

# Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

*Social networks and team configurations in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro*

Tarciso Feijó da Silva<sup>1</sup>, Tatiana Cabral da Silva Ramos<sup>2</sup>, Helena Maria Scherlowski Leal David<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113005

**RESUMO** O trabalho em equipe é um pré-requisito da Atenção Primária à Saúde para cumprimento do seu papel de ordenadora e coordenadora do cuidado. O objetivo do estudo foi identificar por meio das relações entre os profissionais, a configuração das diferentes equipes que atuam em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, tomando como base a Análise de Redes Sociais para a produção das redes ativas no momento do estudo. Utilizou-se essa abordagem por permitir identificar o mapeamento do fluxo da informação e troca, os padrões de comunicação entre os profissionais e representar graficamente as conexões existentes entre diferentes atores. As equipes que atuam na unidade organizam seu trabalho cotidiano em formatos de redes diversos, o que permitiu compreender a dinâmica de comunicação, organização, trabalho em equipe e produção do cuidado no seu aspecto relacional. Considera-se que distintas modelagens de equipe podem ditar o processo de trabalho nesse ponto da rede, fragilizando ou potencializando suas ações, a depender do envolvimento de cada ator, da posição deles na rede e dos recursos que acionam para produção do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Equipe de assistência ao paciente. Redes sociais. Vigilância em saúde pública.

**ABSTRACT** Teamwork is one of the prerogatives of Primary Health Care to fulfill its role as an ordering and care coordinator. The aim of the study was to identify, through the relationships between professionals, the configuration of the different teams that work in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro, based on the Analysis of Social Networks for the production of active networks at the moment of the study. This approach was used because it allows to identify the information flow and exchange mapping, the communication patterns between professionals, and to graphically represent the existing connections between different actors. The teams that work in the unit organize their daily work in different network formats, which allowed them to understand the dynamics of communication, organization, teamwork, and the production of care in its relational aspect. It is concluded that different team models can dictate the work process at this point in the network, weakening or enhancing their actions, depending on the involvement of each actor, their position in the network, and the resources they use to produce care.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Patient care team. Social networks. Public health surveillance.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Pará (PA), Brasil.  
tarcisofeijo@ufpa.br

<sup>2</sup>Universidade Estácio de Sá (Unesa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é usualmente organizada em práticas e serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais prevalentes de uma população, em um dado território<sup>1</sup>. Ela 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. Outrossim, integra uma rede complexa e um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação<sup>2</sup>.

Do ponto de vista normativo, a APS tem por finalidade reorganizar a Rede de Atenção à Saúde (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<sup>3</sup>. A trajetória da APS é marcada por contínuo processo de reconstruções, reflexões, disputas e inspiração para os diferentes sujeitos e segmentos envolvidos, em conjunturas históricas e políticas diversas<sup>4</sup>.

O avançar da implementação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) foi se compondo por meio de arranjos institucionais, políticos e técnicos, nos níveis nacional e local. Houve primeiro maior clareza quanto ao papel de responsabilização dos entes federativos municipais, e o papel ordenador do Ministério da Saúde foi o de estruturar um sistema de financiamento e incentivos, apoiados pelos níveis estaduais, para expansão das propostas que foram se apresentando como mais potentes para dar as respostas, sem comprometer a capacidade financeira dos entes federativos. Importante marco dos anos 1990 foi a proposta de incorporar o ideário dos Cuidados Primários de Saúde progressivamente a partir de experiências internacionais exitosas, como o modelo cubano dos Médicos de Família, adotado como Programa Saúde da Família; e, posteriormente, como Estratégia Saúde da Família<sup>5</sup>. As bases das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram se organizando,

ampliando seu escopo e capacidade de resposta, com maior adesão dos municípios em função dos incentivos, ao mesmo tempo se acompanhando de crescente qualificação dos profissionais para formar as equipes básicas, nos diversos cenários brasileiros<sup>6</sup>. Porém, os campos da disputa política quanto ao projeto de nação e ao papel das políticas públicas, que recrudescer a partir de 2013, passaram a sofrer mudanças restritivas importantes a partir de 2016, com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto de Gastos<sup>7</sup>, e a publicação da chamada ‘Nova PNAB’, editada pela Portaria nº 2.436, de 2017<sup>8</sup>, que foi publicada em um cenário de crise política e econômica nacional que piorou com os efeitos das crises internacionais.

A nova PNAB traz à tona relevantes discussões, primeiro pelo fato de as políticas que a precederam não terem superados os inúmeros desafios a que se propuseram e pela percepção, nessa edição, de pautas que retomam a ideia de cuidado ‘mínimo’ em várias dimensões. No documento, observam-se movimentos de flexibilização no que tange a conformação das equipes, a carga horária dos profissionais, a organização do processo de trabalho, as atividades inerentes às diferentes categorias profissionais que atuam na APS e a diferenciação da oferta de ações e procedimentos ofertados na APS em básicos (padrões essenciais) e estratégicos (padrões ampliados)<sup>9</sup>.

