultado das normas. A estrutura pesa formalmente sobre a ação do indivíduo, afetando a percepção sobre o interesse dos atores. As ações individuais obedecem, portanto, ao princípio da racionalidade. Assim, a estrutura em que se encontra o indivíduo é o efeito emergente das suas interações, uns com os outros³².

As relações de longa duração entre os superiores e seus subordinados, mesmo considerando o engajamento destas relações dentro do grupo, geram modelos de comportamentos esperados³². Não somente evitam ter de recorrer às relações de autoridade, mas são mais eficazes para evitar as más atitudes. Talvez, pela falta de laços fortes e antigos com os subordinados mais afastados, esta rede não tenha tido resiliência para se manter funcional durante a crise de rupturas, ausências e redução de carga horária, devido às escolhas pessoais. Este cenário de instabilidade do profissional é problema antigo e nacional, mas não deveria implicar em baixo desempenho dos profissionais. Este contexto demonstra a importância de se estudar a estrutura das redes, identificando aquelas que podem gerar a confiança e desencorajar aquelas contrárias à funcionalidade, sendo imperativo identificar as relações entre “tomadores de decisão” e seus subordinados³¹.

A análise de redes sociais privilegia as relações entre os indivíduos, presumindo que os atores e suas ações sejam interdependentes e que as redes sociais facilitam e influenciam o fluxo de informações³³, e que os indivíduos estão em relações que condicionam, de certa forma, suas orientações, suas possibilidades, seus comportamentos e, conseqüentemente, geram tipos de escolhas diversificadas³⁴. A dificuldade no desempenho esperado para o programa decorreu das interrupções na circulação dos recursos de toda ordem, adstritos aos tipos de laços existentes na rede²¹. A partir deste panorama é que se evidencia como lacunas de relações ou retenções na rede comprometeram o fluxo processual de recursos disponíveis.

Considerar estes aspectos invisíveis da “teia social” é o recurso eclipsado, elucidativo acerca da discrepância verificada neste caso e, por que não, entre os diferentes desempenhos e desfechos de demais programas de saúde planejados nos mesmos moldes?

A estrutura da rede decorrente das ligações estabelecidas a partir das escolhas e afinidades pessoais desdobrou-se em três momentos, derivados da flutuação de profissionais e impositivos rearranjos de laços, refletindo-se na coadunada variação dos indicadores de desempenho observados ao longo do tempo. Em termos mais objetivos: a partir da comparação dos indicadores de desempenho do PCH com os diferentes momentos da rede social, verificou-se uma relação entre o desempenho do programa e diferentes estruturas da rede social em (a) Momento I - rede social rarefeita, concentração de poder e indicadores de desempenho do PCH muito baixos; (b) Momento II - diversas relações se estabelecem, baseadas na confiança. Os indicadores de desempenho do PCH estão em ascensão, neste período; (c) Momento III - ruptura de laços importantes e dedicação de atores-chave a atividades alheias ao PCH. Os indicadores estão em queda.

A centralização de poder - que não deve ser confundida com centralidade - se mostrou fator negativo para o

desempenho do programa, tanto quanto a baixa densidade inicial da rede e sua diminuição, posteriormente, em função da desintegração. A baixa densidade não favorece a homeostasia. A estrutura de trabalho baseada na confiança

permitiu estreitamento de laços, auferindo-os como fatores positivos ao bom desempenho do programa e permitindo concluir que, entre os indicadores de desempenho e as redes sociais, existe algo em comum.