A complexidade do cenário sanitário brasileiro, afetado pela crise de desindustrialização e crescente desemprego, impõe mudanças nos modos de organizar as práticas de saúde e evidencia, cada vez mais, a importância de uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Para que a APS cumpra com seu papel de coordenadora e ordenadora do cuidado, espera-se um fluxo de comunicação ampliado, dinâmico e horizontal, com participação de diferentes atores e equipamentos de saúde para garantia da integralidade<sup>10</sup>. Assim, faz-se necessário que o primeiro contato do usuário seja marcado por encontros cada vez mais humanizados e de escuta ampliada, capazes

de contribuir para identificação e atendimento das reais necessidades de saúde<sup>11,12</sup>.

Na saúde, especificamente na APS, a atuação profissional de forma colaborativa e em rede potencializa a produção do cuidado, enquanto a ausência de parcerias e de redes pode fragilizá-la<sup>10</sup>. A relação é a base para as ações dos atores na APS, sendo determinante para o trabalho em equipe, a análise da situação de saúde e o planejamento das ações<sup>12</sup>.

O uso do termo 'redes' na saúde tem sido amplamente discutido. Inclui a forma de organização do sistema de saúde, que deve estar implicado com ações coordenadas de diversos serviços e setores; e as conexões estabelecidas no cotidiano entre familiares, vizinhança, trabalho e amizade, pela constatação empírica de que o cotidiano e a manutenção da vida parecem apoiados em diferentes tipos de relações<sup>13</sup>. Quando associado ao qualificativo 'social', tem sido utilizado em diferentes áreas do conhecimento para tipificar as relações entre diferentes atores.

Redes sociais são um constructo clássico das ciências sociais, as quais se configuram a partir de capitais sociais 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 de interesses e objetivos comuns<sup>14</sup>. Elas estão conectadas por interações sociais que podem ser motivadas por amizade, por relações de trabalho ou por compartilhamento de informações, em que, por meio dessas ligações, a estrutura social vai se (re)construindo<sup>15</sup>. Nesse sentido, conjectura-se ser a APS um campo fértil para o mapeamento de redes sociais, considerando as características do processo de trabalho nesse campo e a integração esperada entre os profissionais que nele atuam.

Considerando o exposto, o objetivo deste artigo foi identificar e caracterizar, a partir da Análise de Redes Sociais (ARS), as relações entre os profissionais das equipes de uma unidade de APS do município do Rio de Janeiro.

## Material e métodos

A escolha da ARS se deu pela potencialidade do seu enfoque teórico e metodológico para mapear padrões de organização e da dinâmica de uma dada rede de pessoas, instituições, recursos. No caso das redes sociais que atuam dentro da APS, a ARS permite uma aproximação às formas como se estruturam as redes, como se produz o fluxo da informação e os padrões de comunicação, revelando os atores em posições de destaque em determinada rede social. Por meio do estudo de uma rede, busca-se medir os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos, assim como mapear as configurações sociais, representando os elos e as conexões existentes entre os diferentes atores na estrutura social<sup>16</sup>.

O cenário escolhido foi uma unidade de APS do município do Rio de Janeiro, situada em área de subúrbio na cidade, com ocupação histórica por pessoas das classes trabalhadoras, muitas destas imigrantes da região Nordeste. A eleição do cenário se deu pela facilidade de entrada em campo para o estudo, pelo tempo de atuação da unidade no território ser maior que 15 anos e pelo fato de 67,6% (n=25) de um total de 37 atores atuarem na unidade há mais de 3 anos, pelo entendimento de que o tempo é relevante para o estabelecimento de relações duradouras e permanentes.

O único critério utilizado para a inclusão dos profissionais no estudo foi estarem ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e vinculados à unidade no momento da coleta de dados. Dessa forma, todos os atores, independentemente da categoria profissional, foram selecionados, totalizando 37 atores. No cenário, atuavam 3 Equipes de Saúde da Família (EqSF) (n=26), 1 equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (n=4), 1 Equipe de Saúde Bucal (ESB) (n=2) e 1 Equipe de Apoio e Gestão (EAG) (n=5), que respondiam pelas necessidades de saúde de 9.093 cidadãos cadastrados em prontuário eletrônico. No momento

da coleta, não houve perda de participantes por férias ou afastamentos.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a aplicação de um questionário estruturado on-line, já que a possibilidade de entrevistas face a face com cada profissional não seria exequível, pelo fluxo intenso de demandas de trabalho inerentes ao campo da APS e rotinas internas instituídas. O questionário continha perguntas para a obtenção de dados socio-demográficos e laborais. Como o objetivo da pesquisa foi o de identificar, dentro das redes, quais os profissionais que, como atores sociais, destacavam-se no trabalho em equipe e para a produção do cuidado, uma única alternativa foi apresentada: selecione, dentre os profissionais relacionados abaixo, quais você julga relevante para o trabalho em equipe e produção do cuidado em saúde. Em seguida, os atores profissionais que compunham as equipes eram nomeados para escolha ou não. Esse tipo de técnica na ARS se baseia na ideia de redes de modo-1, ou seja, a inserção social e a natureza do agir dos atores na rede são similares.

O pesquisador não limitou a quantidade de atores que poderiam ser selecionados, porém, cada ator só poderia citar atores da equipe mínima à qual estavam diretamente ligados, codificadas como equipe EQBE, EQE, EQT, ESB, Nasf-AB e EAG. Apesar da compreensão de que os atores na APS devem estar em constante relação e possuem certa capilaridade de práticas, optou-se por estudar as redes conformadas pelos vínculos primários, ou seja, em torno de arranjos institucionais predefinidos e com objetivos específicos comuns.

Os questionários, uma vez elaborados, foram redigitados na plataforma do Google Forms, que permite a edição de questionários, e enviado por e-mail e o aplicativo de mensagem WhatsApp para os profissionais de cada equipe, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi delineada com apoio dos *softwares* Ucinet© e NetDraw©, sendo o primeiro para a análise das informações e criação dos sociogramas (redes sociais), e o

segundo para a geração e apresentação deles em formato de imagens<sup>17</sup>.

No Microsoft Excel®, 5 matrizes foram mapeadas, uma para cada ESF, em um total de três, uma para a ESB, e uma para a equipe Nasf-AB e EAG. Trata-se de matrizes simétricas, nas quais todos os atores pertencentes às equipes têm seus nomes codificados, dispostos tanto na vertical como na horizontal, inserindo-se uma lógica de informação binária, marcando-se '1' quando um ator era citado por outro e '0' quando não era citado ou quando o código em questão representava o próprio ator.

Essas matrizes são a base da análise desenvolvida pelo *software* Ucinet©, que irá considerar, dentro da rede, quais atores são os que possuem maior grau de entrada (mais buscados) ou de saída (mais ativos ao buscar outro ator), e ainda outras métricas que informam sobre quais atores se constituem como 'pontes' no fluxo de trocas de recursos, informações. O módulo gráfico NetDraw© permite a visualização da rede, auxiliando na análise por se constituir em um elemento visual intuitivo, de fácil compreensão – um 'retrato' das relações em rede no momento da coleta de dados<sup>18</sup>.

As exigências éticas e científicas que envolvam estudos com seres humanos foram atendidas. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>19</sup>; teve anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; e aprovação dos Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (nº 3.035.782) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (nº 3.103.928).

## Resultados e discussão

A análise de cada rede pretendeu 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 eles, que podem ser menos ou mais úteis para o campo<sup>18,20</sup>.

Nos sociogramas, a direção do vínculo entre os atores é dada pela figura da seta. Quando apenas um nó recebe ou estabelece uma relação, os fluxos são tidos como unidirecionais; já quando as relações são recíprocas, bidirecionais<sup>21</sup>.

As EqSF são o primeiro contato dos usuários na APS, sendo compostas, no Rio de Janeiro, por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Vigilância em Saúde (AVS). Os ACS atendem os usuários na recepção, lançam dados oriundos das suas atividades em prontuário eletrônico, além de realizarem visitas domiciliares; os médicos e enfermeiros atuam em consultório, possuindo um turno destinado para visitas domiciliares. A programação das atividades desses profissionais é vinculada a linhas de cuidado predefinidas, sendo que suas agendas de atendimento são organizadas para atendimento programado

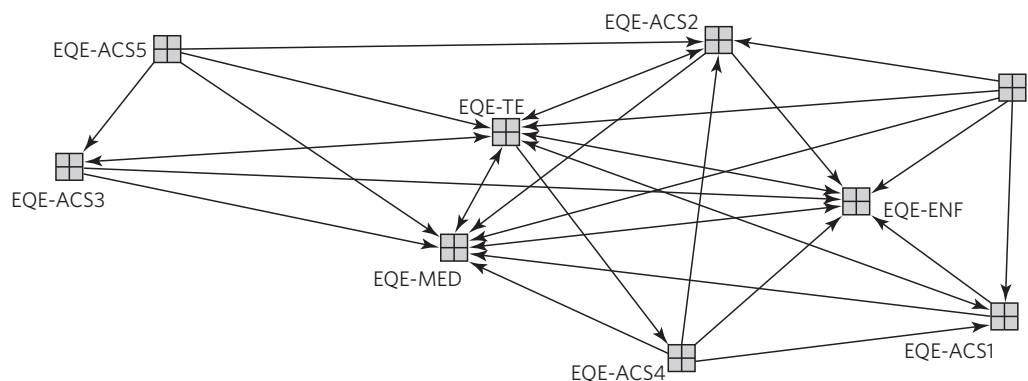
(com prioridade para gestantes e menores de 2 anos) e à demanda espontânea; o técnico de enfermagem realiza a escuta inicial, a primeira avaliação das demandas espontâneas e executa procedimentos técnicos; já o AVS atua no território realizando ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores, com ações planejadas e integradas à equipe, devendo participar semanalmente das reuniões e estar atento às demandas apresentadas pelos profissionais da equipe.

Das EqSB, Nasf-AB e EAG, o esperado é que participem não só das diferentes reuniões buscando ampliar o escopo de atuação e intervenção das EqSF, mas também que estejam integradas a elas nas diferentes ações realizadas no cotidiano do trabalho na APS.