REFERÊNCIAS

- Andrade, VLG. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da Hanseníase ao nível municipal. *Bol Pneumol Sanit.*, 2000;8(1):47-51.
- Santos AM, Assis MM, Rodrigues AA, Nascimento MA, Jorge MS. Linhas de tensões no processo de atendimento das equipes de saúde bucal do programa de saúde da família: o caso de alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(1):75-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100009>. PMID:17187106.
- Tomael MI, Marteleto RM. Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais [online]. *Transinformacao.* 2013;25(3):245-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-37862013000300007>.
- Marques EC. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. São Paulo: Revan; 2000.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2010 [citado em 2010 Ago 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. 2010.
- Gomide M, Grossetti M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. *Physis.* 2010;20(3):873-893. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300010>.
- Varanda MP. Ação colectiva entre pequenos empresários: uma análise de redes sociais. *Anal Soc.* 2007;42(182)
- Laumann EO, Marsden PV, Prensky D. The boundary specification problem in network analysis. Fairfax: George Mason University Press; 1989. p. 61-87
- Marsden P. Recent Developments in Network Measurement. In: Carrington PJ, Scott, J, Wasserman S editors. *Models and methods in social network analysis: structural analysis in the social sciences.* Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p. 8-30. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511811395.002>.
- Fischer CS. *Networks and places: social relations in the urban setting.* New York: Free Press; 1977.
- Burt RS. Le capital social, les trues structuraux. *Rev Fr Sociol.* 1995;36(4):559-628.
- Marsden P. Core discussion networks of Americans. *Am Sociol Rev.* 1987;52(01):122-131 <http://dx.doi.org/10.2307/2095397>.
- Marin, A, Hampton, KN. Simplifying the Personal Network Name Generator: alternatives to traditional multiple and single name generators. *Field Methods.* 2007;19(2):163-193
- Grossetti M. Where do social relations come from? A study of personal networks in the toulouse area of France. *Soc Networks.* 2005;27(4):289-300. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socnet.2004.11.004>.
- Heukelbach, J. (coord.) Padrões epidemiológicos, clínicos, psicossociais e operacionais da hanseníase nos estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí: uma abordagem integrada - (INTEGRAHANS-MAPATOPI). Universidade Federal do Ceará, 2008.
- Granovetter M. The strength of weak ties. *Am J Sociol.* 1973;78(6):1360-80. <http://dx.doi.org/10.1086/225469>.
- Gomide M, Grossetti M. Crise au dispensaire: reseaux sociaux et fonctionnement d'un dispensaire au Bresil. *Revue Sociologie Santé.* 2008;28:71-88.
- Degénne A, Lebeaux MO. L'entraide entre les menages: un facteur d'inegalite sociale? *Soc Contemp.* 1991;8(1):21-42. <http://dx.doi.org/10.3406/socco.1991.1017>.
- Degenne A, Forsé M. *Les réseaux sociaux.* Paris: Armand Colin; 2004.
- Portugal S. Quanto vale o capital social: o papel das redes informais na provisão de recursos. In: Breno F, Martins PH, editores. *Redes, práticas associativas e gestão pública.* Recife: Editora Universitária UFPE; 2006. p. 51-74
- Koput KW. *Social capital: an introduction of managing networks.* Cheltenham: Edward Elgar Cheltenham; 2010. p. 177.
- McCarty C. La estructura en las redes personales. *Rev Hispana para el Anal de Redes Sociales.* 2010;19(11):242-71.
- Borgatti SP, Everett MG. Graph-theoric perspective on centrality. *Soc Networks.* 2006;28(4):466-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socnet.2005.11.005>.
- Denis, J. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010;10(1 Supl):S229-S237.
- Alcará AR, Tanzawa ECL, Di Chiara IG, Tomaél MI, Uchoa PPM Jr, Heckler VC, et al. As redes sociais como instrumento estratégico para a inteligência competitiva. *Transinformacao.* 2006;18(2):143-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-37862006000200006>.
- Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saude Colet.* 2007;12(4):849-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. PMID:17680144.
- Merckle P. *Sociologiendes reseaux sociaux.* Paris: La Découverte, Colletion Reperres; 2004. p. 121.
- Grossetti M. *Sociologie de l' imprevisible: dynamiques de l'activiteeet des formes sociales.* Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
- Markovsky B, Skvoretz J, Willer D, Lovaglia MJ, Erger J. The seeds of weak power: an extension of network exchange theory. *Am Sociol Rev.* 1993;58(2):197-209.
- Granovetter M. Economic action and social structure: the problem of embedded ness. *Am J Sociol.* 1985;95(5):481-510. <http://dx.doi.org/10.1086/228311>.

32. Emirbayer M, Goodwin J. Network analysis, culture, and the problems of agency. *Am J Sociol.* 1994;99(6):1411-54. <http://dx.doi.org/10.1086/230450>.
33. Smith KP, Christakis NA. Social Networks and Health. *Annu Rev Sociol.* 2008;34(1):405-29. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>.
34. Ferrand A, Mounier L. Influence des reseaux de conference sur les relations sexuelles. In: Bajos N, Bozon M, Ferrand A, Giami A, Spira A, editores. *La sexualité aus temps du sida.* Paris: PUF; 1998. p. 255-304.

Recebido em: Ago. 08, 2017

Aceito em: Fev. 22, 2018