### Análise das Redes Sociais das equipes EQE, EQBE e EQT

As figuras 1, 2 e 3 mostram as redes das equipes EQE, EQBE e EQT. Cada categoria profissional integrante está codificada com a sua sigla inicial (MED para médico; ENF para enfermeiro; TE para Técnico de Enfermagem; ACS e AVS).

Figura 1. Rede social da equipe EQE



Fonte: Elaboração própria.

Na rede da equipe EQE, 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. Os atores ACS não são procurados 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.

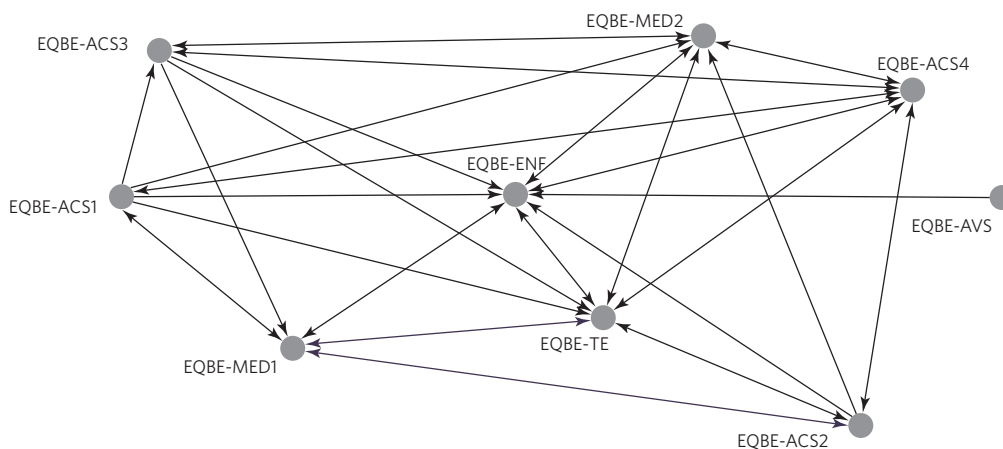
A rede EQE é médico-centrada, o que talvez se justifique por esse ser o responsável técnico médico da unidade. Pelo cargo que ocupa, é possível pressupor que ele é reconhecido como profissional capaz de resolver os problemas quando estes emergem no campo<sup>22</sup>.

A relação bidirecional entre o médico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem poderia ser potente para o processo de trabalho, à medida que estes criassem estratégias para se aproximar dos ACS e dos AVS, tendo em vista o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção em saúde, a ampliação do conhecimento sobre a realidade territorial, o levantamento das principais necessidades de saúde dos usuários e a eleição de demandas para realização 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. Por sua vez, a ausência de disparos dos profissionais de nível superior em direção aos profissionais de nível médio traduz um trabalho em equipe e produção do cuidado amparados no modelo biomédico, na queixa-conduta e na prescritividade; quando o envolvimento dos profissionais de nível médio poderia ditar uma nova lógica de organização e de atenção à saúde voltado para o modelo de produção social da saúde, cuja vertente de produção do cuidado converge para a vigilância em saúde e às reais necessidades de saúde dos indivíduos.

Para alcance da integralidade, resolutividade, criação de vínculo, ampliação da clínica e transdisciplinaridade na APS, os atores precisam criar ambientes sustentáveis. Para isso, precisam compartilhar de certo grau de conexão, compreender a relevância do trabalho em equipe para garantia da integralidade, primar pela horizontalidade das ações e buscar estratégias para além daquelas normatizadas, já que cada território de atuação é único, vivo e dinâmico.

Figura 2. Rede social da equipe EQBE



Fonte: Elaboração própria.

Na rede da equipe EQBE, 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 sete do total de oito atores possíveis, estando em contato com cinco 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 ao fato de os atores EQBE-MED1 e EQBE-MED2, que são da mesma categoria profissional, não estarem 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.

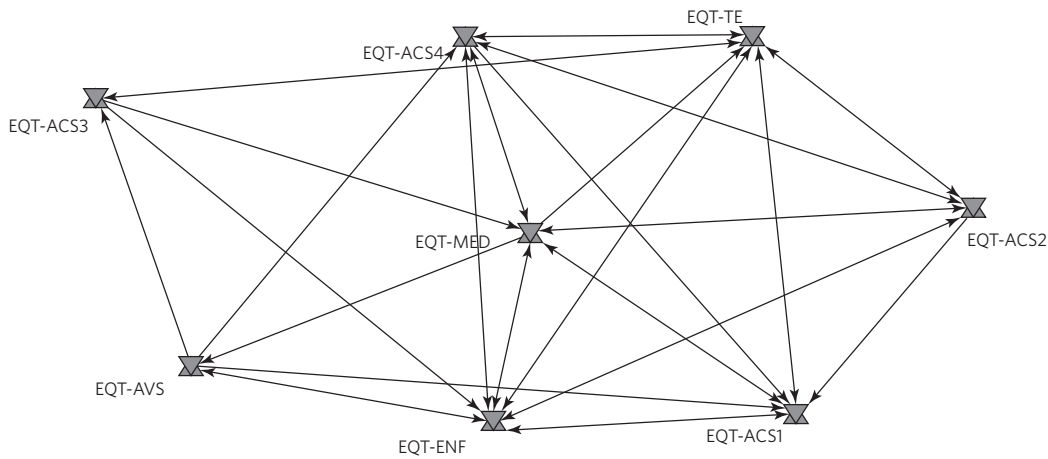
O ator EQBE-ENF, assim como o ator da rede anterior EQE-MED, é reconhecido na rede pela posição de destaque que ocupa, devido à atuação como responsável técnico pela enfermagem. Espera-se conhecimento ampliado dele nas questões que envolvem o campo da enfermagem, além de maior capacidade relacional. 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 APS, especificamente aquelas 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 ante a dificuldade de lotação em alguns territórios de um médico de 40 horas. Assim, cabe questionar: na prática dos serviços na APS, como tem se dado o intercâmbio de informações e as trocas entre os profissionais médicos que cumprem carga horária de 20 horas nas equipes e são responsáveis pelo cuidado longitudinal da população adscrita? 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?

A PNAB orienta integração entre as atividades dos ACS e dos 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 ACS8. 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.

Figura 3. Rede social da equipe EQT



Fonte: Elaboração própria.

No sociograma da equipe EQT, o ator EQT-ENF é acionado por todos os atores, estabelecendo relação bidirecional com estes, 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 EQT, 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 com três ACS dos quatro possíveis.

A rede da Equipe EQT difere das redes das Equipes EQE e EQBE pela horizontalidade das relações entre os atores e maior coesão entre eles. O ator EQT-ACS3, apesar de não ser acionado pelos atores EQT-ENF e EQT-MED, está em contato com estes, o que sugere envolvimento e ação dele 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 APS, as atividades dos primeiros no território devem ditar o planejamento e as ações dos segundos no campo. O conhecimento técnico-científico dos AVS e a análise das informações de saúde, por sua vez, devem orientar as ações dos ACS 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.

O sociograma da equipe EQT pressupõe existência de um clima de trabalho em equipe que favorece a troca, a integração e a cooperação. O clima de trabalho em equipe é reconhecido como o conjunto de percepções e significados compartilhados entre os membros de uma equipe acerca das políticas, práticas e procedimentos que vivenciam no trabalho<sup>23</sup>.

O clima de trabalho em equipe possui quatro elementos conceituais que, incentivados pela gestão e incorporados pelos profissionais, podem ser determinantes para o trabalho colaborativo em equipe e para a produção do cuidado. O primeiro diz respeito à interação e



à comunicação entre membros da equipe que é condição *sine qua non* para a colaboração, a capacidade de envolvimento de todos os membros da equipe no processo de tomada de decisão e para a percepção de um ambiente de apoio confiável. O segundo ressalta a importância dos objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado. O terceiro converge para a responsabilidade compartilhada pela orientação do trabalho para excelência – o compromisso e a responsabilidade dos profissionais e da equipe para desenvolvimento do trabalho com qualidade requer reflexividade (refletir sobre si mesmo, sobre os processos e a atuação de cada um e da equipe). O quarto aponta para promoção da inovação no trabalho e refere-se ao apoio prático para as tentativas dos membros da equipe de introduzirem novas formas de aprender e responder às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade nos territórios. Assim, o apoio à inovação pode ser considerado um indicador de colaboração interprofissional, pois envolve novos arranjos das responsabilidades entre profissionais<sup>24</sup>.

As redes das três equipes mostram atributos gerais comuns: possuem um bom grau de conectividade entre os atores; médicos e enfermeiros tendem a possuir maior centralidade (o que se observa pelas setas que chegam

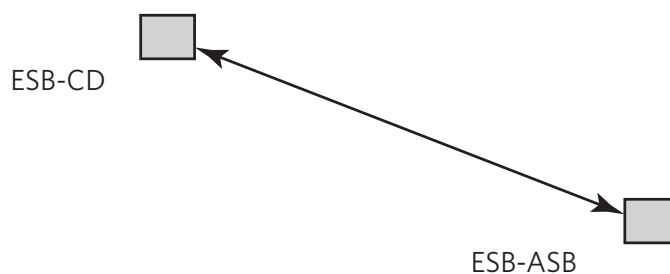
a estes nós); os ACS tendem a se colocar como atores mais periféricos; e o AVS na rede EQBE está em posição externa, vinculando-se apenas ao enfermeiro.

Reitera-se que as redes sociais apresentadas não são estáticas, muito menos as posições que os atores ocupam nelas. As mudanças associadas à entrada e à saída de atores, assim como conflitos e crises, podem alterar a estrutura social e a dinâmica do campo da APS, convergindo para a reconfiguração das redes sociais<sup>25</sup>.

### Análise da Rede Social da Equipe de Saúde Bucal

O Cirurgião-Dentista (CD) deve realizar o diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como deve atender a comunidade do território adscrito, desenvolvendo ações coletivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, além de realizar procedimentos clínicos. O Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos; responde pela limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental e dos equipamentos odontológicos, além de auxiliar o CD nas intervenções clínicas.

Figura 4. Rede social da Equipe de Saúde Bucal



Fonte: Elaboração própria.

A relação entre os atores da rede da ESB é bidirecional, estando os atores ESB-CD e ESB-ASB conectados (*figura 4*). A relação entre eles explica-se pela lógica do processo de trabalho que envolve a saúde bucal no campo. Tais atores respondem pelo atendimento referente à saúde bucal de todos os usuários do território, o que implica relação de proximidade e ações cotidianas pautadas em reciprocidade e ajuda mútua.

Observou-se durante a pesquisa pouca integração entre a ESB e as EqSF, talvez motivada pelo fluxo de atendimento norteador pela demanda espontânea e volume de atividades curativas em detrimento de atividades coletivas de promoção da saúde. Na APS, o cuidado em saúde bucal deve ser objeto da produção do cuidado de todos os atores, e não apenas do CD e do ASB<sup>26</sup>. No entanto, a falta de planejamento tem contribuído para frágil integração entre os atores da ESB e da EqSF, impossibilitando o desenvolvimento de ações interdisciplinares voltadas para a produção do cuidado em saúde<sup>27</sup>. Faz-se necessária uma total integração e harmonia entre a ESB e as EqSF pela compreensão de que ações de cunho preventivo e de promoção da saúde, que são tão relevantes para a saúde bucal e relevantes para integralidade da atenção, somente se efetivarão com a mudança de paradigma, ou seja, por meio da vigilância da saúde.

### **Análise das Redes Sociais da equipe Nasf-AB e Apoio e Gestão**

O Nasf-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS<sup>8</sup>. O Nasf-AB da unidade é conformado por 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. 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, desenvolvendo suas ações de forma isolada.

O Nasf-AB trabalha na lógica do apoio matricial compartilhando o seu saber específico com os profissionais das EqSF, fazendo com que essas ampliem seus conhecimentos e, com isso, aumentem a resolutividade da atenção<sup>28</sup>.

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 (*figura 5*).

Para integrar-se às equipes do campo, espera-se que os atores que compõem o Nasf-AB estejam em permanente contato e densamente conectados. A *figura 5* permite observar que os atores estão em relação direta, apesar de eles terem particularidades associadas às ações de saúde que envolvem diretamente seu domínio e sua área de conhecimento e horários de trabalho distintos. Isso presume que esses atores estabeleceram estratégias de comunicação para manutenção do contato fora da unidade, o que possivelmente contribui para os aproximar e pode ser oportuno para discussão de casos de forma coletiva.

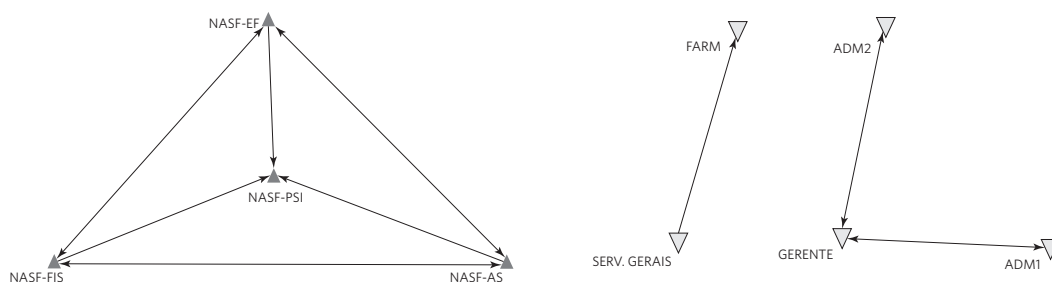
Na rede do Nasf-AB, o ator Nasf-PSI é reconhecido pelos demais atores como relevante para a produção do cuidado, o que denota presença de algum tipo de capital sobre esse profissional, seja cultural (adquirido a partir da formação), seja simbólico (vinculado ao reconhecimento que a ele é dado no campo)<sup>29</sup>. 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 para a produção do cuidado.

É digno de nota que, apesar de existirem vários estudos sobre o Nasf-AB, os resultados ainda são pouco conclusivos sobre a contribuição desses profissionais para a melhoria da qualidade da atenção prestada e para a consolidação de ações coerentes com um novo modelo de prestação de cuidado<sup>30</sup>. Estudo que teve por objetivo observar a colaboração interprofissional na APS, envolvendo as EqSF

e o Nasf-AB no município de São Paulo, identificou a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional e o apoio matricial, sendo que a divisão de responsabilidades, encaminhamentos e a insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF foram pontuados como barreiras na concretização de práticas articuladas<sup>31</sup>.

A potência do trabalho da equipe Nasf-AB está intimamente relacionada com a sua capacidade de ampliar a clínica, tornando as ações mais efetivas e contribuindo para aumento da resolatividade. Para isso, a gestão deve atentar para contratação de profissionais que tenham capacidade relacional e que mobilizem recursos capazes de contribuir para a integralidade da atenção.

Figura 5. Redes sociais das equipes Nasf-AB e de Apoio e Gestão



Fonte: Elaboração própria.

A Equipe de Apoio e Gestão foi conformada pelos atores que necessariamente não estavam vinculados diretamente às EqSF e à equipe Nasf-AB (figura 5).

O gerente (GER) 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 APS com os outros serviços, sendo geralmente alguém com formação diferenciada, experiência nesse ponto da rede e capacidade de lidar com diferentes processos; os administrativos (ADM1 e ADM2) prestam apoio às EqSF e à gerência, sendo responsáveis por aberturas de chamado em caso de panes de diferentes ordens, solicitação de vagas para outros pontos da RAS em sistemas de regulação, controle de insumos e recursos humanos e atendimento ao usuário no caso de reclamações; o farmacêutico (FARM)

integra as ações em saúde na EqSF, realizando atividades de educação permanente, promoção à saúde de caráter geral e ações de incentivo ao uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas; já o auxiliar de serviços gerais (SERV. 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 (figura 5).

Na rede EAG, o ator GER 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 preestabelecida com as EqSF e com a equipe Nasf-AB,

esperava-se uma ligação mais coesa entre eles, o que não foi identificado.

O apoio administrativo na APS, pelo papel de ordenação e coordenação do cuidado por ela desenvolvido, tem se mostrado cada dia mais necessário e pertinente. Em um mundo cada vez mais globalizado e com intensa circulação de informações, os ADM acabam por contribuir na medida em que atuam como elos no processo de comunicação entre os profissionais dentro da unidade. O que não se pode perder de vista é que compete às EqSF, apoiadas pela ESB e pela equipe Nasf-AB, a criação de vínculo, identificação das necessidades de saúde e direcionamento adequado para os outros pontos da RAS e que a atuação desses atores deve ser restrita e condicionada a um rol de tarefas predefinidas, para que eles não ultrapassem limites éticos da sua prática e realizem ações para as quais não possuem formação.

O serviço de farmácia é ponto crítico da APS, devido à carga de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis que essa acompanha e à densidade de insumos e medicações que precisa gerenciar para atender às diferentes demandas. Por esse motivo, esperava-se que a gerência da unidade estivesse em relação direta e bidirecional com o profissional farmacêutico, o que não foi observado. Reitera-se que a rede por si só não permite clarificar os motivos do distanciamento entre os profissionais.

Quanto à profissional de serviços gerais, pela rede retratada, não se pode afirmar ao certo se sua atuação avança para além do serviço de limpeza pelo qual é responsável e se ela, no contexto da unidade, contribui de alguma outra forma para o trabalho em equipe e produção do cuidado. Conjectura-se que dar voz a essa profissional em reuniões e nas discussões estabelecidas pela gestão e equipes pode ser útil para compreender a dinâmica e as rotinas existentes, pelo fato de ela atuar de forma permanente na unidade, circular e ter acesso a todos os pontos desta e por estar, na maior parte do tempo, em contato com todos os profissionais e pacientes.

## Considerações finais

A aplicação da metodologia de ARS em estudos no campo da saúde, especificamente na APS, torna-se potente por ampliar as possibilidades de compreensão das diferentes modelagens de trabalho interprofissional<sup>32</sup>, contribuindo para reconhecer os movimentos dos atores no campo, suas posições, as características do trabalho individual e coletivo que realizam, a ordem e a potência dos recursos que são utilizados por eles para responder às necessidades de saúde, os caminhos percorridos para alcance da resolutividade, assim como compreender como eles se organizam na perspectiva de ordenação e coordenação do cuidado.

Na saúde, dois modelos teóricos de equipes disputam os cenários de prática, sendo a ‘equipe 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, possibilitando um processo de trabalho mais fragmentado, em que as ações não são partilhadas com todos os seus integrantes e no qual existe uma relação de mais-valia para uns atores, em detrimento de outros, além de possibilidades de rupturas e constantes conflitos; e a ‘equipe integração’ que se caracteriza pela articulação das ações, interação entre os agentes por meio da comunicação e do diálogo, valorização de todos os seus membros com pouca ou nenhuma verticalização das ações, e foco na integralidade no processo de produção do cuidado. Nessa modalidade, 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<sup>33</sup>.

Foi possível observar, por meio dos sociogramas das Equipes EQE e EQBE – 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 tipificada como agrupamento; por sua vez, no sociograma da Equipe EQT, é possível notar relações mais coesas, plurais, sustentáveis e bidirecionais. Pode-se presumir que talvez haja, nessa equipe em específico, maiores relações de afinidade, reciprocidade e interesse mútuo, além de ideologias afins que permeiam o cuidado à saúde nesse ponto da RAS, o que converge para aproximar essa equipe da modalidade conhecida como integração.

Outrossim, é relevante reiterar que, no cenário da APS configurado por mais de uma equipe tida como mínima e que respondem por determinado território de abrangência (como é o caso do cenário estudado), nada impede que outras redes se conformem na tentativa de atender às necessidades de saúde dos usuários. Assim, aponta-se como uma limitação deste estudo o fato de este não apresentar a

rede total conformada por todos os atores do campo. A análise desta permitiria avaliar se, no contexto de possibilidades que envolve citar outros atores que não aqueles vinculados especificamente à sua equipe, os profissionais citariam outros atores, e não os da sua equipe, como sendo relevantes para o trabalho em equipe e produção do cuidado dos usuários na unidade de saúde.

## Colaboradores

Silva TF (0000-0002-5623-7475)\* contribuiu para a idealização, desenvolvimento, aplicação do método, coleta de dados, revisão e análise crítica do artigo. Ramos TCS (0000-0003-1385-2029)\* e David HMSL (0000-0001-8002-6830)\* contribuíram para a revisão e análise crítica do artigo. ■

---

## Referências

1. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2020 nov 12]; 22(5):951-963. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000500008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500008&lng=en).
2. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados*. Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
4. Oliveira A. Dimensão da participação em saúde no debate internacional da atenção primária à saúde. *Serv. Soc. Saúde*. 2015 [acesso em 2020 out 14]; 12(1):9-30. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635754>.
5. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerais, Rev Interinst Psicol*. 2018 [acesso em 2020 dez 1]; 11(1):79-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n1/07.pdf>.
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 dez

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 4]; 42(esp1):208-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nsp1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>.
7. Brasil. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016 – PEC do teto dos gastos públicos. Brasília, DF: Senado; 2016. [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 21 Set 2017. [acesso em 2021 jan 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
  9. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 dez 13]; 33(1):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf>.
  10. Silva TF, David HMSL, Romano VF. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020 [acesso em 2020 nov 28]; 15(42):1-16. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2326/1559>.
  11. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde debate. 2015 [acesso em 2020 dez 3]; 39(105):363-374. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00363.pdf>.
  12. Silva TF, Romano VF. Percepções a respeito do acolhimento na Atenção Primária no município do rio de janeiro. Rev Atenção em Saúde. 2016 [acesso em 2020 nov 26]; 14(49):5-10. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/3693/pdf](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3693/pdf).
  13. Ramos TCS, David MSL, Silva TF, et al. Redes sociais de gestantes de risco habitual na Atenção Primária à Saúde: a influência das relações no cuidado pré-natal. J Manag Prim Health Care. 2020 [acesso em 2020 nov 20]; (12):1-16. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/994/911>.
  14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
  15. Andrade DMC, David HMSL. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. Rev enferm UERJ. 2015 [acesso em 2020 nov 13]; 23(6):852-865. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14861/16204>.
  16. Tomaél MI, Marteleto RM. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. Encontros Bibli: Revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação. 2006 [acesso em 2020 dez 1]; (esp):75-91. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11nesp1p75/387>.
  17. Marteleto RM, Tomaél MI. A metodologia de análise de redes sociais. In: Valentim MLP. Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação. São Paulo: Polis; 2005.
  18. Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. Ucinet for Windows: software for social network analysis. Massachusetts: Analytic Technologies; 2002.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Distrito Federal; 2012.
  20. Marqués-Sánchez MP, Muñoz-Doyague MF, Pérez-Rivera J, et al. El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. Revista hispana para el análisis de redes sociales. 2014 [acesso em 2020 dez 13]; 25(2):140-162. Disponível em: <https://revistas.uab.cat/redes/article/view/v25-n2-marques-munoz-perez-bayon-casado/pdf-es>.
  21. Marqui ABT, Jahn AC, Resta D, et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010 [acesso em

- 2020 nov 26]; 44(4):956-961. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reueusp/v44n4/14.pdf>.
22. Bourdieu P. Escritos de educação. Petrópolis: Vozes; 1998.
  23. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Ann Rev Psychol.* 2013 [acesso em 2020 nov 14]; 64:361-88. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-113011-143809>.
  24. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *J Interprof Care.* 2017 [acesso em 2020 dez 4]; 31(6):679-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876142/>.
  25. Silva TF. Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019.
  26. Farias MAV, Moura ERF. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Rev Odontol.* 2003 [acesso em 2020 dez 12]; 32(2):131-137. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/588017a47f8c9d0a098b4823/pdf/rou-32-2-131.pdf>.
  27. Carvalho DQ, Ely HC, LS Pavianis, et al. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *Boletim da Saúde.* 2004 [acesso em 2020 dez 5]; 18(1):175-84. Disponível em: <http://www.boletimda-saude.rs.gov.br/conteudo/1281/a-dinamica-da-equipe-de-saude-bucal-no-programa-saude-da-familia>.
  28. Santos RABG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate.* 2017 [acesso em 2020 nov 24]; 41(114):694-706. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0694.pdf>.
  29. Bourdieu P. *Meditações pascalianas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
  30. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2020 dez 13]; 42(esp2):145-158. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0145.pdf>.
  31. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2020 nov 26]; 20(8):2511-2521. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>.
  32. Reeves S, Lewin S, Espin S, et al. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H. *Interprofessional teamwork for health and social care.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
  33. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública.* 2001 [acesso em 2020 dez 15]; 35(1):103-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.

---

Recebido em 11/03/2021  
Aprovado em 04/08/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve