

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO – ECO
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBICT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – PPGCI

ADRIANA DE FREITAS VELLOSO

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS E
DOS FLUXOS SOBRE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE

RIO DE JANEIRO

2014

ADRIANA DE FREITAS VELLOSO

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS E
DOS FLUXOS SOBRE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Comunicação, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciência da Informação.

Orientadora: LENA VANIA PINHEIRO

Co-orientadora: MADEL THEREZINHA LUZ

Rio de Janeiro

2014

ADRIANA DE FREITAS VELLOSO

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS E
DOS FLUXOS SOBRE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Comunicação, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciência da Informação.

Aprovada em :

Profa. Dra. Lena Vania Ribeiro Pinheiro (orientadora)
PPGCI/IBICT – ECO/UFRJ

Profa. Dra. Madel Therezinha Luz (co-orientadora)
PPGSC/UFF

Marta Pedro Varanda
ISEG/Universidade de Lisboa

André de Faria Pereira Neto
PPGSP/ENSP-FIOCRUZ

Clóvis Ricardo Montenegro Lima
PPGCI/IBICT – ECO/UFRJ

Para os profissionais de saúde de todos os tempos que não perderam a esperança de exercer a
arte de curar na saúde pública.

Para Ricardo, André, Maria, Luiza e Clara com amor dedico esta realização.

AGRADECIMENTOS

"ACASO

**"Cada um que passa em nossa vida,
passa sozinho, pois cada pessoa é única
e nenhuma substitui outra.**

**Cada um que passa em nossa vida,
passa sozinho, mas não vai só
nem nos deixa sós.**

**Leva um pouco de nós mesmos,
deixa um pouco de si mesmo.**

**Há os que levam muito,
mas há os que não levam nada.**

**Essa é a maior responsabilidade de nossa vida,
e a prova de que duas almas
não se encontram ao acaso. "**

(Antoine de Saint-Exupéry)

Neste significativo 31 de Março, dia mundial da saúde e nutrição defendi minha tese de doutorado concluindo a importante primeira etapa de um projeto pessoal: contribuir com o avanço do diálogo e do reconhecimento da importância da ação comunicativa nos serviços de saúde pública. Foram quatro anos de desafios, construções, desconstruções e amadurecimento finalizados na certeza de que há muito ainda o que fazer. Conteí, contudo, com o apoio e orientação de muitas pessoas as quais sou profundamente grata. As possíveis falhas são, no entanto, de minha exclusiva responsabilidade marcada pelo esforço de integração de áreas de conhecimento e experiências diversas.

Não posso deixar de assinalar o estímulo à curiosidade e ao aprendizado promovido por meus professores do Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação do IBICT/UFRJ, em especial aqueles recebidos pelas mãos de Lena Vania Pinheiro, minha orientadora, e dos professores Nélida González de Gómez, Clóvis Montenegro de Lima, Jorge Biolchini, Rosali de Souza, Gilda Olinto, Regina Marteleto e Sarita Albagli. As passagens dos professores Rafael Capurro e Flávio Siebeneichler pelo IBICT foram significativas e esclarecedoras pelas quais agradeço a ambos neste momento. No âmbito da saúde coletiva, pude contar com o apoio de Madel Therezinha Luz, co-orientadora desta tese e crítica atenta da interdisciplinaridade proposta. Também o meu muito obrigado aos professores Isidro Maya Jariego e Daniel Holgado Ramos da Universidade de Sevilha por compartilharem seus saberes durante a V e VI Escola de Verão de Análise de Redes Sociais do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, parte do meu doutorado sanduíche.

Indo da academia para o mundo da vida gostaria por fim agradecer a professora Marta Pedro Varanda, por quem guardo profunda gratidão por ter sido mais que uma mestra. Orientadora do doutorado sanduíche doou seu saber sem reservas e sem soberba, mas também doou seu

tempo, me acolheu na sua casa e na minha insegurança, me apresentou seu país, família e amigos. Meu muito obrigada por seu carinho e amizade.

Agradeço também às gestoras Carla Moura Cazelli da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro cuja indicações e apoio foram essenciais para a realização da pesquisa de campo. A Liliane Leal coordenadora da AP 5.2 e ao centro de estudos desta mesma área por confiar no projeto e permitir a investigação em segmento da atenção básica sob sua jurisdição. Aos gestores das unidades de saúde Denise, Emanuelle, Cristina e Carlos Rafael e suas respectivas equipes de profissionais de saúde pela colaboração fundamental para a realização da pesquisa de campo.

A Gabriel Velloso por sua ajuda e suportes técnicos em diferentes momentos e a equipe de apoio na aplicação dos questionários, Débora Neil, Camila Jéssica, Isabella Rêllo e em especial a Ryane Perez por sua colaboração também na organização dos resultados além de seu permanente apoio durante o último ano deste estudo.

Por fim sou imensamente grata a meus familiares, Ana, Zé, Myrtes, Beth, Hélio, Monica e Renato e aos amigos Sandra e Marcelo pelo suporte a mim e à minha família nesses quatro anos que permitiram a conclusão deste doutorado.

RESUMO

VELLOSO, Adriana. Informação e comunicação em saúde: análise das redes sociais e dos fluxos sobre cuidado entre profissionais na atenção básica de saúde. Orientadora: Lena Vania Ribeiro Pinheiro/ Co-orientadora: Madel Therezinha Luz. Rio de Janeiro, 2014. 234f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2014.

Esta pesquisa está fundada na interlocução entre dois campos de saberes e práticas: o campo da Ciência da Informação (CI), no qual se inscrevem as ações e os regimes de informação, e o campo da Saúde Coletiva relacionado à saúde como fenômeno social.

Abrange ainda, como interface de investigação, os fluxos informacionais e comunicacionais presentes nas interações entre os profissionais dos serviços de saúde da Atenção Básica. São fundamentais, nesse processo, as relações sociais e as ações de informação nas quais o cuidado desempenha papel metafórico e de mediação das relações humanas no cotidiano institucionalizado da saúde.

Utilizando-se da Análise das Redes Sociais foi investigada as relações infocomunicacionais entre 150 profissionais de saúde de 2 Clínicas da Família, um Centro de Saúde e uma equipe do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), na Área Programática (AP) 5.2 do município do Rio de Janeiro.

Os resultados apontam para a existência de barreiras à implementação da Política Nacional de Atenção Básica no que tange a política do cuidado. A estrutura das redes infocomunicacionais levantadas constroem as ações de informação que poderiam disseminá-la. Esses obstáculos refletem as percepções sobre cuidado dos agentes responsáveis pela implementação da política, os profissionais de saúde.

A principal barreira a ser equacionada é a fronteira do próprio sistema de saúde em relação a necessidade de saúde dos usuários, pouco permeável ao reconhecimento do discurso da população alvo. Entre os profissionais de saúde apenas 20% descrevem o cuidado como forma de reconhecimento do outro, ou seja, como sendo o sentido operador da fronteira capaz de selecionar novos recursos informacionais no entorno, permitindo a produção compartilhada entre saberes científicos e comuns na construção do conceito positivo e ampliado de saúde.

Também apontam os resultados para algumas formas complementares possíveis de promover a difusão do cuidado como reconhecimento do outro. Os caminhos desta promoção assinalados pelos resultados da tese são: pelo NASF, pelas lideranças das redes, pelo grupo dos agentes comunitários de saúde, pela educação em serviço.

Palavras-chave: Análise de Redes Sociais; Fluxos Infocomunicacionais; Ações de Informação; Estratégia Saúde da Família (ESF); Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Cuidado.

ABSTRACT

VELLOSO, Adriana. Information and communication in health: social network analysis and flows about care between professionals in basic healthcare. Doctoral advisor: Lena Vania Ribeiro Pinheiro; doctoral co-advisor: Madel Therezinha Luz, 2014. Thesis (PhD in Information Science) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2014.

The present research is based on the interlocution between two fields of knowledge and practices: the field of Information Science, to which actions and information regimes belong, and the field of Collective Health, which is associated to health as a social phenomenon.

Furthermore, as an interface for research, it comprises flows of informational and communication skills existing in the interaction between basic healthcare professionals. In this process, social relations and information actions in which care plays a metaphorical and mediation role in human relations within everyday institutionalized health care are essential.

Infocomunicational relations between one hundred and fifty (150) healthcare professionals of two (2) Family Clinics, one (1) Health Center and one (1) team of the Family Health Support Center (Núcleo de Apoio da Saúde da Família - NASF) in the Programmatic Area (Área Programática - AP) 5.2 of Rio de Janeiro county were investigated by means of Social Network Analysis.

The results support the existence of a barrier to the implementation of the National Policy of Basic Health Care (Política Nacional de Atenção Básica) in terms of care policy. The infocomunicational network structures surveyed constrain information actions that could disseminate it. Such obstacles reflect how healthcare professionals, who are responsible for applying this policy, perceive care itself.

The main barrier to be addressed is the frontier of the health system in relation to its users need for health, not very easily influenced by the recognition of the target population discourse. In between health professionals, only 20% describe care as means of recognizing the other, that is, as being the sense that operates the frontier capable of selecting new informational resources in the surrounding environments allowing a shared production between scientific and common knowledge in the building of a positive and enlarged concept of health.

Moreover, the results also show a few complementary forms that might promote the dissemination of care as the recognition of the other. According to the thesis results, the paths for such promotion are via: NASF, network leadership, groups of health community agents, and education in service.

Keywords: Social Network Analysis; Infocomunicational Flow; Actions of Information; Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF); Family Health Support Center (Núcleo de Apoio da Saúde da Família - NASF), Care.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACE – Agente de Combate as Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ADM – Agente Administrativo

APS – Atenção Primária em Saúde

ASB – Agente de Saúde Bucal

ASS – Assistente Social

AXE – Auxiliar de Enfermagem

CRD – Cirurgião Dentista

EDF – Professor(a) de Educação Física

ENF – Enfermeiro(a)

ESF – Estratégia Saúde da Família

Fapesp – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FAR – Farmacêutico(a)

FON – Fonoaudiólogo(a)

FST – Fisioterapeuta

GST – Gestor

MDF – Médico(a) de Família

MDP – Médico(a) Preceptor(a)

MDR – Médico(a) Residente

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NSU – Necessidades de Saúde dos Usuários

NTC – Nutricionista

OFF – Oficial de Farmácia

PSC – Psicólogo(a)

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

TRO – Terapeuta Ocupacional

TSB – Técnico de Saúde Bucal

USF – Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Reciprocidade, Transitividade e Homofilia	311
Figura 2 – Exemplo de Matriz Quadrada	37
Figura 3 – Exemplo de Matriz de Atributo Pessoal.....	38
Figura 4 – Matriz 2 Apoio para Compreender as Necessidades de Saúde de Pacientes e Grupos	40
Figura 5 – Mapa Conceitual 1	69
Figura 6 – Mapa Conceitual 2	70
Figura 7 – Quadro de Ocupações.....	105
Figura 8 – Gráfico de Distribuição das Ocupações pelo Segmento Pesquisado	106
Figura 9 – Matriz das Relações de Apoio para Compreender as NSU.....	107
Figura 10 – Rede de Relações de Apoio para Compreender as NSU.....	108
Figura 11 – Medida de Intermediação na Rede de Relações de Apoio para Compreender as NSU.....	110
Figura 12 – Medida de Centralidade de Grau da Rede de Apoio em Compreender as NSU	111
Figura 13 – Ciclo da Dádiva.....	113
Figura 14 – Medida de Centralidade de Informação da Rede de Apoio para Compreender as NSU.....	115
Figura 15 – Medida de Centralidade de Fluxo da Rede de Apoio para Compreender a NSU.....	119
Figura 16 – Rede de Conhecidos da Clínica 1	118
Figura 17 – Rede de Conhecidos da Clínica 2	119
Figura 18 – Rede de Conhecidos da Clínica 3	120
Figura 19 – Rede de Apoio para Agir Tecnicamente na NSU	122
Figura 20 – Rede de Apoio para Agir Discursivamente nas NSU.....	123
Figura 21 – Ego-Rede de ACS de Apoio a Compreender as NSU.....	126
Figura 22 – Ego-Rede de ACS de Apoio para Agir Tecnicamente nas NSU	127
Figura 23 – Ego-Rede de ACS de Apoio para Agir Discursivamente nas NSU.....	128
Figura 24 – Medida de Proximidade da Ego-Rede dos ACS de Apoio para Compreender as NSU	130
Figura 25 – Medida de Proximidade da Ego-Rede dos ACS de Apoio Técnico nas NSU.....	132
Figura 26 – Medida de Proximidade da Ego-Rede dos ACS de Apoio para Agir Discursivamente nas NSU	134
Figura 27 – Rede de Relações Formais.....	138
Figura 28 – Medida de Intermediação da Rede de relações Formais	140
Figura 29 - Medida de Centralidade de Informação da Rede de Relações Formais - 20 Atores mais Relevantes	144
Figura 30 – Medida de Centralidade de Fluxo na Rede de Relações Formais – Atores Acima do Desvio Padrão	146
Figura 31 – Medida de Centralidade de Fluxo na Rede de Relações Formais – Atores com Zero Grau.....	148
Figura 32 – Rede de Relações Informais Institucionais.....	150
Figura 33 – Rede de Relações Informais Externas ao Serviço.....	151
Figura 34 – Rede de Conhecidos	156
Figura 35 – Rede de Relações Informais	160
Figura 36 - Nuvem de Tags das Representações de Cuidado	170
Figura 37 - Nuvem de Tags Cuidado como Reconhecimento.....	171
Figura 38 - Rede de Relações Informais segundo os Adotantes Precoces (Vermelho), Não Adotantes (Azul) e Não Informaram (Preto)	172

Figura 39 - Ego-Rede de Médico Ator-Chave	179
Figura 40 - Ego-Rede de Gestor Ator-Chave	180

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas dos Nós	42
Tabela 2 - Medidas das Redes	422
Tabela 3 - ACSs X Ocupações	135
Tabela 4 - Medidas de Densidade das Redes Estudadas.....	1512
Tabela 5 - Medida de Densidade das Redes Formais e Informais.....	1522
Tabela 6 - Medidas de Centralidade de Grau de Entrada para os Gestores das Redes de Relações Formal e Informal Institucional	153
Tabela 7 - Medidas de Densidade para os SubGrupos da Rede de Conhecidos	1588
Tabela 8 - Medidas de Grau de Entrada, Intermediação e Centralidade de Informação da Rede de Relações Informais.....	161

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3	METODOLOGIA	24
3.1	ANÁLISE INSTITUCIONAL	25
3.1.1	Implicações do Duplo Papel de Pesquisador	28
3.2	ANÁLISE DE REDES SOCIAIS	29
3.2.1	As Redes na Saúde e Medicina	34
3.2.2	Os Dados para Construção das Redes	34
3.2.3	Instrumentos Metodológicos da Análise de Redes Sociais	36
3.2.3.1	Matrizes	36
3.2.3.2	Visualizações das Redes	41
3.2.3.3	As Medidas de Análise de Redes	41
3.2.3.3.1	Densidade	43
3.2.3.3.2	Centralidade	43
3.2.4	Líderes de Opinião e Atores-Chave	47
3.2.5	Difusão de Inovação e Mudança de Comportamento	48
3.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
3.3.1	Características regionais – AP5.2 de Campo Grande	50
3.3.2	CrITÉrios de Escolha e Características do Segmento Pesquisado	52
4	O CAMPO DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO	55
4.1	CONCEITO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO	55
4.1.1	Conceito de Informação	57
4.2	PARADIGMA SOCIAL DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO	58
4.3	ANÁLISE DE REDES	62
5	O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA	65
5.1	POLÍTICAS DE SAÚDE	65
5.1.1	Estratégia Saúde da Família – ESF	67
5.1.2	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	68
5.1.3	Pressupostos Acerca da Implementação do NASF	72
5.2	AS CINCO GRANDES QUESTÕES DA SAÚDE COLETIVA NA ATUALIDADE	73
5.3	A POLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE	75
5.4	O CUIDADO E A TEORIA DA DÁDIVA	78
6	INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E SAÚDE NAS ASSOCIAÇÕES NACIONAIS	80
6.1	ICS NAS ASSOCIAÇÕES NACIONAIS	84
6.2	A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE	85
6.3	POLÍTICA E REGIME DE INFORMAÇÃO	86
6.4	ICS NO AMBIENTE DO MICROSSISTEMA SOCIAL	89
6.5	DIMENSÃO SOCIOPOLÍTICA DA MEDIAÇÃO	91
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
7.1	ALGUMAS QUESTÕES PRELIMINARES SOBRE O NASF	93
7.2	O QUESTIONÁRIO E SUA APLICAÇÃO	95
7.2.1	O Analisador	99
7.2.2	Algumas Questões Complementares sobre o Questionário	101

7.3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	102
7.3.1	Redes de Apoio	103
7.3.2	Redes de Relações Formais, Informais e de Conhecidos	136
7.3.2.1	Rede de Relações Informais Institucionais e Externas a Instituição	149
7.3.2.2	Rede de Conhecidos	155
7.3.3	Lideranças e Adoção de Inovação	159
7.3.4	O Cuidado como Dom do Reconhecimento – Uma Inovação	163
7.3.4.1	O Estado da Política do Cuidado	164
7.3.4.2	Representações Sociais do Cuidado	169
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
9	REFERÊNCIAS	185
10	ANEXOS	199

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está fundada na interlocução entre dois campos de saberes e práticas: o campo da Ciência da Informação (CI), no qual se inscrevem as ações e os regimes de informação, e o campo da Saúde Coletiva relacionado à saúde como fenômeno social. O conceito de campo, adotado de Bourdieu, corresponde ao “universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência” (BOURDIEU, 2004, p. 21).

Abrange ainda, nesta abordagem, como interface de investigação os fluxos informacionais e comunicacionais presentes nas interações mediadas pela linguagem na prática dos serviços de atenção primária em saúde, entre os profissionais dessa área. São fundamentais, nesse processo, as relações sociais e as ações de informação nas quais o cuidado desempenha papel metafórico e de mediação das relações humanas no cotidiano institucionalizado da saúde.

A racionalidade comunicativa de um serviço se constitui de múltiplas razões que movem o agir comunicativo e os discursos dos sujeitos que, por sua vez, implicam a forma de circulação dos saberes atravessados pelo regime de informação institucional. Apreender a dialética entre saberes instituídos e instituintes e descrever os fenômenos complexos das relações sociocomunicacionais dos agentes do serviço primário de saúde, submetidos à nova Política de Atenção Básica em Saúde e às normas do Sistema Único de Saúde (SUS), permitirá identificar barreiras e favorecimentos à mediação de saberes – seus discursos – em relação às práticas de cuidado.

Como discurso, a promoção da saúde e o cuidado não correspondem ao que hegemonicamente se entende como linguagem da cientificidade e como prática contrariam certas formas de organização estatutária dentro das instituições, tais como a hierarquia disciplinar dos saberes¹. O movimento de institucionalização da política do cuidado em saúde é investigado aqui por meio de suas ações de informação e pela interação destas com os saberes circulantes nos serviços.

Uma agenda conjunta da Ciência da Informação e da Saúde Coletiva inscreve-se no intercampo da Informação e Comunicação em Saúde ou Informação e Informática em Saúde (IIS) como é mais conhecido na atualidade, segundo Moraes e González de Gómez (2007).

¹ A hierarquia disciplinar nos serviços, como tradicionalmente se estruturou, implica que o saber técnico-científico é superior ao saber tradicional em saúde que domina formas de cura imersas na cultura de uma determinada comunidade. (MARTINS, 2011)

Para as autoras o estatuto da IIS pode ser descrito assumindo-se o pressuposto da prevalência no intercampo de visão tecnicista-instrumental que não dá conta da complexidade do processo saúde/doença/cuidado (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007). Surge, portanto, o desafio de inovar ampliando o escopo da agenda de pesquisa do intercampo em direção a novas formas de se pensar estratégias emancipatórias capazes de articular ações de informação realizadas por atores sociais e ancoradas culturalmente com ações de informação de segundo grau que seriam formalizadas em serviços, sistemas e redes de informação (GONZÁLEZ DE GOMÉZ, 2012, p. 27).

Segundo González de Gómez (2012) o “labor informacional” ocupa o espaço de “entremeio” dos sistemas e das formas de vida e pode transformar a intermediação em mediação, na medida em que o trabalho profissional de informação fique associado aos participantes imediatos dos processos informacionais – no caso os profissionais e agentes da saúde em contato direto com os usuários do sistema de saúde – como *intercessores* ou portadores de “competências interacionais” (COLLINS, 2004 *apud* GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2012).

A presente pesquisa situa-se na área interdisciplinar, o intercampo da Informação e Comunicação em Saúde (ICS), conforme mencionado inicialmente, toma como pressupostos o paradigma social da informação e o cuidado como metáfora e mediador das relações em saúde. Os profissionais de saúde que integram o Programa de Saúde da Família (PSF) são a um só tempo objetivadores dos saberes científicos no processo de atenção à saúde da população e possíveis mediadores dos saberes e ações de informação que se forjam nas formas de vida de tal maneira que afetam e são afetados por seus interlocutores. O foco está colocado no nível secundário das ações de informação onde pode ser observado o “labor informacional” por meio dos fluxos infocomunicacionais entre os próprios profissionais. Reforça-se a ideia de que estes são coprodutores e mediadores mais do que intermediadores de informação, à medida que também são transformados por ações de informações no *agir comunicativo* e discursivo da prática cotidiana dos serviços de saúde. Por agir comunicativo entende-se o conceito de Habermas (1999, p. 366) para o agir – entre duas ou mais pessoas – orientado pelo entendimento em oposição ao agir estratégico, orientado pelo êxito nas interações, este último presente e majoritário nas relações profissionais de saúde e usuários do SUS.

A tese aqui desenvolvida se associa à perspectiva da *brecha* entre o conhecimento científico e a prática social, como apontado por Jariego (2010). A investigação científica, antes considerada como à parte do mundo da intervenção social, passa, mais recentemente, a

se preocupar em como transferir o conhecimento embasador dos programas para a ação social. Existem, por exemplo, programas de promoção e cuidado com a saúde elegendo os meios mais adequados de disseminação e mediação da informação, fornecendo treinamentos de profissionais e de futuros aplicadores dos programas, além de acompanhamento da execução de programas e de processos considerados como inovação social. Porém, a transferência de conhecimento científico aos profissionais, na medida em que haja o domínio da tecnologia, por si só não garante o êxito do programa (JARIEGO, 2010). A transferência da informação, de acordo com González de Gómez (1993), depende do “conjunto de ações sociais, (de) como os grupos e as instituições organizam e implementam a comunicação da informação através de processos seletivos que regulam sua geração, distribuição e uso”.

A presente pesquisa assume como premissa a afirmação de Jariego (2010) de que deve-se também colocar ênfase na utilização do conhecimento pela comunidade o que pode possibilitar a validação das ações de informação – dos programas e políticas de saúde – segundo os fatores contextuais e em face das disposições comunitárias locais e de seu grau de apropriação. A fim de se reparar a brecha existente entre os saberes científico e tradicionais há que se trabalhar no sentido da formação de esferas públicas que confirmem validade ecológica aos conhecimentos, atualizando-os nas práticas sociais. Esta tese aborda, portanto, a seguinte questão: como pode ser analisado o processo de intermediação/mediação entre o conhecimento científico e o saber que emerge do cotidiano, no que tange ao cuidado em saúde? Tendo em vista que este processo se dá pelas ações de informação formalizadas nos serviços, sistemas e redes de informação no âmbito das relações intersubjetivas.

Vislumbrar essa questão como sendo do alcance do intercampo da Informação e Comunicação em Saúde gerou o desejo de trabalhar para seu desenvolvimento, pesquisando o segmento do agir comunicativo e discursivo dos atores sociais desta intermediação/mediação das ações de informação sobre o cuidado e promoção da saúde. Esta pesquisa busca, assim, contribuir pela análise das redes infocomunicacionais dos agentes do cuidado nos serviços de saúde.

Para o campo da Ciência da Informação, este projeto encontra razão no paradigma social epistemológico da CI, no qual o estudo de campos cognitivos está em relação direta com comunidades discursivas (CAPURRO, 2003). Segundo este teórico, é objeto da CI o estudo das relações entre comunidades de usuários e determinados discursos, áreas de conhecimento e documentos conectados, integrando, desse modo, a perspectiva individualista e isolacionista do paradigma cognitivo dentro do contexto social no qual distintas comunidades desenvolvem seus critérios de seleção e relevância. No caso da disseminação

das informações científicas, “só tem sentido falar de um conhecimento como informativo em relação a um pressuposto conhecido e compartilhado com outros, com respeito ao qual a informação pode ter o caráter de ser nova e relevante para um grupo ou para um indivíduo” (CAPURRO, 2003). Assim, este trabalho procura contribuir com o desenvolvimento do paradigma social da CI e com a construção da ética na informação a partir de uma perspectiva comunicacional dialógica, de oferta de sentidos, seleção e compreensão pelos sujeitos.

A abordagem das ações de informação nos sistemas instituídos – no caso, o Sistema Único de Saúde – e no movimento dialético entre instituído e instituinte se direciona para a compreensão da interação comunicativa dos sujeito e da construção partilhada de novos saberes nas redes de troca e de fluxos infocomunicacionais onde os conhecimentos científicos e os saberes populares circulam.

2 OBJETIVOS

Os objetivos emancipatórios da promoção da saúde e do cuidado, inspirados em Paulo Freire, são dependentes em parte do sentido dado às interações comunicacionais, às ações informacionais e à circulação dos saberes no campo das práticas da saúde coletiva. A respeito das relações entre os profissionais na prática do cuidado, encontra-se no texto da nova Política de Atenção Básica:

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, 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. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais, para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012,p.22).

A atual organização da Atenção Básica de Saúde está estruturada em equipes de profissionais de saúde generalistas – médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes comunitários e outros auxiliares – organizados no programa Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada do sistema. As equipes contam com o apoio de profissionais especializados em diferentes áreas, lotados em centros de saúde e/ou Núcleos de Apoio ao Estratégia Saúde da Família (NASF).

A relevância do NASF encontra-se em seu papel de matriciador da ESF localizada na periferia do sistema. É função do NASF o matriciamento em forma de articulação do nível primário com o nível secundário ou terciário da saúde, estes mais ao centro do sistema. Cabe aos profissionais do NASF auxiliar no encaminhamento dos usuários para serviços mais especializados, sempre em comum acordo com os profissionais das equipes da ESF. Assim, existe o matriciamento junto aos profissionais que pode se dar por meio de consultas compartilhadas – coprodução – ou por educação continuada. Embora, esteja descrita como possibilidade de ação para o NASF – atualmente formado pela escolha de cinco a oito profissionais entre treze especialidades de nível superior – atuar no atendimento direto dos usuários referidos pelos profissionais da ESF, este não é seu principal papel.

A presente pesquisa se insere no intercampo da Informação e Comunicação em Saúde, no contexto microssocial das relações de comunicação e de trocas informacionais e no contexto cognitivo específico, em que “produzir conhecimento” e “resolver problemas sociais”, ou de outra natureza que afete a vida social são indissociáveis. Este estudo nasce da suposição de que existem barreiras às ações de informação sobre o cuidado como metáfora e

mediador, no microambiente de trabalho das unidades do programa Estratégia Saúde da Família (ESF)² e dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).³ As ações de informação na prática discursiva dos profissionais não parecem comunicar nem traduzir em sentidos assimiláveis pelos usuários – como metáforas de linguagem, conforme sugerido por González de Gómez (2004) – os conhecimentos, que cientificamente, embasam o cuidado em saúde, nos termos da nova Política Nacional de Atenção Básica, mobilizando-os entre a instituição e o espaço social. Igualmente, não é usual profissionais de saúde que buscam reconhecer os saberes e práticas de cuidado presentes na cultura dos usuários.

Os pressupostos que embasam esta pesquisa são:

- a) O entendimento do referencial de saúde como conceito ampliado, que inclui os determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde e doença;
- b) os “dispositivos de solidariedade e de construção em rede, no cruzamento com o conceito de integralidade” (MOREIRA, 2009, p. 303), para se discutir o cuidado;
- c) a noção de informação como não coisificável e isolada – como um objeto – mas, informação como ação, como movimento que “se dá no humano que transita de um ‘estado’ ou de uma ‘base’ de conhecimento a outro estado ou base de conhecimentos” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 1999, p. 78);
- d) o entendimento das interações entre os profissionais situados na periferia do sistema de saúde como sujeitas a tensões provocadas pelo confronto entre padrões comunicacionais. De um lado, o agir instrumental acionado pelo sistema de saúde no movimento instituinte da política do cuidado em saúde; e do outro, o agir estratégico que resulta do regime de informação pressionando os sujeitos para o êxito da produtividade;
- e) o entendimento da modelagem informacional exercida sobre os profissionais pela instituição como baseada no agir instrumental, com políticas e modos de funcionamento, muitas vezes contraditórios, e também, prescritos pelo regime de informação vigente na sociedade atual;
- f) o entendimento de que os padrões de circulação de conhecimento nas redes infocomunicacionais são capazes de descrever os constrangimentos às ações informacionais de sujeitos e coletividades;

² Na nova Política de Atenção Básica, o Programa Saúde da Família (PSF) passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) em clara demonstração da centralidade que ganhou o antigo programa na reformulação da política.

³ Também existem centros policlínicos que desempenham papel similar de matriciamento de unidades de ESF.

- g) o entendimento sobre as redes serem conformadas, também, por relações que envolvem escolhas individuais e subjetivas de seus atores, que reflexivamente atuam sobre as estruturas, transformando-as e conferindo-lhes dinamismo e plasticidade;
- h) o entendimento de que as interações medidas pelo cuidado reconhecedor da alteridade e organizadas em rede, podem funcionar como esfera pública produtiva (LIMA; ROMAN; MOREIRA; DITTRICH, 2009) na discussão sobre a saúde.

A hipótese formulada para a presente pesquisa é: é possível identificar lideranças para a implementação da política do cuidado – indivíduos e/ou grupo – entre os profissionais de saúde nas redes infocomunicacionais naqueles cujas ações de informação não são intensamente constrangidas pelas redes e/ou naqueles que mediam as ações de informação dos outros profissionais pelos fluxos infocomunicacionais. As ações de informação dessas lideranças devem ser afins aos pressupostos da nova Política Nacional de Atenção Básica e devem representar o cuidado como ação de reconhecimento do outro. Neste contexto, o outro é o usuário do SUS para os quais as lideranças agem pela escuta, acolhimento ou por outros procedimentos dialógicos que lhe proporcionem visão integral do sujeito, com compreensão de suas necessidades de saúde.

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar as ações de informação dos profissionais de saúde de um segmento da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, pela análise das interações e dos fluxos infocomunicacionais que se estabelecem entre eles, fundamentada pela Análise de Redes Sociais e orientada para o cuidado em saúde, identificando os elos estratégicos e os diferentes níveis de barreiras à comunicação e a produção coletiva de saberes em saúde.

Busca contribuir com a compreensão das ações informacionais envolvidas na construção de espaços dialógicos que possam rearticular o saber científico e o saber comum, aproximando a informação científica à cultura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Padrões Interacionais

Identificar como os padrões interacionais das redes infocomunicacionais dos profissionais de saúde, no ambiente de mediação sistema de saúde/mundo da vida,⁴ afetam o movimento instituinte da política do cuidado em saúde tendo como base a análise institucional.

2.2.2 Lideranças Individuais

Identificar as lideranças individuais, suas racionalidades e posições, bem como os subgrupos das rede sociais implicados com o cuidado como dom do reconhecimento.

⁴ O *Mundo da Vida* de Habermas pode ser definido como o ambiente das ações informacionais onde se dá a “reprodução simbólica” da linguagem, e [onde] são elaboradas as trocas com utilização da linguagem ordinária (LIMA; ZATTAR; MAIA; 2013, p.2).

3 METODOLOGIA

Na busca por indicações bibliográficas da área interdisciplinar da Ciência da Informação com a Saúde Coletiva, buscou-se recuperar nas bases do portal de periódicos da Capes, termos próprios da Ciência da Informação como *ações de informação*, *informação científica* e *informação em Saúde*. Este procedimento levou a pequeno número de artigos recuperados. No entanto, a recuperação de artigos mostrou-se bem mais apreciável quando cruzados os termos *comunicação* e *saúde*, pois, o termo *comunicação* encontra no campo da saúde coletiva sentido semelhante, no tocante à função das ações de informação sobre público-alvo. Teixeira define assim comunicação em saúde: “Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (TEIXEIRA, 2004, p.615).

A exclusão da adjetivação *científica* ao termo *comunicação* na saúde coletiva parece refletir mais a característica de informalidade que se busca dar a linguagem empregada para alcançar os usuários dos serviços de saúde do que a ausência de conteúdo científico das comunicações. Isto é, a comunicação em saúde reflete, principalmente, aspectos relacionados com a divulgação científica da Ciência da Informação e, por outro lado, a informação, não necessariamente científica, pois se trata de termo incomum no campo da Saúde Coletiva quando considerada sua socialização.

Ainda no campo da saúde, o termo *educação em saúde* muitas vezes aparece associado à *comunicação em saúde*, não por coincidências de significados, mas por apresentarem sinergias importantes. A comunicação em saúde, entendida como disseminação de conhecimento e de processos de socialização das informações capazes de diminuir a incerteza nas mensagens de saúde, é constituída no âmbito da promoção da saúde como processo social e educativo, além de informativo, de grande potencial de colaboração com as práticas educacionais de saúde (FREIRE; VILAR, 2006). Os artigos, assim recuperados, permitiram uma contextualização do campo da informação e comunicação na saúde coletiva e constituíram parte da bibliografia estudada.

Para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa buscou-se elaborar um projeto metodológico quali-quantitativo associando a metodologia da Análise de Redes Sociais (ARS) à Análise Institucional. Pela ARS, é possível descrever as redes sociais dos profissionais de saúde de segmento do serviço de atenção básica de saúde e os fluxos

infocomunicacionais que circulam nas redes. Ainda se pode evidenciar os padrões de interação nas redes e o constrangimento dos sujeitos e grupos que sua estrutura gera, bloqueando ou facilitando as ações de informação. A posição dos atores e os papéis que exercem nas redes permitem correlações com as representações sociais de cuidado dos profissionais, formação disciplinar, tempo de Atenção Básica e ocupação.

As contribuições aportadas pela Análise Institucional para a presente pesquisa estão inseridas nas discussões da transversalidade (formal x informal), dos grupos sujeito/sujeitados, do movimento instituinte pelo cuidado como metáfora e mediação e na discussão do analisador.

a. ANÁLISE INSTITUCIONAL

Para Remi Hess e Antoine Savoye (1993) a Análise Institucional (AI) tem por fim a compreensão de uma realidade social, e origem nas práticas e enunciados de seus atores. Segundo L'Abatte (2003) constitui-se de arcabouço conceitual e instrumental para transformação das instituições por meio das práticas e discursos dos seus sujeitos, considerando as dimensões da pesquisa, da intervenção e da formação dos profissionais. A análise Institucional tem sua origem na sociedade francesa dos anos 40 e 50, de um lado dentro do institucionalismo francês, deve-se considerar a “análise institucional” e a “socioanálise”, de tradição dialética, originadas, sobretudo, das obras de René Lourau e Georges Lapassade e, de outro, a “esquizoanálise”, inspirada na filosofia da diferença, relacionada a Félix Guattari e Gilles Deleuze (L'ABATTE, 2003). Os principais conceitos presentes na Análise Institucional são: *instituição*, *transversalidade*, *analisador*, *implicação*, *demanda* e *controle*. Idealmente a análise é feita coletivamente e de forma situada, pelos próprios atores, com ou sem ajuda externa. A esta ação se chama *socioanálise* (L'ABATTE, 2003). A socioanálise demonstra ser recurso útil na ação e intervenção no interior de instituições da área da saúde coletiva auxiliando no olhar sobre os processos microssociais e micropolíticos, a partir de grupos de profissionais ou usuários (LOURAU, 1975 e 1993; HESS; SAVOYE, 1993; L'ABATTE, 2003).

L'Abatte (2013) destaca a relevância da utilização, nos trabalhos acadêmicos de Saúde Coletiva que referenciam a Análise Institucional, do conceito de instituição em seus três momentos (instituído/instituinte/institucionalização), a percepção da transversalidade, a elucidação dos analisadores e o conceito de implicação, principalmente para aqueles que

estudam um campo do qual fazem parte, alcançando maior clareza das suas possibilidades ou impossibilidades de atuar e intervir.

Os trabalhos desenvolvidos na Saúde Coletiva, em geral, apontam para a necessidade de transformação das práticas cotidianas dos profissionais de saúde nos serviços, sem o qual, não se poderá garantir o acesso à qualidade e resolutividade das necessidades de saúde da população. Os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social precisam ser internalizados para se construir a intersubjetividade entre os envolvidos na produção de saúde (L'ABATTE, 2013).

Apesar das diferenças de aportes teóricos que fundamentam estes estudos de socioanálise na Saúde Coletiva, todos assinalam possibilidades para processos de intervenção. O objetivo das intervenções, no interior das organizações de saúde, é transformá-las em *espaços menos burocratizados, não produtores/reprodutores de indivíduos passivos e submissos*. As intervenções se dão pelas perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia e devem ser respeitadas e até promovidas, desde que tais processos estejam, eles mesmos, postos “em análise” (L'ABATTE, 2003).

Os principais conceitos utilizados na Saúde Coletiva, somados a outros ainda pouco explorados, como grupo sujeito e sujeitado, serão apresentados de forma sumária a seguir, fundamentados em Luz (1986), Guattari e Rolnik (1985, 1996), Lourau (1975, 1993, 2004) e L'Abatte (2003, 2013):

- Instituição

Instituição, é considerada nesta pesquisa, conforme definição de Luz (1986), “um conjunto articulado de *saberes* (ideologias) e *práticas* (formas de intervenção normatizadoras na vida dos diferentes grupos e classes sociais)”. Toda instituição tem três momentos que se relacionam dialeticamente: o momento da universalidade, ou do instituído; o momento da particularidade ou do instituinte; e o momento da singularidade ou da institucionalização (L'ABATTE, 2003).

- Instituinte

A Análise Institucional (AI) trabalha com o conceito de grupo instituinte, ou seja, grupo capaz de rever e produzir novas formas de organização. Em essência, lidam com barreiras para acreditação de seu saber. Estão privados em parte dos recursos para efetivar as transformações que julgam necessárias (L'ABATTE, 2013).

- Analisador

Analisador é qualquer acontecimento, que, devido a certas circunstâncias, torna-se revelador de aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização, ou até numa sociedade (LOURAU, 2004).

- Grupo Sujeito/ Grupo Sujeitado

Conceito desenvolvido por Félix Guattari na psicoterapia institucional, cujas instituições em pauta eram o hospital e a instituição *tratamento e cura* dos considerados doentes mentais. Havia a necessidade de atuar concretamente nos estabelecimentos/organizações onde o processo de tratamento/cura se dava para transformar os objetos/sujeitos deste processo.

Os grupos sujeitos opõem-se aos grupos sujeitados. Tal oposição implica uma referência micropolítica: o grupo sujeito tem por vocação gerir, na medida do possível, sua relação com as determinações externas e com sua própria lei interna. O grupo sujeitado, ao contrário, tende a ser manipulado por todas as determinações externas e a ser dominado por sua própria lei interna (GUATTARI; ROLNIK, 1985).

- Transversalidade

A transversalidade existe em oposição a uma verticalidade – encontrada “nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal composta por chefes, subchefes etc.” (GUATTARI, 1985, p. 95) – representando o **nível formal** que em geral se opõe a horizontalidade – “como a existente no pátio do hospital, no pavilhão dos agitados, melhor ainda no dos caducos, onde as coisas e as pessoas se ajeitam como podem” (GUATTARI, 1985, p. 95). Poder-se-ia acrescentar, nos serviços, na sala do cafezinho, nos corredores e mesmo nas reuniões sociais fora do serviço, correspondendo ao **nível informal**.

Para Guattari, “a transversalidade pretende superar os dois impasses: o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela se realiza quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. Enfim, “é o próprio objeto de busca de um grupo sujeito.” (GUATTARI, 1985, p. 96).

Em um grupo, quanto mais os vários pertencimentos/vínculos das pessoas à instituições, que não estão em análise, puderem ser publicitados e discutidos, mais aquele grupo será um grupo sujeito, no sentido de que sua prática de atuar será de acordo com o seu próprio desejo, de suas próprias regras, sempre em discussão e de poder encarar sua própria finitude. Para Lourau (1975, p. 270) na prática do grupo sujeito, a transversalidade é o fundamento da ação instituinte dos grupamentos (L’ABBATE, 2013).

- Implicação

Este conceito foi desenvolvido para dar conta do duplo papel de ser e atuar. Como ser pesquisador e atuar intervindo com a própria pesquisa (Pesquisa-Ação). Apesar de exigir cuidados, a multiplicidade de papéis não atrapalha a execução de uma tarefa, mas, ao contrário, a enriquece (L'ABATTE, 2013).

A seguir, como recomendado pelos teóricos da Análise Institucional, são apresentadas as implicações da autora da tese, uma vez que pertence à área investigada, isto é, uma nativa do campo da saúde.

3.1.1 Implicações do duplo papel do pesquisador

A Análise Institucional desenvolveu o conceito de implicação para dar conta do duplo papel de ser e atuar. Embora prescindia de cuidados como anteriormente mencionado. Esta seção inclui esta autora como pesquisadora implicada. Por um lado, com a prática da pesquisa de campo, desde a coleta de dados até a devolução dos resultados das análises para o grupo de profissionais. Por outro lado, com toda gama de conflitos no âmbito da micropolítica e da intervenção que o ato da pesquisa provocou no grupo e nesta autora, a qual, por sua vez se coloca como pessoa atravessada por saberes médicos de diferentes racionalidades: biomédica, homeopática e chinesa; pela formação em Saúde Coletiva que ampliou a perspectiva social e política da saúde; e, mais recentemente, pela Ciência da Informação ressignificando e expandindo a compreensão do que seja a racionalidade comunicativa e os processos de circulação e troca de informações. Portanto, declara-se que não há neutralidade nas interpretações dos dados coletados, uma vez que esta pesquisadora encontra-se atravessada por essas instituições, suas racionalidades e enunciações.

O propósito desta explicitação é permitir que a interlocução com o outro e com o coletivo tanto na devolução quanto em possíveis discussões futuras, seja pautada pelo reconhecimento do outro em todas suas dimensões, no âmbito da ciência, da prática, da política e das relações cotidianas. A reflexão do papel de mediação locucionária que desempenhada pelo conjunto dos trabalhadores que atuam na ponta do sistema de saúde básica, isto é, entre a instituição de saúde e a população de usuários contribui, pela prática da transversalidade, com a diminuição da verticalização dos saberes, consequentemente, da brecha entre conhecimento científico e popular, e com a formação de grupos sujeitos fundamentados na transversalidade para a ação instituinte. A seção seguinte aprofunda as noções sobre a Análise de Redes Sociais, seus paradigmas, conceitos e medidas.

3.2 A ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

Segundo Varanda (2000), a análise de redes sociais (ARS) é frequentemente mencionada como um novo paradigma das ciências sociais, que busca detectar os padrões de interações sociais existentes na rede. Sugere que a inovação trazida pela ARS está na capacidade de fazer emergir os atributos dos grupos e comunidades mais do que os atributos individuais dos atores sociais. A autora se ocupa de esclarecer o conceito de redes para a ARS, dado que é encontrado disseminado em diferentes áreas com outras acepções – têxtil, biologia, engenharia, serviços, gestão urbana, matemática, informática, entre outros – sugerindo ser um conceito polissêmico.

Para a autora, a perspectiva da ARS vê a realidade social como uma estrutura de relações entre entidades interdependentes, onde as relações são as unidades de análise principal – amizade, aconselhamento, comunicação, influência, autoridade – , sendo o conjunto dessas relações a rede social e o sistema social formado de redes de redes (VARANDA, 2000, p. 4). São objetos de observação da ARS, a estrutura das redes com seus padrões de interação, o modo como a estrutura social criada constrange a ação individual e coletiva e também a natureza dinâmica das relações estruturais e como este dinamismo é capaz de gerar transformações intencionais ou não na própria rede.

Contatos preliminares com a Análise de Redes Sociais (ARS) na disciplina de *Informação, Comunicação e Redes Sociais na Saúde* permitiram a percepção da adequação do uso da ARS para o estudo das redes sociocomunicacionais. Além da disciplina, a participação em seminário, oficinas e curso de ARS permitiram maior aproximação com os aspectos teórico-conceituais, de ordem prático-metodológica e tecnológica – uma vez que na aplicação da ARS são utilizados programas informacionais e no caso da atual pesquisa, a opção foi pelo programa UCINET, na sua versão completa.

O foco da ARS, segundo Varanda (2000, 2007), está em conhecer a estrutura, os padrões das relações, descrever as redes e os efeitos das relações nas redes mesmas, e na estrutura da sociedade em geral. Ainda, para a autora, a ARS constitui a terceira via entre o determinismo e o individualismo, passível de demonstrar a maior e a menor margem de manobra dos atores e o quanto a rede na qual estão inseridos os constrange ou os potencializa.

A ARS pode ser considerada como método criativo de investigação e integração entre ciências sociais e da saúde, mais especificamente no âmbito da saúde coletiva, uma vez que possibilita e harmoniza os aspectos qualitativo e quantitativo da pesquisa. A ARS assume que os fenômenos sociais tem como base a *relação* entre atores, havendo necessidade de

caracterizá-la e medi-la diretamente. Partindo da definição de rede como um conjunto de laços ou relações de uma mesma natureza entre pares de atores, diz-se que seus nós (ou atores) podem ser pessoas, organizações, livros, roteadores de internet ou qualquer outra coisa. Os laços podem ser relações sociais, de comunicação, de ação, de aconselhamento, de trocas comerciais etc. (VARANDA, 2000).

Para Jariego (2003), a ARS é uma ferramenta de observação sistemática centrada no reconhecimento de padrões de interação social que permite a quantificação e qualificação, bem como a teorização das propriedades da rede pelo estudo das relações entre os atores, e secundariamente, dos atributos dos nós. Tal abordagem justifica-se uma vez que os fenômenos sociais não podem ser limitados às características dos atores e na análise de rede vê-se emergir efeitos diretos das interligações das partes.

Pode-se relacionar as raízes da ARS a sociometria de Jacob L. Moreno, de 1934,⁵ seguida pelo desenvolvimento da teoria de Grafos, de programas informacionais de análise estatística de base matricial e de potentes programas de representação gráfica e de visualizações, bem como pela convergência de desenvolvimentos teóricos de diferentes disciplinas nas ciências sociais (VARANDA, 2000; JARIEGO, 2003). A sociometria originou, na Ciência da Informação, as análises bibliométricas ou informétricas, e cientométricas, metodologia muito empregada na área e que proporcionou, inclusive, traçados de sociogramas entre comunidades de pesquisadores, em análises de produtividade e citação.

O padrão de interação social em que um ator está inserido pode ter consequências diversas como por exemplo: inovação, apoio social, informação, estresse, contágio de doenças, entre outros. Já o padrão em que um coletivo se insere tem efeito sobre a dinâmica do coletivo e pode levar à difusão de inovações, cooperação, criatividade, conflito etc.

Outro tipo de rede pode ser explorada, é a rede egocêntrica, subconjunto de relações de um nó específico (“ego”) em uma rede sociocêntrica ou não – em uma oficina de trabalho poder-se-ia comparar as egoredes de dois trabalhadores (JARIEGO, 2012). Uma rede egocêntrica é uma rede intersubjetiva dos contatos de um ego investigado e pode ser traçada a partir das relações desenvolvidas por um determinado ator, podendo se recorrer a entrevistas ou mesmo a dados documentais para construí-las.

Três importantes processos podem ser observados nas redes: reciprocidade, transitividade e homofilia. A reciprocidade diz respeito à existência de laços bilaterais, como a reciprocidade de apoio entre dois atores. Relaciona-se à autonomia/autoajuda, ajudar uns

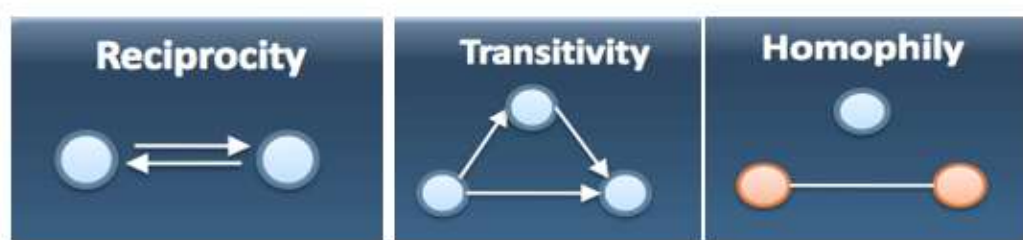
⁵ O seu livro *Who Shall Survive?*, de 1934, contém algumas das primeiras representações gráficas de redes sociais.

aos outros na criação de poder de emancipar-se, assumindo o controle do entorno e a capacidade de mudá-lo (Figura 1).

A transitividade indica a afinidade que se estabelece entre três atores, no mínimo, devido a intermediação que um faz para o estabelecimento da relação entre os outros dois – de modo que os amigos de meu amigo também são meus amigos. Esse processo se associa a noção de *clustering*⁶ e de triângulos fechados. Processos de reciprocidade podem evoluir – quando observados em estudo longitudinal – elevando o grau de transitividade da rede (Figura 1).

Por homofilia entende-se o processo que relaciona atores por semelhança de seus atributos. Essa tendência à aproximação pode se dar por seleção ou contágio/influência. Na primeira situação, escolhe-se relacionar com alguém com as mesmas características e quando se desenvolve uma característica por influência de outro com quem passa a se relacionar, trata-se de um processo de homofilia de contágio (Figura 1).

Figura 1 - Reciprocidade, Transitividade e Homofilia



Fonte – Jariego (2003)

De acordo com Granovetter (1973) a noção intuitiva de “força” das relações interpessoais pode ser satisfeita – para efeito de sua pesquisa sobre as relações no âmbito microsocial influenciarem o ambiente macrossocial e deste retornarem ao micro – pela seguinte definição: a força de um laço é a combinação (provavelmente linear) da quantidade de tempo, de intensidade emocional, de intimidade (confiança mútua) e de serviço recíprocos. Sendo cada uma dessas características, independente das outras, a adjetivação dos laços em ausentes, fracos ou fortes e seria consequência da presença e intensidade com que elas se colocam nas relações em determinado ambiente social.

Para Granovetter (1973), a medida de intensidade do vínculo entre dois atores quaisquer (A e B), que se encontram em um ambiente social definido (o set = S) – onde S é o conjunto de todas as pessoas que têm laços com um ou ambos deles ($S = C, D, E, \dots$) – é dada

⁶ *Clustering* pode ser entendido como um agrupamento de atores segundo afinidades específicas.

pelo grau de sobreposição de díades entre A e B (AC, BC, AD, BD ... AF, BF). Significa dizer que a hipótese que permite relacionar os laços diádicos as grandes estruturas é: quanto mais forte são os laços entre A e B, maior será a proporção de indivíduos em S aos quais ambos estarão conectados, seja por laços fortes ou fracos. É previsível que a sobreposição no círculo de amizades seja menor quando o laço é ausente – ou quando A e B apenas sabem o nome um do outro – seja maior quando o laço é forte e intermediária quando o laço é fraco. As relações de confiança estão, portanto, representadas nas díades que reúnem maior número de sobreposição de conexões. Pelos laços de confiança, as pessoas se comunicam sobre temas de natureza pessoal e dificuldades relacionadas à dinâmica do serviço, estando mais propício a acontecer em ambiente informal, ou seja, em encontros não organizados pela gestão, como os que acontecem no momento do cafezinho, nas pausas da atividade de rotina etc.

Pode-se dizer que a ARS traduz empiricamente conceitos das ciências sociais, tais como: coesão, poder e reciprocidade. As redes sociocêntricas também podem ser estudadas em multiníveis, como no caso de organizações complexas que apresentam múltiplos agrupamentos interconectados permitindo análises no macro e no microambiente formado. Propriedades do sistema como grau de integração da rede e a intensidade de seus laços são dados que emergem do sistema e fazem parte de enfoque não tradicional possibilitado pela Análise de Redes Sociais. Cabe observar que na ARS a visualização da rede construída é mais que mera ilustração, pois, permite apreender a estrutura relacional peculiar da qual são extraídas hipóteses que podem se confirmar por outros indicadores. Segundo Jariego (2003), empregar a análise de redes sociais como metodologia inova ao se fazer uma análise estrutural não determinista que aplica rigor e sistematização ao estudo das *relações sociais* pelo uso de diferentes indicadores e medidas da estrutura relacional como as apontadas a seguir:

Medidas da Estrutura Relacional

1- Indicadores de Centralidade

- Indicadores genéricos da rede
 - Densidade
 - Centralização
- Dos atores individuais
 - Centralidade de grau
 - Centralidade de intermediação
 - Centralidade de proximidade
 - Centralidade de informação
 - Centralidade de fluxo

2- Análise de subgrupos ou agrupamentos coesos, algumas medidas

- Cliques
- N-cliques

Todas essas medidas são fruto de análise quantitativa e processadas por sistemas informacionais suportam análises qualitativa das redes sociais, com um número elevado de atores e relações, fazendo emergir atributos do coletivo, como os padrões estruturais e relacionais. Não se pode perder de vista que a informação é um recurso trocado na rede e a pesquisa coloca questões que não poderiam ser respondidas por outro modelo de investigação como a interrogação sobre quais atores e grupos profissionais participam de discussões quanto às necessidades de saúde dos usuários – nos diferentes matizes abordados – ou quais têm acesso àqueles profissionais – portanto, às fontes – da compreensão do cuidado como reconhecimento e mediação.

Para Haythornthwaite (2009), os padrões de conectividade revelados por quem transfere que tipo de informação para quem, são ambos formados e reforçados pelo conhecimento existente no outro. Juntos, os laços formados por transferência de informações entre os atores constroem: redes com rotas ao longo das quais viajam informações; pontes que levam informação de um círculo social para outro, e becos sem saída, onde a informação circula repetidamente entre o mesmo conjunto de atores. A autora, a respeito da formação da rede informacional, comenta:

Information exchange, transfer and flow can often depend on the motivations of individuals who share that information. This in turn depends on the relationships they maintain with others, and the networks of information sharing resulting from their interconnections (HAYTHORNTHWAITE, 2009, p. 1).

Troca, transferência e fluxo de informações pode, frequentemente, depender das motivações dos indivíduos que compartilham esta informação. Isto por sua vez, depende das relações que eles mantêm uns com os outros, e das redes de compartilhamento de informações resultantes de suas interconexões (HAYTHORNTHWAITE, 2009, p.1) tradução nossa.

As relações e vínculos sociais entre as pessoas estão, intimamente, associados ao estudo das ações de informação propagada de relação em relação, transformando quem delas participa, por fluxos denominados infocomunicacionais.

3.2.1 As Redes na Saúde e Medicina

As pesquisas dos fenômenos de redes na saúde e medicina, conforme Smith e Christakis (2008), vêm ganhando relevância, especialmente, para a sociologia da saúde e médica. Pela revisão dos achados mais proeminentes na literatura sobre redes sociais na sociologia e sobre os determinantes sociais da doença de modo mais geral, o foco, destes pesquisadores centrou-se, mais estreitamente, no papel das redes sociais na determinação da saúde. O estudo apontou que as pesquisas na área de redes sociais e saúde se iniciaram nos anos 70 e, apesar do destaque de sociólogos no estudo das redes sociais no mesmo período, a maioria das aplicações da abordagem de redes sociais para estudar a saúde foi, até recentemente, conduzida por pesquisadores de saúde pública. Apenas nos anos recentes, os sociólogos começaram a se envolver de forma crescente, e conjuntos de dados, métodos e *softwares* úteis para estudar as influências da rede de saúde estão mais disponíveis (SMITH; CHRISTAKIS, 2008). Segundo Berkman e Glass (2000, *apud* SMITH; CHRISTAKIS, 2008), as redes sociais afetam a saúde por variados mecanismos, incluindo: a prestação de apoio social (ambos percebida e real); influência social (por exemplo, normas, controle social); engajamento social; contatos pessoa-a-pessoa (por exemplo, exposição a patógeno, fumante passivo); acesso a recursos (por exemplo, dinheiro, empregos, informação).

Trabalhos iniciais, segundo os autores, começam a especificar mecanismos biológicos pelos quais o apoio social que flui por meio de laços das redes sociais podem afetar a morbidade e mortalidade. O crescente envolvimento dos sociólogos no estudo dos efeitos das redes sociais na saúde é, assim, um desenvolvimento bem-vindo, uma vez que, a perspectiva sociológica oferece um ponto de vista particularmente forte para a elucidação de como a informação influencia e é difundida, como as redes funcionam em geral, e como as redes sociais afetam a saúde especificamente (SMITH; CHRISTAKIS, 2008). Por fim, os autores compartilham a ideia de que a existência de redes sociais significa que a saúde das pessoas é interdependente e interconectada, pois a saúde e o cuidado da saúde podem transcender ao indivíduo, de maneira que o adoecimento, as deficiências, os comportamentos saudáveis, o uso de cuidados de saúde e a morte de uma pessoa estão associados aos resultados semelhantes em inúmeras outras às quais aquela pessoa está conectada, e esta pode ser uma forma de transmissão não biológica.

3.2.2 Os Dados para Construção das Redes

As redes descritas na presente pesquisa derivam de grupos de dados diferentes que constam do questionário (Anexo A).⁷ O primeiro grupo se refere a citações das pessoas com as quais o respondedor se relaciona a fim de obter ou dar apoio, com o recurso único da memória. O segundo grupo resulta das informações sobre acesso em relações de natureza formal e informal. Os dados da construção das redes são, portanto, as relações entre as pessoas e as características dos laços representarão as diferentes redes. Descrever uma rede é revelar um padrão de relacionamento e para cada padrão as posições das pessoas. Como exemplo pode-se citar que a posição de uma pessoa em uma rede amizade, pode ser bem diferente da posição ocupada por esta mesma pessoa em uma rede no seu local de trabalho. Na rede de amigos, ela pode ser central e ter muitas ligações enquanto que na rede profissional ocupa cargo de atendimento aos clientes externos se relacionando pouco com os colegas da empresa e sua posição na rede é periférica.

Para analisar as redes sociais são levantados os dados do elo relacional, isto é, da comunicação entre as pessoas da qual resulta fluxo informacional. Sendo uma equipe multidisciplinar, com profissionais de níveis educacionais e áreas de atuação distintos e experiências próprias de vida e cultura estabelecem relações de trocas de informação e produção de conhecimentos tácitos, explicitados no agir comunicativo e em discursos presentes no cotidiano do trabalho em equipe.

É esperado que as trocas comunicacionais entre os profissionais, referentes ao tema do cuidado, aconteçam tanto em ambientes formais propiciados pela gestão dos serviços como reuniões e processos de aperfeiçoamento, quanto em encontros informais entre colegas de trabalho. Ainda que o ambiente pesquisado esteja inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011)⁸ e seja meta do programa transformar a necessidade e satisfação do usuário em objetivo a ser alcançado pela efetiva mudança do modelo de atenção orientando o desenvolvimento dos trabalhadores e os serviços, mesmo nestas condições, é possível e, mesmo provável, que a lógica da satisfação e o bem-estar dos usuários não se encontre disseminada e nem seja objeto de discussões.

⁷ O questionário se encontra no Anexo A, porém, foi suprimido da *tabela de reconhecimento dos participantes* a coluna de nomes.

⁸ Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pmaq> > Acesso em: 10 out de 2013.

Ainda que a visão trazida pelas redes de relacionamentos seja superficial, a descrição dos padrões de relacionamento dos profissionais pode apontar de forma direcionada mudanças necessárias dos serviços no sentido de integrar, cada vez mais, os usuários nas reflexões e discussões sobre o cuidado, a saúde e o adoecimento.

3.2.3 Instrumentos Metodológicos da Análise de Redes Sociais

Os principais instrumentos metodológicos da Análise de Redes Sociais são: matrizes, visualizações de redes e medidas. A seguir se descreverá estas ferramentas de forma resumida.

3.2.3.1 Matrizes

No ambiente do programa UCINET 6 foram criadas matrizes de dados do tipo quadrada, isto é, linhas e colunas com os mesmos elementos. Assim, os profissionais do segmento estudado conformaram, depois de codificados, as linhas e colunas das matrizes como pode ser visto no recorte da matriz apresentado na Figura 2.

O número de linhas (*row*) da matriz encontra-se à direita da janela do programa e representa o número de profissionais que integram o estudo, ou seja, 150 atores – devido ao tamanho da matriz neste recorte só aparecem 16 linhas. As colunas (*columns*) nomeadas por letras (pode-se numerá-las igual às linhas) aparecem na parte superior da janela. Os códigos que identificam os profissionais de saúde são observados na coluna “A” e na linha “1” de forma simétrica, o que caracteriza uma matriz quadrada.

Os dados começam a aparecer na célula B2 da tabela, e o zero que a preenche significa que não se considera a relação do profissional 1002/051 com ele mesmo. A célula C2 preenchida com “1” corresponde à existência de relação entre o profissional 1003/051 com o profissional 1004/007.

B	C	D
ocupação	clínica	unidade
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000
200	1,000	10,000

As matrizes de atributos podem ser resumidas em duas: atributos de *nível de graduação/idade/sexo/ocupação/tempo de Atenção Básica/tempo de ocupação* e atributos de *ocupação/clínica/equipe ou unidade*. Todas elas estão parcialmente apresentadas no Anexo A⁹.

Na matriz de atributos supracitada, o nível de graduação foi dividido em seis: ‘0’ refere-se àqueles que não responderam à esta questão do questionário; ‘1’ aos que estudaram até a educação básica completa; ‘2’ àqueles que estudaram até o ensino médio ou técnico completo; ‘3’ aos que cursam ou já concluíram o 3º grau; ‘4’ aos que estão cursando a pós-graduação, mas ainda não finalizaram; e ‘5’ aos que já terminaram alguma pós-graduação.

O atributo de ocupação se refere à área de formação disciplinar dos sujeitos e cada área está discriminada por código numérico na matriz¹⁰ como se segue: (1) agente de combate a endemias/ACE; (2) agente comunitário de saúde/ACS; (3) agente administrativo/ADM; (4) agente de saúde bucal/ASB; (5) assistente social/ASS; (6) auxiliar de enfermagem/AXE; (7)

⁹ No Anexo A encontra-se a recuperação de uma tela que apenas cobre parcialmente a imagem das matrizes.

¹⁰ No questionário a legenda das ocupações apresentava código de abreviação.

cirurgião dentista/CRD; (8) professor de educação física/EDF; (9) enfermeiro/ENF; (10) farmacêutico /FAR; (11) fonoaudiólogo/FON; (12) fisioterapeuta/FIS; (13) gestor/GST; (14, 15, 16) médico de família/MDF, médico preceptor/MDP e médico residente/MDR, posteriormente unificados como (16) MDF; (17) nutricionista/NTC; (18) oficial de farmácia/OFF; (19) psicólogo/PSC; (20) terapeuta ocupacional/TRO; (21) técnico de saúde bucal/TSB; (22) chefe de enfermagem/CEN; (23) coordenador de programa/COP.

Os atributos de tempo se referem a quanto tempo ingressaram na Atenção Básica e a quanto tempo exercem a atual ocupação, respectivamente.

O terceiro tipo de matriz se refere à investigação sobre as relações de apoio. A matriz das relações de apoio é matriz quadrada onde as linhas e colunas são preenchidas pelas ocupações. A Figura 4 representa uma matriz deste grupo:

	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
ADM	ASB	ASS	AWE	CEN	COP	CRD	EDF	ENF	FAI	FON	FST	GST	MEF	MOP	MOR	MTC	OFF	PSC	THO	TSR	
0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.10000	11.000	5.000	37.000	0.000	0.000	16.000	5.000	44.000	6.000	5.000	3.000	14.000	24.000	4.000	14.000	4.000	5.000	5.000	6.000	5.000	
0.000	1.000	1.000	2.000	1.000	0.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	3.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	
1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	4.000	0.000	1.000	2.000	0.000	0.000	2.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
1.000	2.000	0.000	2.000	0.000	0.000	1.000	1.000	9.000	0.000	1.000	0.000	4.000	7.000	2.000	0.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	
1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	2.000	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
1.000	1.000	1.000	3.000	0.000	0.000	1.000	0.000	4.000	2.000	2.000	2.000	3.000	6.000	0.000	0.000	3.000	1.000	2.000	2.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	2.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
1.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	1.000	0.000	4.000	0.000	1.000	2.000	3.000	5.000	4.000	0.000	2.000	0.000	3.000			

A vertical strip of various logos including HP, Google, Microsoft, and others. The logos are arranged in a column and include: HP, Google, Microsoft, Apple, Amazon, Facebook, Twitter, YouTube, Instagram, LinkedIn, and others.

3.2.3.2 Visualizações das Redes

O programa UCINET 6 possui interface de visualização, o NETDRAW, que permite organizar os dados das matrizes em grafos, representações geométricas que mostram pontos ou nós e suas conexões. O número de laços revela a quantidade de relações que efetivamente acontecem na rede. Os nós, para a pesquisa em curso, são os atores sociais investigados, sejam eles os profissionais de saúde individualmente ou grupos ocupacionais. As linhas, por outro lado, representam as relações infocomunicacionais estabelecidas entre eles.

Embora a representação gráfica seja ferramenta intuitiva e considerada mais do que mera visualização por suscitar questionamentos quanto aos padrões estruturais e de fluxo de trocas, o desenho da rede possui limitações para a interpretação e deve ser usado juntamente com as medidas da ARS.

Antes da descrição das principais medidas para esse estudo, vale lembrar que todas as redes levantadas encontram-se no Anexo B.

3.2.3.3 As Medidas de Análise de Redes

As medidas na Análise de Redes Sociais (ARS) relacionam-se aos nós, aos subgrupos ou a toda a rede (CROSS; PARKER, 2004). A partir das análises das relações formais, informais, de conhecidos e de busca de apoio social identificaram-se lideranças e mediadores, atores integrados ou excluídos e suas funções (SHERRER-WARRER, 1997 *apud* SANT'ANA, 2011). Para esta pesquisa optou-se por levantar as seguintes medidas dos nós: (a) centralidade de grau (*indegree* e *outdegree*); (b) centralidade de intermediação; (c) centralidade de proximidade (*indegree* e *outdegree*), (d) centralidade de informação; (e) e centralidade de fluxo descritas na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Medidas dos Nós

MEDIDA DOS NÓS	DESCRIÇÃO
CENTRALIDADE DO ATOR	Quanto mais um ator se relacionar com os demais, mais central ele será. Assim, aqueles com poucos relacionamentos, são considerados periféricos.
CENTRALIDADE DE GRAU (<i>DEGREE CENTRALITY</i>)	Considera a quantidade de ligações diretas que o nó possui com os demais nós da rede.
<i>INDEGREE CENTRALITY</i>	É o número de setas que entram no nó. Indica a intensidade da recepção de fluxos. Quanto mais o ator recebe, mais central ele é.
<i>OUTDEGREE CENTRALITY</i>	É o número de setas que saem no nó. Indica a intensidade de envio de fluxos. Quanto mais o ator emitir, mais central ele será.
CENTRALIDADE DE INTERMEDIÇÃO (<i>BETWEENNESS CENTRALITY</i>)	Avalia o número de ligações que o nó pode proporcionar a outros atores, por estar posicionado entre eles.
CENTRALIDADE DE PROXIMIDADE (<i>CLOSENESS CENTRALITY</i>)	Analisa a distância do ator em relação aos demais. Entende-se que quanto mais próximo, mais rápida será a interação. Assim, maior a distância do nó em relação ao restante da rede, menor a sua centralidade de proximidade.
<i>INCLOSENESS CENTRALITY</i>	Os atores cuja distância facilita o recebimento de fluxo em menor tempo.
<i>OUTCLOSENESS CENTRALITY</i>	Os atores cuja distância facilita melhores posições para enviar informações rapidamente.
CENTRALIDADE DE INFORMAÇÃO (<i>INFORMATION CENTRALITY</i>)	Avalia todos os caminhos possíveis de serem estabelecidos entre os nós e suas respectivas distâncias. Quanto mais curto o caminho de um nó a todos os demais, maior sua centralidade.
CENTRALIDADE DE FLUXO (<i>FLOW CENTRALITY</i>)	A centralidade também pode ser medida pelo volume de informação que circula entre os atores. Quanto maior o volume, mais intenso o fluxo.

Fonte: Adaptada de SANT'ANA, 2011, p. 75-76.

As medidas utilizadas para as redes foram: (a) *densidade*; e (b) *cliques* e estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Medidas das Redes

MEDIDAS DE REDE	DESCRIÇÃO
DENSIDADE	É a proporção de conexões diretas existentes entre os membros em relação às ligações possíveis de serem estabelecidas.
CLIQUEs	Subgrupo composto por pelo menos três nós com ligações diretas e recíprocas.

Fonte: Adaptada de SANT'ANA, 2011, p. 75.

3.2.3.3.1 Densidade

Uma das medidas preliminares em Análise de Rede Social é a medida de densidade da rede. A densidade para uma rede binária – onde os valores ‘0’ e ‘1’ representam, respectivamente, ausência e presença de relação entre profissionais – é a proporção de todos os laços presentes e os laços possíveis. A densidade da rede permite vislumbrar sua dinâmica em relação à velocidade em que a informação se difunde entre os nós e a extensão em que cada ator possui valor para a rede ou é constrangido por sua estrutura.

3.2.3.3.2 Centralidade

A preocupação com a centralidade decorre de duas intuições estruturais bastante diferentes. Primeiro, existem aqueles que veem uma pessoa como central em um contexto social de rede na medida em que esta está de alguma forma perto de todos os outros na rede. Essa visão da centralidade está motivada pela ideia de que a pessoa que está perto de outras pessoas terá acesso a mais informações, terá um *status* mais elevado, mais poder, maior prestígio ou maior influência sobre os outros (FREEMAN; BORGATTI; WHITE, 1991, p. 141).

A segunda intuição surge da ideia de que pessoas estão de alguma forma mais centrais na medida em que se posicionam entre os outros nos trajetos da comunicação. Tais pessoas podem facilitar ou inibir a comunicação dos demais e estão, por conseguinte, em posição de mediar o acesso de outras pessoas às informações, poder, prestígio ou influência (FREEMAN; BORGATTI; WHITE, 1991, p. 142).

Nesta seção ver-se-á a centralidade baseada na primeira intuição e amparada por pesquisas de diferentes autores da área.¹¹ Na seção seguinte abordar-se-á a segunda intuição, ou seja, a centralidade de intermediação, fruto também de muitos estudos.¹²

¹¹ BAVELAS, 1950; KATZ, 1953; SHAW, 1954; HARARY, 1959; FAUCHEUX; MOSCOVICI, 1960; GARRISON, 1960; BEAUCHAMP, 1965; PITTS, 1965; HUBBELL, 1965; MACKENZIE, 1966; SABIDUSSI, 1966; BONACICH, 1972, 1987; COLEMAN, 1973; NIEMINEN, 1973, 1974; MOXLEY; MOXLEY, 1974; ROGERS, 1974; CZEPIEL, 1974; KAJITANI; MARUYAMA, 1976; BURT, 1982; MIZRUCHI; MARIOLIS; SCHWARTZ; MINTZ, 1986; STEPHENSON; ZELLEN, 1989; FRIEDKIN, 1991 (Em FREEMAN; BORGATTI; WHITE, 1991, p. 141).

¹² BAVELAS, 1948; SHIMBEL, 1953; SHAW, 1954; COHN; MARRIOTT, 1958; ANTHONISSE, 1971; FREEMAN, 1977; FRIEDKIN, 1991 (Em FREEMAN; BORGATTI; WHITE, 1991, p.142).

Centralidade de grau

A posição de influência ou poder exercido por alguns profissionais ou grupo de ocupação está relacionada à centralidade das funções desempenhadas na rede, isto é, com os recursos que controlam e com a quantidade de ligações que possuem. As posições estruturais dos atores da rede podem ser descrita por suas medidas individuais de centralidade, sendo um ator mais central quanto mais se relacionar com os demais. Assim, aqueles com poucos relacionamentos, são considerados periféricos.

Quando as matrizes possuem laços direcionados são assimétricas, esta medida se subdivide em duas: o *indegree* e o *outdegree*. O *indegree* considera a quantidade de citações nominais que determinado profissional de saúde recebeu dos colegas e o *outdegree* considera as citações de colegas feitas por determinado ator. Tanto o *in* quanto o *outdegree* conferem centralidade para aqueles cujos índices são mais elevados. O ator com alto *indegree* é figura de proeminência na rede e é procurado para aconselhar e informar, enquanto o *outdegree* indica influência, pois, suas informações estão sendo enviadas e recebidas pelos outros, isto é, ele é acessado e acessa um grande número de atores da rede.

Centralidade de Intermediação

A centralidade de intermediação informa quais atores possuem papel de ligação (*bridging* ou *brokering*) relevante entre os atores de determinado sistema social. Como um índice de análise, a medida de centralidade de intermediação (*Betweenness*) possibilita identificar quem medeia, controla e direciona a informação na rede. Avalia o número de ligações que o profissional de saúde pode proporcionar aos outros profissionais, por estar posicionado entre eles. O potencial de cada ator servir de mediador de informações e saberes é obtido pela soma da probabilidade de ele estar no caminho geodésico¹³ entre todos os demais nós.

Segundo Haythornthwaite (2009), ligações transversais são frequentemente encontradas funcionando como pontes entre dois mundos sociais. A centralidade de intermediação vê um ator como estando, estrategicamente, em posição privilegiada na medida em que recai sobre os caminhos geodésicos, isto é, nos menores trajetos percorridos pela informação de um ponto da rede a outro, conectando outros pares de atores. Quanto mais

¹³ Caminho geodésico é o menor trajeto que existe entre dois nós da rede.

peças dependem de alguém para fazer conexões com outras peças, mais poder terá essa peça, pois, detém a chave da transferência de informação (seja um conhecimento, um contato etc.) que possui, por sua vez, a capacidade de ser transformada no outro em algo novo (conhecimentos, contatos etc.). O ator “ponte” conecta peças e, portanto, possui o poder de integrar a rede. Sua exclusão da rede separa grupos antes conectados por ele criando o que Burt (1992) denominou de “buracos estruturais”. A presença destes buracos estruturais em uma rede que se pretende mais coesa para que as informações fluam mais rapidamente é considerada uma desvantagem, uma vez que demonstra ser uma rede pouco cooperativa.

Se, no entanto, dois atores estiverem ligados por mais de um caminho geodésico, e determinado ator não estiver em todos eles, ele perde algum poder. Usando o programa de computador, é fácil localizar os caminhos geodésicos entre todos os pares de atores e contar a frequência com que cada ator cai em cada um desses trajetos. Se se somar, para cada ator, a proporção de vezes que eles estão “entre” outros atores no fluxo de informações, obtém-se a medida de sua centralidade. O índice de intermediação mais elevado se refere àquele que possui maior poder de estabelecer laços entre atores não conectados diretamente. A análise que mostra a estrutura geral da rede pode revelar tais posições e apontar onde há risco de perda de informação ou sua redundância.

Centralidade de Proximidade

O grau de proximidade de um ator mede o quanto ele está próximo dos demais atores da rede, considerando os caminhos geodésicos. Quanto mais próximo um ator estiver de outros atores da rede, mais central ele estará. A proximidade possibilita contatos mais rápidos e aponta os atores com as melhores condições de disseminar informações mais rapidamente para os demais, devido à proximidade. A centralidade de proximidade também pode ser desmembrada a partir dos relacionamentos de entrada (*incloseness*) – quando o ator é procurado pelos demais – e de saída (*outcloseness*) – quando o ator procura pelos outros atores. Os atores que apresentam alto grau de *incloseness* são os que melhores condições têm para receber rapidamente as informações, porque se encontram próximos do maior número de atores que as podem enviar. Os atores que apresentam elevado *outcloseness* são os que mais rapidamente enviam as informações, porque estão mais perto do maior número de atores que podem recebê-las. Detecta-se, portanto, que caso seja necessário transmitir uma informação a esse grupo, utilizando as relações entre os membros, a forma de disseminá-la mais

rapidamente é transmiti-las inicialmente para aqueles com alto *outcloseness* e os primeiros atores a recebê-las provavelmente serão os de alto *incloseness*.

Centralidade de Informação

Se o objetivo for transmitir um rumor, ao invés de querer que a informação chegue o mais rápido possível aos demais, como exemplificado por Hanneman (2001),¹⁴ a melhor forma de fazê-lo é permitir que determinado ator da rede receba de várias fontes diferentes, aquela informação, pois, isso torna a informação crível. Neste contexto, a centralidade de informação considera todos os caminhos possíveis para contato entre os atores. Se em outra situação, se pretende enviar uma encomenda para alguém que mora em outra cidade e tem um portador para retransmiti-la, esta conexão é fraca, considerando que este portador tenha algum impedimento.

Por outro lado, se a pessoa que quer enviar a encomenda contar com quatro outras pessoas que possam levá-la, esta conexão é considerada forte, mesmo que o caminho percorrido pelo portador seja mais longo. Assim, conforme Hanneman (2001), quando os intermediários bloqueiam a comunicação, se existirem outros caminhos, os atores provavelmente os usarão, mesmo que sejam mais longos ou menos eficientes. Os caminhos geodésicos (mais curtos) não são a base desta medida. O importante na análise dessa medida é a existência de um caminho pelo qual a informação possa fluir. Os atores que possuem o maior número de caminhos para alcançar os demais são os de maior centralidade de informação (ou vias para a circulação da informação), isto é, maior probabilidade de transmitir e receber informações de toda a rede. Variados caminhos comunicacionais levam a condição de possibilidade de maior compartilhamento de informações.

Centralidade de Fluxo

A centralidade de fluxo corresponde ao volume de informação que circula entre os atores. É possível se obter uma centralidade de fluxo de toda a rede considerando os atores intermediários em todos os fluxos de informação possíveis da rede. Quando a intermediação

¹⁴ Disponível em: < <http://www.analytictech.com/networks.pdf> > Acesso em: jan. 2013.

da informação tem fluxos mais intensos em alguns atores, pode-se considerar que estes atores concentram a informação, ao passo que outros não têm acesso a elas.

3.2.4 Líderes de Opinião e Atores-Chave

O método de Análise de Redes Sociais possibilita identificar as diferentes lideranças de uma rede. Os líderes de opinião em um sistema social, segundo Valente (1995, 1996), podem ser definidos como aqueles que recebem o maior número de citações e foram descritos como influência significativa sobre a taxa de adoção de inovações. Ainda de acordo com Valente (2012), aqueles indivíduos que atingem centralidade de grau de 10 a 15% acima do desvio padrão são líderes de opinião, mas, além desta, as medidas de intermediação e proximidade podem ser investigadas para identificar outras lideranças dependendo dos objetivos da pesquisa.

Para Borgatti (2006), os atores considerados cruciais para os programas de mudança de comportamento podem ser identificados como aqueles que de forma otimizada alcançam a rede (alta intermediação), ao mesmo tempo em que observa que os atores mais centrais podem estar vinculados, algumas vezes, às mesmas pessoas (em cliques). De modo que usar o número de ligações (a centralidade de grau) pode não identificar aqueles “atores-chave” (*Key-players*), em melhores condições de disseminar as informações ou, se removidos, fragmentar as redes de forma mais eficiente (VALENTE, 2012).

Os líderes nem sempre são os melhores agentes de mudança. Líderes têm interesse, de um modo geral, no *status quo* e para manter sua liderança preocupam-se em não mudar a situação vigente, ao passo que os indivíduos “ponte”, que ligam grupos não conectados ou vagamente conectados, podem ser passíveis de mudança e estarem em uma posição melhor para proporcionar os recursos para que os outros mudem (VALENTE, 2012).

Quando se espera que a difusão entre grupos possa ser difícil o “ator-chave” é aquele que alcança alta centralidade de intermediação (VALENTE; FUJIMOTO, 2010; GOULD; FERNANDEZ, 1989, *apud* VALENTE, 2012). Os indivíduos “ponte” podem ser preferíveis como agente de transformação quando a mudança de comportamento ou de política é controversa ou improvável de ser bem aceita inicialmente. Atores “ponte” podem ser identificados como “corretores” (*brokers*) no sentido de intermediarem os interesses de duas partes (BORGATT; EVERETTE; FREEMAN, 2005) e são aqueles que têm muitas conexões

com pessoas que não estão diretamente conectadas ou como “pontes” cujas conexões aumentam a coesão da rede.

3.2.5 Difusão de Inovação e Mudança de Comportamento

Existem quatro formas de desenvolver programas de mudança planejada utilizando os dados das redes. São as seguintes: (a) identificar indivíduos que são selecionados com base em alguma propriedade da rede; (b) direcionar a ação para um segmento da rede; (c) induzir novas interações entre os atores; (d) alterar a rede modificando sua estrutura por intervenção. Para os objetivos desta pesquisa será abordada apenas a primeira forma descrevendo o modelo que se presta para a discussão dos resultados quanto as lideranças encontradas e as representações de cuidado descritas pelos profissionais de saúde.

Por ora se definirá o modelo de difusão de inovação e como pode ser pensado para a disseminação de saberes pelas redes infocomunicacionais. Thomas Valente (1996) definiu difusão de inovação como o processo pelo qual alguns membros de uma rede social adotam uma inovação, para em seguida, ao longo do tempo, mais pessoas a adotarem até que todos (ou a maioria) dos membros efetivem sua adoção.

Conforme visto no primeiro momento das pesquisas sobre difusão de inovação, embora a abordagem pelos líderes de opinião tenha sido predominante em um momento seguinte foi substituída por outra mais estrutural sugerida por Granovetter (1973), sob o argumento de que os laços fracos, pelos quais as pessoas são fracamente conectadas a outras, seriam necessários para que a difusão ocorresse por meio dos subgrupos dentro de um sistema de rede (VALENTE, 1996, p. 70). Uma terceira abordagem do próprio Valente (1996), baseia-se no modelo de *limiar coletivo de mudança de comportamento* de Granovetter (1978), cujo postulado é que um indivíduo se engaja em um novo comportamento com base na proporção de pessoas que já estão engajadas naquele comportamento no sistema social ao qual pertence. Indivíduos com baixo limiar se engajam em novo comportamento coletivo antes da maioria, enquanto indivíduos com alto limiar apenas o fazem depois da maioria já ter se engajado naquele comportamento inovador (VALENTE, 1996).

O modelo de Valente (1996), diferente do de Granovetter, é medido em termos da exposição a uma inovação a partir das ligações diretas de um ego e seus contatos. Mede-se o grau de exposição dividindo o número de indivíduos adotantes da inovação presente na ego-rede pelo número de indivíduos na rede. O grau de exposição no momento da adoção da inovação pelo ego será o limiar de adoção da inovação na rede pessoal. Assim, o modelo de

limiar de adoção de um novo comportamento pode ser dividido em dois. O limiar de adoção relacionado à exposição aos adotantes precoces do sistema ou da rede geral, e o limiar de adoção relacionado com a exposição aos adotantes precoces na ego-rede de um determinado ator. Valente (1996) comenta que, embora as influências externas sejam geralmente responsáveis por fazer os indivíduos conscientes de uma inovação, é, em geral, a influência das pessoas que se encontram na rede pessoal que levam o indivíduo a efetivar a adoção.

Varanda (prelo) sintetiza como e onde se posicionam as lideranças do processo de difusão de inovações:

No caso particular dos estudos sobre difusão de inovações, os líderes, no sentido de serem os que adotam primeiro a inovação, estão em geral localizados na periferia da estrutura relacional (MENZEL, 1960), e têm alta centralidade de intermediação, níveis de limiar baixos (threshold levels) (Granovetter 1978), e baixa densidade da ego-rede, i.e., a ego-rede estende-se a outros grupos em vez de fechar o ator num grupo só (VALENTE, 1995; DEGENNE; FORSÉ, 1994). Já os atores que terão maior capacidade de difundir a inovação são um tipo de líderes que têm de estar bem integrados no sistema, donde têm alta centralidade de grau, pois disso depende a sua legitimidade e capacidade de influenciar os outros a adotar inovações que implicam a mudança de ideias e comportamentos (VARANDA, no prelo).

Agentes de mudança de baixo limiar devem ser recrutados quando o pesquisador quer criar uma dinâmica mais cedo para a mudança e acelerar o tempo para atingir uma massa crítica ou ponto de inflexão.

Adotantes de baixo limiar, segundo Valente (2012), são pessoas dispostas a adotar uma nova ideia mais cedo do que seus pares. Identificar adotantes de baixo limiar como agentes de mudança exige algum conhecimento prévio de adoção de comportamento de uma inovação relacionada. Indivíduos da periferia de uma rede aprendem sobre novas ideias e práticas depois de seus pares mais integrados e, portanto, podem sofrer desvantagens de sua exclusão. Em alguns casos, indivíduos periféricos são importantes de ser identificados, uma vez que eles são, frequentemente, fonte de novas ideias porque têm contatos com outras comunidades ou porque são livres das pressões sociais para se moldarem àquela estrutura.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização desta tese foi necessário atender algumas exigências processuais. Inicialmente o projeto de pesquisa foi qualificado na instituição acadêmica de sua origem, o Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) do Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) pelo convênio

IBICT/UFRJ. A qualificação se deu em meados de dezembro de 2012, quando fora estabelecido o uso da metodologia de Análise de Redes Sociais, inclusive com a perspectiva de doutorado sanduíche, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, instituição de professor/pesquisador integrante da banca de qualificação com competência para orientação no método. Também na qualificação foi sugerida e aceita a revisão dos objetivos restringindo a pesquisa ao fluxo infocomunicacional dos profissionais de saúde sem inclusão da clientela.

Com o projeto qualificado foi dado entrada, no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) associado ao Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CNEP), nos documentos necessários para obtenção de parecer favorável à pesquisa com os profissionais de saúde de um segmento da Atenção Básica do município, considerada pesquisa em seres vivos.

Para a pesquisa de campo era necessário a autorização do diretor da Cordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) a qual se vinculava os serviços de saúde que seriam investigados, bem como a autorização dos gestores das unidades. A apresentação desta autorização era um dos requisitos para aprovação da mesma pelo CEP da SMSDC-RJ.

3.3.1 Características Regionais do Campo da Pesquisa

Com a ajuda de gestores da SMSDC-RJ que estiveram envolvidos no processo inicial de implantação do NASF no município do Rio de Janeiro foi feita a escolha da área de planejamento mais indicada. Tratava da AP 5.2, localizada na Zona Oeste da cidade. A área de planejamento 5 é formada por vinte bairros e cinco regiões administrativas. Corresponde a 48,4% do território do Município – 592,45km² – e abriga cerca de 26,6% da população carioca, 1.556.505 habitantes, conforme o Censo 2000. Para a área da saúde está subdividida em três¹⁵:

A AP 5.2 teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, neste caso, a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de duas RA Campo Grande e Guaratiba e tem como limite norte o município de Nova Iguaçu, a leste com a AP 5.1, a oeste pela AP 5.3 e a Baía de Sepetiba e ao sul pela AP 4.0 e o Oceano Atlântico. A RA de Campo Grande se caracteriza como a mais populosa da cidade, com 484 mil habitantes, em contraposição a Guaratiba, a de menor em toda Zona Oeste. Vale lembrar que Campo Grande

¹⁵ Dados obtidos em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>> Acesso em: jan. 2014.

é o grande centro de toda a AP 5 estendendo seu raio de influência econômica aos municípios limítrofes (Nova Iguaçu, Seropédica e Itaguaí). A RA de Guaratiba convive com o pior IDH entre todas as RA. Sua densidade líquida é de 2.627 habitantes por km².

Seguindo as orientações obtidas na SMSDC-RJ procedeu-se a aproximação com o campo na RA de Guaratiba e escolheu-se a RA de Campo Grande para a pesquisa propriamente dita. Todas as cinco RA da AP tiveram incremento populacional neste período. Porém, em números absolutos, o destaque foi Campo Grande que, com um incremento de 103.420 habitantes, elevou sua população a quase 485 mil habitantes.

A AP5 é subdividida em três áreas: AP5.1, AP5.2 e AP5.3. Guaratiba e Campo Grande pertencem à AP 5.2. A AP5 está localizada na Zona Oeste da cidade onde, a rigor, também estaria toda a AP4 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus), porém, pelo uso popular passou-se a identificar somente a AP5 e alguns bairros da AP4, com características socioeconômicas parecidas com a AP5 como Zona Oeste. Segundo o anexo VI,¹⁶ acessado no Portal Carioca onde encontram-se estatísticas, mapas e armazenamento de dados da prefeitura do Rio de Janeiro “(...) esta imprecisão na nomenclatura é resultado da estreita relação entre a localização espacial e nível social, uma característica da Cidade do Rio de Janeiro, onde descrições geográficas são generalizadas e confundidas com caracterização social” (CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 1991).

Em meio a extensas planícies e morros, o núcleo urbano de Campo Grande se adensou ao redor da estação ferroviária, distante em torno de 70km do centro da cidade, constituindo-se como se fosse uma *cidade satélite*. Nos anos 60 foram criados na AP5 distritos industriais em Santa Cruz e Campo Grande, criando empregos e tornando a urbanização acelerada. Com os maiores índices de expansão urbana, é preocupante a forma de urbanização em processo. A AP5 representa a segunda área mais populosa da cidade com mais de 1,5 milhões de habitantes.

Com população pobre ou de classe média baixa, apresenta alta natalidade e o maior índice de pessoas por residência da cidade, 3,54 moradores por domicílio. Apesar de composto em sua maioria pelas classes mais baixas, o processo de favelização é de menos de 12%, de acordo com dados do IBGE de 2000. Economicamente, a área caracteriza-se por ser industrial e vem atraindo novos investimentos através do incentivo fiscal dado pelo Estado.

¹⁶Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4290214/4105682/06.AnexoVIDescricaoMapadaAreadePlanejamento5.pdf>>
Acesso em: jan. 2014

Comparada ao restante da cidade, a AP5 apresenta mão-de-obra mais jovem e com menor proporção de trabalhadores com ensino superior, na realidade, a maioria tem escolaridade até o ensino médio, graças às diversas instituições de ensino técnico e profissional. A taxa de alfabetização da população adulta é de 95%. A renda per capita correspondia em 2000 à 1,8 do salário mínimo e a distribuição da renda é bem desigual, concentrada no centro urbano de Campo Grande próximo à linha do trem e distante, portanto, das clínicas investigadas.

3.3.2 Critérios de Escolha e Características do Segmento Pesquisado

Pode-se considerar a escolha do segmento da Atenção Básica do município do Rio de Janeiro como uma amostra de conveniência cujos resultados não devem induzir a fazer generalizações. No entanto, a Análise de Redes Sociais descreve a estrutura das redes que neste caso da pesquisa é infocomunicacional e suas formas de agenciamento. As ações informacionais investigadas são em parte dependentes das funções exercidas pelos profissionais, ou seja, das ocupações profissionais que trazem para o contexto da rede facetas das instituições que as atravessam como as corporações profissionais. Sob esse prisma, alguma inferência acerca dos resultados poderá ser feita.

A escolha dos serviços buscou atender aos seguintes critérios expressos a seguir:

1 - Os serviços deveriam ser unidades do Saúde da Família (ESF) em território comum e matriciados pela mesma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro;

2 - O NASF deveria se enquadrar entre os primeiros núcleos implantados no município e estar em fase avançada no processo de implementação de sua política no serviço de Atenção Básica por ele atendido, no perímetro do município do Rio de Janeiro.

3 - Os gestores das unidades de saúde deveriam conhecer as determinações da nova Política Nacional de Atenção Básica e da portaria que criara o NASF, caracterizando a intenção de colocá-las em operatividade.

4 - Os serviços deveriam dispor de, ao menos, um profissional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), promovendo o encontro de racionalidades em saúde diferentes possibilitando a atribuição de influências técnico-científicas nas ações informacionais.

Com base nesses critérios e com a colaboração da coordenação da Área Planejada 5.2 (AP 5.2), identificou-se as unidades para o estudo pelo levantamento dos nove NASFs da

região, das 115 Clínicas da Famílias a eles associadas e do número de profissionais das PICS. Entre os núcleos de apoio não havia nenhum profissional das PICS, mas haviam alguns deles atuando nas clínicas, como é próprio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), como generalistas. A escolha recaiu sobre o segmento que contabilizou mais profissionais das PICS, uma vez que todos atendiam os demais critérios. Dos nove segmentos (1 NASF e Clínicas de Família associadas) quatro possuíam profissionais de saúde das PICS. No segmento escolhido atuavam cinco profissionais com formação nas práticas integrativas e complementares, dois médicos e três técnicos de enfermagem. Nos demais segmentos encontravam-se em atividades generalistas dois profissionais com formação nas PICS em cada. Dada a pequena amostra de profissionais com formação em racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares diferentes da biomedicina, 5 em 150 profissionais, não se esperava colher resultados significativos que envolvessem esses atributos.

Por motivos de sigilo de pesquisa não são divulgados os nomes das clínicas e do NASF em questão. Mas se pode dizer que as clínicas situam-se próximas uma das outras e não estão no centro de Campo Grande onde a renda é a mais alta da região. No entorno existem moradias de famílias de baixa renda ao mesmo tempo em que pode ser identificado aumento no número de edificações de padrão social elevado como shopping center, condomínios com infraestrutura de lazer, centros religiosos imponentes junto a comércio varejista diversificado.

Fazem parte do segmento investigado duas Clínicas de Saúde da Família (doravante Clínica 1 e 2), um Centro Municipal de Saúde (CMS) – doravante Clínica 3 – e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cada clínica conta com cinco equipes do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), além de outros profissionais de saúde – como equipe de saúde bucal, equipe de farmácia e preceptoria médica – e profissionais de gestão que juntos atendem a clientela adscrita à ela.

No Centro Municipal de Saúde funcionam duas equipes do ESF e outros profissionais também ligados ao programa como chefe de enfermagem e coordenação de programas. Esta unidade de saúde pode ser considerada híbrida na sua atual estrutura, à medida que se insere também no nível secundário de atenção oferecendo atendimento ambulatorial de especialidades, tais como, pediatria, ginecologia, nutrição etc. No CMS de saúde o número de participantes da pesquisa foi ligeiramente menor dada as peculiaridades de inserção no programa desta unidade.

As unidades também se diferenciam pelo aspecto da estrutura arquitetônica, pois o CMS funciona em instalações antigas adaptadas ao modelo assistencialista com pequenas salas

de atendimento, ao passo que, as duas Clínicas da Família foram projetadas especificamente para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), construída em módulos, arejadas e com espaços para encontro de grupos e reuniões. Outra característica da construção é a presença da disposição circular com todos os espaços voltados para o centro com área de circulação ampla que favorece o contato entre as pessoas. São módulos de arquitetura padronizada aos quais podem ser anexados outros módulos como o da Academia Carioca, para a prática de exercícios físicos. As três unidades de saúde situam-se na região de Campo Grande, no município do Rio de Janeiro. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é constituído por equipe de oito profissionais que não têm localização fixa, transitando pelas três unidades. Apenas para fins administrativos eles estão associados a uma das Clínicas da Família.

4 O CAMPO DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

O campo da Ciência da Informação é reconhecido por dois importantes aspectos. O primeiro é o que insere a CI nas Ciências Sociais e o segundo trata de sua natureza interdisciplinar. Pode-se olhar a Ciência da Informação quanto a sua natureza interdisciplinar originada da “fertilização cruzada”¹⁷ de princípios, teorias, métodos e outros componentes epistêmicos oriundos das disciplinas de Comunicação, Biblioteconomia, Ciência da Computação e Ciência Cognitiva, de acordo com o teórico Tefko Saracevic (1992, 1999). Como matriz em formação se constrói por diferentes conexões e compartilhamentos com outras matrizes disciplinares ao mesmo tempo em que se produzem novos conhecimentos. Em conferência proferida sobre a Responsabilidade Social da Ciência da Informação, Pinheiro (2009A) aborda o aspecto interdisciplinar da CI por meio da fala de dois autores, uma vez que este conceito nem sempre é explicitado:

(...) a sua natureza científica, de acordo com os pesquisadores da área, oscila entre ciência social, tecnologia, aplicabilidade ou prática, o que depende do enfoque de informação, que pode ser desde “um ato criativo do intelecto ou *commodity*” (Cuadra) a elemento transformador de estruturas...”, como sugerem Belkin e Robertson (Pinheiro, 1997) (PINHEIRO, 2009A, p. 8).

Para Brier, a Ciência da Informação integra:

(...) aspectos tanto das ciências, quanto das humanidades e ciências sociais, e é importante ter em mente que o principal ponto é tentar integrar o pensamento científico com as perspectivas sociais e psicológicas, tanto na teoria quanto na prática”. Além deste aspecto, Brier (1992) ressalta que o maior problema da área “não é encontrar leis de Informação, mas fazer com que o conhecimento teórico de muitas diferentes áreas de pesquisa interajam com a experiência prática de forma frutífera e prática, em relação a algumas metas bem definidas. (BRIER, 1992, *apud* PINHEIRO, 2009B)

Na literatura da área, muitos autores assinalaram, em diferentes momentos, interfaces da CI com diferentes disciplinas, numa mutação que acompanha o processo evolutivo desse campo, por sua vez, impulsionados por transformações científicas, tecnológicas, culturais e sociais.

4.1 CONCEITO DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

São muitas as definições sobre o que seja a Ciência da Informação (CI) e fica claro que a CI não é um corpo teórico-prático monolítico. É uma área entre as que surgiram nas

¹⁷ Expressão cunhada por Foskett, (1980).

décadas de 50 e 60 que, embora jovem cientificamente, hoje já é reconhecida, está institucionalizada no exterior e no Brasil, por inúmeros programas de pós-graduação, pesquisas, periódicos especializados, sociedades científicas e eventos.

Existem para ciência da informação dezenas de definições, mas duas são complementares e formuladas por autores de prestígio do campo, escolhidas por Pinheiro e Loureiro (1995), por reconhecerem a área da ciência da informação como autônoma, de natureza interdisciplinar e com estatuto científico próprio. A primeira definição é de 1967, de Rees e Saracevic, apresentada na conferência da Special Libraries Association, no ano de 1967:

A ciência da informação não é uma melhor recuperação de dados, como a física não é uma mecânica reforçada... é um ramo de pesquisa que toma sua substância, seus métodos e suas técnicas de diversas disciplinas para chegar à compreensão das propriedades, comportamento e circulação de informação.
(...) estudo dos fenômenos da comunicação e das propriedades dos sistemas de comunicação (REES; SARACEVIC, 1967, *apud* SHERA, 1972)

A segunda definição encontra-se em Borko (1968) revisando as ideias de Taylor:

(...) ciência da informação é aquela disciplina que investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que governam o fluxo da informação e os meios de processamento para acesso e uso otimizados. Ela diz respeito àquele corpo de conhecimento ligado à origem, coleta, organização, armazenagem, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação ... possui um comportamento de ciência pura, que investiga o interior do assunto sem considerar suas aplicações, é um componente de ciência aplicada, que desenvolve serviços e produtos.
(...) em essência, a pesquisa na ciência da informação investiga as propriedades e comportamento da informação, a utilização e a transmissão da informação, bem como o processamento de informação para armazenagem e recuperação ótimas. (BORKO, 1968, p. 1).

Tefko Saracevic, autor de forte influência na área, redescreveu a Ciência da Informação na década de 90:

A CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO é um campo dedicado às questões científicas e à prática profissional voltadas para os problemas da efetiva comunicação do conhecimento e de seus registros entre os seres humanos, no contexto social, institucional ou individual do uso e das necessidades de informação. No tratamento destas questões são consideradas de particular interesse as vantagens das modernas tecnologias informacionais. (SARACEVIC, 1996, p. 47).

Essa definição aborda os problemas e desafios de pesquisa aceitos pelos pesquisadores do campo passados três décadas da sua origem como disciplina. Saracevic (1996) lista o que considera as áreas problemáticas e de alta complexidade sintetizadas na definição já citada de CI. São estas: a) efetividade; b) comunicação humana; c) conhecimento; d) registros do conhecimento e) informação; f) necessidades de informação; g) usos da informação; h) contexto social; i) contexto institucional; j) contexto individual; l) tecnologia da informação.

Como Wersig e Nevelling (1975, *apud* SARACEVIC, 1996) apontaram, a CI pôde se desenvolver porque os problemas informacionais ganharam extrema relevância para a sociedade, evocando a responsabilidade social de transmitir o conhecimento para aqueles que dele necessitam.

O campo da Ciência da Informação articula as ações e regimes de informação, situados como conceitos que permitem a análise das questões de informação colocadas para o campo das ciências sociais. A perspectiva empregada permite pensar as ações de informação a partir dos usos sociais da linguagem, bem como das condições e dos meios de sua produção, enquanto o regime de informação é definido pelo modo de produção informacional dominante numa formação social (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2012).

Para González de Gómez o regime de informação não é mais estado-cêntrico tendo se deslocado e submetido ao que Braman entende ser o Estado informacional, caracterizado pelo “panespectron” onde se multiplicam e diversificam os pontos de captura da informação, criando uma pletora de informação e ausência de narrativa. Ver-se-á mais adiante como o regime de informação se relaciona com o campo da Informação e Comunicação em Saúde.

4.1.1 Conceito de Informação

De perspectiva mais ampla, pode-se situar a Ciência da Informação na supramatriz da Informação e Comunicação. Capurro (2007) elucida que o uso da palavra informação indica uma perspectiva específica, a partir da qual o conceito de comunicação do conhecimento tem sido definido. Esta perspectiva inclui características como novidade e relevância, ou seja, refere-se ao processo de transformação do conhecimento e, particularmente, à seleção e interpretação dentro de um contexto específico. Segundo o mesmo autor, verifica-se uma tensão interna na CI entre abordagens subjetiva e objetiva, para a qual o conceito de interpretação ou seleção pode ser considerado como ponte entre os polos (CAPURRO, 2007). O mais importante em Ciência da Informação como para a política de informação é considerar a informação como uma força constitutiva na sociedade e, assim, reconhecer a natureza teleológica dos sistemas e serviços de informação (BRAMAN, 1989, *apud* CAPURRO, 2007). Colaborando com a contextualização da Ciência da Informação, proposta neste capítulo, Capurro afirma:

As concepções sobre informação dentro da filosofia da ciência e da filosofia analítica, particularmente desde o final dos anos 70, estão relacionadas a ciências específicas, particularmente a física, a biologia e a linguística. Como resultado deste desenvolvimento, a tendência tem sido de re-humanizar o conceito de informação; isto é, colocá-lo no contexto cultural. Mas, ao mesmo tempo, continua a busca por

reflexão mais aprofundada em que informação e comunicação, sejam ou não humanas, são vistas com suas correspondentes *differentia specifica* de acordo com o ponto de vista do gênero de interpretação ou seleção. Esta reflexão aprofundada significa, por um lado, uma renascença da dimensão ontológica das raízes gregas de *informatio* além de uma visão humanista restritiva, enquanto, por outro, a perspectiva moderna, agora desumanizada, da informação como conhecimento comunicado, dá origem ao que poderíamos chamar uma ontologia comunicativa em que não apenas seres vivos (além dos humanos), mas também todos os tipos de sistemas são tidos como produtores, processadores e compartilhadores de informação. Esta perspectiva também pode explicar o surgimento da CI como ciência que supostamente está relacionada tanto aos sistemas computacionais quanto a seres humanos (CAPURRO, 2007, p. 164-163).

De forma sintética, neste capítulo estão reunidos autores cujas ideias se harmonizam com a temática e abordagem da presente pesquisa e que, como as ações de informação e regime de informação, a fundamentam teoricamente. Como dito nos pressupostos desta tese, de acordo com o exposto por González de Gímez (1999), “seja qual for nosso entendimento sobre o conceito de informação podemos ter certeza que ela não é uma entidade autônoma, ou um fator causal ou variável independente de produzir um efeito necessário e idêntico em qualquer situação e ponto de intervenção.” Por informação, a autora entende uma operação de caráter relacional, constituída da experiência e da vivência de redes de informações textuais, imagéticas, perceptivas e factuais, realizando-se o valor semântico através de processos seletivos e interpretativos que acontecem nos sujeitos humanos. É necessário, portanto, trabalhar e transformar os dados materializados no registro – a inércia da comunicação – para gerar informação e conhecimento. A informação assim construída está ligada ao corpo, à linguagem, à biografia individual e à cultura na qual o indivíduo está inserido (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 1999, p. 78-79).

4.2 PARADIGMA SOCIAL DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

Outro aspecto importante da Ciência da Informação consiste em situá-la como ciência que integra os paradigmas físico, cognitivo e pragmático-social. A seguir serão descritos os paradigmas segundo formulados por Capurro (2003). O paradigma físico, originário na teoria da informação, serviu como modelo para a Ciência da Informação desde seus primórdios nos anos 50 e 60, representado pela ideia de um objeto que é transmitido do emissor ao receptor (CAPURRO, 2003).

Já o paradigma cognitivo deita raízes ainda no final do século XIX, com a ideia de uma bibliografia universal de Paul Otlet e Henri La Fontaine, quando buscavam separar o conhecimento do seu registro em documentos. A documentação herdeira da ação iniciada com

Otlet e La Fontaine refere-se mais ao registro do conhecimento em suporte físico e a recuperação da informação registrada. Este modelo foi influenciado pelo terceiro mundo de Popper (1973) habitado pelo conhecimento sem o sujeito cognoscente, perspectiva cognitiva pela qual se busca compreender como os processos informacionais podem transformar o usuário, entendido primariamente como sujeito cognoscente possuidor de modelos mentais do mundo exterior (CAPURRO, 2003).

Para Capurro (2003), à visão reducionista de um conhecimento numênico, por um lado, e de um usuário entendido a partir de seus modelos mentais – encerrada dentro dos limites do paradigma cognitivo – se interpôs a crítica de Frohmann (1992) que considerou o paradigma cognitivo como associal. Esta crítica baseada, implicitamente, na epistemologia de Wittgenstein (1958) e na teoria do discurso como forma de poder (FOUCAULT, 1994), se relaciona com a pragmática (*antiepistemologias* ou *pragmatologias* do Wittgenstien tardio e de Heidegger) que funda o conhecimento teórico em um pré-conhecimento prático tácito. Birger Hjørland desenvolveu, junto com Hanne Albrechtsen (1995), um paradigma social-epistemológico no qual *o estudo de campos cognitivos está em relação direta com comunidades discursivas*, ou seja, com distintos grupos sociais e de trabalho que constituem uma sociedade moderna, isto é, uma integração da perspectiva individualista e isolacionista do paradigma cognitivo dentro de um contexto social no qual diferentes comunidades desenvolvem seus critérios de seleção e relevância (CAPURRO; HJORLAND, 2003).

Segundo Pinheiro (2009A), seria ainda importante compreender, no âmbito do paradigma social da Ciência da Informação, a indissociabilidade da comunicação e informação, havendo autores que pensam a área na qualidade de “componente básico e principal da comunicação”, como Weisman (1967, *apud* PINHEIRO, 2009), ou como Shera (1977) que entende a CI como parte do processo de comunicação como fenômeno social. Complementando as visões da responsabilidade social da Ciência da Informação, o importante teórico, Merta (1969) considera objetivo da disciplina:

(...) estudar e criar elos sociais e transmitir e intercambiar informação (...) um cientista da informação, como um sociólogo e um psicólogo, avalia o conteúdo da comunicação, sobretudo do ponto de vista do movimento da informação, isto é, observa a informação de sua origem até sua utilização social (PINHEIRO, 2009, p. 9).

Esta tese está centrada no paradigma pragmático-social da CI, colocando questões de informação e comunicação a serviço da rearticulação e da reconciliação dos saberes científicos e disciplinares com os saberes comuns, que se forjam no *mundo da vida*. O conceito de *mundo da vida*, desenvolvido por Habermas é, segundo Lima, Zattar, Maia

(2013), o ambiente da “reprodução simbólica” da linguagem, onde são elaboradas as trocas com utilização da linguagem ordinária.

Conforme a investigação de Pinheiro, Valério e Silva (2009B) os estudos científicos sobre a socialização da informação surgiram no Brasil dos anos 80, no âmbito da CI, juntamente com os avanços da divulgação científica – esta iniciada de forma rudimentar ainda na colônia e ampliada a partir do início do século XX – no mestrado em Ciência da Informação do IBICT. Segundo as autoras, as circunstâncias históricas de *abertura gradual* para a democracia efetivada pela anistia aos presos e exilados políticos e a eleição para Presidência da República serviram de solo fértil para a divulgação científica no país, uma vez que, a informação e a comunicação passaram a ser pensadas com amplitude de público e de usuários ganhando força a democratização da informação e da comunicação, a socialização do conhecimento e todos os processos com fins democráticos.

Pinheiro, Valério e Silva (2009B) relatam que no ambiente acadêmico no IBICT, os estudos no campo da divulgação científica surgiram pela criação de linha de pesquisa a esse respeito criada pela professora da disciplina de Comunicação Científica, professora Heloísa Tardin Christóvão na década de 80. Já em 1995, as então professoras e orientadoras da área, Gilda Braga e Heloísa Christóvão encontravam-se à frente do projeto denominado SACI, *Socialização da informação: desenvolvimento de metodologias para a sua efetivação; estudo aplicado às áreas de Ciência da Informação e da Saúde*, especificamente hanseníase. Este Projeto, segundo as autoras, estendeu-se de março de 1995 a fevereiro de 1999 e deu origem à primeira tese de doutorado sobre divulgação científica, de Leite (1999) e também a dissertação de Reis (2000) sobre *A comunicação da informação em hanseníase e a questão do estigma sob o ponto de vista do discurso da mídia* (PINHEIRO, VALÉRIO; SILVA, 2009B).

Silva e Freire (2013) consideram a socialização da informação na CI temática ainda em emergência fazendo-se necessário se desenvolver novas pesquisas abordando esse campo promissor *que traz o usuário da periferia para o cerne do processo de construção da informação e do conhecimento*.

Como observado por Silva e Freire (2013), com base em revisão de literatura, existiriam dois conceitos de socialização da informação presentes no campo da CI. Um conceito mais geral, no qual a socialização da informação é vista como um processo de disseminação de informação, encontrado em Heine, Pinheiro e Lopes (2001) e em Rebelo e Stempluk (2007). O outro conceito mais específico ratifica o processo de parceria (emissores e receptores/ produtor e usuário) em relação à construção e tratamento informacional, defendido principalmente por Christóvão e Braga (1994).

Segundo Silva e Freire (2013) vários estudos de campo seguiram a vertente específica da socialização da informação (SILVA; MARINHO JÚNIOR, 1996; FREIRE, 2000; LOUREIRO, 2002, 2009; FREIRE, I, 2004 e 2008, entre outros), que, de acordo com Christovão e Braga entendem a socialização da informação:

(...) não só como a “tradução” da informação científica e tecnológica para o público em geral, mas principalmente como a construção, tratamento e divulgação da informação de diferentes tipos em parceria, ou seja, a partir da definição conjunta por parte de produtores e usuários, que aqui se confundiriam, de suas necessidades, e de quais seriam os caminhos (metodologias) mais adequados para atendê-las (CHRISTOVÃO; BRAGA, 1994, p. 14).

No estudo empreendido por Freire e Silva (2013) foi considerado que o raciocínio desenvolvido por Braga e Christovão (1994) mostra-se convergente com muitas orientações da pedagogia freiriana, como a consideração das experiências de vida, a linguagem e historicidade do homem e sua participação na construção e modificação da sociedade. Para os autores a participação não poderia ser vista de forma *diferente no processo de construção informacional, que tem de ocorrer de forma mais democrática, responsável e cidadã, fazendo com que produtores e usuários atuem juntos como sujeitos do processo.*

Freire e Silva (2013) consideram a socialização da informação atividade complexa, democrática e humanizada, envolvendo uma série de conhecimentos e metodologias visando:

(...) a superação de visões tradicionais, baseadas na eficiência do sistema de informação, fontes informacionais e no documento. Constitui-se como campo científico ainda longe de ser esgotado e que pode trazer grande contribuição para os estudos de CI, principalmente quando relacionada à proposta pedagógica de Paulo Freire. Observa-se que o diálogo com esse educador brasileiro pode trazer significativas contribuições para o campo da CI e, mais especificamente, para a discussão da socialização da informação (FREIRE; SILVA, 2013, p. 24).

No estudo de Silva e Marinho Júnior (1996) que entende o processo de socialização da informação formado por diversas etapas a começar pelo desenvolvimento de um contexto comunicativo e afirma que a Teoria da Ação Comunicativa (TAC), de Jürgen Habermas, pode ser um dos percursos possíveis que quando trilhado leva à socialização da informação. Segundo Silva e Marinho Júnior (1996), Habermas trabalha com três elementos principais: diálogo, linguagem e grupo e *valoriza as experiências, o cotidiano, o mundo vivido, o senso comum dos indivíduos em geral, buscando, com isso, aproximar realidades que estão distantes e isoladas.* A TAC revoluciona facilitando o entendimento e a compreensão dos processos informacionais e comunicacionais em direção à socialização.

Freire e Silva (2013) observam elementos de aproximação entre a TAC e a pedagogia desenvolvida por Paulo Freire presentes também na temática da socialização da informação, sob o ponto de vista específico da CI.

Pode-se considerar o conceito de socialização da informação no seu aspecto específico o conceito da CI relacionado a intersubjetividade e, conseqüentemente, ao reconhecimento do outro.

4.3 ANÁLISE DE REDES

O conceito de rede submersa, proposto por Melucci (2001), para o entendimento de novas formas organizativas dos grupos e instituições humanas que exibem características *reticulares e intersubjetivas inéditas*, é adotado nesta pesquisa.

A abordagem de análise de redes sociais deve ser contextualizada para o esclarecimento da opção da metodologia quantitativa, que produz visão da superfície e visão abrangente das relações comunicacionais cotidianas no microssistema social e político dos serviços de saúde. Mas se faz necessário, sobretudo, diferenciar seu uso, nesta tese, articulado com a metodologia qualitativa de Análise Institucional e com a análise das representações sociais de cuidado, com o uso colonizador das redes cotidianas pelo utilitarismo que *esconde a importância da relação entre redes e mundo da vida* (MARTINS, 2010).

Cook e Whitmeyer (1992) elaboraram uma revisão que fornece breve exposição do contexto histórico. Segundo esses autores, Peter Blau (1975) identifica três abordagens principais para a estrutura social: (a) a estrutura social como uma configuração de relações sociais e posições, (b) estrutura social como o substrato que sustenta toda a vida social e da história, e (c) a estrutura social como um “espaço multidimensional diferenciado das posições sociais das pessoas em uma sociedade ou coletividade. A maioria das análises de redes sociais está baseada na primeira delas, e tem sido orientada mais empírica do que teoricamente” (COOK, WHITMEYER, 1992). A análise de redes está enraizada na observação empírica de que os padrões de interação de muitos atores podem ser vistos como redes.

Existe uma concepção estreita de análise de rede, que a considera um tipo de análise *estrutural*. Cook e Whitmeyer observaram que, segundo Wellman (1983), os analistas de rede tentam descrever padrões regulares de rede e usam suas descrições para aprender como as estruturas de rede restringem o comportamento social e a mudança social. Esta versão de análise de rede afirma, de acordo com a posição *estruturalista* da Sociologia, que todos os

importantes fenômenos sociais podem ser explicados, primariamente, se não completamente, pela estrutura social.

Os autores esclarecem que muitos estudos relacionados às redes não se encaixam com a concepção mais estreita da abordagem estruturalista, como os estudos sobre a criação e/ou manutenção das redes,¹⁸ ou com os estudos que investigam a influência de fatores *não rede* nas características da rede.¹⁹ Ao excluir o ator individual, a abordagem estruturalista estreita exclui a ligação da análise de redes com teoria da troca, considerada natural e potencialmente produtiva. Por fim, alguns estruturalistas de rede são menos, estritamente, estruturalista na prática do que o são em princípio²⁰ (COOK, WHITMEYER, 1992).

A área de análise de rede, na contemporaneidade, segundo Cook e Whitmeyer (1992), foi formada pela fertilização cruzada do trabalho de várias disciplinas, com objetivos empíricos e teóricos diferentes. Em consonância com a revisão feita por esses autores podem ser identificadas ao menos três fontes para análise de rede: o trabalho empírico em antropologia social – como os desenvolvidos por Bott (1957), Mitchell (1969) e Kapferer (1972) –, a prática da sociometria de Moreno (1951), e modelos e teorias matemáticas mais abstratos como a enviesada teoria de rede de Rapoport (1957) e a teoria dos grafos – por exemplo no trabalho de Harary e colegas (1965).²¹ Como é evidente nessa revisão de Cook e Whitmeyer (1992), a diversidade de origens continua no presente gerando diversidade de temas de pesquisa empírica e de interesses estruturalistas.²² Persiste na área a discussão se a análise de rede teria uma base teórica e o consenso ainda não foi alcançado pelo analistas de rede. De fato, para Cook e Whitmeyer (1992), ao longo de sua existência, a análise de rede tem sido vinculada a diferentes aportes teóricos, contribuindo com seu ferramental e técnicas, desenvolvidas a partir de 1970 e impulsionadas entre antropólogos e sociólogos, inclusive, citam Marsden (1990), para quem a análise de rede “pode ser vista como parte de programas de pesquisa para o desenvolvimento de medidas estruturais sociais” (MARSDEN, 1990, *apud* COOK, WHITMEYER, 1992, p.115) como exemplo do uso instrumental do método. Estas medidas podem, então, ser utilizadas por diversos teóricos em seus esforços de incluir em suas teorias e pesquisas empíricas, parâmetros quantitativos de avaliação dos conceitos

¹⁸ Os estudos de Galaskiewicz (1982); Mizruchi e Stearns (1988).

¹⁹ Os estudos de Feld (1981); Fischer (1982); Laumann e Marsden (1982).

²⁰ Como, por exemplo, Burt (1982b).

²¹ Considerando primeiro um modelo em que o papel representado pelas relações de uma classe de atores é definido apenas pela natureza e nível de participação dessa classe de atores nas relações sociais. Um conjunto de funções de rede formais foi definido por Harary e colegas (1965). Em uma discussão sobre a teoria de Grafos Harary et al (1965) mencionam cinco tipos distintos de pontos em um gráfico: isolados, transmissores, receptores, transportadores e pontos comuns.

²² A rede estrutural como variável independente ou dependente.

estruturais sociais. Cook e Whitmeyer defendem que a análise de redes tem sido combinada com a análise funcional e a teoria do papel, porém, Fararo e Skvoretz (1986) propõem combiná-la com a teoria dos estados de expectativa e Haines (1988) com a teoria da estruturação de Giddens, além de ter sido, desde sua origem, associada à *teoria da troca* que fornecia base teórica para a análise das interações sociais representadas em termos de rede²³ (COOK; WHITMEYER, 1992).

No contexto desta pesquisa de tese, a análise de redes sociais, ainda que não esteja, formalmente vinculada a uma teoria sociológica que aborde as estruturas sociais reconhece alguns pressupostos de trabalho que se articulam com conceitos da Ciência da Informação. São eles: (a) a existência concomitante das dimensões de sujeito e estrutura sem que uma tenha primazia, (b) a constituição, pela ação informacional humana, das estruturas de rede, (c) a possibilidade da estrutura de redes sociais serem veículo para ação de informação, (d) a possibilidade da estrutura de redes sociais constranger a ação de informação, (e) a inserção das redes sociais nos regimes de informação.

Adiante, quando da descrição metodológica da pesquisa, a análise de redes sociais será abordada em termos dos conceitos e instrumentos de medida.

²³ Como em Kapferer (1972) e em Whitten e Wolfe (1974), entre outros.

5 CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

O termo *saúde coletiva* em substituição ao clássico *saúde pública* vinculado à noção de doenças endêmicas e epidêmicas trouxe uma radical diferença conceitual na definição *positiva* de saúde, como resultado de um conjunto de condições sociais e pessoais de existência. Isto implicou, segundo Luz (2010), na subversão teórica do conceito de saúde que não mais seria vista como um estado inicial biológico, psicobiológico ou sociobiológico, mas como uma *situação vital*, resultado de condições de existência coletiva asseguradas aos cidadãos no que tange à educação, habitação, atenção à saúde, principalmente (LUZ, 2010, p. 397). O campo da Saúde Coletiva nasce com a reforma sanitária, quando teve início a construção do conceito positivo de saúde dando visibilidade a noção de promoção e ampliação da saúde.

5.1 POLÍTICAS DE SAÚDE

O primeiro documento depois da declaração de Alma-Ata abordando explicitamente a promoção de saúde foi fruto da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em novembro de 1986 em Ottawa, Canadá, onde a *promoção da saúde* foi definida como:

(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (World Health Organization, 1986, p. 158)²⁴.

A Promoção da Saúde está estabelecida, no Brasil, como política nacional desde março de 2006 e o paradigma promocional coloca a necessidade da *construção compartilhada dos conhecimentos* e das práticas da saúde. Aqui as ações de informação desempenham papel de grande relevância, pois são agente mediador na produção de conhecimento.

O atual modelo de atenção primária elaborado pelo Ministério da Saúde tem sua origem na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de 1990. Os princípios doutrinários de

²⁴ A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

universalidade, equidade, integralidade da saúde e participação social presentes na Constituição Federal e os princípios da *preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral* e do *direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde*, presentes na Lei Orgânica constituem a base da Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu sua Agenda de Compromisso pela Saúde com três eixos, dos quais, um é o Pacto em Defesa da Vida. As macroprioridades do Pacto pela Vida são a *qualidade do acesso e dos serviços* de saúde prestados pelo SUS, com ênfase no fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família e da Promoção, Informação e Educação em Saúde. O desafio para a gestão está em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, cujo dinamismo se dê através de redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população e o cuidado com a saúde, abrangendo além do próprio governo, o setor privado, não governamental e a sociedade.

A estratégia Promoção da Saúde é retomada como possibilidade de enfoque dos determinantes do processo saúde-adoecimento em nosso país,²⁵ ampliando as formas de intervenção. Busca-se, então, uma nova abordagem em saúde, cujo escopo amplia-se de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e, ao mesmo tempo, visem para além das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo o alargamento de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.²⁶ Portanto, é necessária uma articulação constante entre a Promoção de Saúde e demais setores construindo consensos e promovendo a participação social *com especial papel para as redes sociais de apoio*.

O desenho do Sistema Único de Saúde (SUS), no nível da Atenção Básica (AB), isto é, na base da pirâmide do serviço nacional de saúde brasileiro, vem se transformando ao longo do tempo, desde sua criação na Constituição de 1988, no sentido de permitir maior inclusão e acesso da população, bem como melhor qualidade dos serviços prestados. Uma série de políticas – incluindo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) – foram traçadas no decorrer desses anos e implantadas. Em 2011 todas essas políticas foram consolidadas em um único documento, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que coloca a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia de reorganização da AB.

²⁵ Pode-se considerar, entre outros, os seguintes determinantes desse processo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou inexistente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada.

²⁶ Para mais detalhes sobre a política nacional de promoção de saúde visitar o www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf

5.1.1 Estratégia Saúde da Família – ESF

O objetivo do ESF é redefinir a percepção de saúde ampliando o contexto do cuidado ao *incorporar o indivíduo situado*, isto pode ser entendido como uma estratégia para promover a integralidade da ação em saúde incluindo os usuários do SUS como atores das *redes sociais de apoio* – na condição de sujeitos estabelecidos em seu território e imersos em sua cultura – participando ativamente com seus conhecimentos, percepções e representações acerca do binômio saúde/doença, tratamento e cura, atualizando o processo emancipatório da promoção da saúde e do cuidado de si.

No sistema de saúde, são os profissionais nas equipes do ESF – com formação em clínica médica, enfermagem, auxiliar de enfermagem, odontologia e de agente de saúde – os mediadores entre o sistema de saúde e sociedade representada pelos usuários para a concretização do cuidado e promoção da saúde. É nessa dimensão da rede de serviços básicos de saúde, porta de entrada natural do Sistema Único de Saúde (SUS), que se espera não só resolver a maioria das necessidades de saúde da população, bem como ampliar a saúde. Há, portanto, a intenção de aumentar a efetividade dos atendimentos no âmbito da ESF, por meio de avaliações e definições de novas ações. Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PNMAQAB), de 2011, busca transformar a necessidade e satisfação do usuário em objetivo a ser alcançado pela efetiva mudança do modelo de atenção, orientando o desenvolvimento dos trabalhadores e os serviços.

Dados recentes da Secretaria Municipal de Saúde, de 2012, revelam que o Município do Rio de Janeiro está caminhando positivamente no sentido de ampliar o número de Clínicas da Família. O Programa Saúde da Família passou de uma cobertura de 3,5% em 2008 para 27,4% em 2011 e em cada clínica funcionam de três a nove equipes da ESF. Este pode ser considerado um acerto da estratégia de descentralização da saúde, à medida que se volta para ações locais de saúde e amplia o acesso. Porém, está longe da realização do paradigma promocional que prevê a participação e controle social que possibilite tornar a saúde um recurso para a vida.

A dimensão do encontro entre os profissionais da Atenção Básica com os usuários do Sistema de Saúde é considerada fundamental para os propósitos de concretização de esfera pública para discussão de políticas e ações públicas de promoção e ampliação da saúde. É pressuposto desta pesquisa que na dimensão do encontro profissional de saúde/usuário esteja a chave para a participação e controle social da saúde por ser o ambiente pelo qual o mundo

da vida pode permear o sistema de saúde. Entendido o sistema de saúde pelo conceito de sistema fechado de Luhmann (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013, p. 4) que será deslindado adiante, no capítulo 6 quando da discussão do intercampo Informação e Comunicação em Saúde no microssistema social dos serviços.

Por ora descreve-se o contexto da Saúde Coletiva que gerando reflexões sobre os sucessos e insucessos das estratégias para a saúde na Atenção Básica colabora com a produção de novas portarias e políticas, que vieram ao socorro da ESF. Entre essas iniciativas encontra-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), explicitada a seguir.

5.1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no intuito de melhorar a capacidade de resolução na rede primária, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja função de matriciamento dos serviços especializados está associada a de qualificação dos profissionais da ESF. A equipe de profissionais do NASF trabalha junto as equipes do ESF de forma multidisciplinar e é composta por profissionais de nível superior de educação com capacitações diferenciadas – psiquiatra, ginecologista, pediatra, homeopata, acupunturista, psicólogo, fonoaudiólogo, professor de educação física, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social – alocados em concordância com as necessidades percebidas pelos gestores para uma determinada área.

Os NASFs são compostos por, no mínimo, três ou cinco profissionais das diferentes formações apontadas na constituição das equipes. O tamanho do núcleo é dependente do número de equipes de ESF (de 8 a 20 equipes) a serem matriciadas e a escolha dos especialistas se dá, em tese, pela demanda social local. A Política Nacional de Atenção Básica aponta, portanto, para uma mudança paradigmática que deve ser incorporada por todos os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde. As ações inovadoras do NASF podem ser resumidas do seguinte modo:

- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) confere transversalidade à Atenção Básica pelo matriciamento e suporte de várias equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Promove estrutura mais complexa dos serviços devido à incorporação de redes sociotécnicas;
- Aponta para a necessária adesão ao novo objeto da atenção: o sujeito – doente ou não – e menos a doença; e

- Reforça com novos instrumentos e modos de trabalho o objetivo da intervenção na recuperação ou ampliação da saúde, em lugar do controle ou combate das doenças.

As Figuras 5 e 6 ilustram o segmento da organização em rede dos dispositivos de saúde no nível primário de atenção básica, a partir da perspectiva dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF).

Figura 5 - Mapa Conceitual 1



Figura 6 - Mapa Conceitual 2



A porta de entrada do sistema são as equipes do ESF, que recorrem, nos casos mais complexos, ao apoio dos profissionais especialistas do NASF que, por sua vez, se necessário fazem o matriciamento dos pacientes para outros centros de serviços especializados, como hospitais, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Policlínicas com outras especialidades.

A configuração formada por um NASF, as equipes de ESF e seus usuários apresentada nas Figuras 5 e 6, constitui a estrutura formal, sobre a qual se organizam redes sociotécnicas e infocomunicacionais.²⁷ As redes que se tecem sob a estrutura formal são de natureza dinâmica e relacional, nas quais elos fortes ou fracos vão desenhando arranjos estruturais em superposição, identificáveis pela Análise de Redes Social (ARS), que se presta também à análise do fluxo infocomunicacional como se verá a seguir.

As ações estratégicas dos NASF (Pt. nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008), são programas e atividades desenvolvidos a partir dos núcleos de apoio

²⁷ A Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde amplia o quadro de especialidades do NASF incluindo os seguintes profissionais: 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.

e voltados para a integralidade da atenção e da promoção da saúde dos usuários: (a) atividades físicas e práticas corporais, (b) práticas integrativas e complementares, (c) reabilitação – fisioterapia, fonoaudiologia etc., (d) alimentação e nutrição, (e) assistência farmacêutica, (f) saúde mental, (g) saúde da criança e saúde do adolescente, (h) saúde da mulher e saúde do homem, (i) saúde do idoso.

Chamamos a atenção para a introdução, entre as estratégias, do programa das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) que também incluem atividades corporais, perfazendo um conjunto de práticas que se orientam por racionalidades vitalistas (VELLOSO; LUZ, 2000; VELLOSO, 2003; LUZ, 2012), as quais possuem representações sociais de saúde e tratamento assentadas no paradigma de integralidade (LUZ, 2012) e, portanto, se aproximam mais do que a racionalidade de saúde da biomedicina, hegemônica, dos conceitos inovadores da promoção da saúde.

A introdução dos núcleos de apoio determinaram a necessidade de se pensar em rede de multiníveis, isto é, o nível da ESF e o nível do NASF ou de centros de saúde que atuem com a mesma lógica apoiadora. Dessa perspectiva, significa dizer que o processo de trabalho dos NASF compreende que os profissionais devem: (a) atuar em parceria com os profissionais das ESF; (b) compartilhar das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF; (c) apoiar as equipes por meio de processos de educação permanente; (d) atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de ESF.

Os desafios cotidianos entre NASF e ESF podem ser assim resumidos: (a) articular saberes e práticas, sejam científicos, técnicos ou comuns; (b) atuar de forma transdisciplinar, permitindo que a interdisciplinaridade desenvolvida nos serviços transborde para as ações de saúde; (c) atuar considerando a diversidade dos saberes, sejam racionalidades ou não, e considerando, também, a integralidade das dimensões do sujeito, tanto quanto das ações em saúde; (d) promover ações de *educação permanente* entre as equipes – ESF e NASF, ponto considerado fundamental, para concretização da proposta de promoção de saúde; (v) romper com a lógica de referência/contrarreferência que faz do atendimento especializado, prestação de serviço de atenção à saúde, em relação assistencialista com as equipes da ESF e com os usuários, sem a necessária integralização da ação de saúde e com insuficiência do aporte de afetos e comunicação dialógica. Está implícito nos objetivos dos NASF o uso de ações de informação e comunicação para a produção de conhecimento e educação dos profissionais. Nota-se, porém, em muitos casos, que os profissionais do próprio NASF não estão, suficientemente, côncios desses objetivos e acabam por prestar apoio em práticas de

referência e contrarreferência, com baixo grau de integração com os profissionais da ESF e submetidos à lógica assistencialista.

No município do Rio de Janeiro, a implantação de Núcleos de Apoio ao Saúde da Família teve início em 2010 e conta hoje com 42 unidades do NASF. Segundo a Coordenação de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, hoje, responsável pela implantação e implementação do NASF/RJ, verifica-se a necessidade de fortalecimento do modelo de atenção do NASF pelo alinhamento conceitual e discussão das práticas – ações clínicas compartilhadas, intervenções individuais específicas e ações compartilhadas nos territórios. Foi possível observar, na apresentação da oficina de Qualificação do Processo de Trabalho do NASF desenvolvida por grupo de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, que as ações de educação permanente dos profissionais das equipes NASF/ESF não aparecem como parte do processo de trabalho.

Esta pesquisa considera todos os profissionais da ESF e do NASF, que desenvolvem atividades terapêuticas e promocionais da saúde junto aos usuários do SUS como agentes mediadores da comunicação e das ações de informação em saúde.

5.1.3 Pressupostos Acerca da Implementação do NASF

O presente trabalho parte do pressuposto que algumas dificuldades de implementação das ações inovadoras e estratégicas do NASF centram-se na prática assistencialista, consolidada na saúde pública brasileira, e especializada, isto é, exercida pelo perito. No entanto, paradoxalmente, vê-se, na atualidade, profissionais de saúde especializados atuando como generalistas, no nível primário de atenção à saúde, onde a atividade de promoção requer outras habilidades, tais como, capacidade de integração das perspectivas social e técnica, e, principalmente, capacidade de interagir com o sujeito e não com a doença.

Para a promoção da saúde os agravos são entendidos como efeitos do processo de adoecimento e as intervenções terapêuticas devem ser concomitantes a ação de recuperação da saúde pelo cuidado e pela elaboração compartilhada de estratégias que facilitem o alcance dos objetivos. Portanto, para a plena adesão dos profissionais ao novo modelo paradigmático e para que estes sejam capazes de compartilhar com os usuários semelhante visão, é imprescindível a existência de um fluxo infocomunicacional a fim de promover a conscientização dos novos paradigmas que se espera norteiem a prática dos profissionais da saúde.

A prática cotidiana nos serviços básicos de saúde sofre com a lógica produtivista que impera em todos os setores do SUS, mas também é influenciada pela cultura e visão de mundo dos profissionais, inclusive a forjada na formação acadêmica disciplinar. Apoiado na teoria da construção social de Berger e Luckman (1996), Tesser (2012) afirma que as sociedades precisam estabelecer uma relação saudável e equilibrada com os agentes especializados que concentram saber e poder, e práticas específicas de saúde. Contudo, para Tesser (2012), a hegemonia da biomedicina e de seu saber científico, que nega outros saberes, e o processo de medicalização social desequilibram a relação da sociedade, em geral, com os agentes especializados da saúde, dada a excessiva concentração de poder destes. Segundo o autor, o mercado em saúde (indústria farmacêutica, planos privados etc.), em última instância, define o que seja atender/tratar tornando essa relação tensa e com certo grau de desequilíbrio, no sentido de uma excessiva concentração de poder nos profissionais de saúde, com destaque para os médicos e, principalmente, os especialistas.

Ao descrever redes sociocomunicacionais nos serviços, é possível identificar as relações de poder e suas influências nas práticas de promoção da saúde. Perceber os tipos de interações dominantes, se há ou não bidirecionalidade (ou reciprocidade) nas trocas informacionais na promoção e no cuidado, ou se domina como lógica a concentração de poder e saber na fala dos mais especializados em detrimento do conhecimento local, dos agentes comunitários de saúde, por exemplo. As colocações levantadas por Tesser (2012) apontam para importância de se verificar o grau de hegemonia da racionalidade biomédica nos serviços básicos de saúde, tendo em vista que a presença das racionalidades vitalistas que comungam com o paradigma da integralidade em saúde e, portanto, da existência de dimensões da saúde humana para além da física, como a psicossocial, viria ampliar as escolhas e o reconhecimento dos usuários como sujeitos.

5.2 AS CINCO GRANDES QUESTÕES DA SAÚDE COLETIVA NA ATUALIDADE

A reforma sanitária iniciada nos anos 80 pôs em questão o modelo das biociências como explicação suficiente para compreensão dos fenômenos relativos à saúde da população, por um lado levou à ampliação dos saberes e práticas do campo saúde/doença, embora por outro, sua interiorização no campo dos saberes disciplinares e práticas profissionais da área da saúde tenha sido lenta em decorrência da submissão do conjunto das disciplinas científicas da área à lógica das especialidades e ao paradigma das biociências (LUZ, 2010, p. 398).

Os conflitos advindos desta lenta interiorização, bem como os avanços e recuos nas conquistas institucionais do SUS se fazem presentes há duas décadas com reflexos nas dimensões das práticas, da formação e da pesquisa, levando Luz (2010, p.395-406) a formular, baseada em sua experiência participativa em debates²⁸ recentes, as cinco grandes questões da saúde coletiva na atualidade, a saber:

1ª Questão - de natureza estrutural, funciona como obstáculo ao avanço do SUS, nas dimensões política, de aprendizagem e da prática profissional. Pode ser traduzida como a obstinada persistência das oposições: *centralização X descentralização*, e *concentração X democratização (ou participação)*, presentes no Brasil há mais de um século em políticas sociais²⁹ (LUZ, 2010, p. 399).

2ª Questão – emerge da educação, isto é, do sistema de formação dos profissionais, onde cursos, currículos, estágios, especialidades e especializações na grande área da saúde não encontra correspondência com a situação ou solução dos problemas vitais da maioria da população atendida pelo SUS. Os crescentes estoques de conhecimento científico não tornam os profissionais aptos ao atendimento do sujeito humano. No plano do poder simbólico, demonstra-se histórica desvantagem da linguagem e modos de apreensão e de interpretação dos fenômenos saúde/doença do campo da Saúde Coletiva e das ciências humanas em face das biociências. O desprestígio começa na medicina e se expande para as demais disciplinas da grande área da saúde (LUZ, 2010, p. 400-401).

3ª Questão – nasce do empenho da política de saúde, do final do século XX, na progressiva regulamentação do SUS, com formação de equipes de saúde comunitária, e com o advento do Programa de Saúde da Família (PSF), visto como prioridade. Questões e embates institucionais, de natureza estrutural, são colocados para o ensino das profissões de saúde e a prática dos profissionais centrados, tanto quanto o olhar institucional, nos procedimentos técnicos especializados no diagnóstico de patologias (LUZ, 2010, p. 402).

4ª Questão – encontrada no confronto da formação tradicional com o exercício da prática, que dada a natureza do SUS, deve ser regida pelo empenho de se promover a *universalidade* na atenção, a *integralidade do cuidado* e a *participação cidadã* dos usuários nos serviços de saúde. O deslocamento do olhar da Saúde Coletiva está em curso há, pelo menos, uma década e neste contexto de prática, os profissionais formados e em formação

²⁸ Os debates mencionados foram realizados no conjunto de atividades de pós-graduação em Educação em Saúde da UFRG com alunos, profissionais, gestores e pesquisadores por um ano (2008/2009).

²⁹ A este respeito ver: As relações entre burocracia, aparato estatal e sociedade civil na sociedade brasileira a partir de políticas sociais: possibilidades e limites de generalizações para a América Latina analisando-se o caso da saúde. In: LUZ, M. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a, p. 67-82.

precisam fazer um grande esforço de reconciliação do nível de saberes disciplinares e da formação com os tempos do trabalho, a distribuição de funções e com a discussão e avaliação dos resultados da ação sem que seja assegurada por parte das instituições de saúde a estabilidade nas normas e no emprego, justa remuneração e apreço simbólico a força de trabalho que mantém o sistema em funcionamento (LUZ, 2010, p. 403).

5ª Questão – se trata da expansão explosiva da Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas, nas últimas décadas (LUZ; MATTOS, 2010). O campo vem oferecendo contribuição significativa, em termos de conhecimento, e mesmo de *tecnologia social*, contribuição das ciências sociais ao campo, por instrumentos conceituais e metodológicos, que ainda carecem de reconhecimento (LUZ; MATTOS, 2010) e a devida integração à Saúde Coletiva. Ainda insuficientemente compreendida, tal expansão necessita de reflexão, pelo campo da Saúde Coletiva e das disciplinas afins como Sociologia, Política e Antropologia, conquanto o uso inadequado e impreciso deste instrumental, por profissionais, pesquisadores e docentes da saúde, a maioria com formação inadequada para fazê-lo, tende a diluir conceitos e fragilizar métodos de pesquisa (LUZ, 2010, p. 405).

À ampla contextualização do campo da Saúde Coletiva desenvolvida por Luz (2010) seguem-se, aproximando do escopo da pesquisa, as considerações e debates sobre os avanços e dificuldades enfrentados pela política do cuidado em saúde como resultado da ação combinada envolvendo Estado e Sociedade.

5.3 A POLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

O impacto da renovação teórica pós-estruturalista sobre as instituições e as práticas tem, segundo Martins (2010), nas reformas de saúde brasileiras, um caso exemplar. No campo da saúde, são referidas, com clareza, “*as reformas do Estado em sociedades complexas do mundo contemporâneo e os esforços de mobilização da sociedade civil na promoção da ação pública em saúde*” (MARTINS, 2010, p. 412). O Sistema Único de Saúde ao valorizar a participação cidadã e a responsabilidade partilhada da ação pública tornou-se emblemático das novas configurações integralizadas dos sistemas sociais complexos da atualidade (MARTINS, 2010).

A descentralização da saúde articulada com a prática cidadã integralizada³⁰ e valorizada refletiu, neste século XXI, em políticas e práticas exitosas, como, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), que, por sua vez, convivem com expectativas frustradas quanto ao avanço da participação cidadã, e levaram à reflexão acerca do esgotamento de propostas metodológicas bem como sobre proposições de novos caminhos (MARTINS, 2010).

Portanto, para Martins, as ações de descentralização são a resposta à política do cuidado em saúde como produto de uma ação combinada entre Estado e Sociedade Civil. Para o autor, o fato das populações permanecerem em posição reativa e conformista com relação aos programas locais em saúde, no Brasil e na América Latina o leva a formular a hipótese de que a relação mecânica entre senso comum e prática reflexiva precisa ser revista. A virada linguística pós-estruturalista teria falhado em justificar com clareza o papel da conversação ordinária e das crenças tradicionais e populares na produção de políticas públicas e sociais geradoras de bem-estar (MARTINS, 2010 p. 413). Ainda imperariam dois dispositivos inibidores da consciência crítica: a “cultura da humilhação”, herança do processo colonizador autoritário e racista, a que Martins (2010, p.414) chamou de emancipação do capitalismo informacional associado a novos processos de colonização das mentalidades utilizadas em estratégias de subalternização do senso comum, sobretudo, pelas mídias, mas também pela submissão dos políticos e dos governos ao interesse egoísta cultivado pelo capitalismo (MARTINS, 2010, p. 414).³¹ Estes dispositivos de disciplinamento – das culturas tradicionais e de consumo urbanas – limitam em grande parte a pedagogia da libertação fincada na conscientização a partir da realidade cotidiana como apontada por Paulo Freire (MARTINS, 2010, p. 414).

Está, portanto, em curso tentativas teórico-metodológicas que reúnam os ganhos conceituais da virada linguística e que respondam a dois desafios: resgatar a valorização do saber comum e do cotidiano para organização de esferas públicas primárias que valorizem a democracia de próximos (MARTINS, 2010 p. 415). Segundo Martins (2010), deve-se empenhar esforços para descolonizar os saberes de modo a liberar outros novos voltados para a produção de consciência coletiva ampliada e sensibilizada com as ideias de público e de associação. O autor também entende ser necessário a proposta de novas técnicas que incidam

³⁰ A trajetória das ações de descentralização e da integralidade da atenção associadas à participação e controle social podem ser estudadas com mais profundidade nas publicações do Laboratório de Pesquisas sobre Integralidade em Saúde, de 2003 a 2008. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/>

³¹ Esta perspectiva leva em conta a redução do humano à metáfora do *Homo economicus* em todas as disciplinas, levando Alain Caillé a desenvolver a teoria antiutilitarista da sociologia (CAILLÉ, 2009).

sobre as redes de pertencimentos primários, como amigos e família; e sobre as coletivas, como associações e espaços públicos híbridos, localizados entre o Estado e a Sociedade Civil, devem ser buscadas. Martins (2010) assegura que para o entendimento da virada epistemológica em curso é preciso compreender os processos de colonização em curso e as reações a eles como a MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano) que pode ser considerada tecnologia metodológica na articulação de saberes especializados e saberes comuns em torno do desafio de uma nova prática reflexiva construída entre espaços coletivos, comunitários e públicos.

A possível compreensão de obstáculos e de elementos facilitadores à circulação dos saberes referidos ao cuidado da saúde como reconhecimento da alteridade, seja o outro usuário ou profissional colega de trabalho em instituição da atenção primária, vem ao encontro das reflexões e ações mais recentes no campo da saúde coletiva. Reiteiradas políticas e normas, recentemente implantadas, no âmbito governamental, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF, 2008 e revisada em 2011), a nova Política de Atenção Básica em Saúde (2011) e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB, 2011), no intuito de promover a implementação de rede de cuidados e organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, seja voltado para as pessoas, famílias, grupo específico (gestantes, hipertensos etc.) e comunitário. Pouco mais de dois anos passados da implantação destes empreendimentos a questão da qualidade e do acesso ao cuidado persiste levando o Estado a implantar novas iniciativas como o Programa Mais Médicos (2013).

Como mencionado, a participação cidadã na elaboração das políticas públicas da saúde não tem alcançado os índices esperados, sendo necessário entender de que maneira o cuidado como metáfora de mediação entre o sistema e o mundo da vida circula nas redes dos serviços, como se capilariza e quais constrangimentos à sua disseminação devem ser enfrentados. É considerado um pressuposto desta pesquisa a noção de que a participação cidadã continua sendo central para a boa implementação de qualquer política pública, mas esta parece não estar disponível à medida que as esferas públicas de interlocução e acolhimento dos saberes estão esvaziadas. O profissional de saúde, pela própria natureza de suas funções, está em contato direto com os usuários, considerado o espaço de suas práticas. Este é um espaço “entre”, entre dois discursos, entre duas percepções de corpo, entre duas visões de mundo (BONET; TAVARES, 2009, p. 267). Espaço para o encontro dos saberes produzidos pela ciência e pelas tradições populares, onde o cuidado se torna mediador e podem ser criados arranjos produtivos locais.

Conquanto o objeto da pesquisa o estudo de campo não incluam, explicitamente, os usuários do sistema de saúde, sua presença está implícita tanto nos instrumentos da coleta de dados quanto nos reflexos de suas análises, e ainda como finalidade do cuidado como metáfora e mediador pesquisado nos fluxos infocomunicacionais.

5.4 O CUIDADO E A TEORIA DA DÁDIVA

Assim como fundamenta os pressupostos do NASF e a teoria e prática das racionalidades de saúde vitalistas, o Intercampo de Informação e Comunicação em Saúde se assenta na efetiva interação entre sujeitos, para que prevaleça o diálogo sobre o *bem-estar e o cuidado do outro*. Para o ICS a perspectiva da intersubjetividade da linguagem para a promoção do reconhecimento e, portanto do cuidado do outro, nasce do paradigma social da Ciência da Informação fertilizado pelas reflexões sobre o cuidado do campo da Saúde Coletiva.

Integrando sem homogeneizar, a nova política da Saúde Básica, a diversidade de racionalidades em saúde e a possibilidade da coexistência no SUS e o intercampo Informação e Comunicação em Saúde, esta pesquisa entende o cuidado como reconhecimento do outro segundo a perspectiva apontada por Martins (2011). O autor promove o encontro entre a teoria da dádiva enunciada pela primeira vez por Mauss (2003) e o dom do reconhecimento encontrado em Charles Taylor (2005, MARTINS, 2011, p. 46).

Para Taylor (2005, *apud* MARTINS, *prelo*), o surgimento de práticas de solidariedade marcadas pelo desenvolvimento de um *self* reflexivo em busca de autonomia longe das pressões utilitaristas e burocráticas, é um acontecimento favorável para se repensar a Sociedade Civil. Sendo o processo social da contemporaneidade marcado pela contingência, onde não são mais possíveis garantias e certezas na vida dos indivíduos e sociedades, haja vista a degradação do trabalho, a tomada de decisão que implica a escolha de algo e abrir mão de outras opções é hoje, em face do excessivo influxo informacional e afetivo, um conflito emancipatório, cuja única garantia reside no reconhecimento do outro como semelhante e, portanto, interlocutor afetivo (MARTINS, 2005, *prelo*). Na teoria do reconhecimento de Taylor, a solidariedade estabelecida entre estranhos permite, em consonância com Martins (2005, *prelo*), o desenvolvimento de um novo campo da saúde ao viabilizar os movimentos simultâneos de deslocamentos individuais e de formações grupais. Assim encontramos em Godbout e Caillé que “(...) [a] nova solidariedade no campo da saúde pública apenas é compreensível quando integramos a ideia de “*dádiva moderna entre estranhos*” ao lado da

dádiva entre próximos” (GODBOUT; CAILLÉ, 1992, p.140-141). Em Martins encontramos que “ O dom moderno representa, de fato, uma novidade sociológica que permite compreender a nova dinâmica da vida comunitária [...] com a dádiva, o estranho se torna um próximo. A importância disso para a expansão do novo campo da saúde é inegável” (MARTINS, 2005, *prelo*).

As práticas do cuidado, entre estranhos (usuários) ou entre semelhantes (colegas de trabalho) podem ser entendidas como campo de ação concreta e reflexiva da ação em saúde, que se realiza em três momentos: o de doar, receber e retribuir.

O dom do reconhecimento (...) se realiza mediante a capacidade do profissional – doador de reconhecer o outro-usuário para lhe dar visibilidade e dignidade, permitindo que o donatário faça, por sua vez, seu movimento de inclusão e de reconhecimento. No campo da saúde, propomos que o cuidado apenas aparece como renovação paradigmática e programática quando ele é percebido como uma modalidade de dom, a do dom do reconhecimento (MARTINS, 2011, p.44)

A dádiva visa sempre a aliança, mas por *dádiva da aliança* busca-se enfatizar a ação intencional com relação ao outro na perspectiva de valorizá-lo (MARTINS, 2011). Os resultados da articulação da teoria do dom com a do reconhecimento surgirão, objetivamente, no questionamento crítico das ações de informações em saúde, nas mudanças do padrão de consumo em saúde, na ação social para a saúde e na participação democrática, dependendo da capacidade dos usuários e profissionais de saúde de assimilar e transformar as ações de informação em saúde em conhecimento promotor da própria saúde e do outro desconhecido, circulando entre o *doar, receber e retribuir* (MARTINS, 2011). No entanto, para se alcançar tal objetivo, um processo reflexivo e de produção de conhecimento de si e do entorno precisa se instaurar.

6 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – ICS

Com o termo intercampo coloca-se em uso o conceito de um espaço de interseção de domínios do conhecimento, com distintos programas de pesquisa em desenvolvimento, mas que se aproximam, na maioria dos casos, pela inserção no meio acadêmico de questões que emanam da vida em sociedade, e cuja resposta transborda os limites disciplinares de cada campo. O pesquisador, envolvido na resolução de desafios sociais, busca para além das fronteiras de sua disciplina, sustentado pelas pesquisas previamente desenvolvidas em outros campos, novas perspectivas para pensar o problema em questão. Está é uma das circunstâncias onde se dá a mútua aproximação entre dois campos de produção do conhecimento.

A formação de um intercampo, de acordo com Pinheiro (2006), move-se por uma aproximação, inicialmente, tímida quando se buscam novos olhares para uma temática comum e, aos poucos, pesquisadores dos dois campos começam a se apropriar dos discursos do domínio que lhe é novo. Quando se estabelece uma linguagem comum, faz-se ciência dialógica e integrativa. Ao assumirem uma agenda de pesquisa compartilhada, são produzidos novos conhecimentos de forma interdisciplinar. A interdisciplinaridade seria, portanto, uma condição necessária para a existência de um intercampo cuja natureza difere da soma simplificada de saberes de duas disciplinas, quando uma se torna instrumental para outra, como predominantemente acontece na Informação e Informática na Saúde. Pressupõe a produção de novos saberes a partir de metodologias híbridas e apoiada em categorias e conceitos dos campos, respeitando sua formulação original, porém aplicados às questões expostas e discutidas interdisciplinarmente.

O intercampo da Informação em Saúde comporta potencialmente vários domínios do conhecimento. Não obstante, suas origens levaram a configuração atual de um intercampo mais funcional do que reflexivo, expresso de forma significativa pela denominação existente de Informação e Informática na Saúde (IIS).

A genealogia da informação em saúde se insere na passagem da medicina clássica para a moderna, em meio ao ordenamento disciplinar dos processos de urbanização e organização da sociedade. Ocorre aqui uma ruptura epistêmica dada pela introdução de uma racionalidade médica emblemática no pensamento anatomopatológico e pela ressignificação da doença corporificada no indivíduo. Deixam de existir sujeitos doentes e passa-se ao combate do objeto doença. Segundo Luz (2004), ganha relevância o modelo mecanicista que engendra um programa teórico, metodológico e de linguagem, que produz conceitos e teorias além de ser

indutor do desenvolvimento de tecnologias, com efeitos práticos de mudança na qualidade de vida social e econômica.

Assim, tem-se que as informações em saúde encontram-se, ainda na atualidade, submetidas à visão disciplinar e fragmentada do homem. Instrumentalizadas pelos aparelhos de Estado que passam a exercer sobre as populações o mesmo olhar de corpo/objeto/doença que o médico estabeleceu com o paciente quando da instauração da razão médica. Para Sozzi de Moraes e González de Gómez (2007), o processo de revisão da IIS pode se constituir como um importante passo no estabelecimento de nova lógica organizativa das informações em saúde, contribuindo para a construção de uma Ciência da Saúde e fortalecendo a luta da Saúde Coletiva, no esforço de contemplar a complexidade dos processos de saúde/doença/cuidado. Para as autoras “Informação em saúde” designa, assim, o enquadramento dos significados da saúde reconstruídos e alargados na nova ordem da medicalização e das instituições – primeiro de atendimento e depois de ciência e tecnologias em saúde” (SOZZI DE MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 558).

Para a inversão da opacidade instalada no intercampo da IIS pela inexistência de um discurso epistemológico, Sozzi de Moraes e González de Gómez (2007, p. 558) pressupõem a necessidade de se trabalhar na interseção de “malhas densas” informacionais, complexamente relacionadas, seja por justaposição, agregação ou confrontação, nas fronteiras espaciais vida coletiva/subsistemas do Estado, público/privado e cultura/C&T. A dispersão do processo decisório na elaboração das políticas de informação encontra-se em vários campos e é um problema abordado pela concepção de regime de informação (FHRMAN, 1995; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002; BRAMAN, 2004 *apud* ABAGLI; MACIEL, 2009, p. 9). A concepção de regime de informação se debruça não somente na atividade institucional e seu arcabouço legal, como também inclui os processos sociais nos quais a práxis informacional ocorre de fato. O regime de informação passa a se constituir, portanto, em um campo de disputas, enfrentamentos, acordos e negociações. Para González de Gómez, regime de informação pode se definir como, inspirada em Poster (2000), um “modo de produção informacional dominante em uma formação social” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2002 *apud* ABAGLI; MACIEL, 2009 p. 10).

Segundo Moraes e González de Gómez, o regime de informação institui os modos como a informação é definida, preservada, transmitida e usada. No caso da IIS, o regime de informação estabelecido prioriza ações e meios de orientação política mais que epistemológica, à medida que vem seguindo as abordagens funcionalistas e instrumentais,

visando melhorar o rendimento das atividades regulares e prioritárias do setor. A investigação e possíveis reformulações dos propósitos, da extensão e das ligações que se estabelecem entre as práticas, políticas e ciências em saúde, ficam, assim, revestidas de sombra pela inexistência de reflexão epistemológica. A informação em saúde encontra-se dentro de limites estreitos, uma vez que está investida de valor apenas enquanto produtos de serviços auxiliares, na condição de meios (no sentido de mídia), o que é reforçado pelo aumento, nos espaços institucionais, acadêmicos e de pesquisa e desenvolvimento, de temas tecnológicos (MORAES; GONZÁLES E GÓMEZ, 2007, p. 558).

O presente trabalho pretende colaborar, como estudo que integra a Ciência da Informação com a Saúde Coletiva, com o desenvolvimento da área interdisciplinar Informação em Saúde e não de aplicação da pesquisa em Ciência da Informação. Como pressuposto, entende-se que um dos grandes desafios para o campo da CI é a expansão da pesquisa e a divulgação do conhecimento produzido para além das fronteiras atuais. Para se atingir esse objetivo, uma agenda de pesquisa precisa ser estabelecida e o cumprimento de suas metas dependerá da aderência dos atores – pesquisadores, profissionais, instituições de ensino e fomento, associações profissionais e científicas, estados e instituições multilaterais. A aderência será maior quanto mais discutida e amadurecida for sua agenda.

A Ciência da Informação se dedica ao estudo da informação e às relações sociais envolvidas com os processos de produção, organização, armazenamento, comunicação e acesso, entendidos dentro de base epistemológica e ética da CI e ancorados na política ou regime de informação. Levar as discussões da CI para outras áreas do saber de forma transversal ao conhecimento de um dado campo, construindo interdisciplinaridades ancoradas na perspectiva transdisciplinar da informação, terá o potencial de promover uma auto e heteroreflexão valiosa dos campos envolvidos.

Apesar dos grandes avanços tecnológicos no campo da informação, sua apropriação e uso para a ampliação do estado de saúde da população e indivíduos em um mundo globalizado ainda se revela acanhada. Dado que o intercampo da IIS é vulnerável às pressões mercadológicas e que as ações e práticas informacionais são desconectadas de um discurso sociopolítico e epistemológico claro, gera-se certa opacidade quanto ao que realmente se está tratando.

No Brasil, a IIS pode ser reconhecida como uma subárea da Saúde Coletiva, cuja “incorporação na práxis da saúde não apresenta o mesmo dinamismo e velocidade que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua apropriação por parte de gestores,

profissionais e conselhos de saúde e a população, como também no âmbito das instituições de ensino e pesquisa” (MORAES; VASCONCELLOS, 2007, p. 550).

Portanto, um campo novo de reflexões se abre para exploração onde a dinâmica informacional possui papel central, visto que o diálogo com outros saberes se faz necessário. A Ciência da Informação pode exercer aqui papel de destaque patrocinando a compreensão dos marcos referenciais da IIS, sobretudo no que tange à epistemologia, mas também na discussão da ética informacional e das práticas. A Ciência da Informação pode ser considerada fonte para sua epistemologia hibridizada com uma ontologia da saúde.

O atual estatuto da IIS pode ser descrito, assumindo-se o pressuposto desenvolvido por González de Gómez e Moraes (2007), para quem prevalece no intercampo da Informação e Informática na Saúde uma visão tecnicista-instrumental que não dá conta da complexidade do processo saúde/doença/cuidado. As autoras propõem assumir-se uma epistemologia que tenha como referencial uma perspectiva e abordagem transdisciplinar do processo histórico-político de consolidação institucional. Por isso, procuraram evidenciar

(...) as complexas dobraduras e interseções de saberes necessários para a compreensão das práticas e dos marcos referenciais da IIS na atualidade do Brasil, cômicos de que apenas tangencia-se a magnitude da questão vital para a melhoria da saúde e a diminuição de suas desigualdades, com uma amostra de temas que precisam ser intensivamente incluídos na Agenda Política do SUS e na pauta de C&T em Saúde (MORAES; VASCONCELLOS, 2007, p. 550).

Não obstante, as origens da interface do campo da Ciência da Informação e da Saúde Coletiva levaram a configuração atual de um intercampo mais funcional do que reflexivo, expresso de forma significativa pela denominação existente de Informação e Informática na Saúde (IIS). Aplicada à saúde, os conceitos e categorias operacionais, atualmente em uso no intercampo, funcionam de forma instrumental como apontado por Sozzi de Moraes e González de Gómez (2007).

A presente pesquisa inserida na interface entre CI e Saúde Coletiva, conforme já ressaltado, propõe a denominação desse ambiente interdisciplinar como intercampo da Informação e Comunicação em Saúde, pois, entende que comporta potencialmente várias racionalidades comunicativas criadas pelo *ato de conhecer que ocorre na interação estabelecida na linguagem, a intersubjetivação* (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013). O intercampo ICS avança pela integração do paradigma social da Ciência da Informação ao conceito positivo da saúde como *situação vital ancorada em existência coletiva*, o qual a Saúde Coletiva se esforça em garantir os direitos. O intercampo ICS inclui, portanto, o *mundo da vida* onde a linguagem é apropriada, *uma vez que é a partir do uso social da linguagem*

que o ser social se constitui (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013). O Intercampo de Informação e Comunicação em Saúde pode ser considerado ainda em construção a medida que vem sendo introduzido nas agendas de pesquisa da Ciência da Informação e da Saúde Coletiva no Brasil.

6.1 ICS NAS ASSOCIAÇÕES NACIONAIS

Em 2010 foi realizado, durante o XI ENANCIB, o Fórum: *Informação em Saúde: pesquisa, realizações e perspectivas* e, no ano seguinte, depois de aprovado na ANCIB, foi instituído, nessa Associação, o 11º Grupo de Trabalho GT-11, de Informação e Saúde. Por outro lado, já em 1992, fora criado o grupo técnico/temático (GT) de Informação em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e em 2005, após treze anos de trabalho, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a constituição do Comitê Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde.

Segundo Sozzi de Moraes e Escrivão Jr. (2006), tensões marcaram a interlocução com outras comissões e GT(s) da Abrasco, principalmente com a Comissão de Epidemiologia e com o GT de Comunicação e Saúde. Para os autores, o campo da Informação em Saúde no Brasil ainda não tem suas delimitações epistemológicas suficientemente legitimadas pelos pares no interior da Saúde Coletiva. Em função desse diálogo entre campos permanecer atual e não estar devidamente equacionado, a Abrasco optou pela denominação de “grupo técnico/temático”, por entender que a Informação em Saúde não se constituía em um campo disciplinar que justificasse a formação de uma “Comissão”.

Porém, uma das exigências fundamentais, no contexto da natureza da produção do conhecimento contemporâneo, para um processo interdisciplinar ser concretizado é a possibilidade de resolução de um problema social ou institucional que não encontrou, no arcabouço teórico de uma única disciplina, ferramentas epistêmicas para tal resolução (JAPIASSU, 2006). Nessa perspectiva, embora se considere a importância das aplicações da CI no campo da saúde, bem expressas no XIII ENANCIB, para o desenvolvimento do intercampo são necessários trabalhos de natureza interdisciplinar que reflitam a dinâmica de interoperabilidade entre as disciplinas e façam emergir as características próprias deste sistema relacional. Do ponto de vista da CI, alimentar o crescimento desta protomatriz é lançar-se na instabilidade e mutações de suas próprias fronteiras, repensando seus constructos teóricos e dimensões, expressos, atualmente, nos estudos históricos e epistemológicos da CI.

Da perspectiva da saúde, há o imperativo de aprofundar a reflexão sobre os processos comunicacionais que se encontram na base das relações intersubjetivas e na construção do

conhecimento compartilhado em saúde. Seja no agir comunicativo ou nos discursos de enfrentamento entre visões de mundo, mais especificamente, da saúde e da doença, nosso objeto de análise, encontramos solo fértil para observação da dinâmica interativa entre agentes mediadores da informação e comunicação em saúde, por um lado com a sociedade que expõe suas necessidades e por outro com o sistema de saúde submetido ao regime de informação vigente.

A fim de promover o diálogo na área de informação e comunicação em saúde (ICS) da Saúde Coletiva facilitaria compreender a área como constituída, e de certa forma separada, em duas linhas de investigação: a primeira, referida à saúde, através das formas de difundir informação pelas tecnologias de comunicação, incluindo as mídias mais tradicionais, da televisão, do vídeo, das redes de computadores, de livros, de revistas, do rádio etc. A segunda referida à saúde por meio das formas de gerar, armazenar, veicular e reproduzir a informação pelas tecnologias de informação. O estudo da produção científica e suas diferentes formas de comunicação integram o escopo disciplinar da Ciência da Informação e, de modo semelhante, situa-se no braço informacional no intercampo ICS. Uma vez mapeado o escopo de ação destes dois paralelos caberia traçar pontes epistemológicas entre eles promovendo circulação dos saberes produzidos.

6.2 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE

A análise da produção científica brasileira a partir de periódicos especializados empreendida por Faria, Gregolin, Hoffmann e Quoniam (2011) observou que esta vem crescendo de maneira expressiva, mas a utilização de seus resultados para o avanço tecnológico, econômico e social pode ser considerada discreta e ainda com baixo grau de inovação. Esta análise que integração a publicação da Fapesp sobre os indicadores de ciência, tecnologia e inovação (2011) elucida ter havido crescimento da participação da produção brasileira na produção científica mundial, no período de 2002-2006, quando comparado com o período anterior de 1998-2002. Os autores também analisaram a distribuição da produção por área de conhecimento e observaram que do período de 1998-2002 para 2002-2006 inverteram-se na colocação de 1º e 2º lugar a Física e a Medicina. A Medicina apresentou um forte crescimento na sua produção científica, mais recente, ficando em primeiro lugar em relação as demais áreas. Cabe salientar ainda, que as áreas das ciências sociais, nas quais se inscreve a CI e importante parcela de conhecimentos ligados à saúde coletiva também

cresceram de forma marcante.³² Esses dados mostram a tendência de crescimento da produção científica das duas áreas de conhecimento que integram o intercampo Informação e Comunicação em Saúde.

6.3 POLÍTICA E REGIME DE INFORMAÇÃO

Gadelha (2005) afirma que as diretrizes para políticas nacionais de C & T tem enfatizado o papel da mediação entre ciência e sociedade, sobretudo pela combinação de ações de comunicação, educação e divulgação científica, para a construção de uma cultura científica e tecnológica coletivamente compartilhada e para o estabelecimento de processos para a sua gestão participativa. O autor defende que a promoção do diálogo entre a comunidade científica, a sociedade e os movimentos sociais pode ampliar a compreensão crítica e a participação pública em assuntos relacionados a ciência, à tecnologia, e à saúde. Exemplifica o investimento da mediação entre ciência e sociedade com o caso da AIDS no qual os determinantes da saúde tornaram mandatória a interação da participação social, do acesso à informação e o desenvolvimento da ciência e tecnologia. Sua argumentação se desdobra na constatação que desta proposição decorrem alguns desdobramentos, entre os quais a necessária consolidação e expansão da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como forma de promoção do acesso democrático, equitativo e eficiente à informação científica e técnica atualizada e a necessidade de ações que sistematizem as fontes de informações em saúde para o apoio a processos de tomada de decisão baseada em conhecimento técnico-científico (Gadelha, 2005).

No que se refere a gestão da informação em saúde no Brasil, e apesar de existir a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), observa-se a necessidade de debate que amplie os saberes sobre informação em saúde, seus fluxos e processos de gestão (CAVALCANTE, PINHEIRO, 2011). Como já mencionado, anteriormente, o intercampo Informação e Informática na Saúde (IIS) reproduz na prática a prioridade dada, na PNIIS, à tecnologia de informação (TI) em detrimento às ações de informação e à comunicação. Já o conteúdo informacional em saúde com ênfase na política encontra-se centrado no modelo biomédico hegemônico, isto é, no diagnóstico de patologias e seu instrumental tecnológico e na assistência médica, relegando as demais dimensões da saúde

³² Segundo Farias, Gregolin e Hoffman (2011), enquanto a Medicina corresponde em torno de 17% da produção científica nacional, as Ciências Sociais respondem por uma fatia aproximada de 2% no período de 2002-2006. Ver capítulo 4, p. 20 – Gráfico 4.7 disponível em: www.fapesp.br/indicadores/2010/volume1/cap4.pdf

humana, como o cuidado, as pessoas adoecidas e a saúde coletiva a plano secundário. Segundo Cavalcante e Pinheiro (2011), a PNIIS além de valorizar o imperativo tecnológico, estimula e abre o setor público ao mercado privado de *software*, na contramão do desafio da democratização e controle social da informação em saúde.

De acordo com Sandra Braman (2004), estudiosa das políticas de comunicação e informação no contexto atual, a teoria de regime fornece estrutura para a compreensão dos processos pelos quais os sistemas adaptativos complexos de entidades geopolíticas sofrem transformação dentro do campo jurídico que se manifesta dentro da política de informação. Para a autora, haveria um único *regime de informação global e emergente*, que englobaria atores estatais e não estatais. O Estado informacional na sua interdependência em relação aos outros atores necessitaria de uma *infraestrutura global* para criação, processamento, fluxo e uso da informação que se daria por meio do poder informacional. Além disso, observa que seja qual for a formulação de uma política de informação, esta tem relação com o poder.

É possível, afiança González de Gómez (2012), constituírem-se mais de um regime de informação *a partir de iguais ou semelhantes montagens de tecnologias, serviços e conteúdos informacionais*. Como projetos de redocumentalização sob diferentes regimes de informação aponta a Biblioteca Digital do Google, a qual corresponde um regime monopólico de informação, e os projetos da Biblioteca Digital Universal da Unesco, o Projeto Gutenberg e o Projeto Memórias Reveladas, do Arquivo Nacional, no Brasil, como regimes abertos de informação, por corresponder a *redocumentação promovida em arranjos públicos e colaborativos de preservação e acessibilidade as memórias coletivas* (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2012). Para Frohmann:

(...) o foco nos problemas instrumentais e questões epistemológicas relacionadas com a criação e policiamento das fronteiras entre as disciplinas desvia a atenção de questões de como o poder é exercido em e através das relações sociais mediadas pela informação, como o domínio sobre a informação é alcançado e mantido por grupos específicos, e como específicas formas de dominação — especialmente as de raça, classe, sexo e gênero — estão implicadas no exercício do poder sobre a informação (FROHMANN, 1995, p. 51).

González de Gómez expõe:

O domínio do poder informacional deixa de ser o estado, o governo, as editoras ou as bibliotecas, para ser a escrita e o discurso, os dispositivos complexos como os sistemas de rádio aberta ou a Internet, ou qualquer das constelações institucionais que intervenham na construção categorial-documentária de identidades oficiais, individuais e coletivas (pensamos em categorias cartoriais tal como as denominações de estrangeiro, aposentado, união homoafetiva, entre outras) (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2012, p. 51).

Para Albagli e Maciel (2009), no momento em que mudanças significativas acontecem na dinâmica da produção, circulação e apropriação de informação e conhecimento, percebem-

se aparentes paradoxos. Concomitante à ampliação da difusão das TIC e à expansão contínua da produção da informação e do conhecimento verificam-se barreiras à sua socialização, tais como: a concentração espacial, social e organizacional e a privatização da informação e do conhecimento. Outro paradoxo apontado pelas autoras, refere-se *ao potencial de mobilização e participação social das TIC versus a tendência a maior desigualdade, novas hierarquias, novas formas de subordinação, subsunção e controle*.

Para Braman (2004, *apud* GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2012, p. 52) no contexto do “Estado Informacional”, o regime de informação estabeleceria o movimento de vinculação entre *governo*, rede ampliada de atores – cujas decisões e comportamentos têm efeito sobre a sociedade e requereriam formulação de programas de *governança* –, cultura e sociedade, onde se estabelecem as condições de *governabilidade* e a partir do qual surgem e são sustentados os modos de *governança*.

Para esse autor, enquanto o governo refere-se as instituições formais, regras e práticas de entidades geopolíticas baseados historicamente; a governança corresponde as instituições formais e informais, normas, acordos e práticas de atores estatais e não-estatais dos quais as decisões e comportamentos têm um efeito constitutivo sobre a sociedade; e a governamentalidade diz respeito ao contexto cultural e social dos quais surgem modos de governança e pelos quais eles são sustentados. O Intercampo de Informação em Saúde pode ser entendido como parte da rede ampliada de atores que integram o regime de informação e, portanto, formular programas e modos de *governança* para a área de Informação em Saúde é parte de suas atribuições.

Albagli e Maciel (2009) chamam atenção para dois aspectos centrais na análise do regime de informação: *“a ênfase nas práticas informacionais (“ações de informação”) dos atores - estatais e não estatais, tanto quanto na dimensão institucional formal; e o reconhecimento do regime de informação como um campo de disputa e conflito, assim como de negociação e estabilização”*.

Para que o intercampo da informação e comunicação em saúde contribua com a governança há que interagir com a sociedade, de forma transdisciplinar, a fim de ter representado em sua agenda os modos de ação possíveis de solucionar as necessidades de informação e conhecimento em saúde que estão colocadas na vida cotidiana.

6.4 ICS NO AMBIENTE DO MICROSSISTEMA SOCIAL

O olhar do intercampo Informação e Comunicação em Saúde, aqui proposto, recai na face periférica do sistema de saúde, onde interações acontecem, mediadas pela linguagem, e é possível se construir uma racionalidade integradora, ou comunicativa, que responda às carências de saúde das pessoas e coletividades.

Estudar a informação e comunicação em saúde na dimensão dos microssistemas sociais onde os profissionais e agentes da saúde interagem diretamente e com continuidade pode acontecer pela análise das redes comunicacionais por eles formadas. Quando, nestas redes, o fluxo de informação está ampliado há maior circulação do conhecimento tácito. O conhecimento tácito, descrito por Nonaka e Takeuchi (1997), como conhecimento pessoal, incorporado à experiência individual e que envolve fatores intangíveis, tais como: crenças pessoais, perspectivas e sistemas de valor, é difícil de ser articulado na linguagem formal e, portanto, difícil de ser transmitido. Uma vez que o conhecimento tácito se torna explícito pode ser compartilhado por muitos, gerando expansão de informação e conhecimento, bem como da capacidade argumentativa sobre determinado tema. O conhecimento tácito é único, à medida que integra saberes acumulados e vivenciados pelos sujeitos, e dentro da ótica do capitalismo cognitivo, quando estes saberes são explicitados em redes de produção de inovações – como produção de resolução de problemas ou elaboração de produtos – geram riquezas que podem, arbitrariamente, ser concentradas, ou mesmo privatizadas. Desta perspectiva, percebe-se o potencial dos saberes circulantes nas redes para gerar riqueza comum e as possíveis perdas causadas por sua concentração e controle.

É no agir comunicativo que o conhecimento tácito se torna explícito, simultaneamente, transforma-se naquele que o pronunciou levando-o, pela tessitura informacional, a outro estado de conhecimento. As práticas e ações informacionais que promovem o trabalho criativo em redes de cooperação podem concorrer com outras forças do regime de informação pela legitimação de seus saberes e valores.

No conjunto dos profissionais da Atenção Básica, no modelo da Estratégia da Saúde da Família, encontram-se como membros das equipes os agentes comunitários de saúde (ACS), que no segmento pesquisado compreendem a maioria (cerca de 45% dos profissionais). Essa presença nas equipes de saúde agrega propriedade ao processo de intermediação desempenhado na periferia do sistema de saúde entre este e mundo da vida. Os agentes comunitários de saúde, mais do que quaisquer outros profissionais, trazem para dentro do sistema a cultura do território onde vivem e trabalham. Este fato transforma,

positivamente, a capacidade de interlocução das equipes de profissionais à medida que o manancial de conhecimentos tácitos representados por este grupo seja explicitado e difundido nas redes. Assim, nas relações formais e informais entre os profissionais de saúde, ou em outros termos no seu labor informacional, acontece a aproximação do mundo da vida com o sistema da saúde por intermédio do agir comunicativo.

A teoria de sistemas de Luhmann vem em auxílio à compreensão da dinâmica entre sistema e mundo da vida. Lima, Zattar e Maia (2013, p. 4) afirmam que para Luhmann o que acontece no mundo só tem significado para o sistema no momento em que este pode se comunicar com o entorno e ao decidir realizar uma comunicação, o sistema deve dispor da capacidade de observar e perceber o que faz parte dele. Para Luhmann, o entorno é dotado de maior complexidade que o sistema e este não apresenta variedade suficiente de respostas às muitas possibilidades de estímulos que chegam do entorno requerendo desenvolver complexidade interna para rechaçar, ignorar e criar indiferenças e fechar-se sobre si mesmo. O operador das fronteiras e o diferenciador do sistema e do entorno é o *sentido* adotado pelo sistema que ativa o processo de seleção quando prescreve o que deve ou não fazer parte do sistema interno (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013, p. 4).

Nos processos mediados pela linguagem, onde sistema e entorno interagem, facilita compreender o papel da comunicação como modo de reprodução autopoética na teoria de Luhmann. A comunicação é para Luhmann o processo de seleção que sintetiza informação, comunicação e compreensão. Em relação à comunicação, os sistemas sociais são sistemas fechados e qualquer alteração que sofra depende exclusivamente de suas próprias operações (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013, p. 5). O sistema fechado não permite que o entorno determine coisa alguma e, desse modo, constrói seu conhecimento e conhece o entorno que lhe é distinto. Ao sistema não importa uma informação, a reelabora a partir do *sentido* que opera as fronteiras do sistema. Os operadores de fronteira, por sua vez, prescrevem aquilo que o sistema espera receber, o que lhe parece provável, e quando o provável não acontece a informação diferente e improvável causa ruído na comunicação e faz com que a estrutura do sistema crie complexidade para recebê-la (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013, p. 5).

A presença maciça de agentes comunitários de saúde dentro do sistema de saúde, considerando a coexistência de pertencimento ao território e cultura local, parece ser extremamente favorável à interlocução em causa, sistema-mundo da vida, por gerar no sistema capacidade de interpretar o entorno.

Nessas circunstâncias, os profissionais atuam como mediadores entre usuários, situados no entorno do sistema de saúde e o próprio sistema e podem ser considerados

operadores das fronteiras do sistema. Tal interatividade, segundo Habermas, pode se distinguir em dois principais tipos de ação de fala: agir estratégico e agir comunicativo (HABERMAS, 1999, p. 122-124). A linguagem usada como meio de transmissão de informação, é designada, por Habermas, de agir estratégico, ao passo que, se usada com a intenção de integração social fala-se do agir comunicativo (LIMA; ZATTAR; MAIA, 2013, p. 8).

Outra abordagem pragmática da mediação de saberes nas fronteiras do sistema com seu entorno pode ser encontrada em González de Gómez (2004) ao nomear o processo de organização e codificação do conhecimento que se passa na instituição de *modelagem informacional*,³³ a qual deriva da noção de *Sistema de Informação* (SI) de Lyytinen (1987 *apud* GONZÁLES DE GOMÉZ, 2004, p. 57), que considera aos sistemas como “instituição comunicativa que intervém no meio social por meio de atividades de modelagem informacional”. Conforme González de Gómez (2004, p. 60), as ações de informação poderiam ser descritas e entendidas pelo uso de metáforas de linguagem como objetos fronteiriços que permitem a comunicação de informação entre diferentes comunidades, “sem homogeneizar o ponto de vista entre atores dos diferentes mundo que se cruzam em algum ponto ou direção” (GONZÁLES DE GOMÉZ, 2004, p. 66). Para a autora, a linguagem é tratada, neste contexto, como dimensão das práticas e ações de informação dos sujeitos e das organizações.³⁴ No contexto das interações infocomunicacionais, as ações de informação seriam mediadas por essas metáforas de linguagem entre os próprios profissionais da saúde institucionalizados e entre estes e os usuários.

O cuidado como *sentido* operador de fronteiras é metaforizado pelos profissionais de saúde nos atos de fala cotidianos dos serviços e nas interações entre seus pares abrangendo um campo bastante polissêmico na atualidade, como será visto a seguir.

6.5 DIMENSÃO SOCIOPOLÍTICA DA MEDIAÇÃO

Partindo dos objetivos propostos pela Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, de ampliação da autonomia e da corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, incluindo o poder público, no cuidado integral à saúde; associando-os à promoção da concepção ampliada de saúde entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio,

³³ *Modelagem informacional* tem sua origem no campo da informática.

³⁴ Outra forma de tratar a linguagem na sua relação com a comunicação e com a informação é como dimensão dos dispositivos de tratamento da informação – concepção ou visão crítica (GONZÁLES DE GOMÉZ, 2004, p. 57).

como das atividades-fim, pode-se entender as ações de informação que se dão nas relações infocomunicacionais como parte do processo de *mediação* capaz de disseminar e sustentar novas práticas e paradigmas de saúde.

Para Davallon (2004), a mediação como categoria antropológica, no singular, expressa um projeto da cultura; como categoria profissional, significa um conjunto de dispositivos, gestos e ofícios; e como uma ferramenta conceitual, suporta a descrição de componentes do processo de comunicação e da informação. O autor se refere a um tipo de mediação, a mediação institucional que possui duas concepções uma política e outra sociológica. A concepção política de mediação é abordada pela perspectiva de construção de hegemonias no sentido de consensos (de Gramsci) e este processo é, então, abordado através do encontro de culturas ou bem pela aproximação da diversidade ou complexidade cultural. Segundo Davallon (2004), a abordagem sociológica reside sobretudo nas mediações sociais que são a principal área de mediação institucional, lidando, geralmente, com o “efeito” de novas tecnologias nas empresas ou nas redes sociais.

Na presente investigação o processo de mediação institucional conjuga as duas abordagens levantadas por Davallon (2004). A busca de consenso ao redor de novos paradigmas para a Saúde Básica, tematizados na nova política, é investigada por meio das ações de informação nas relações sociais dos profissionais de saúde, isto é, através das redes sociocomunicacionais. Os constrangimentos e barreiras à mediação de novos saberes de promoção e cuidado são expressões da diversidade cultural presente na instituição.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O início da pesquisa do doutorado em Ciência da Informação foi marcado por três prioridades: trabalhar no intercampo Informação e Comunicação em Saúde, investigar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e fazê-lo por pesquisa desenvolvida no campo. A primeira aproximação com o campo da pesquisa aconteceu no segundo ano do doutorado, mais precisamente em julho de 2011. Pelo suporte de contatos na secretaria de saúde, foram localizadas as regiões administrativas do município onde o NASF havia, primeiramente, sido implantado.

7.1 ALGUMAS QUESTÕES PRELIMINARES SOBRE O NASF

Um dos NASFs da região administrativa conhecida como 5.2 de Guaratiba foi a primeira unidade NASF do município do Rio de Janeiro e contou com oficinas de qualificação para os profissionais da equipe – já sediados no local que funcionava até então como centro municipal de saúde – no exercício da nova função como matriciadores da ESF. O processo de implementação das unidades de NASF no município do Rio de Janeiro buscou o aproveitamento dos centros e unidades de saúde já existentes na rede, bem como de seus profissionais. Deste modo, o NASF 5.2 de Guaratiba localizava-se na unidade física onde funcionavam, também, algumas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foram realizadas duas visitas ao serviço para percepção do processo de implantação da nova estrutura organizacional da saúde básica. Nesta unidade, o primeiro contato com a equipe do NASF ocorreu no dia da reunião de equipe, da qual participavam dez profissionais de nível universitário – dois psicólogos, um nutricionista, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um assistente social, uma enfermeira (coordenadora) e três médicos especialistas (pediatra, ginecologista e dermatologista) – e dois profissionais auxiliares de enfermagem. Diante da presença do pesquisador, de forma espontânea, a equipe centrou a reunião no detalhamento das atuais atividades e as dificuldades encontradas.

Os pontos prioritários referentes a implementação do NASF 5.2 de Guaratiba observados pelos profissionais foram:

Ocorrência menor de consultas diretas aos usuários – as atividades de atendimento individuais continuavam a acontecer para o grupo de especialistas, mas em menor número do que na estrutura organizacional anterior.

Pouca adesão dos usuários aos grupos – as atividades para os grupos aumentaram. Os grupos em atividade naquele momento eram: de amamentação, diabetes, hipertensão arterial, idosos e gestantes. Embora, a equipe falasse *da pouca adesão dos usuários* e das dificuldades de ampliar as temáticas. Além destes grupos, aconteciam palestras de fonoaudiologia nas escolas, sob demanda.

Melhor resposta ao atendimento em grupo pelo especialista – o fonoaudiólogo, acostumado ao atendimento individual, passou a fazer grupos e avaliava, empiricamente, que os resultados estavam sendo melhores.

Resistência/incompreensão dos profissionais da ESF em relação ao NASF – os profissionais integrantes das equipes ESF não compreendiam a nova proposta de matriciamento e os médicos foram identificados como os mais resistentes enquanto os agentes de saúde foram considerados os menos reativos.

Regime de produtividade pressionando os profissionais – observaram, porém, que a demanda de serviço é muito alta e os profissionais trabalham sob regime de produtividade (número de atendimentos). Isto desfavorece à abertura na agenda de trabalho para outras atividades como participação de grupos de educação continuada com a equipe do NASF.

Sensação de perda de serviços pelos usuários – os usuários consideravam a mudança como perda de serviços. Estavam acostumados a serem assistidos diretamente pelos especialistas atuantes nos postos de saúde e depois para obterem uma consulta, com qualquer um deles, precisavam primeiro passar pelo médico generalista da ESF e somente se este considerasse necessário eram, então, encaminhados.

Preconceito e/ou idealização dos usuários – outro obstáculo que a equipe observou foi a relação da população com os agentes de saúde. Os usuários explicavam aos especialistas sentirem-se constrangidos por exporem seus problemas de saúde ao agente, seu vizinho. Dado que à época a metodologia de pesquisa ainda não estava definida, buscou-se assistir algumas consultas para visão geral do campo, mas, a participação do pesquisador como ouvinte foi considerada incômoda em consulta médica pelo profissional. Esta situação serviu de alerta para escolha do método de coleta de dados e identificação de possíveis vieses.

Da época da implantação do NASF no município do Rio de Janeiro, quando o NASF da AP 5.2 de Guaratiba foi pioneiro, houve mudança no processo, antes a cargo de coordenadoria da Secretaria Municipal de Saúde, passou a ser coordenado por uma equipe terceirizada contratada pela prefeitura para fazer a implantação por meio das Organizações Sociais (OS), novas contratantes das equipes do NASF e ESF. As mudanças, no âmbito da gestão dos recursos e unidades de saúde, transformaram a prática dos serviços, embora, ainda

não haja registro formal sobre as mudanças no processo de implantação das novas unidades do NASF. Possivelmente, o ruído no processo será ainda maior, gerando necessidade de intervenção para aproximá-lo das inovações contidas na Política Nacional de Atenção Básica.

O NASF 5.2 de Campo Grande foi implantado em 2009 e esteve, à época, sob supervisão da coordenadoria da Secretaria Municipal de Saúde, sendo considerado, junto com os demais NASFs da AP5, que receberam a melhor qualificação para início do serviço.

7.2 O QUESTIONÁRIO E SUA APLICAÇÃO

O questionário compôs-se de cinco seções e encontra-se no Anexo A. A primeira seção de identificação colhe as informações de formação, tempo de atenção básica e ocupação profissional. A segunda seção, uma pergunta aberta, solicita ao informante o significado de “cuidado” para ele. A terceira seção pergunta de quem os informantes buscam apoio para compreender, agir técnica e discursivamente nas necessidades de saúde dos usuários. A quarta parte traz listados o conjunto dos profissionais do NASF e as três clínicas formando uma tabela com mais seis colunas referentes ao tipo de relação investigada: conhecidos, virtual, formal, informal institucional, informal externo ao serviço, a quem deseja ter acesso. Solicitou-se ao informante para assinalar ao lado de cada nome, nas devidas colunas, o tipo de relação existente. Por fim, a quinta seção com dois itens, solicitava que o informante justificasse porque gostaria de ter acesso a pessoa citada na seção anterior e pedia o dado de sua idade.

O segmento investigado contou, a princípio, com 145 profissionais, nomeados pelos gestores das três unidades como os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF. Esta conduta metodológica procede, pois, em alguns serviços também estão lotados profissionais que não se vinculam à ESF. Como a unidade do Centro de Saúde com equipe híbrida de profissionais. Esta lista foi revista com os gestores na primeira visita ao campo para identificar aqueles de licença ou de férias e serviu de base para a lista de nomes, parte da quarta seção do questionário.

Concluída a primeira versão do questionário, foram promovidos encontros nos serviços para a organização da distribuição do questionário para os informantes. No primeiro contato com o gestor da Clínica 1 – onde se encontram cinco equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, residência médica em saúde da família com sete médicos residentes e dois médicos preceptores e serviço de farmácia – foram corrigidas as listas recebidas eletronicamente com os nomes e funções dos profissionais, sendo indicados aqueles

que se encontravam de férias ou de licença e os que, por outras razões, ausentar-se-iam do encontro marcado para as próximas duas semanas.

Em virtude da proximidade das férias na semana seguinte de um dos médicos preceptores e de um médico de família de uma das equipas fez-se um pré-teste com eles já nesse encontro. Decorreram desta primeira experiência de preenchimento pequenas correções na formulação das perguntas a fim de que ficassem mais claras as consignas propostas.

Na visita de agendamento na Clínica 2, observou-se que lá, também existiam cinco equipas de ESF, embora não houvesse residência médica. Porém, contavam com módulo da Academia Carioca, dirigida por professor de Educação Física, integrante da equipa do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O NASF, formado por oito profissionais ficava administrativamente associado à Clínica 2 e o encontro para responderem o questionário ficou marcado para a semana seguinte no dia e hora da reunião do grupo. Com os demais profissionais da clínica, o encontro marcado, também no dia e hora da reunião das equipas do saúde da família, seria em duas semanas, pois muitos agentes comunitários estariam em curso na semana seguinte.

Na visita à Clínica 3, realizada com o gestor que entraria de férias naquele momento, houve a recomendação de se entrar em contato com o coordenador de programas da unidade (COP) responsável também pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e a chefia de enfermagem (CEN)³⁵ para coordenação da distribuição do questionário. Nesta unidade pode-se ver uma situação de transição de modelo. Como no modelo anterior da atenção básica os postos prestavam atendimento em nível ambulatorial de serviços de saúde especializados, tais como: especialidades médicas da clínica como pediatria e ginecologia, nutrição e psicologia, entre outros, ainda neste serviço existem ambulatórios especializados que convivem com duas equipas de saúde da família. O espaço físico não guarda nenhuma relação com as clínicas da família planejadas para o novo modelo de atenção básica, não há, por exemplo, um espaço adequado para reuniões com toda a equipa. A visita ficou marcada para acontecer em duas semanas e os respondentes do questionário seriam apenas os envolvidos com o programa do PSF.

Para a distribuição e acompanhamento do questionário na Clínica 1 na semana seguinte, o grupo era de, aproximadamente, trinta pessoas. Além da pesquisadora, estiveram presentes três facilitadoras devidamente treinadas para ajudar os respondentes no preenchimento do questionário. Entre os facilitadores, dois eram estudantes do ciclo básico de

³⁵ A Coordenadora de Programa (COP) e a Chefia de Enfermagem (CEN) encontram-se no quadro das ocupações dos profissionais presente no questionário.

medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e estavam bem familiarizados com as questões do cuidado e promoção da saúde levantadas no questionário. O terceiro facilitador era formado em comunicação e trabalha na área do cuidado e promoção da saúde em clínica privada.

Antes do preenchimento do questionário, os informantes receberam termo de consentimento livre esclarecido no qual era garantido o sigilo a fim de manter a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais da identidade. Também receberam breve informação por parte da pesquisadora sobre o questionário e seu preenchimento, além de orientações por escrito.

A dúvida formulada por dois informantes, apesar de terem assinado o termo de consentimento livre esclarecido, dizia respeito ao fato de terem de citar nomes de colegas no questionário. Esclareceu-se que os nomes seriam codificados e não revelados de modo a impossibilitar identificações pessoais, porém seriam parte de redes a serem construídas sobre a circulação e o fluxo da informação acerca do cuidado de saúde entre os profissionais. A partir disso, o grupo sentiu-se confortável para responder ao questionário.

Algumas pessoas apresentaram dificuldade em compreender o que se queria dizer com a expressão *apoio técnico*, por isso, foi preciso esclarecer que se tratava de apoio para o desenvolvimento da própria atividade de trabalho junto à clientela. Por fim, observou-se que alguns participantes não responderam corretamente ao item que necessitava marcar as respostas na tabela dos nomes. Provavelmente isto se deu por cansaço, pois na lista continham os cento e quarenta e cinco participantes do serviço de saúde investigado, ou por falta de atenção ao que se pedia nas seis questões referentes ao acesso as pessoas. Planejou-se para os próximos encontros um esclarecimento referente ao sigilo e também sobre as demais dúvidas que surgiram no primeiro dia.

No segundo encontro planejado na Clínica 2, julgado mais simples *a priori* por se tratar do grupo do NASF com menos participantes, esteve presente a pesquisadora e um facilitador. Havia na reunião seis profissionais do NASF. Das ausentes, uma encontrava-se em serviço externo e a outra, por ser funcionária da saúde básica antes do novo modelo – e por atender a duas unidades de saúde, das quais, uma não está dentro do âmbito desta pesquisa – não participava, habitualmente, dos encontros do NASF. Ela não estava integrada à equipe e não constava da escala oficial destes profissionais pelas equipes de ESF. Participou, inicialmente, do encontro a gestora da unidade que é sede administrativa do NASF.

O encontro contou com a apresentação pela pesquisadora do trabalho de tese, seguido do reforço e explicação quanto à garantia de sigilo, questão levantada no encontro anterior

pelos profissionais da Clínica 1. O grupo NASF capitaneado pelos questionamentos de um integrante, mas apoiado pela maioria, pediu muitas explicações sobre o sigilo e objetivos da pesquisa. Apesar das explicações fornecidas refutaram com diferentes argumentos a possibilidade de responderem ao questionário. Dos seis presentes, quatro pareceram dispostos a responder e se mostraram satisfeitos com a explicação quanto ao sigilo, porém como havia reação por parte da liderança, esta acabou por influenciar os demais.

As justificativas foram:

- a) Ter de citar nomes e desconfiança quanto a possibilidade de vazamento da informação;
- b) Constar na apresentação do trabalho a proposta de devolução ao serviço e, portanto, a todos os profissionais, os resultados da pesquisa;
- c) O grupo atravessava um momento de dificuldades de comunicação com os demais profissionais de saúde do serviço, isto é, por estarem passando por uma crise delicada (sic) e a pesquisa poderia agravar este momento;
- d) Não terem sido consultados pela coordenação geral do serviço sobre a autorização da pesquisa.

Dadas as explicações cabíveis, e tempo de reflexão sem a presença da pesquisadora, um dos seis profissionais respondeu ao questionário, enquanto os demais solicitaram permanecer com o questionário até a próxima visita, demandando mais tempo de discussão. Aceita a proposta, ao cabo de mais algumas explicações, pareceu evidente que a questão inseria-se na micropolítica do serviço.

No terceiro dia de encontro, iniciado na Clínica 3, houve boa receptividade à pesquisa, com disposição dos informantes para participar e desejo expresso de que se procedesse a devolução dos resultados. Na Clínica 2, o gestor abriu a reunião de equipe com atividades próprias e depois cedeu espaço para a apresentação da pesquisa e para os participantes preencherem ao questionário, transcorrendo sem maiores dificuldades, o mesmo aconteceu na Clínica 1.

Os questionários devolvidos pelos integrantes do NASF, neste dia – acrescido com o do profissional que estava em serviço externo – permaneceram em branco e fora acrescentada a justificativa de discordarem com o instrumento da coleta de dados, informação colhida em encontro com parte no grupo na Clínica 1.

Houve, ainda, a necessidade de retornar às unidades a fim de buscar alguns questionários respondidos pelos profissionais que, por diferentes motivos, não puderam comparecer aos encontros.

7.2.1 O Analisador

Dada a relevância de se compreender o processo da ação combinada entre Estado e Sociedade Civil representado pela implementação da política do cuidado em saúde, onde o cuidado é mediado entre o sistema de saúde e usuário, cabendo ao NASF o gerenciamento do cuidado e as equipes da ESF sua coordenação, claramente, expressos no Caderno de Atenção Básica das diretrizes do NASF, analisar o fenômeno da recusa do grupo NASF de participar da pesquisa, tornou-se um elemento fundamental para examinar os obstáculos à implementação da política no âmbito do microssistema social dos serviços. A recusa, claramente colocada a partir de questões vivenciadas na prática cotidiana da relação deste grupo com seu entorno, transforma-se em metáfora do processo de institucionalização da própria política do cuidado. Nos encontros informais com o NASF foram discutidas as justificativas, receios e fragilidades do grupo diante da pesquisa. As ponderações analisadas à luz dos conceitos da Análise Institucional estão expostas na forma de questões adiante.

De acordo com a teoria da Análise Institucional, o conceito de analisador refere-se a qualquer acontecimento, que, devido a certas circunstâncias, torna-se revelador dos aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização, ou até numa sociedade. Entender o acontecimento de recusa à participação na pesquisa e suas justificativas como elemento *analisador* da implementação da política do cuidado em saúde é um esforço empreendido no contexto desta pesquisa.

São expressas, nesse acontecimento, as contradições em relação à atuação e abrangência das ações de informação do NASF determinadas na nova Política Nacional de Atenção Básica e as interações realizadas na prática cotidiana do NASF com as equipes da ESF, passados dois anos do início de seu funcionamento. Pode-se apontar como reflexo destas contradições duas questões que merecerão análise aprofundada ou socioanálise como indicada pela Análise Institucional:

Questão de comunicação – (a) a comunicação foi identificada como a natureza do problema, pelos próprios profissionais do NASF, acontecendo em diferentes níveis de interação, seja com os profissionais da ESF, seja com a coordenação do serviço; a investigação, *in loco*, demonstrou haver também, questões comunicacionais a serem superadas internamente, tais como: (b) a desintegração do grupo, uma vez que existe, formalmente, profissional farmacêutico no NASF, o que não corresponde à realidade da prática, pois, este profissional nem sequer participa das reuniões semanais, não se relaciona, de nenhuma forma com os demais; (c) outra questão observada, que surge de modo mais

velado, diz respeito à existência de liderança discursiva forte no grupo, que define seu agir estratégico, porém sem a prévia discussão das implicações pessoais dos envolvidos que a justifiquem; (d) finalmente, mas não menos importante, a percepção proporcionada pela pesquisa do distanciamento infocomunicacional formalizado do NASF em relação à categoria dos agentes comunitários de saúde, representantes dos usuários dentro do sistema de saúde. Esta questão será explorada mais extensivamente, em outro capítulo, mas, por ora remete ao modo de trabalho, a segunda questão.

Questão dos modos de trabalho – (a) o distanciamento do grupo em relação aos agentes comunitários de saúde, segundo informações colhidas, da coordenação deste NASF, durante a devolução de resultados de pesquisa ao serviço, é parte do agir instrumental da instituição, cuja finalidade consiste em coibir a busca, dos agentes comunitários de saúde, por apoio do NASF direcionando-os a procurar os profissionais das equipes da ESF. Considerada como meio, esta estratégia busca superar a ótica antiga de resolução de todas as necessidades de saúde por especialistas; (b) na percepção do grupo, o maior desafio quanto ao modo de trabalho preconizado para o NASF – diminuição da referência para os especialistas e aumento de consultas compartilhadas ou supervisionadas – existe em relação à Clínica 3, dada a natureza híbrida do serviço e a presença no local de outros especialistas, aos quais os profissionais da ESF têm fácil acesso, dificulta a adesão dos profissionais de lá à sistemática do NASF; (c) outra importante questão que se coloca neste contexto, é a grande demanda por especialistas, em geral, pelos usuários do SUS, que de todos os componentes da grande rede social da saúde são os mais distanciados dos pressupostos da política do cuidado em saúde, pressionando o sistema por bens de consumo de saúde técnicos, em relação utilitária histórica.

Este *analizador*, simultaneamente, revela contradições, traça o caminho a percorrer para a efetivação de mudanças. A começar, pelo nível da micropolítica, e com base no conceito de implicação da Análise institucional, o *analizador* sinaliza para a exposição das implicações dos profissionais do NASF, explicitando as instituições que o atravessam diferentes da presentemente em foco, a própria Atenção Básica. Explicitá-las ao mesmo tempo em que também são colocados em questão os pressupostos do NASF pessoal – internalizado – permite a criação de ambiente favorável ao entendimento mútuo e a coesão necessária à fundamentação do grupo na transversalidade. A transversalidade pode ser considerada como um conceito orientador da prática de superação da verticalização histórica da instituição formal e modeladora e da informalidade pura ou horizontalidade que nega a contribuição do conhecimento científico – correspondendo ao conhecimento dos especialistas. Para Félix Guattari (1985), a transversalidade se realiza quando uma comunicação máxima se

efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos tornando-se *o próprio objeto de busca de um grupo sujeito* (GUATTARI, 1985, p. 96).

Consequente à ação de explicitar as implicações e buscar a transversalidade, o grupo se direciona para a condição de grupo sujeito. A prática de atuar de um grupo sujeito será de acordo com o seu próprio desejo e regras, sempre em discussão – interna e externamente – e de encarar sua própria finitude. Para Lourau (1975), na prática do grupo sujeito, a transversalidade é o fundamento da ação instituinte dos grupamentos. Chega-se, portanto, ao ponto do movimento instituinte do NASF, metáfora do movimento macropolítico instituinte da política do cuidado em saúde, não poder, carregar em si a responsabilidade transferida de uma política que não se concretiza por sua escrita, mas por articulações em esferas públicas entre Estado e Sociedade Civil.

Sair da armadilha do ciclo vicioso que se forma entre a autorresponsabilização pelas dificuldades encontradas no exercício de suas funções e a busca frustrada por alcançar seus objetivos, de um lado, e, de outro, a reação de acomodação à prática de referência e contrarreferência é o desafio, colocado para o NASF, na dimensão da micropolítica. Como elemento disparador de transformação, o *analizador* indica a revisão da prática de distanciamento dos agentes comunitários de saúde, atores essenciais à política do cuidado em saúde, mediadores sociais e disseminadores eficazes dos fluxos infocomunicacionais e suas ações de informação dentro do sistema de saúde.

7.2.2 Algumas Questões Complementares sobre o Questionário

Por ocasião da distribuição dos questionários, surgiram cinco profissionais não listados pelos gestores solicitando para participarem da pesquisa e responderem ao questionário à medida que se sentiam integrantes da Estratégia Saúde da Família. Assim, o universo de investigação compreendeu 150 profissionais. Ao cabo da terceira semana e concluída a etapa da coleta de dados foram obtidos 107 questionários preenchidos enquanto que 43 ficaram em branco por motivo de férias (20), licença do INSS (6), desligamento temporário (4) ou não quiseram responder (13). Desses últimos, uns alegaram estar em processo de desligamento do serviço e cumprindo aviso prévio (2) ou transferência (1), ou por discordarem com a pesquisa (6), ou nada justificaram (4). O índice de preenchimento de 71,33% foi muito positivo.

O fato do questionário conter em sua quarta seção uma lista nominal dos 145 profissionais iniciais, incluindo os 43 que, por diferentes razões, deixaram de responder,

somado à inclusão na pesquisa dos cinco participantes que não constavam na lista, geraram questões diferentes para a análise dos mesmos. Para lidar com as questões postas à pesquisa pelo campo, a análise dos dados não foi linear na consideração dos nós/atores para cada rede. Os 46 profissionais em situação particular de participação não foram totalmente excluídos dos processos de análise. Esta estratégia se deve a intenção de aproveitar informações consideradas importantes para execução dos objetivos da pesquisa.

A principal razão para a inclusão de todos os informantes e não informantes se deve ao fato do tipo de relações investigadas. As relações de conhecidos, formais e informais são consideradas relações infocomunicacionais cuja reciprocidade é inerente à própria relação. Se “A” afirma que se relaciona formalmente com “B”, pode-se assumir que “B” também se relacione formalmente com “A”. Desta perspectiva, haverá perda de dados somente para os cinco informantes que não constavam no questionário e não puderam ser citados nas questões referentes ao acesso às pessoas e aos recursos. Para as questões referentes ao apoio, quando a citação é de memória não há prejuízo. Nesta seção aqueles que não informaram nada sobre o apoio – como os seis participantes do NASF – o prejuízo é pequeno, pois, eles estão no serviço para apoiarem os profissionais e do ponto de vista desta investigação, o aspecto importante é saber quem se sente apoiado pelo grupo, em que questões e se a busca por este apoio é disseminada no serviço.

No item 3 do questionário, aconteceu uma situação que impactou os resultados da pesquisa. Como foi pedido para citarem, de memória, os profissionais do serviço, para evitar que ocorresse dificuldade de identificação de quem se tratava – principalmente nos casos em que só se registram os primeiros nomes – solicitou-se que indicassem a ocupação, se não soubessem o nome completo da pessoa citada. Para facilitar o preenchimento, incluiu-se uma tabela com abreviações padronizadas das 23 ocupações possíveis. Mas o que de fato ocorreu, em 36,45% dos questionários, foi a citação apenas das ocupações. O resultado disso reverteu-se na decisão de se trabalhar inicialmente só com a relação de apoio entre as ocupações, embora, seja possível ao desenvolvimento de redes com 63,55% de citações nominais.

7.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS³⁶

A análise dos dados seguiu por três caminhos, na seguinte ordem: (a) análise dos dados referentes ao apoio; (b) análise do discurso das representações sobre cuidado; (c)

³⁶ Todas as planilhas de matrizes, redes e medidas que não constam do corpo da tese podem ser consultadas nos Anexos.

análise dos dados das relações de conhecidos, formais, informais institucionais e informais externas ao serviço.

As análises dos dados das redes de profissionais de saúde em segmento do serviço de atenção primária do município do Rio de Janeiro foram embasadas na metodologia e instrumentos das Análises de Redes Sociais (ARS),³⁷ conforme mencionado no decorrer desta tese. Para tornar mais claras a análise e a discussão dos resultados, retomar-se-á brevemente, as etapas da metodologia e as especificidades de sua abordagem para esta tese.

A primeira etapa de trabalho foi dedicada a transposição dos dados de identificação dos profissionais de saúde e seus atributos pessoais de: profissão, equipe de trabalho e condição em relação ao questionário (informante ou não informante) para planilhas do Excel. Em sequência, os profissionais foram codificados numericamente a fim de manter o sigilo e privacidade dos participantes. Depois, os dados informados no questionário foram registrados em planilhas, conhecidas como matrizes, dentro de um dos programas existentes de apoio a metodologia de ARS, o UCINET 6, versão 6.474, de Borgatti, Everett e Freeman (2002, 2005).

O programa desempenha funções de cálculo de diferentes medidas – a depender dos objetivos de pesquisa – e o importante papel de gerar as visualizações das redes. Quando se trabalha com um conjunto de dados pequeno é possível desenvolver as matrizes e suas redes com facilidade, mas quando o número de indivíduos ou instituições investigados é elevado a utilização dos programas desempenha papel significativo, permitindo que análises não tradicionais em ciências sociais possam abarcar grandes grupos. Além das visualizações, a Análise de Redes Sociais (ARS) é uma ferramenta de observação sistemática, centrada no reconhecimento de padrões que permite a quantificação e a teorização das propriedades da rede. Os resultados encontrados nas análises serão descritos na próxima seção na ordem mencionada e, ao fim, haverá a discussão destes.

7.3.1 Redes de Apoio

As redes de relações de apoio às *necessidades de saúde dos usuários* (NSU) foram elaboradas a partir dos dados da terceira seção do questionário às questões que se seguem:

³⁷A análise dos dados foi realizada durante o doutorado sanduíche no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa sob a orientação da Pesquisadora e Doutora em Sociologia Marta Pedro Varanda. Esta etapa da pesquisa contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento através de bolsa de estudos para a pesquisadora, no período de 1º de julho a 31 de outubro de 2013.

3.1 - Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, com quem você busca informação e apoio/aconselhamento/orientação para *compreender* as necessidades de saúde trazidas pelo(s) paciente(s) ou grupo(s) atendido(s) por você.

3.2 - Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, com quem você busca informação sobre como proceder, *tecnicamente* (sobre as atividades do trabalho, como as práticas de saúde, administrativas etc.), para responder às necessidades de saúde trazidas pelo(s) paciente(s) ou grupo(s) atendido(s) por você.

3.3 - Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, com quem você busca informação sobre como proceder, *discursivamente*, para responder às necessidades de saúde trazidas pelo(s) paciente(s) ou grupo(s) atendido(s) por você.

3.4 - Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, a quem você informa e apoia/aconselha/orienta *para que compreenda(m)* as necessidades de saúde do(s) paciente(s) ou grupo(s) por ele atendido.

3.5 - Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, a quem você transmite ***informações técnicas*** (sobre as atividades do trabalho, como as práticas de saúde, administrativas etc.) para que responda às necessidades de saúde do(s) paciente(s) ou grupo(s) por ele atendido.

3.6 - Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, que, tendo você conhecimento pessoal ou por literatura, reconhece ter competência para informar e apoiar/aconselhar/orientar, os demais trabalhadores de saúde, sobre o cuidado em saúde.

Inicialmente, na análise dos dados verificado um elevado número de respostas que não identificavam os profissionais nominalmente, como já apontado no item 7.2.1 sobre *questões iniciais do questionário*. Muitos informantes citaram os grupos ocupacionais, mais genéricos, listados no quadro da Figura 7 a seguir. Cabe ressaltar que esse quadro se encontrava no questionário o que pode ter sido indutor na forma de respondê-lo.

Figura 7 – Quadro de Ocupações

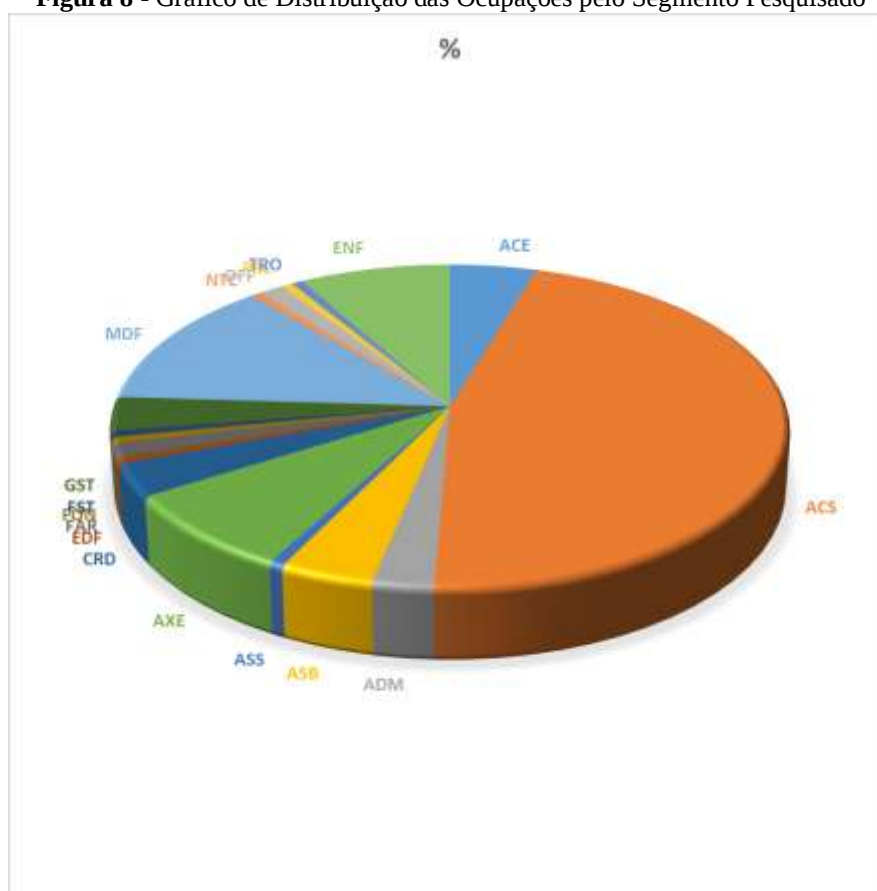
LEGENDA DE FUNÇÃO	FON – Fonoaudiólogo(a)
ACE – Agente de Combate as Endemias	FST – Fisioterapeuta
ACS – Agente Comunitário de Saúde	GST – Gestor
ADM – Agente Administrativo	MDF – Médico(a) de Família
ASB – Agente de Saúde Bucal	MDP – Médico(a) Preceptor(a)
ASS – Assistente Social	MDR – Médico(a) Residente
AXE – Auxiliar de Enfermagem	NTC – Nutricionista
CRD – Cirurgião Dentista	OFF – Oficial de Farmácia
EDF – Professor(a) de Educação Física	PSC – Psicólogo(a)
ENF – Enfermeiro(a)	TRO – Terapeuta Ocupacional
FAR – Farmacêutico(a)	TSB – Técnico de Saúde Bucal

Fonte: Desenvolvido pela autora

Ao buscar incluir a totalidade dos questionários na análise do apoio, e sendo possível depreender das citações nominais as ocupações, optou-se por utilizar as ocupações como nós das redes direcionando a discussão para as interações entre os profissionais segundo a ocupação que exercem no serviço.

Para a matriz se tornar quadrada, isto é, ter as ocupações nas linhas e nas colunas, os informantes também foram agrupados segundo suas ocupações. Os grupos ocupacionais do segmento pesquisado representam quantidades diferentes de participantes, como demonstrado no gráfico da Figura 8 a seguir.

Inicialmente foram construídas matrizes valoradas, isto é, não eram binárias recheadas de ‘0’ e ‘1’, mas com valores que variavam de ‘0’ à ‘n’, onde ‘0’ é a ausência de interação e ‘n’ é qualquer número acima de ‘0’ que represente a soma das ligações de cada informante com o grupo ocupacional.

Figura 8 - Gráfico de Distribuição das Ocupações pelo Segmento Pesquisado

Fonte: Desenvolvido pela autora

Conceitualmente, entende-se que essas flutuações representam a expressão real da dinâmica das ações informacionais e, portanto, do fluxo infocomunicacional, no microssistema social pesquisado. Isto significa dizer que, por exemplo, existe no fluxo infocomunicacional das redes de apoio, e nas demais redes, forte influência das ações informacionais dos agentes comunitários de saúde – que compreendem 45% dos profissionais. A seguir a Figura 9, apresenta uma Matriz das Relações de Apoio para Compreender as NSU:

Figura 9 – Matriz das Relações de Apoio para Compreender as NSU

ucinetlog1.txt - Bloco de notas

Ajuda

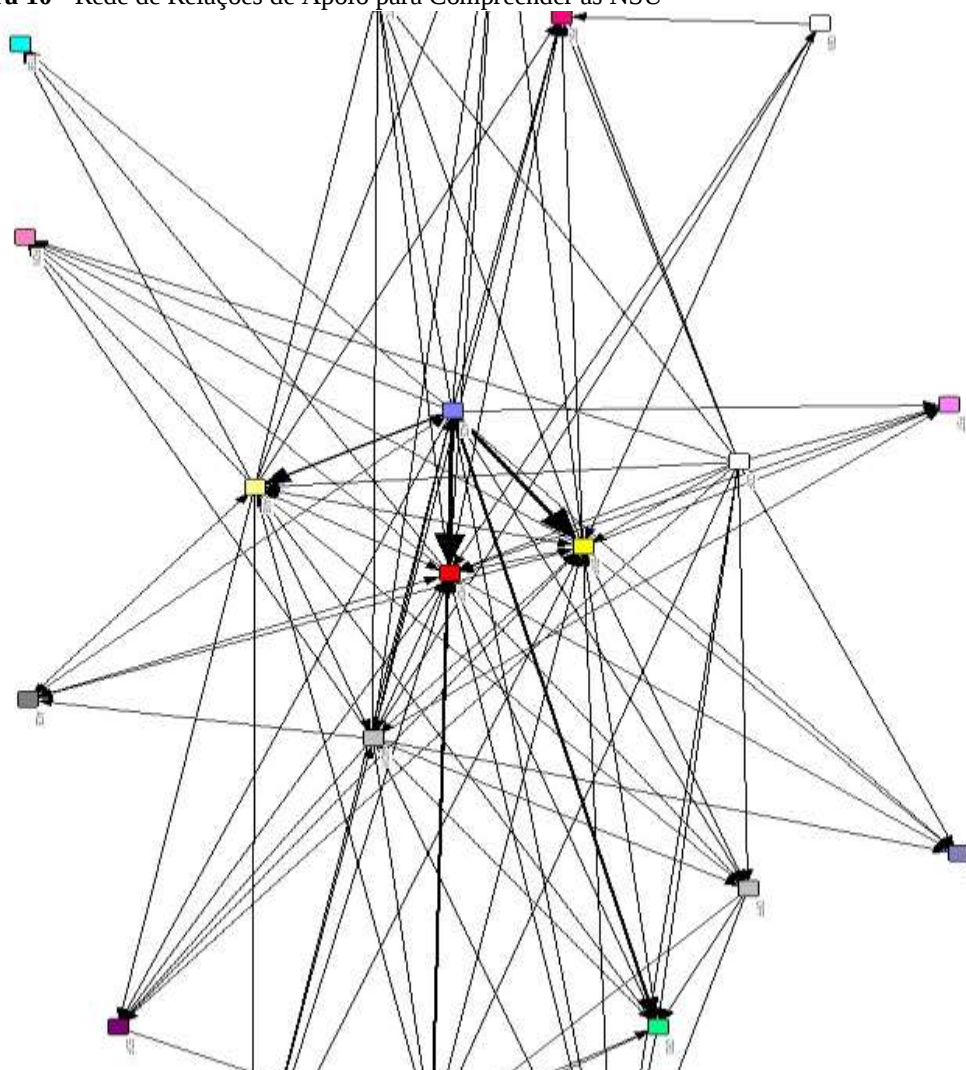
0
3
all
all

MZ REVISTA (C:\Users\Adriana\Dropbox\DOCTORADO\ARS TESE\MATRIZES\MZ\MZ REVISTA)

	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ADM	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	4.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000
ASB	11.000	5.000	17.000	0.000	0.000	16.000	5.000	44.000	6.000	5.000	3.000	14.000	38.000	4.000	5.000	5.000	6.000
ASS	1.000	1.000	2.000	1.000	0.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	3.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
AXE	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	2.000	0.000	0.000	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000
CEN	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
COP	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	9.000	0.000	0.000	1.000	0.000	4.000	8.000	2.000	2.000	1.000
CRD	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
EDF	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
ENF	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	2.000	0.000	0.000	0.000	0.000
FAR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
FOM	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
FST	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
GST	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
MDP	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
NTC	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
OFF	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PSC	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Fonte: Desenvolvido pela autora

Ao se observar a célula da matriz – linha 2 (ACS) / coluna 11 (ENF) – verifica-se que o valor corresponde à 44 citações, isto é, 88% dos ACSs, buscam apoio para a compreensão das necessidades de saúde dos usuários (NSU) com os enfermeiros, enquanto as 38 citações de médicos corresponde à 76% de ACSs que buscam apoio neste grupo ocupacional. Esta matriz leva à visualização da seguinte rede apresentada na Figura 10.

Figura 10 - Rede de Relações de Apoio para Compreender as NSU

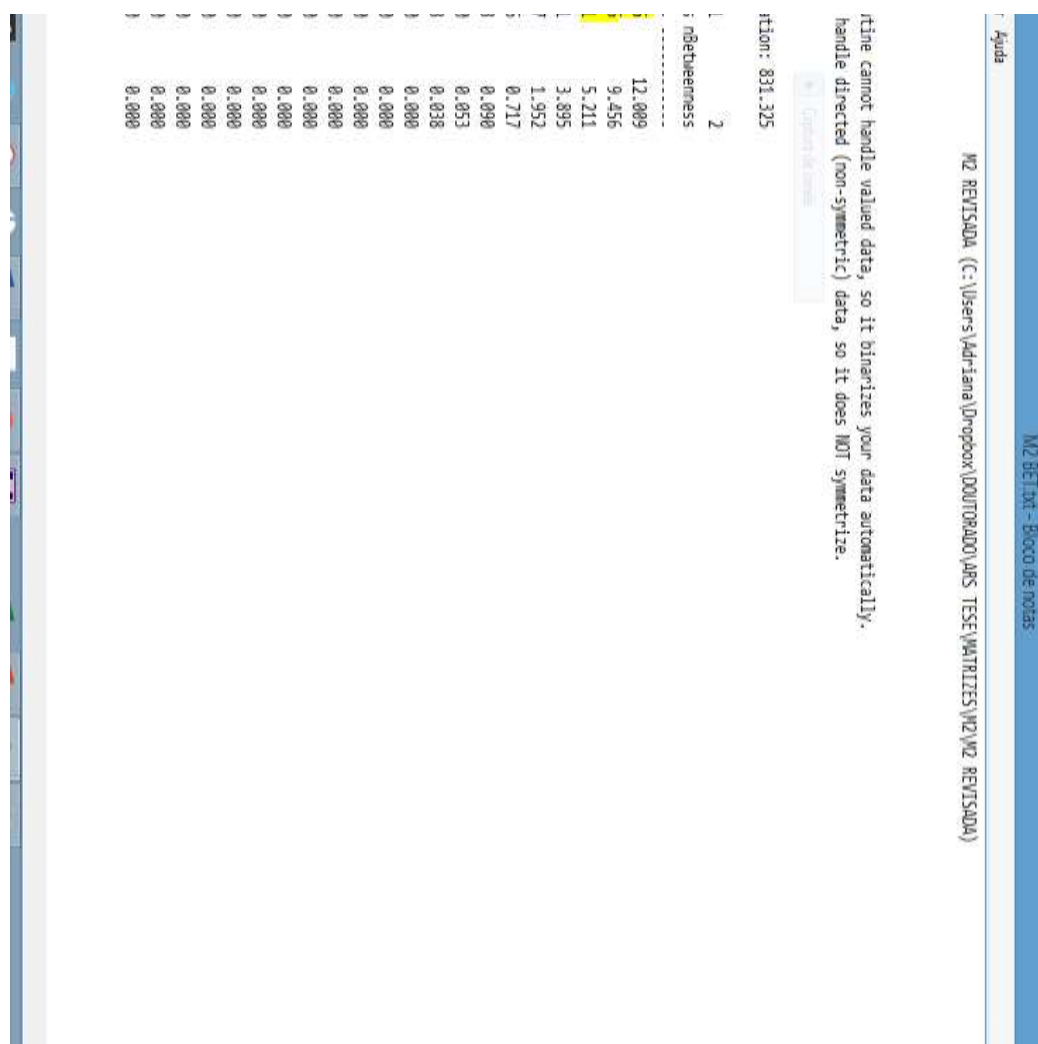
Fonte: Desenvolvido pela autora

Pode-se visualizar os profissionais que estão no centro: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e equipe administrativa. Todos os demais encontram-se na periferia, inclusive gestores e grupo do NASF. Próximo ao centro, junto aos profissionais das equipes ESF está o grupo dos agentes administrativos, que desempenham papel esclarecedor, em meio as novas demandas de registros eletrônicos e nas necessárias referências dos usuários para outros serviços como exames laboratoriais e de imagem. A visualização aponta para a intermediação dos fluxos infocomunicacionais entre os grupos, onde os que se encontram ao centro representam maior centralidade de intermediação, ligando de forma relevante os demais atores do sistema social.

Embora, a representação gráfica seja ferramenta intuitiva e considerada mais do que mera visualização por suscitar questionamentos quanto aos padrões estruturais e de fluxo de trocas, o desenho da rede tem limitações para a interpretação e deve ser usado conjuntamente com as medidas da ARS.

No caso dos agentes administrativos, como demonstra a Figura 11, a seguir, correspondem ao terceiro grau mais elevado de intermediação da rede – após os médicos e enfermeiros, e à frente dos ACSs – refletindo seu papel de direcionamento de informações na rede e certo grau de controle destas, o que significa dizer que para alguns casos só é possível um grupo ocupacional acessar determinada informação se passar pelo agente administrativo. Idêntico raciocínio é válido para médicos e enfermeiros que, detêm, em tese, maior controle dos prontuários dos usuários.

Figura 11 - Medida de Intermediação na Rede de Relações de Apoio para Compreender as NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Ao se analisar a visualização da rede junto com a medida de centralidade de grau, apresentada na Figura 12 a seguir, percebe-se que os ACSs são de todos os grupos de ocupações que mais demandam apoio, seguidos pelos médicos; ambos os grupos atingem alto grau de centralidade de saída (*outdegree*), acima do desvio padrão, representando a intensidade de fluxo de busca de apoio significativa.

Figura 12 - Medida de Centralidade de Grau para a Rede de Apoio em Compreender as NSU

NO
ASYMMETRIC
M2 REVISTA (C:\Users\Adriana\Dropbox\DOCTORADO\ARS_TESE\MATRIZES\M2\M2_REVISTA)

1	2	3	4
gree	InDegree	NormOutDeg	NormInDeg
.000	26.000	23.295	2.955
.000	63.000	8.864	7.159
.000	32.000	4.545	3.636
.000	75.000	4.091	8.523
.000	17.000	2.841	1.932
.000	0.000	1.705	0.000
.000	18.000	1.364	2.045
.000	11.000	1.136	1.250
.000	31.000	0.909	3.523
.000	12.000	0.568	1.364
.000	1.000	0.455	0.114
.000	18.000	0.455	2.045
.000	8.000	0.341	0.909
.000	11.000	0.000	1.250
.000	39.000	0.000	4.432
.000	11.000	0.000	1.250
.000	16.000	0.000	1.818
.000	13.000	0.000	1.477
.000	17.000	0.000	1.932
.000	17.000	0.000	1.932
.000	9.000	0.000	1.023

CS

Fonte: Desenvolvido pela autora

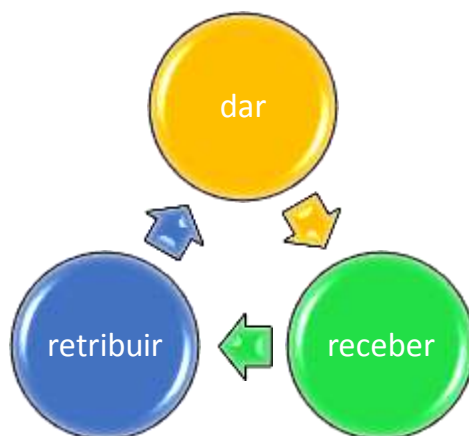
Os médicos parecem se sentir à vontade em buscar apoio para compreender as necessidades de saúde dos usuários. Eles buscam este apoio, principalmente, com os agentes comunitários de saúde, e secundariamente com outros médicos. A busca do apoio dos ACSs parece ter raízes na racionalidade comunicativa comum de ACSs e usuários. As ações de informação contidas no agir médico parecem indicar uma tendência de se ampliar as metáforas de cuidado que possam ser compreensíveis aos usuários. É de se considerar que este seja um agir estratégico, ou seja, voltado para a finalidade de melhorar a própria eficácia de sua prática. Porém, é inegável que neste contexto existe uma relação de apoio positiva, à proporção que os ACSs buscam apoio também junto aos médicos para melhorar a própria prática.

Há, assim, geração de um ciclo de trocas infocomunicacionais que tendem a reproduzir o sistema de dádiva de Mauss (2003, *apud* MARTINS, 2011). Um grupo dá apoio (por exemplo, os médicos), o outro (os agentes comunitários da saúde) o recebe e retribui dando apoio ao primeiro. Existe também a situação inversa, isto é, algum médico solicita o apoio de um agente comunitário e o recebe, retribuindo à frente, e em um tempo indeterminado, apoiando a algum ACS. Apresentado desta maneira, o ciclo de trocas aparenta certa ingenuidade, porém, cabe ressaltar que as escolhas feitas quanto à quem recorrer estão implicadas pelas múltiplas instituições que atravessam os atores sociais e, portanto, guardam as tensões próprias da estrutura a qual pertencem e seus condicionantes, como se pode depreender da citação feita por Martins (2011, p. 45) de afirmação feita por Alain Caillé:

(...) a cada momento da ação tripartite – do doar, do receber e do retribuir –, os indivíduos e grupos se defrontam com conflitos de consciência produzidos por determinantes estruturais pelos quais a cada movimento interessado se opõe um movimento de desprendimento ou de “desinteressamento” (CAILLÉ, 2006, p. 45).

O pedido de apoio coloca a quem pede em posição de vulnerabilidade em relação ao próprio saber e implica dependência do outro. Pedir apoio é dar poder a alguém e é preciso ter confiança no outro para que este não use este poder contra quem o solicitou. Portanto, há que se estabelecer, ao longo do processo infocomunicacional e na sua repetição, uma relação de confiança. Este ciclo virtuoso (Figura 13) amplia a troca de saberes e práticas, aproximando os saberes científicos (disciplinares) e populares, fomentando a confiança e o estreitamento dos laços entre os indivíduos.

Figura 13 - Ciclo da Dádiva



Fonte: MARTINS, 2011, p. 28.

Já o grupo dos profissionais da enfermagem e de auxiliares de enfermagem não apresenta o mesmo movimento em suas ações informacionais na busca por apoio para a compreensão das NSU, apresentando grau de centralidade de saída (*outdegree*) – busca por apoio – de 36,4 e 40,0 citações, respectivamente, ambas abaixo do desvio padrão. Este dado chama a atenção em relação aos enfermeiros, principalmente, porque são o segundo grupo profissional que mais dá apoio a toda a rede, sendo os ACSs, os que mais o solicitam. A intensidade de recepção de fluxos infocomunicacionais – por atingirem alta centralidade de grau de entrada (*indegree*) – por parte do grupo das enfermeiras não corresponde ao baixo fluxo de envio (busca de apoio).

O ciclo de dádiva não aparece nas relações infocomunicacionais do grupo de enfermagem e agentes comunitários de saúde, à medida que, não existe a retribuição por parte dos ACSs aos enfermeiros, do apoio recebido. Esta retribuição, embora esteja inserida na condição de liberdade, pois não é moralmente obrigatória como o movimento de receber (MARTINS, 2011, p. 42-44), só teria sentido se o grupo da enfermagem estivesse aberto para receber, isto é, esboçasse interesse na contribuição do grupo de agentes comunitários. Do contrário, dificilmente, perceber-se-ia, dada a verticalização histórica do poder técnico que coloca a enfermagem em posição de maior poder, uma ação voluntária dos ACSs em ofertar saberes e sentidos para ampliação da percepção do grupo de enfermagem quanto às necessidades de saúde dos usuários.

A ausência da retribuição aprofunda a assimetria da relação e a hierarquia técnica entre os dois grupos. Por outro lado, quando as ações informacionais dos profissionais pervertem esta regra, abre-se à possibilidade de mudanças estruturais.

O terceiro grupo profissional que mais apoio oferta na rede depois de enfermeiros e médicos, são os gestores, tendo recebido 39 citações, apresentando grau de centralidade de

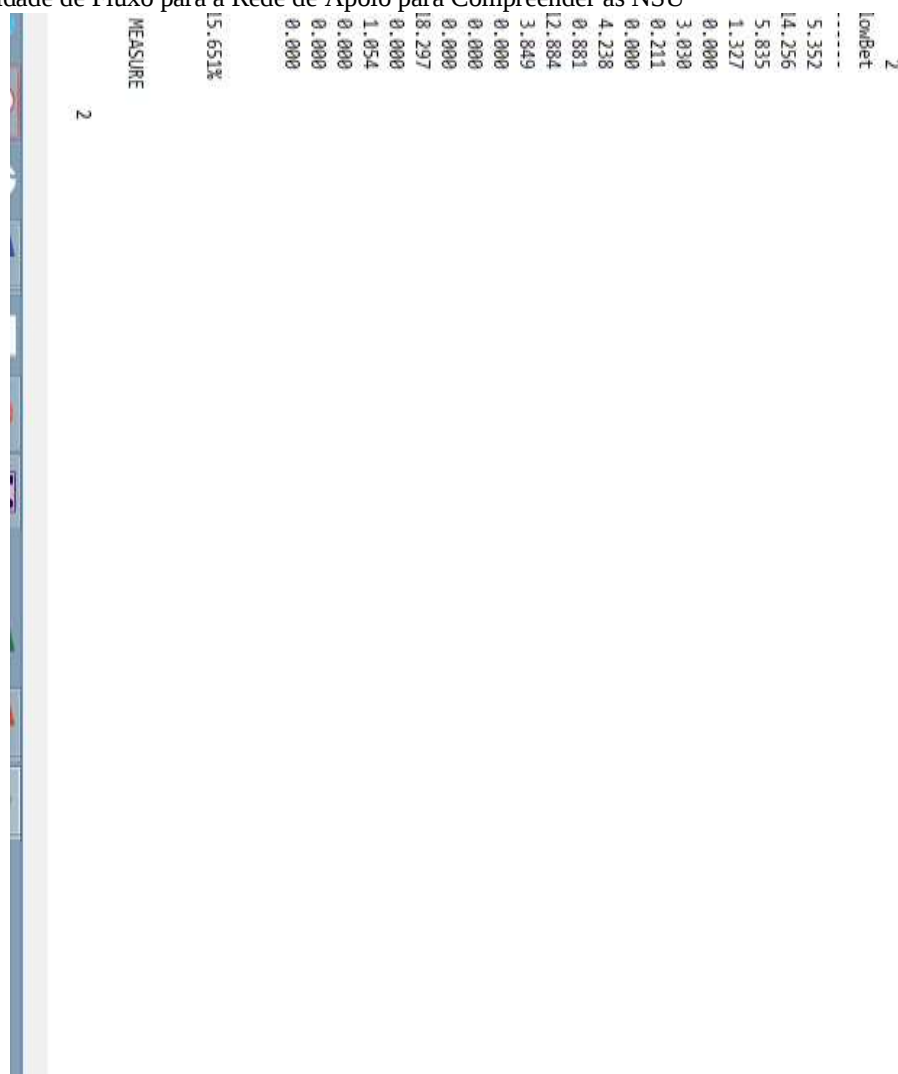
saída (*outdegree*) acima do desvio padrão. Em relação ao fluxo de informação (Figura 14) e ao volume de informação (Figura 15) que transita entre os grupos, vale dizer que entre os médicos, seguidos dos ACSs e enfermeiros circula o maior volume de informação – respectivamente, 18,3%, 14,25% e 12,88% do volume que circula na rede de apoio para compreender as necessidades de saúde dos usuários.

Por outro lado, são os ACSs que reúnem a maior capilaridade informacional do sistema, isto é, alcançam o maior número de caminhos, geodésicos ou não, que os permitem alcançar os outros grupos quando um caminho mais curto, por exemplo, está bloqueado.

Figura 14 - Medida de Centralidade de Informação para a Rede de Apoio para Compreender as NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Figura 15 - Medida de Centralidade de Fluxo para a Rede de Apoio para Compreender as NSU

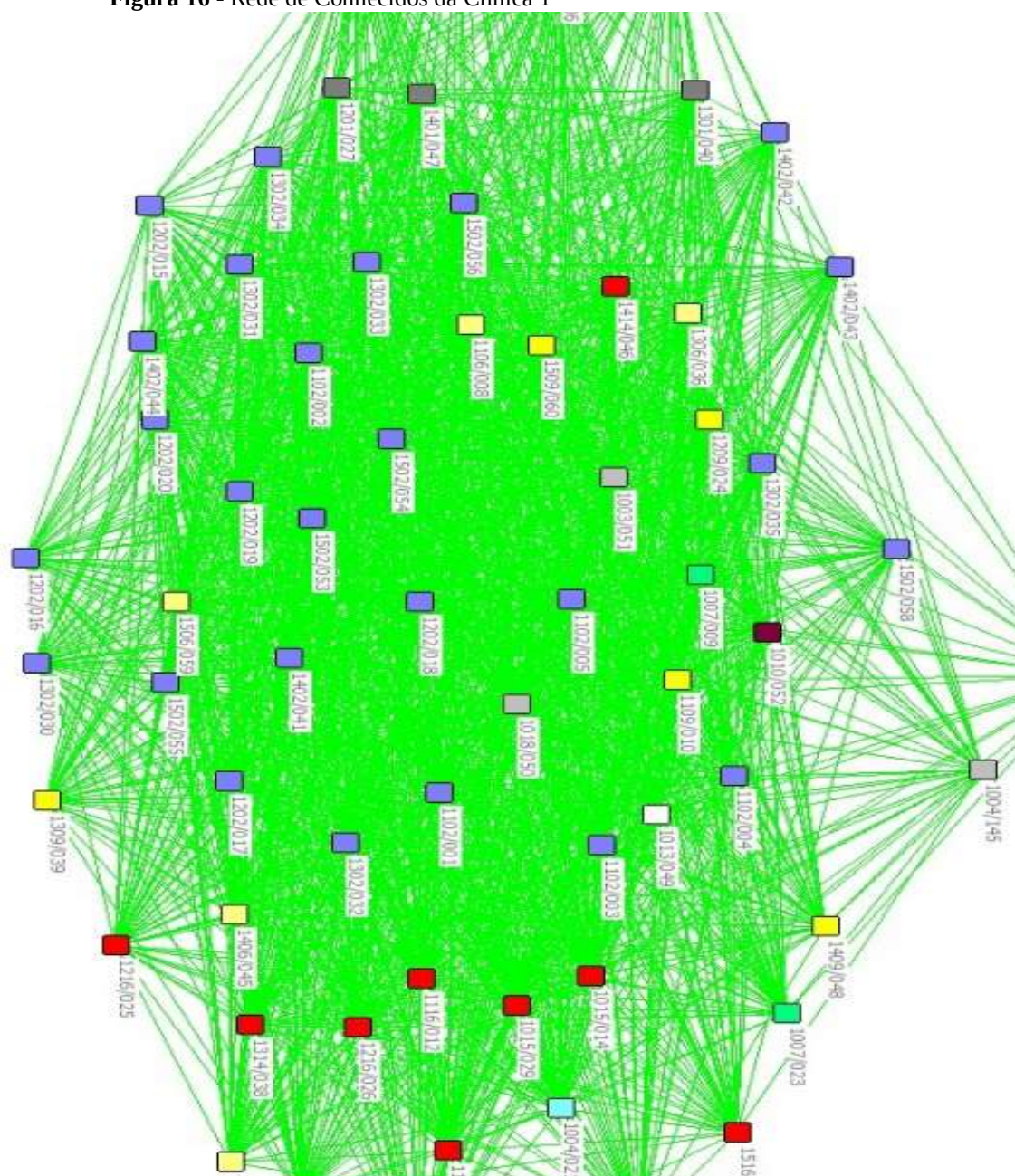
Fonte: Desenvolvido pela autora

Os agentes comunitários de saúde são entre todos os grupos ocupacionais os que possuem maior capilaridade no sistema de redes de apoio, havendo maior probabilidade de transmitir e receber informações de toda a rede. Por terem variados caminhos comunicacionais aumentam a possibilidade de maior compartilhamento de informações. Parte desta possibilidade de disseminação das ações de informação relaciona-se com o quantitativo de cerca de 45% dos profissionais da rede serem de ACSs, e as ações de informação serem menos constrangidas dentro de uma mesma categoria profissional, dado o princípio de homofilia que relaciona atores por semelhança de atributos, facilitando as trocas.

Uma segunda observação diz respeito à relativa concentração de ACSs no centro dos subgrupos, isto é, em cada uma das três clínicas. Para verificar-se esta afirmativa torna-se necessária a apresentação da rede mais ampla desta investigação, a *Rede de conhecidos*, que será detalhadamente discutida no item 7.3.2.3. Esta rede, produzida por relações

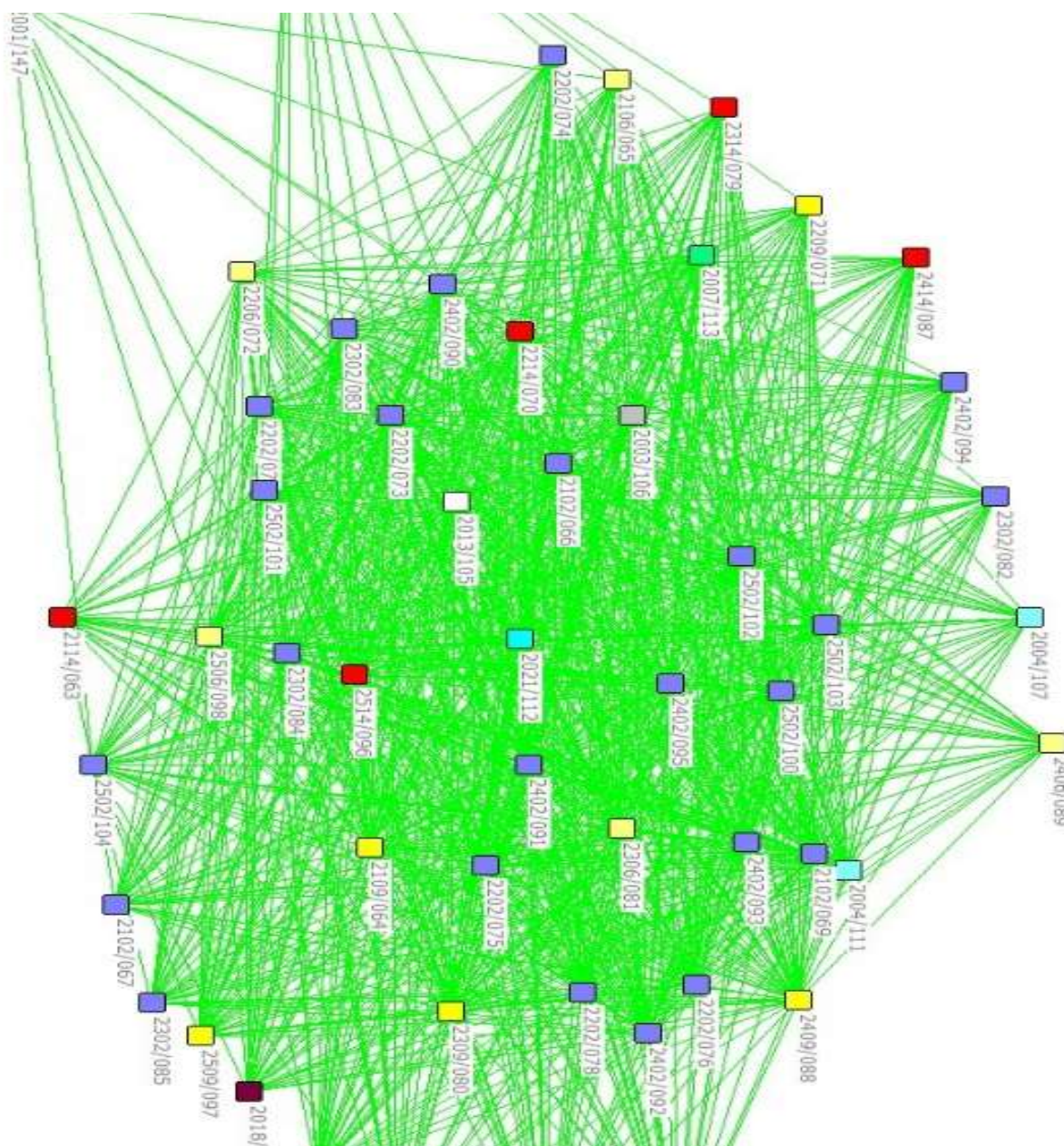
comunicacionais de natureza inespecífica e, portanto, abrangendo laços fortes a laços fracos, é ampla e inclui todos os profissionais investigados e, a partir dela, pode-se chegar a *Rede de conhecidos* para cada clínica, possibilitando identificar, pela visualização, a concentração de ACSs no centro destas, facilitando a capilaridade e disseminação das informações como se observa nas Figuras 16, 17 e 18 a seguir.

Figura 16 - Rede de Conhecidos da Clínica 1



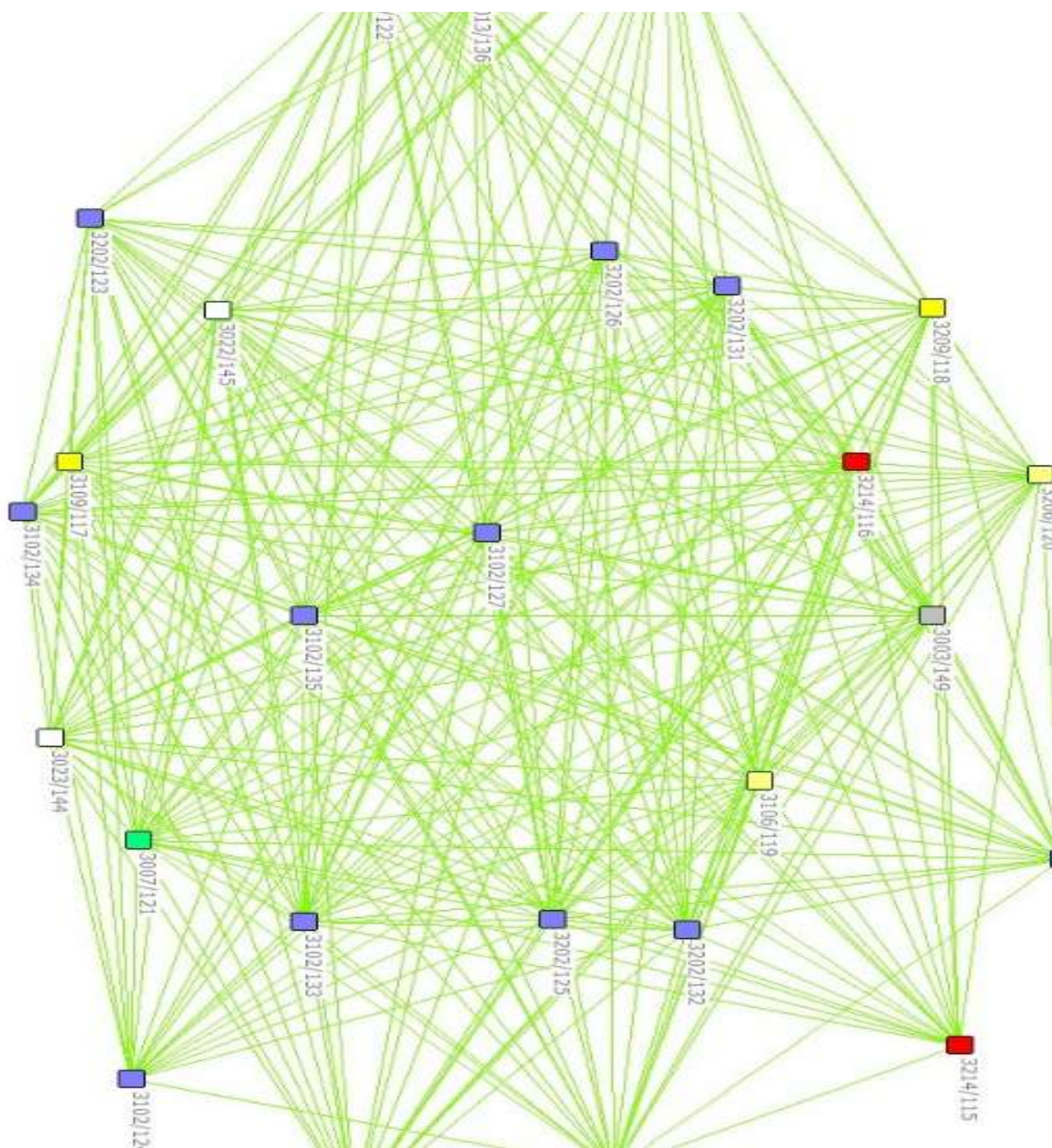
Fonte: Desenvolvido pela autora

Figura 17 - Rede de Conhecidos da Clínica 2



Fonte: Desenvolvido pela autora

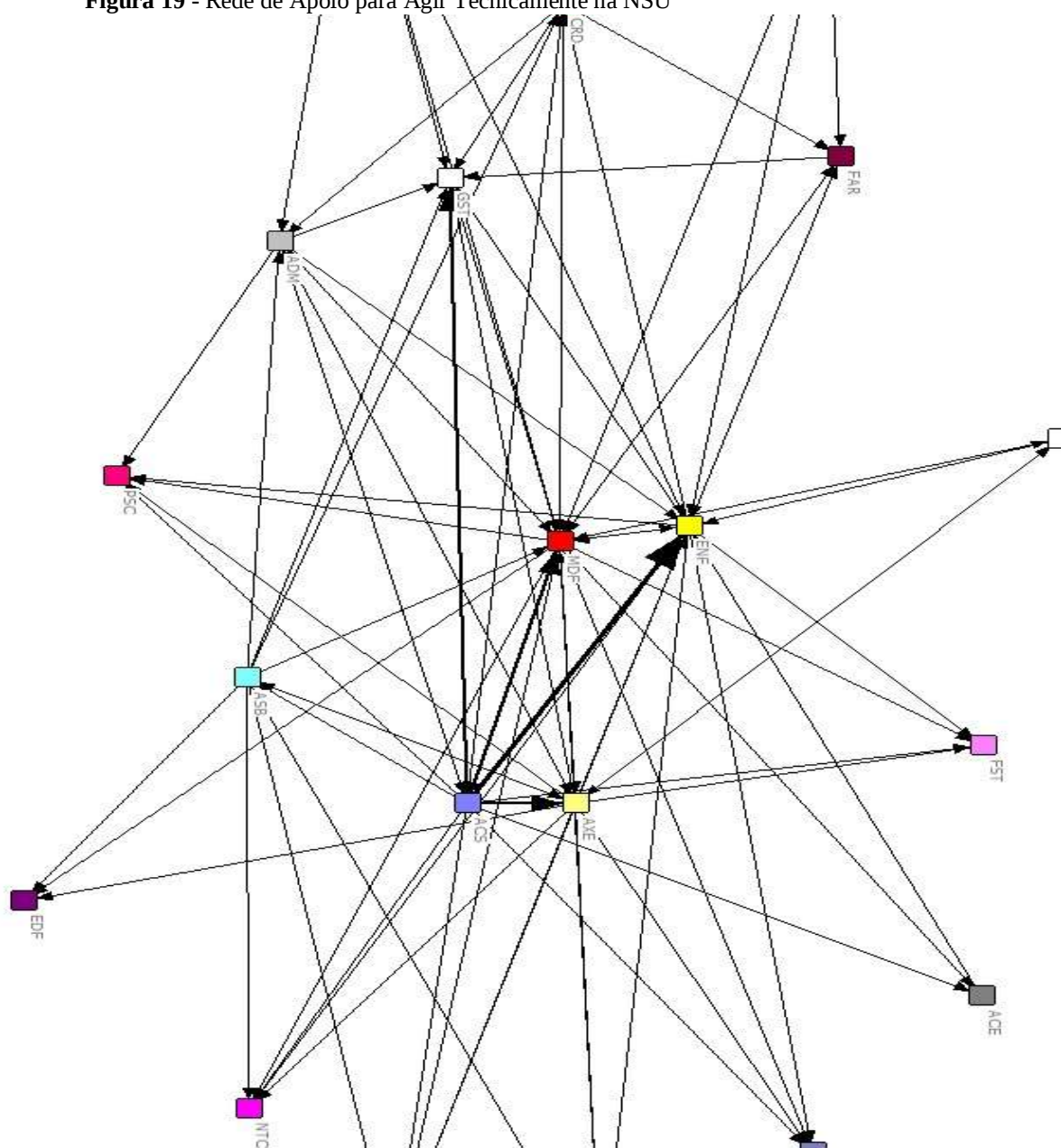
Figura 18 - Rede de Conhecidos da Clínica 3



Fonte: Desenvolvido pela autora

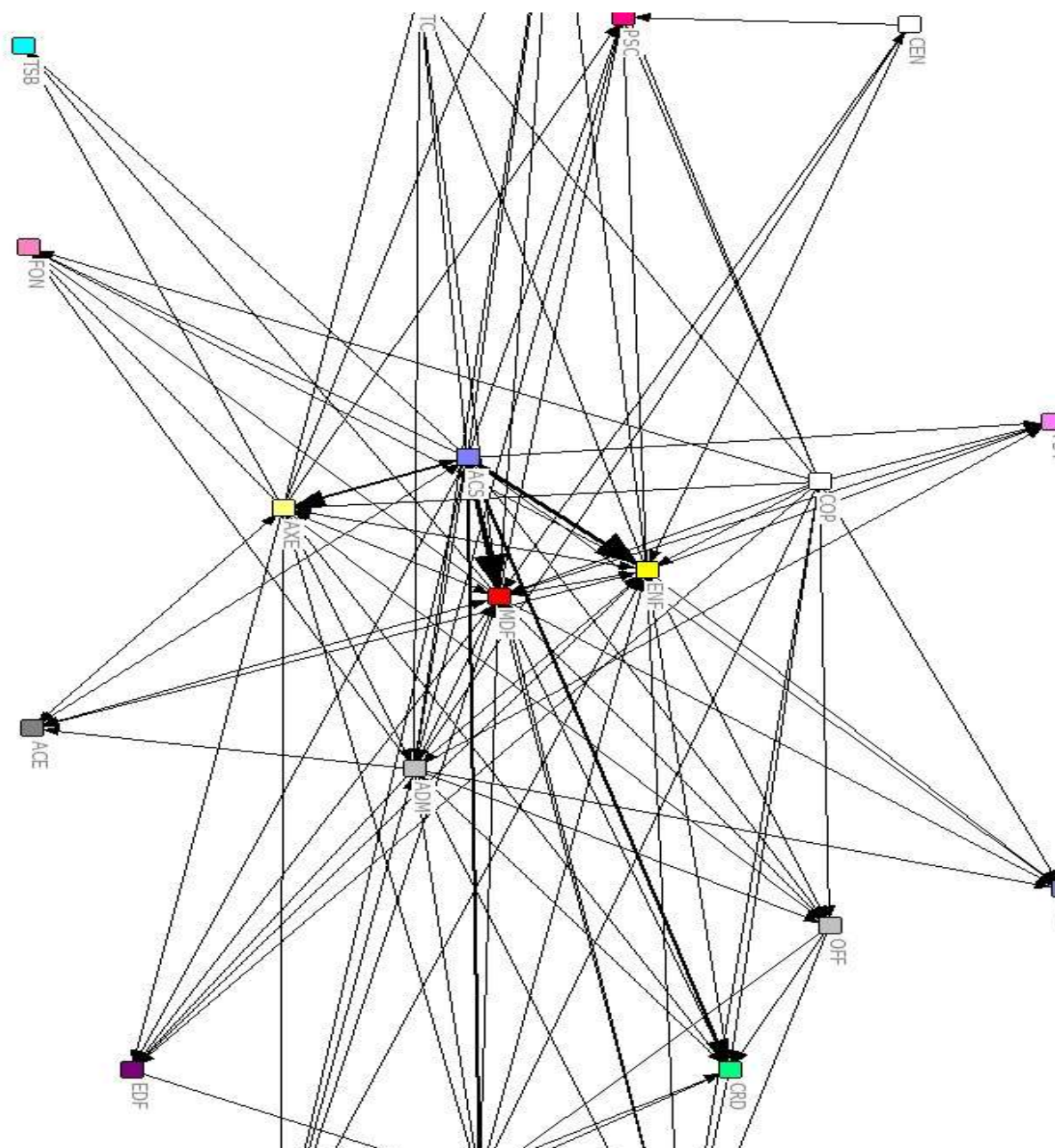
Diante destas colocações iniciais em face das questões suscitadas pela Rede de Apoio para Conhecer as Necessidades de Saúde dos (NSU), dar-se-á sequência à apresentação e discussão comparada das Redes de Apoio para Agir Tecnicamente (Figura 19) e Discursivamente (Figura 20) nas NSU e a de rede de apoio já anteriormente, exposta:

Figura 19 - Rede de Apoio para Agir Tecnicamente na NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Figura 20 - Rede de Apoio para Agir Discursivamente nas NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Inicialmente, não foram verificadas diferenças significativas na visualização e análise das medidas das três redes, reafirmando o já analisado. Exceção à não centralidade do grupo de agentes administrativos na rede de apoio técnico. Na comparação entre as redes de apoio, observa-se que a Rede de Apoio para o Agir Técnico nas NSU é, em termos do volume de informação circulante, a que exerce maior atividade. Esta afirmativa baseia-se na medida de centralidade de fluxo para a rede (e não para cada ator). As Redes de Apoio para Compreender, Agir Tecnicamente e Agir Discursivamente nas NSU representam, respectivamente, 15,65%, 25,50% e 17,56% do volume circulante possível.³⁸

³⁸ O volume de circulação possível se refere a todas as possibilidades de ligações concretizadas e não concretizadas para estas redes.

Este achado mostra a importância relativa que ainda vigora sobre o procedimento técnico em relação à compreensão e comunicação com o outro, fazendo do cuidado interface com a população onde se opera o reconhecimento das necessidades percebidas pelo usuário, incluindo-o no processo de produção de saberes em saúde como esperado para a política do cuidado. Enfim, cabe reconhecer que o grupo NASF ainda não é uma referência de apoio para compreender e agir técnica e discursivamente nas necessidades de saúde dos usuários, para os profissionais da ESF.

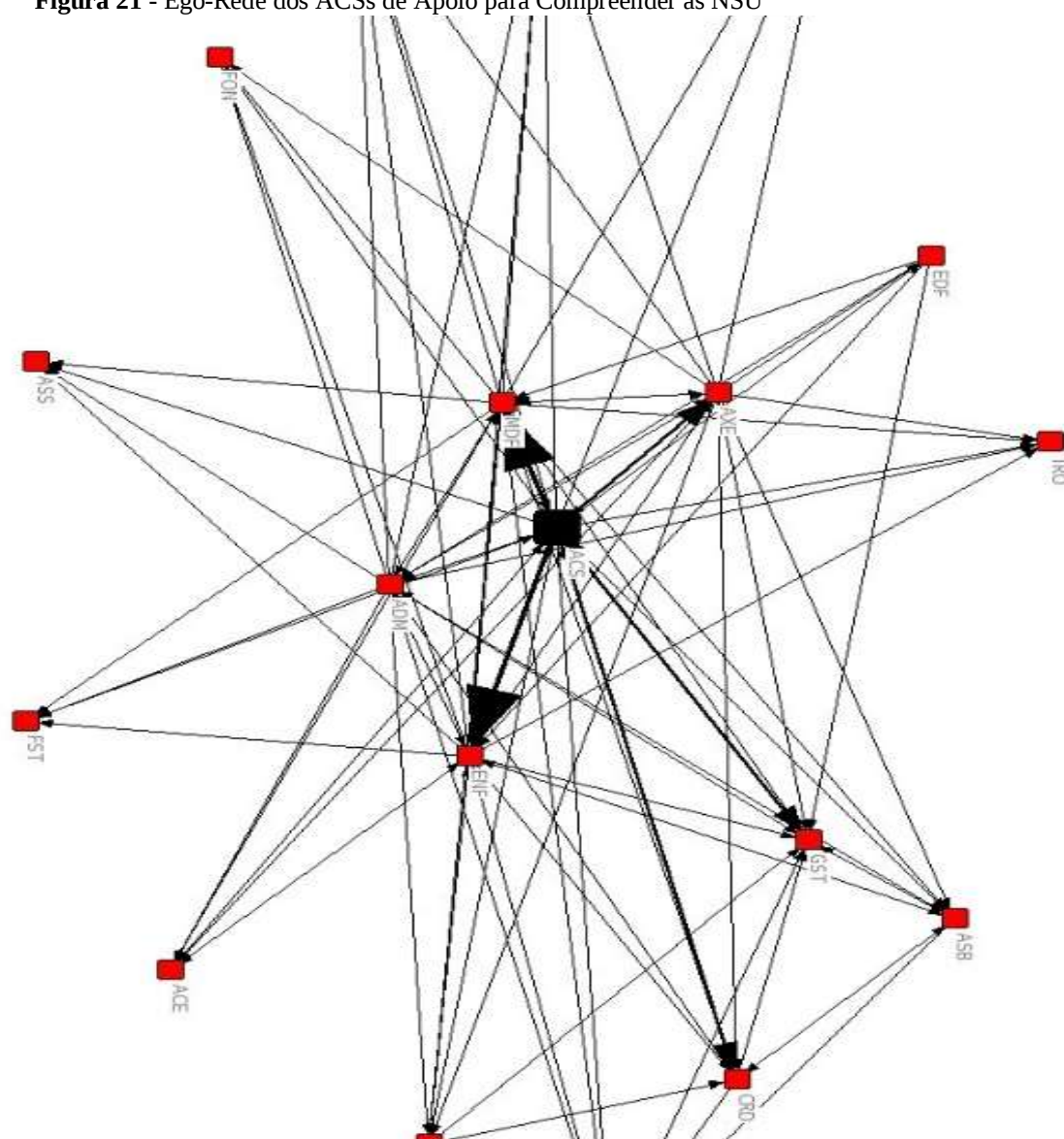
Considerando o fato dos ACSs serem limitados, formalmente, no que se refere às possibilidades de recorrerem aos integrantes do NASF, não tendo acesso facilitado ou permitido, intencionalmente, e diante dos dados que apontam para a grande capacidade de disseminação das ações de informação nas redes infocomunicacionais deste grupo de profissionais, esta pesquisa assinala a necessidade de se mudar este direcionamento por algumas razões: (a) primeiro, há um constrangimento do fluxo infocomunicacional nas ego-redes dos agentes comunitários de saúde, bem como nas ego-redes dos integrantes do NASF – apresentadas adiante –, no que tange a busca de apoio; (b) esta medida restringe, também, de forma generalizada, as possibilidades de interações e ações informacionais entre estes dois grupos de profissionais impedindo que os saberes especializados do NASF sejam semeados pelos saberes populares produzidos pelas ações de informação que se dão no mundo da vida; (c) e concluindo estas breves considerações sinaliza-se a perda expressiva de possibilidade de semear e alastrar, justamente, pelos agentes comunitários de saúde os pressupostos da política do cuidado para toda a rede social do segmento estudado.

Para analisar o perfil de busca de apoio nas diferentes ocupações sem o viés do *peso* diferenciado das ocupações que, neste contexto, seria prejudicial, foram descritas as ego-redes de cada ocupação para cada rede de apoio. Em virtude da extensão dos dados e dos objetivos de contribuir para diminuir a brecha entre a ciência e os saberes populares, centra-se, principalmente, na relação dos agentes comunitários de saúde com os demais grupos de ocupações, por se entender que os ACSs representam o agir comunicativo dos usuários por estarem imersos na mesma cultura e território.

Para propiciar a visualização de categorias profissionais em relação à proximidade e à intensidade de trocas com os ACSs, pode-se recorrer as *ego-rede* que são o produto das ligações diretas de um *ego* (um ator específico da rede geral que se queira analisar), neste caso, a ocupação de agente comunitário de saúde. Usualmente, nas *ego-redes* estão também representadas as ligações existentes entre os contatos direto do *ego* entre si a fim de promoverem melhor definição dos parceiros diretos dos ACSs. As espessuras das ligações

foram modificadas de forma a expressarem, proporcionalmente, a intensidade de frequência das ligações. A Figura 21 ilustra a *ego-rede* dos agentes comunitários de saúde.

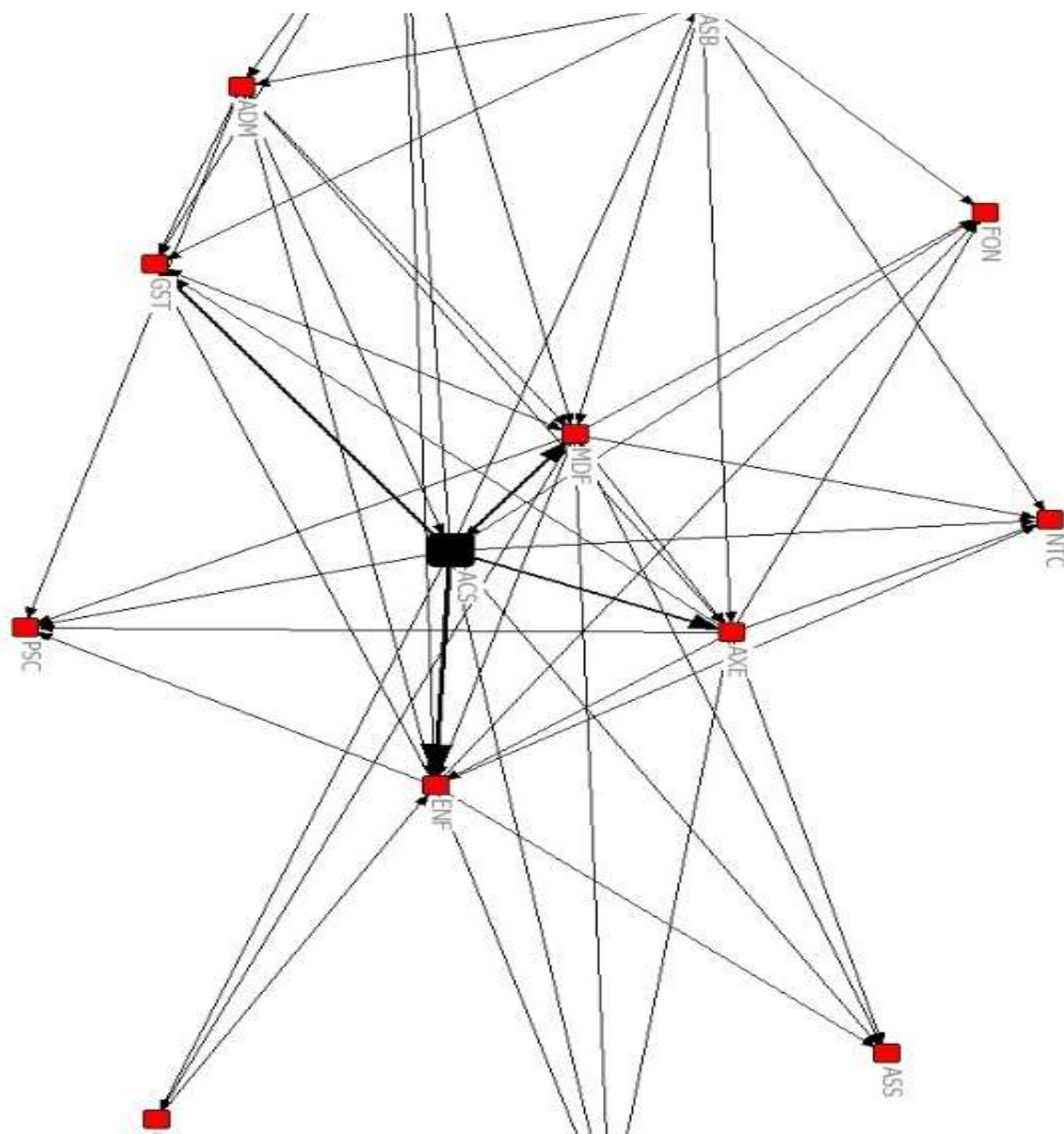
Figura 21 - Ego-Rede dos ACSs de Apoio para Compreender as NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

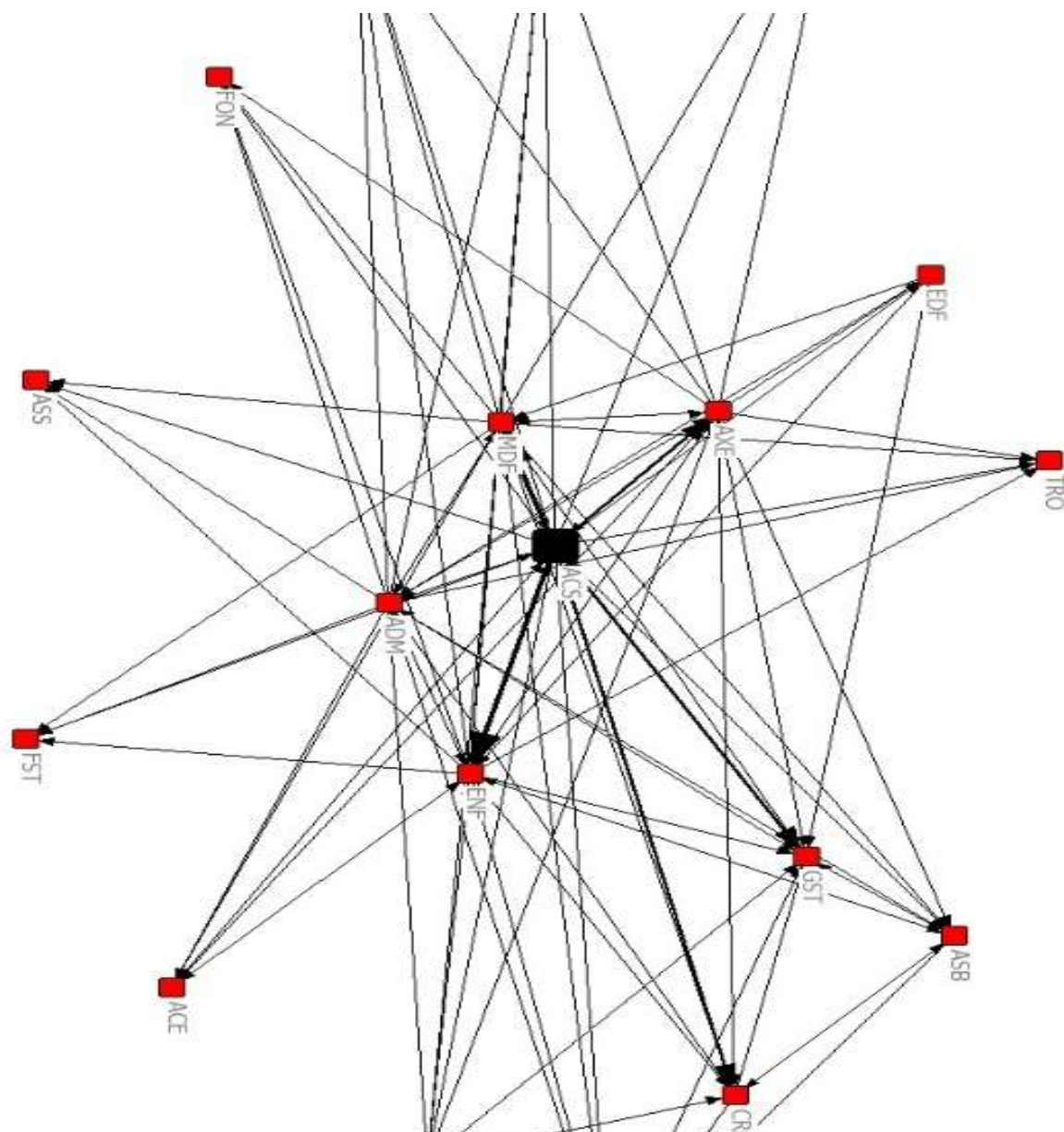
Chama a atenção, nesta rede, a proximidade dos ACSs ser, ligeiramente, maior em relação aos médicos do que em relação aos enfermeiros, uma vez que pelos dados quantitativos os agentes comunitários recorrem mais aos segundos do que aos primeiros. A mesma situação pode ser vista nas redes de apoio técnico e discursivo apresentadas a seguir nas Figuras 22 e 23.

Figura 22 - Ego-Rede dos ACSs de Apoio para Agir Tecnicamente nas NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Figura 23 - Ego-Rede dos ACSs de Apoio para Agir Discursivamente nas NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Nestas redes figuram todos os parceiros dos agentes de saúde com os quais eles buscam se informar e apoiar para compreender e agir técnica e discursivamente nas necessidades de saúde dos usuários do serviço – respostas às questões 3.1, 3.2 e 3.3 do questionário.

A resolução, em termos da Análise de Redes Sociais, a este aparente paradoxo, está na compreensão da medida de centralidade de proximidade (*closeness*). O grau de proximidade de um ator mede o quanto ele está próximo dos demais atores da rede considerando os caminhos geodésicos (os mais curtos), levando e trazendo a informação mais rapidamente quanto mais próximo.

Os resultados das medidas de proximidade obtidos para as três ego-redes podem ser vistos nas Figuras 24, 25 e 26 a seguir, respectivamente as medidas de entrada e saída (*in* e *outcloseness*) das Redes de Apoio para Compreender, Agir Tecnicamente e Agir Discursivamente nas Necessidades de Saúde dos Usuários (NSU).

Figura 24 - Medida de Proximidade da Ego-Rede dos ACSs de Apoio para Compreender as NSU

Measures			
1	2	3	4
inFarness	outFarness	in[Closeness	out[Closeness
000	342.000	12.414	5.263
000	342.000	12.000	5.263
000	342.000	12.000	5.263
000	342.000	12.000	5.263
000	342.000	12.000	5.263
000	342.000	11.921	5.263
000	342.000	11.921	5.263
000	342.000	11.842	5.263
000	19.000	11.111	94.737
000	20.000	11.043	90.000
000	30.000	10.909	60.000
000	34.000	10.909	52.941
000	18.000	10.909	100.000
000	29.000	10.843	62.069
000	19.000	10.843	94.737
000	32.000	10.778	56.250
000	21.000	10.778	85.714
000	32.000	10.778	56.250
000	33.000	10.526	54.545
inFarness	outFarness	in[Closeness	out[Closeness

Fonte: Desenvolvido pela autora

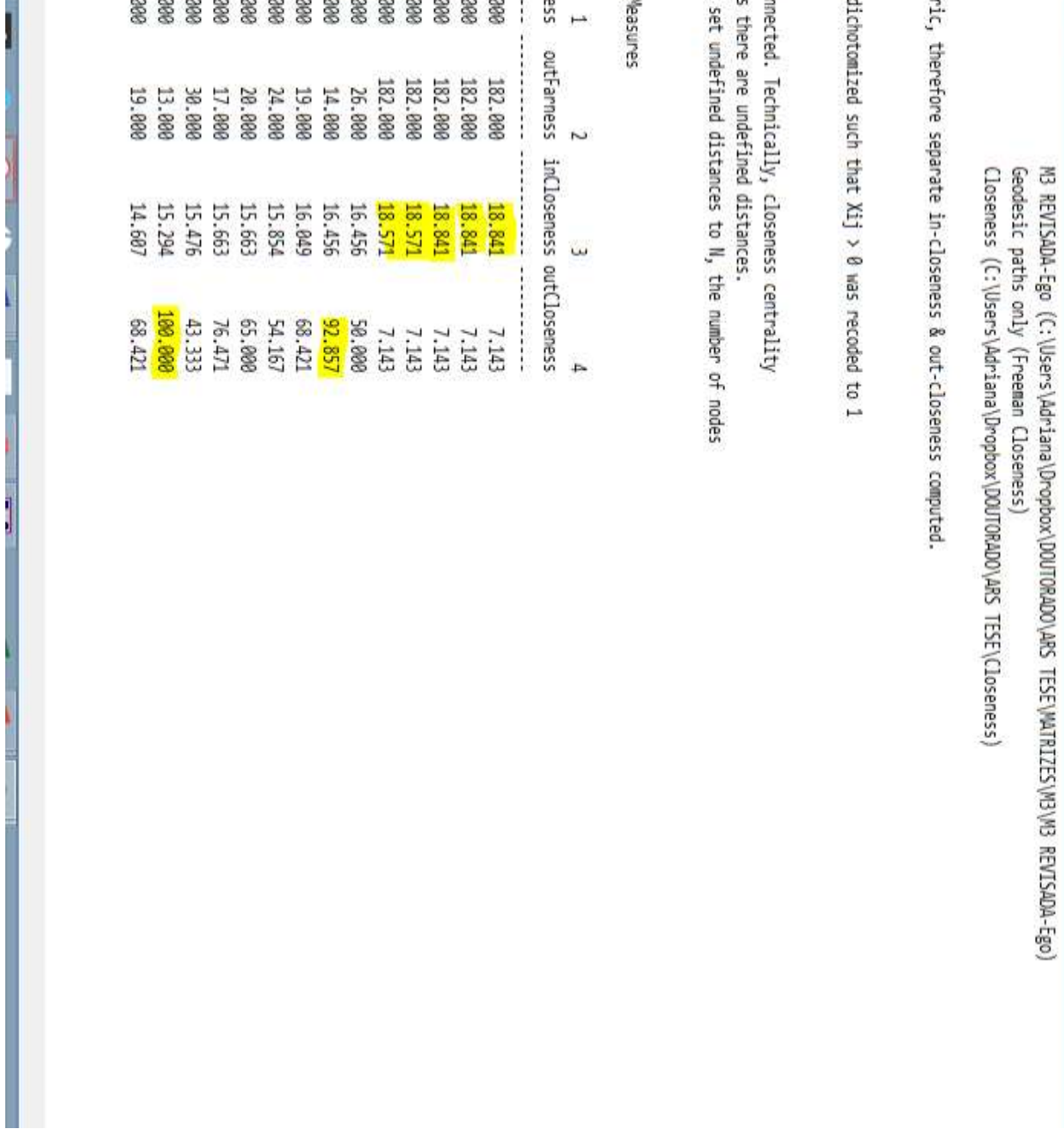
A proximidade de saída (*outcloseness*) da *ego-rede* dos ACSs indica que as informações enviadas pelos próprios agentes comunitários de saúde são as que chegam mais rapidamente ao grupo, reforçando o argumento quanto às razões que faziam dos ACSs o grupo que melhor dissemina os saberes e práticas pela rede social do serviço estudado.

Os agentes comunitários de saúde são seguidos pelos médicos e agentes administrativos e depois por enfermeiros e, um pouco além, pelos auxiliares de enfermagem, nesta ordem. Convém lembrar que se refere a caminhos comunicacionais que serão tão mais curtos quanto mais diretos e em maior número.

Não parece fácil explicar as razões pelas quais as ações de informação que partem dos médicos chegam mais rapidamente aos ACSs do que as vindas do grupo da enfermagem, mas uma pista pode ser encontrada na maior reciprocidade nas redes de apoio entre médicos e ACSs. Pode reproduzir a imagem de que os médicos, ao buscarem apoio para lidar com as necessidades de saúde dos usuários, criaram pontes, as quais os levam diretamente aos ACSs mais rápido do que as outras categorias que os seguem, pois estas podem depender, em parte de alguma, de uma intermediação tornando o caminho mais longo.

Semelhante situação ocorre nas outras duas redes de apoio. Entretanto, uma peculiaridade pode ser verificada na rede técnica. É a de que apenas os próprios agentes comunitários de saúde e médicos apresentam centralidade de proximidade de envio rápido de informações para os ACSs. Estas medidas estão apresentadas nas Figuras 25 e 26 a seguir.

Figura 25 - Medida de Proximidade da Ego-Rede dos ACSs de Apoio Técnico nas NSU



Fonte: Desenvolvido pela autora

Para as Redes de Apoio para Compreender e para Agir Discursivamente nas NSU a maior proximidade de recepção das informações enviadas pelos ACSs (proximidade de entrada – *incloseness*) é com os gestores. Este resultado indica acolhimento, por parte dos gestores, das questões que não passam pelo saber técnico, mas pelo cuidado com o reconhecimento e compreensão do usuário. Este resultado se encontra em certa medida de acordo com os critérios de seleção do serviço que preconizava que os gestores das unidades de saúde tivessem conhecimento das determinações da nova Política Nacional de Atenção Básica e da portaria que cria o NASF, caracterizando a intenção de colocá-las em operatividade.

Figura 26 - Medida de Proximidade para a Ego-Rede dos ACSs de Apoio para Agir Discursivamente nas NSU

...therefore separate in-closeness & out-closeness computed.

...normalized such that $X_{ij} > 0$ was recoded to 1

...ted. Technically, closeness centrality

...ere are undefined distances.

...t undefined distances to N , the number of nodes

...sures

	2	3	4
outFarness	inCloseness	outCloseness	
342.000	12.414	5.263	
342.000	12.000	5.263	
342.000	12.000	5.263	
342.000	12.000	5.263	
342.000	12.000	5.263	
342.000	11.921	5.263	
342.000	11.921	5.263	
342.000	11.842	5.263	
19.000	11.111	94.737	
20.000	11.043	90.000	
30.000	10.909	60.000	
34.000	10.909	52.941	
18.000	10.909	100.000	
29.000	10.843	62.069	
19.000	10.843	94.737	
32.000	10.778	56.250	
21.000	10.778	85.714	
32.000	10.778	56.250	
33.000	10.526	54.545	

Fonte: Desenvolvido pela autora

Para melhor se avaliar, as relações dos ACSs com o grupo do NASF, uma vez que, a maioria NASF não respondeu ao questionário, apesar de ter sido citada, recorreu-se à estratégia de visualização dos dados lado a lado, utilizando os dados encontrados nas três matrizes de apoio, indicadores das citações de memória, dos ACSs ali transpostas.

Esta operação gerou uma tabela onde os valores absolutos e percentuais das relações de apoio dos agentes comunitários de saúde estão expostas para todas as ocupações distribuídas para cada uma das respostas às questões formuladas no item 3 do questionário. Este procedimento teve a intenção de comparar os resultados com os obtidos nas Ego-redes da mesma categoria, bem como comparar os percentuais de ligações das categorias entre si nas seis questões levantadas. Estes dados estão apresentados na Tabela 3, sintetizando as respostas às questões 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6 da seção 3 do questionário, descritas na

página 98 desta tese e no Anexo A. A vantagem da tabela é de visualizar, comparativamente, os números e as porcentagens de trocas infocomunicacionais entre os agentes comunitários de saúde e as diferentes ocupações.

Tabela 3 – Valores Totais e Percentuais das Relações de Apoio entre ACSs X Ocupações

ACST/50	3.1		3.2		3.3		3.4		3.5		3.6	
ACE (1)	6	12,0	1	2,0	6	12,0	5	10,0	-	0,0	3	6,0
ACS (2)	20	40,0	8	16,0	19	38,0	25	50,0	15	30,0	7	14,0
ADM (3)	10	20,0	6	12,0	10	20,0	6	12,0	3	6,0	5	10,0
ASB (4)	11	22,0	1	2,0	11	22,0	5	10,0	1	2,0	5	10,0
ASS (5)	5	10,0	3	6,0	5	10,0	5	10,0	1	2,0	6	12,0
AXE (6)	17	34,0	20	40,0	17	34,0	13	26,0	13	26,0	14	28,0
CRD (7)	16	32,0	5	10,0	16	32,0	6	12,0	3	6,0	10	20,0
EDF (8)	5	10,0	-	0,0	5	10,0	5	10,0	-	0,0	4	8,0
ENF (9)	44	88,0	43	86,0	44	88,0	31	62,0	30	60,0	35	70,0
FAR (10)	6	12,0	-	0,0	6	12,0	4	8,0	-	0,0	4	8,0
FON (11)	5	10,0	1	2,0	5	10,0	7	14,0	-	0,0	7	14,0
FST (12)	3	6,0	1	2,0	3	6,0	5	10,0	-	0,0	4	8,0
GST (13)	14	28,0	16	32,0	14	28,0	6	12,0	6	12,0	15	30,0
MED (16)	38	76,0	27	54,0	42	84,0	25	50,0	23	46,0	35	70,0
NTC (17)	4	8,0	1	8,0	4	8,0	6	12,0	1	2,0	10	20,0
OFF (18)	5	10,0	-	0,0	5	10,0	5	10,0	-	0,0	4	8,0
PSC (19)	5	10,0	1	8,0	5	10,0	8	16,0	1	2,0	10	20,0
TRO (20)	6	12,0	-	0,0	6	12,0	5	10,0	-	0,0	8	16,0
TSB (21)	5	10,0	-	0,0	5	10,0	4	8,0	-	0,0	3	6,0
CEN (22)	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
COP (23)	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0

Fonte: Desenvolvido pela autora

Notam-se algumas tendências, tais como a dos agentes comunitários de saúde em buscar mais apoio com os enfermeiros do que com os médicos, sendo que os ACSs consideram ambas as categorias aptas a apoiá-los em relação às necessidades de saúde dos usuários – respostas à questão (3.6) sobre quem o informante considera apto a apoiar os outros profissionais. Outra tendência é a baixa percepção que a categoria dos agentes comunitários demonstra quanto ao papel de apoio que a equipe do NASF pode oferecer. Aqueles que reconhecem que os profissionais do NASF têm competência para informá-los e apoiá-los quanto à compreensão, técnica e discurso nas necessidades trazidas pelos usuários ao serviço – questão 3.6 –, são a minoria dos ACSs, variando de 6% a 20%, dependendo da especialidade do profissional do NASF. Entre os profissionais que atingiram 20% de reconhecimento pelos agentes comunitários, estão: nutricionista e psicólogo.

Aparece ainda, na resposta do informante à questão (3.4) sobre quem ele considera irá procurá-lo para pedir apoio sobre as NSUs, o reconhecimento de que os agentes comunitários de saúde fazem do apoio que dão aos próprios ACSs, médicos e aos enfermeiros, contrariando as respostas dadas por esta última categoria profissional de pouco buscarem apoio neles. Esta

contradição parece indicar algum tipo de constrangimento por parte dos enfermeiros que ficou sem receber mais investigação por não haver no escopo desta tese espaço para entrevistas aprofundadas. Todavia, está registrada para o embasamento inicial de outras investigações, dada a importância desta categoria na expansão do cuidado que produz acolhimento, cuidado este consensual para a enfermagem.

7.3.2 Redes de Relações Formais, Informais e de Conhecidos

A fim de verificar as relações de naturezas diversas, como relações que se dão para fins de realização de uma atividade do trabalho, relações de confiança por onde circulam informações sensíveis – relações através das quais os atores se permitem expressar pontos de vista pessoais –, e relações de convivência social de comunicação em eventos comuns do cotidiano das pessoas – fazerem as refeições juntos, por exemplo –, buscou-se discriminar as relações segundo seu grau de formalidade e força do laço. As relações foram inicialmente, classificadas em: formais, informais institucionais, informais externas ao serviço e informais gerais (soma das redes informais institucionais e externas ao serviço). As redes investigadas nesta seção foram desenvolvidas a partir dos dados da seção 4 do questionário. Nela estão compreendidas seis perguntas e uma tabela de respostas com dez colunas apresentando:

1ª coluna – numeração sequencial de 1 a 145

2ª coluna – nome do profissional

3ª coluna – ocupação

4ª coluna – unidade do serviço

5ª a 10ª colunas – espaço para marcar as respostas das perguntas 4.1 a 4.6.³⁹

As redes que destes derivaram se diferem pela natureza de seus laços. São as seguintes:

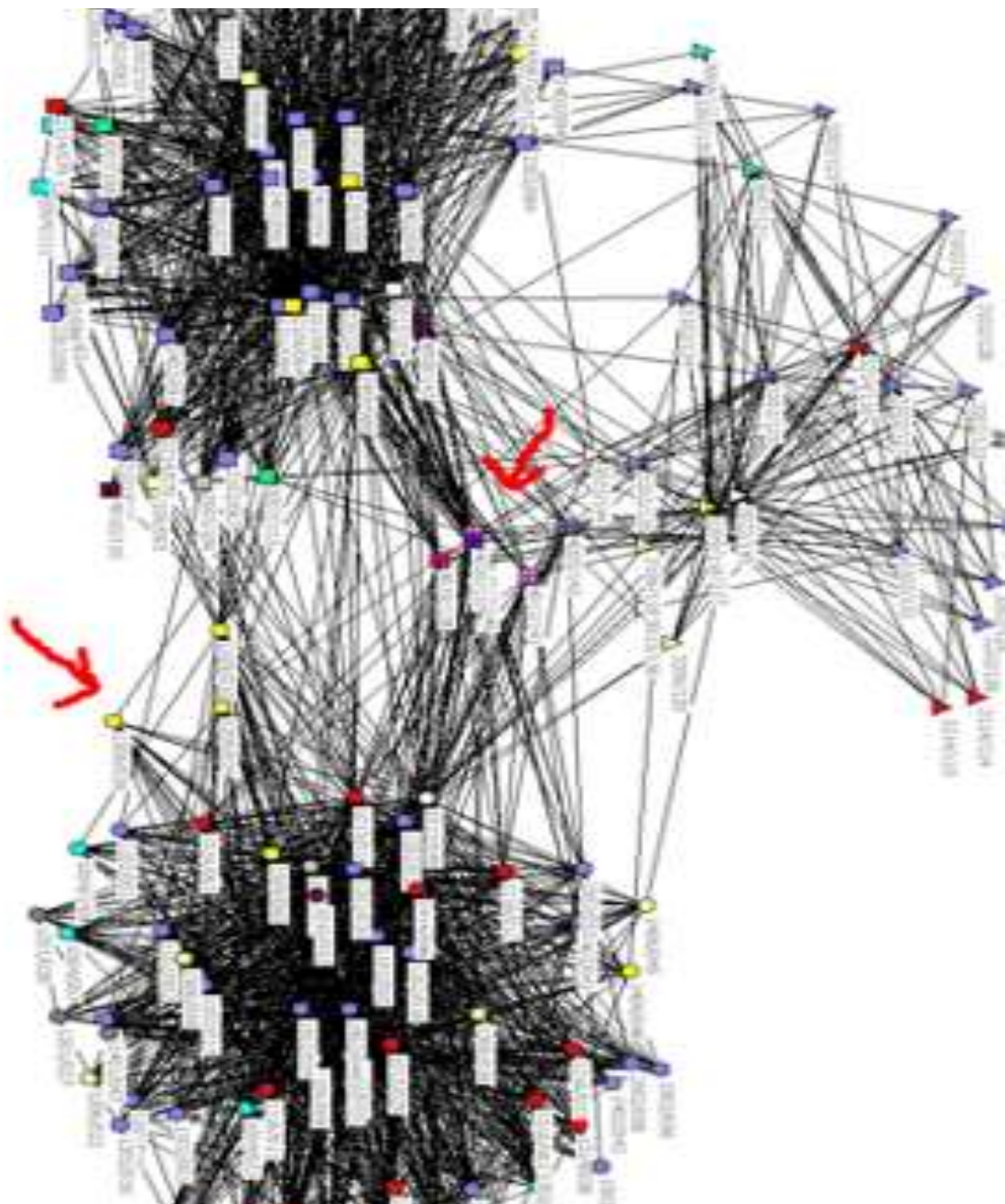
(a) Rede de relações formais

³⁹ A tabela do questionário em anexo apresenta apenas o cabeçalho, pois, os nomes foram suprimidos.

- (b) Rede de relações informais institucionais
- (c) Rede de relações informais externas ao serviço
- (d) Rede de relações de conhecidos

7.3.2.1 Rede de Relações Formais

As relações formais que constituem esta rede são aquelas que se dão no ambiente dos serviços, na execução e/ou discussão de atividades formais desenvolvidas por um grupo, oficialmente designado, para atender a um propósito específico. A visualização da Rede de Relações Formais é exposta a seguir na Figura 27:



Fonte: Desenvolvido pela autora

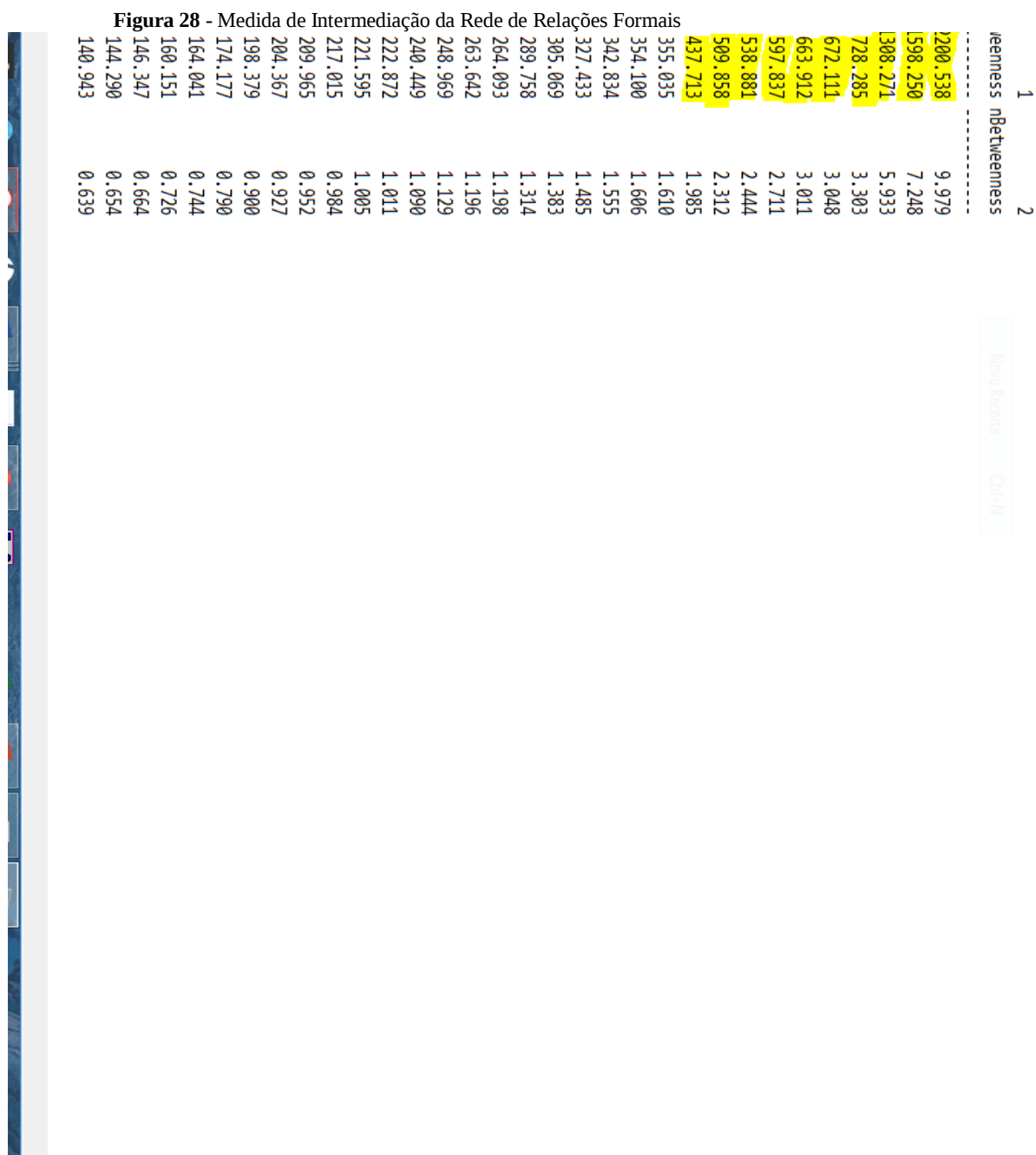
Esta rede proporciona a visão do segmento geral analisado, podem ser vistos três subgrupos correspondentes às três clínicas. Na Figura 27 aparece, representada por triângulos a Clínica 3, à direita representada por quadrados está a Clínica 2, e à esquerda a Clínica 1.⁴⁰ Entre os três subgrupos, encontram-se seis integrantes do NASF (acima em formato de *box*) e três enfermeiros da Clínica 1 (abaixo em amarelo) indicados na ponta das setas vermelhas. Para se compreender melhor os processos formais de intermediação entre as três clínicas e o grupo NASF representados na rede (Figura 27), deve-se ter em conta que os processos infocomunicacionais internos das clínicas são mais intensos do que aqueles entre clínicas. Diz

⁴⁰ O Anexo D contém a legenda de cores e ocupações para todas as redes.

respeito à natureza da atividade estruturada para haver maior circulação internamente do que entre clínicas.

Em princípio, algumas atividades conjuntas como cursos reúnem pessoas de diferentes clínicas, mas, oficialmente, os indivíduos que trabalham na transversalidade da rede são os profissionais do NASF gerenciando o cuidado, cuja coordenação é das equipes de ESF segundo o Caderno das diretrizes do NASF. É importante observar a periferia dos subgrupos, especialmente a face voltada para as outras clínicas, pois se percebe que alguns atores que aí se encontram, também, estão ligados por relações formais a clínicas que não as de origem.

Desta maneira, ao se extrair as medidas de intermediação da Rede formal, obtém-se espelhado a soma das intermediações internas, dentro dos subgrupos, e as intermediações externas, entre as clínicas, como se pode apreender na Figura 28.



Fonte: Desenvolvida pela autora

Entre os dez atores que desempenham papel relevante de intermediação ou ponte, estão o gestor (GST), um médico preceptor da residência em Saúde da Família (MDF), 1 ENF e 1 ACS da Clínica 1; o GST, 1 ENF, 1 ACS da Clínica 2; e o GST, 1 ENF e 1 ACS da Clínica 3.

Inicialmente, chama a atenção a distribuição quase homogênea entre gestores, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, revelando um padrão de intermediação nas redes de relações formais nas clínicas. A presença do médico preceptor não correspondendo ao padrão revelado, deve ser avaliada à luz de outros dados. Mesmo este padrão, demonstra apenas uma tendência que depende de confirmação.

Os atores no papel de intermediação atuam conectando quem não se relaciona diretamente, e, desta forma, tornam os grupos mais coesos. Esse é o papel “ponte” que, também, integra o segmento estudado e atendido pelo NASF. É no nível das conexões entre os subgrupos que se entende melhor o papel do médico preceptor da Clínica 1. Quando se compara sua medida de centralidade de intermediação na rede geral, com a centralidade de intermediação da Rede de Relações Formais da Clínica 1, verifica-se que sua atuação com ponte é mais relevante na rede geral do que na rede interna – onde é o décimo intermediador dentro da Clínica 1, ligeiramente acima do desvio padrão, ao passo que na rede geral é o segundo intermediador mais importante. Outro fato observado por esta medida é o baixo grau de intermediação feito pelo NASF. Com exceção do professor de educação física, que aparece intermediando alguns caminhos geodésicos⁴¹ – o caminho mais curto entre outros dois atores –, todos os demais integrantes do grupo NASF representam para esta rede a medida de centralidade de intermediação zero. Este resultado significa que eles não têm responsabilidade nem controle sobre o fluxo de recursos entre nenhum par de atores da rede.

Tal fato chama a atenção, uma vez que, os NASFs devem instituir, segundo Cazelli (2009)⁴² – coordenadora das policlínicas e do NASF no Município do Rio de Janeiro à época de sua implantação – a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF. Cazelli (2009) também aponta que a proposta do núcleo inicialmente formulada por Gastão W. Campos em 1999, situava o núcleo de apoio como:

Equipe de Referência – Uma equipe interdisciplinar com responsabilidade pela condução de um conjunto de ações focando os usuários – Vínculo e Responsabilização.

Apoio Matricial – Reorganizar a forma de contato entre as Equipes de SF e as áreas especializadas. Oferta de apoio técnico especializado aos profissionais das Equipes de SF de sua Referência – ampliação da clínica. (CAZELLI, 2009).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob [a] responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. (CAZELLI, 2009).

Tais funções de matriciamento e de promoção da educação continuada das equipes da ESF geram a expectativa do NASF como agente intermediador de informações e da produção de novos saberes implementando o cuidado como agente mediador das relações entre os

⁴¹ O comprimento de um trajeto é o número de arestas que possui. E o trajeto geodésico é o trajeto mais curto que liga dois pontos (BORGATTI; WHITE, 1991).

⁴² Carla Cazelli foi coordenadora do processo de implementação dos NASFs no município do Rio de Janeiro, e importante contato para esta pesquisa. A indicação dos primeiros núcleos implementados e a descrição das oficinas desenvolvidas à época junto com os profissionais de saúde que trabalhariam neles contribuiu muito com a compreensão das dificuldades existentes ainda hoje.

profissionais e destes com os usuários do Sistema de Saúde. Pela análise das Redes Sociais, nota-se que os profissionais do NASF, embora apareçam situados de forma central (entre as três clínicas) na visualização das estruturas das redes, não estão situados nos menores trajetos do fluxo infocomunicacional entre os profissionais de saúde do segmento estudado e, portanto, não gozam de posição de influência entre os demais atores.

Os atores neste papel de intermediação, portanto, além de tornarem uma determinada rede, mais coesa detêm o controle sobre os recursos informacionais trocados. Assim, agentes comunitários de saúde com responsabilidade e com controle dos recursos informacionais podem significar duas possibilidades distintas: (a) primeiro, os atores nesta posição são agentes de saúde que controlam a informação que chega aos outros ACSs, o que parece não ser o caso, pois, não se identificam buracos estruturais na estrutura da rede dentro das clínicas, onde parece ser a ação destes atores, tornando o ACS intermediador única fonte destes recursos; (b) a segunda alternativa, indicaria que os fluxos de recursos informacionais controlados seriam intermediados por outras categorias de profissionais. Esta segunda hipótese, dada a presença maciça destes profissionais nos serviços de saúde, criaria possibilidades de circulação dos saberes e das práticas de saúde forjados pelas ações informacionais no mundo da vida dentro das clínicas.

Ao se averiguar outra medida, a de centralidade de grau na Rede de Relações Formais, quem deteve o maior grau de centralidade de entrada e de saída (*in e outdegree*), isto é, o mais citado (centralidade de entrada), na pergunta, sobre com quem o informante se relaciona formalmente (4.3), e também aquele que mais pessoas citou (centralidade de saída), foi o GST da Clínica 1. Nesta clínica estão, também, sete dos dez mais citados. Entre os sete, tem-se: além do GST, três MDFs – dentre os quais o mesmo preceptor da residência já citado na medida anterior, um residente e um médico de família – um cirurgião dentista (CRD), um ENF e um auxiliar de enfermagem (AXE). Os outros três são membros do NASF – fonoaudiólogo (FON), nutricionista (NTC) e terapeuta ocupacional (TRO).⁴³

O resultado do grau de centralidade dos integrantes da Clínica 1 e do NASF demonstra certo grau de prestígio destes atores na rede como um todo, considerando as três clínicas. Porém, também podem ser aplicados para avaliar o acesso, o controle e a intermediação (*brokerage*) nas redes de trocas de informação, analisadas pelo volume circulante nas relações formais.

⁴³ Existe a dificuldade técnica de demonstrar as medidas de centralidade de entrada (*indegree*) que aponta os mais citados, pois, sendo uma matriz de 150 linhas e a ordem descendente dos resultados refere-se à coluna de centralidade de saída, ficando os dados de entrada na desordem e alguns dos dez mais citados referidos no texto não aparecem na janela capturada.

Pode se notar certa influência dos atores da Clínica 1 e do NASF sobre a rede em geral. Os integrantes do NASF, aqui presentes, são reconhecidos como centrais nas relações formais por uma grande parte da rede. Existe, portanto, o reconhecimento de sua atividade dentro do sistema, o que possivelmente relaciona-se com a atividade técnica de especialistas junto aos profissionais. De todo modo este reconhecimento sinaliza certo grau de aproximação, embora, ainda não se tenha apontado maior interação.

Quanto à presença de sete membros da Clínica 1 entre os dez mais centrais para a rede de relações formais evidencia uma assimetria entre as clínicas que depende de outros componentes para uma clara avaliação de seu significado. Ver-se-á adiante, quando da apresentação das outras redes e suas medidas, o que tornará mais compreensível este resultado.

A Análise de Redes Sociais, com seus instrumentos metodológicos, permite identificar elementos importantes sobre as ações informacionais nas redes sociais. Além de perceber que em toda interação comunicacional estão presentes as ações informacionais, representadas pela própria linguagem da intersubjetividade. Também se pode identificar a dinâmica dos fluxos informacionais, na medida de *centralidade de informação*, que considera todos os caminhos – e não apenas os geodésicos – não bloqueados às ações de informação, que possam conduzi-las pela rede, transformando saberes teóricos e práticos. À investigação de tal processo de capilarização, pode-se associar a identificação dos espaços, correspondendo a atores de rede, onde o volume de informação circulante se adensa ou por outra se torna mais rarefeito. Esta operação se faz pela medida de *centralidade de fluxo*.

A medida de *centralidade de informação* cumpre importante papel nesta tese, uma vez que indica os atores mais produtivos em compartilhar a informação por toda a rede, ou seja, disseminá-la. Como no exemplo de Hanneman (2001), mencionado no capítulo de metodologia, esta medida influencia na disseminação de um rumor, mas, poder-se-ia pensar em um processo de contágio físico ou, no contexto da pesquisa, de disseminação de saberes científicos e populares. A Figura 29 a seguir mostra a compilação dos 20 atores mais relevantes na disseminação dos fluxos infocomunicacionais na Rede de Relações Formais.

Figura 29 - Medida de Centralidade de Informação da Rede de Relações Formais - 20 atores mais relevantes

Medida de Centralidade de Informação para a Rede de relações formais

	Info
• 1013/049	14.202
• 1015/014	14.097
• 2409/088	13.634
• 1202/019	13.634
• 1202/018	13.501
• 1102/005	13.501
• 1414/046	13.379
• 2013/105	13.371
• 1003/051	13.360
• 1202/020	13.333
• 2402/090	13.225
• 1010/052	13.211
• 2202/075	13.182
• 2202/075	13.182
• 2102/066	13.169
• 1402/044	13.135
• 1302/033	13.135
• 1106/008	13.135
• 1101/013	13.135
• 1015/029	13.135

Fonte: Desenvolvido pela autora

Dos 20 atores com *centralidade de informação* relevante na Rede de Relações Formais, “capilarizando” a informação por todos os caminhos, dez são⁴⁴ ACSs – 6 da Clínica 1 e 4 da Clínica 2. Entre os 11 restantes, têm-se: o GST, 3 MDF – 2 preceptores e um residente – 1 ADM, 1 AXE, 1 FAR e 1 ACE, sendo no total: 14 da Clínica 1; e da Clínica 2, além dos 4 ACSs, fazem parte deste grupo, também, o gestor e um enfermeiro, totalizando 6 atores. É bem possível que a informação tome um caminho tortuoso seja por comunicação aleatória ou por ser intencionalmente canalizada através de muitos intermediários. A presença dos ACSs, ocupando esta posição de centralidade de informação na Rede de Relações Formais reforça a tese de que os agentes comunitários de saúde são os profissionais com

⁴⁴ As siglas das ocupações estão no quadro da Figura 5, na página 106 e no questionário no Anexo A.

vocação para disseminar as ações de informação nas redes, se for mantida a organização atual dos serviços. Já a medida de *centralidade de fluxo* mede o volume do fluxo de informação circulante pelos atores. A seguir, na Figura 30, uma lista dos dezessete atores pelos quais circula o maior volume de recursos informacionais na Rede de Relações Formais.

Figura 30 - Medida de Centralidade de Fluxo na Rede de Relações Formais - Atores Acima do Desvio Padrão

Abrir Ajuda

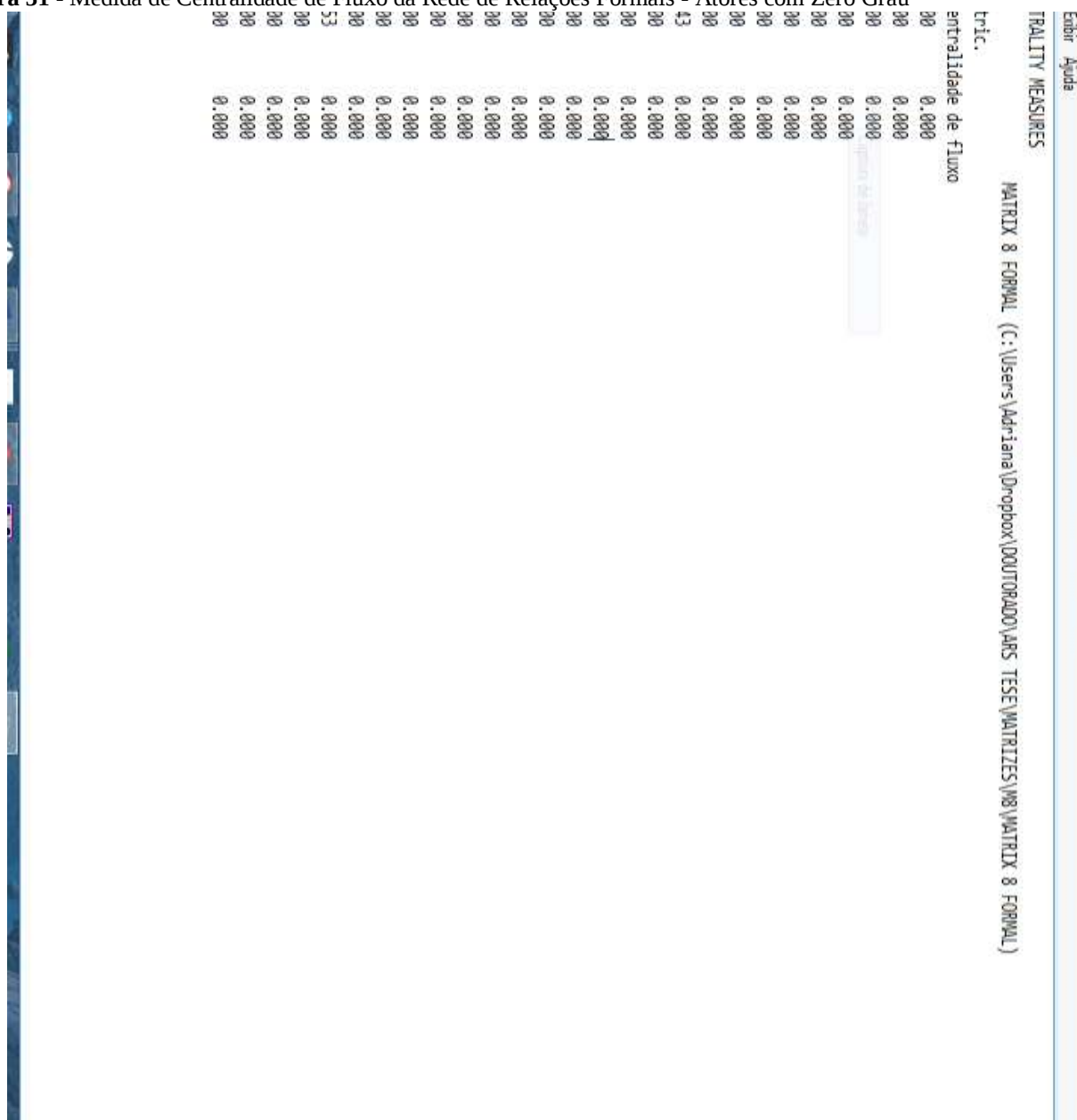
MATRIX 8 FORMAL (C:\Users\Adriana\Dropbox\DOCTORADO\ARS TESE\MATRIZES\MB\MATRIX 8 FORMAL)

946.192	4.291	GST1
747.072	3.388	MDF1
729.140	3.306	GST2
682.280	3.094	ACS2
624.810	2.833	ENF2
598.589	2.714	GST3
589.712	2.674	ACS1
498.943	2.263	GST3
478.775	2.171	CRD2
472.085	2.141	ACS2
403.637	1.830	ENF2
401.849	1.822	ENF2
385.921	1.750	ENF1
374.687	1.699	ACE1
361.388	1.639	ACS2
584.867	2.652	ACS2
558.039	2.531	ACS2

Fonte: Desenvolvido pela autora

Pode-se observar a presença dos gestores das três clínicas, além do coordenador de programas da Clínica 3 – cargo que só se encontra nesta clínica. Os demais são: 6 ACSs, 4 ENF, 1 MDF (médico preceptor), 1 CRD e 1 ACE. Em relação às clínicas, há 5 atores da Clínica 1; 10 da Clínica 2; e 2 da Clínica 3.

É digno de identificação os atores que apresentam zero volume de circulação de informação e serão aqui identificados por clínica e ocupação, a seguir na Figura 31.

Figura 31 - Medida de Centralidade de Fluxo da Rede de Relações Formais - Atores com Zero Grau

Fonte: Desenvolvido pela autora

São⁴⁵ 8 atores da Clínica 1: 6 ACSs, 1 CRD e 1 ACE; 11 da Clínica 2: 1 ACE, 4 ACSs, 1 ADM, 1 ASB; 2 AXE, e 2 MDF; e 8 atores da Clínica 3: sendo 3 ACSs, 1 ADM, 1 ASB e 2MDF. O conjunto dos dados das medidas de centralidade de informação e de fluxo aponta para a possível assimetria entre as clínicas em termos de circulação dos fluxos da informação. A Clínica 1 apresenta certa vocação para a disseminação destes fluxos, uma vez que a maioria dos profissionais com alta centralidade de informação (70%) pertence a esta clínica. Por outro lado, a Clínica 2 concentra 59% dos profissionais pelos quais circulam o maior volume do fluxo, ao mesmo tempo, que detém 40,7% dos profissionais pelos quais não circula nenhum fluxo – aqueles que se encontram na periferia da rede.

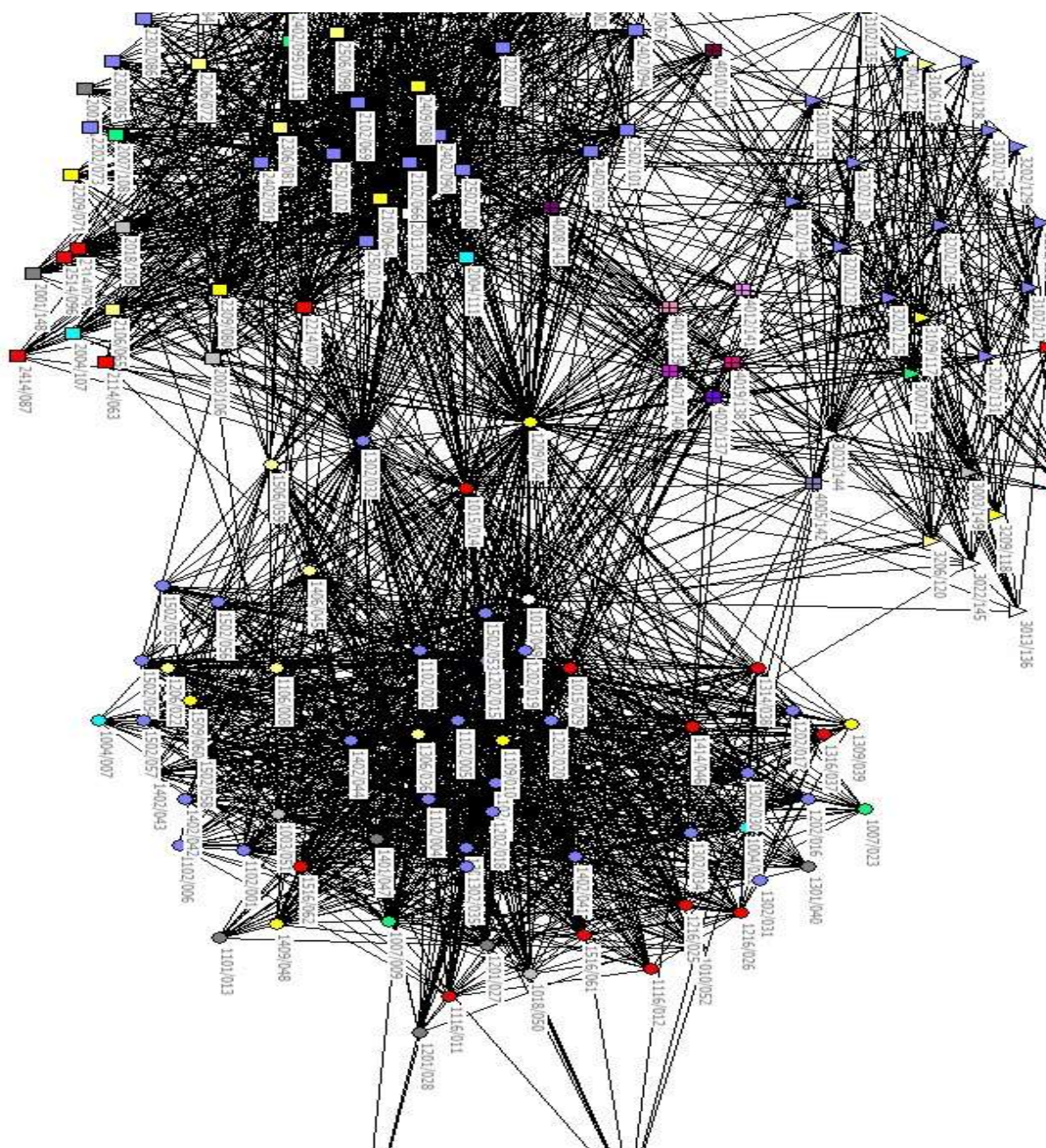
⁴⁵ O quadro das ocupações encontra-se na página 106, Figura 5 e no Anexo A.

7.3.2.2 Rede de Relações Informais Institucionais e Externas a Instituição

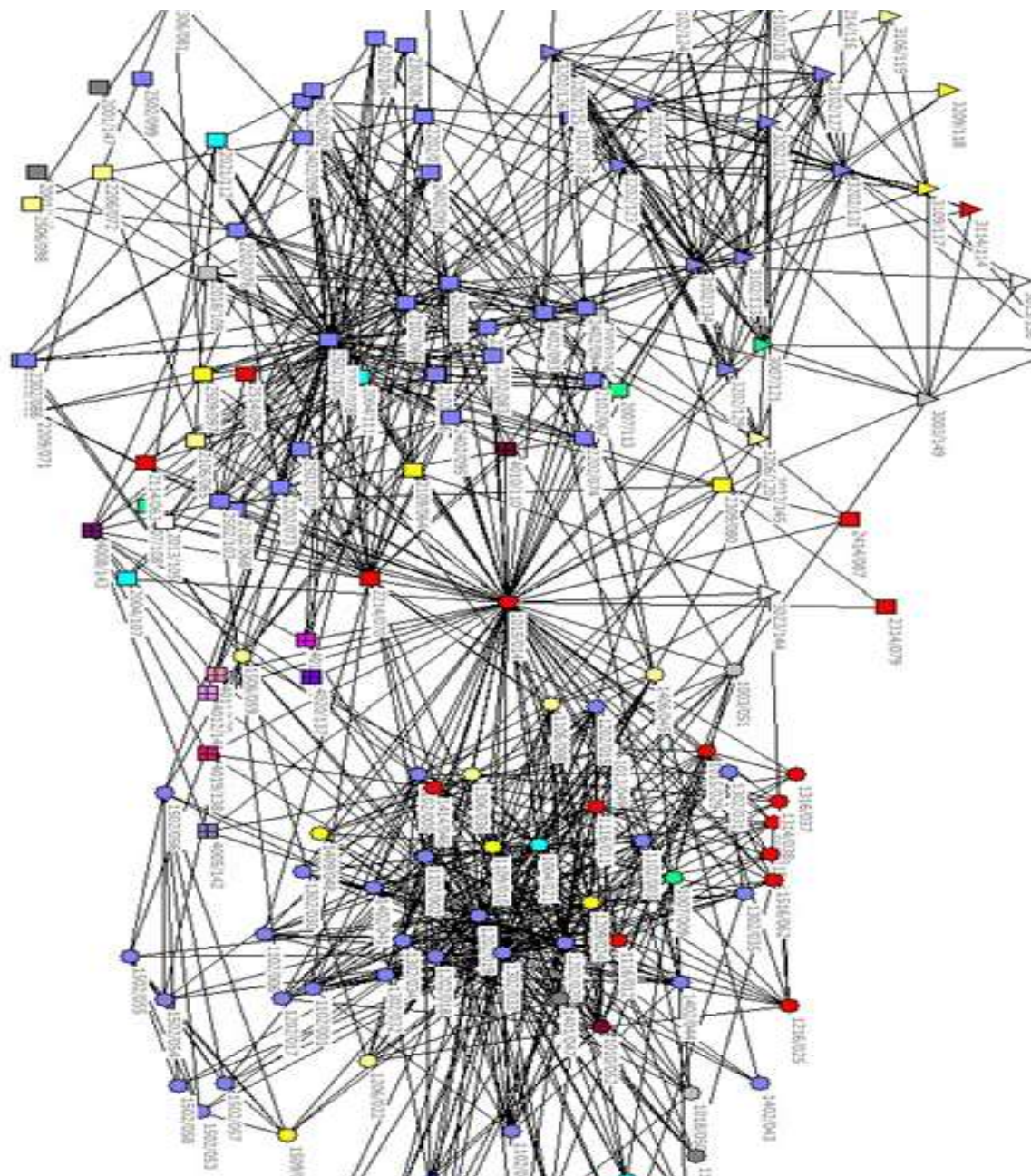
As Redes de Relações Informais desempenham importante papel em virtude da natureza dos laços que as compõe. O crescimento da disciplina rede social tem sido ajudado pela descoberta da relevância da estrutura informal dentro de uma organização, que coexiste com a estrutura formal. Mesmo nas organizações mais burocráticas, os indivíduos sempre interagiram uns com os outros em uma miríade de formas não especificadas pelo organograma (CROSS; PARKER; BORGATTI, 2002). Os laços informais vêm ganhando espaço na discussão e, em especial, aqueles laços de confiança entre atores que se comunicam sobre temas de natureza sensível (onde os afetos e percepções usualmente não explicitadas estão presentes). Esses aspectos de formalidade e informalidade já eram muito estudados em Ciência da informação, em contexto diferente, da Comunicação científica, por meio de canais informais e formais em comunidades científicas. No entanto, ainda assim apresentam alguma similaridade com os ora analisados, inclusive em relação à confiança, credibilidade e reconhecimento entre pares e particularmente nos laboratórios de pesquisa e desenvolvimento foram estudados e até previstos os espaços informais destinados ao cafezinho e a conversas.

No estudo das redes sociais, esses laços de confiança também são mais propícios de acontecerem em um ambiente informal, ou seja, em encontros não organizados pela gestão, como os que acontecem no “cafezinho”, nas pausas da atividade de rotina etc. A seguir apresentam-se nas Figuras 32 e 33 as redes informais.

Figura 32 - Rede de Relações Informais Institucionais



Fonte: Desenvolvido pela autora



Fonte: Desenvolvido pela autora

A primeira análise possível pela visualização das duas redes, comparando-as à rede formal, incide sobre a densidade das mesmas. A medida de densidade das redes estudadas podem ser analisadas a seguir, na Tabela 4.

Tabela 4 - Medidas de Densidade das Redes Estudadas

REDES	MEDIDA DE DENSIDADE
Rede de relações formais	0.1143
Rede de relações informais institucionais	0.1385
Rede de relações informais externas ao serviço	0.0475

Fonte: Desenvolvido pela autora

Tanto visualmente, como pelas medidas de densidade se confirma a afirmativa de que a Rede de Relações Informais Institucionais é mais densa que a Rede de Relações Formais e Rede de Relações Informais Externas ao Serviço. Pode-se, também, perceber a importância das Redes Informais Institucionais dada a sua maior densidade em relação à rede formal já apresentada. Pensando em termos informacionais, circulam pelos laços informais maior fluxo infocomunicacional do que pelas relações formais de trabalho. Portanto, para disseminar uma inovação no serviço, por exemplo, as relações informais não podem ser negligenciadas.

A Rede Informal Externa pode ser considerada um subgrupo da rede informal institucional, uma vez que os atores são todos da instituição. A diferença entre ambas pode ser colocada na ênfase dos laços de intimidade, intensidade e confiança mais frequentes nas relações que extrapolam os muros dos serviços.

A medida de densidade das redes é obtida pela proporção das ligações diretas existentes entre todos os atores e as ligações potenciais, demonstrando, nesta pesquisa, que a Rede de Relações Informais Institucionais é mais densa que a Rede de Relações Formais, como exibido na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Medida de Densidade das Redes Formais e Informais

REDES	MEDIDA DE DENSIDADE
Rede de relações formais	0.1143
Rede de relações informais institucionais	0.1385
Rede de relações informais externas ao serviço	0.0475

Fonte: Desenvolvido pela autora

Esta medida proporciona a informação quanto ao tamanho da rede, sendo a Rede de Relações Informais Institucionais maior do que a Rede Formal. O tamanho da rede é fundamental para a estrutura das relações sociais dado os limitados recursos e capacidades que cada ator dispõe para a construção e manutenção dos laços (HANNEMAN; RIDDLE, 2005). Quando ocorre o aumento linear no número de atores, cresce, exponencialmente, o número de conexões possíveis. Com formas semelhantes, a diferença no número de conexões entre as duas redes, significa dizer que as ações de informação circulam mais rapidamente na rede informal do que na formal. Quem nunca ouviu a frase: “A rádio corredor já anunciou”, referindo-se ao fato de alguma notícia chegar às pessoas por redes informais antes de seu anúncio formal? Pode-se considerar que este achado não é incomum em contextos de liberdade de expressão.

Outro resultado considerado frequente na comparação das redes formais e informais trata-se da mudança da posição nas redes das pessoas de mais alta posição no organograma de uma organização – neste contexto, os gestores. Centrais nas redes formais tendem a se tornar periféricas nas redes informais. Nesta pesquisa, porém, os resultados verificados não confirmaram esta tendência, pois, os gestores situavam-se, praticamente, na mesma localização da estrutura na rede formal e informal institucional. Cabe lembrar, no entanto, que o termo de comparação não é o organograma do segmento pesquisado, mas as relações formais que de fato acontecem e como acontecem.

A medida de *centralidade de grau de entrada*, que revela as citações que cada ator recebeu e as mudanças ocorridas no grau de cada gestor nas redes formal e informal, sinalizam, também, o aumento da densidade da segunda em relação à primeira. A Tabela 6 a seguir espelha as mudanças de centralidade nas duas redes e, indiretamente, o aumento da densidade da rede informal.

Tabela 6 - Medidas de Centralidade de Grau de Entrada para os Gestores das Redes de Relações Formal e Informal Institucional

GESTORES	Medida de centralidade de grau – os mais citados – Rede Formal	Medida de centralidade de grau – os mais citados – Rede Informal Institucional
GST1	18,1%	22,8%
GST2	12,7%	16,1%
GST3	5,3%	7,4%

Fonte: Desenvolvido pela autora

Pode-se afirmar que, apesar dos gestores das três clínicas não constarem da Rede de Relações Informais Externa ao Serviço, eles participam de relações mais representativas do que o exercício da função formal. Além disso, eles participam de relações de confiança

mútua, pois, dispensam tempo e intimidade com os profissionais além do necessário para a prestação de seus serviços.

Entre os laços da Rede Informal Institucional e aqueles da Rede Informal Externa ao Serviço deduz-se que a diferença existente seja da ordem da intensidade do tempo dispendido, da intimidade compartilhada e da presença, maior na rede externa, de intensidade emocional. Em suma, os laços da Rede Informal Externa espelham maior grau de confiança mútua e usando a classificação de Granovetter (1973), estes laços são considerados laços fortes. Estes laços fortes caracterizam-se por relações mais frequentes e são semelhantes aos laços de parentesco, no qual se encontram relações cotidianas e intensas entre vários membros da mesma família. Em contraste, os laços fracos podem ser expressos por relações de menor intensidade e frequência como serviços prestados, relações no trabalho, comparáveis às relações com os conhecidos. Os laços fortes permitem troca de informações refinadas, de confiança, de reciprocidade, e de normas cooperativas.

A importância de se ter diferenciado a Rede de Relações Informais Externas ao Serviço reside, justamente, na necessidade de balizar a força dos laços que aí aparecem, mas que também se repetem institucionalmente. Dentro da instituição, os laços fortes ali identificados assumirão o papel de força de cooperação e confiança para o fluxo infocomunicacional das ações de informação mais sensíveis. Entretanto, estas relações fortes, por vezes, dificultam o acesso dos atores a novas informações que circulam fora daquele ambiente restrito de intimidade marcante.

Para identificar os subgrupos com fortes ligações entre si, pode-se utilizar, dentro do ferramental da Análise de Redes Sociais, a medida de coesão chamada Cliques. Segundo Knoke e Yang (2008), um subgrupo coeso consiste em atores conectados por muitas relações diretas, e por relações de escolha livre e correspondidas que lhes permitam compartilhar informações, criar solidariedades e agir coletivamente. Numerosos contatos diretos entre todos os membros do subgrupo e poucas relações com atores externo ao subgrupo geram uma tendência no subgrupo à homogeneidade de pensamentos, identidades e comportamento. Cliques⁴⁶ são, na análise de redes, os grupos coesos de três ou mais atores, todos com ligações diretas com os demais, inseridos em uma rede beneficiam seus membros providenciando ajuda ou suporte instrumental (KNOKE; YANG; 2008, p. 72). Existem 58 cliques na rede formal, 120 na informal institucional e 31 na informal fora do serviço. Muitos atores participam de mais de uma clique levando a sobreposição de cliques, formando grupamentos

⁴⁶ Do inglês *Kleek* ou *Klick* passou para a linguagem popular como a condição de *status* elevado em grupamentos escolares, nas igrejas ou nos clubes. Em português seria “panelinha”.

maiores e de mais fácil identificação quando o número de cliques é elevado. Estas informações são relevantes quando se deseja intervir em determinada rede, com a finalidade, por exemplo, de implementar inovações ou otimizar serviços, uma vez que a identificação de cliques pode favorecer a seleção de atores para os quais se direcionaria as ações de informação, a depender dos objetivos da intervenção.

7.3.2.1 Rede de Conhecidos

A Rede de Conhecidos ou Contatos Pessoais dos profissionais de saúde conecta os atores e seus conhecidos no ambiente de trabalho e está representada na Figura 34 a seguir.

natureza das informações trocadas, pode-se tomá-la como potencial de expansão de conectividade para as outras redes formadas com o mesmo grupo de atores.

Se todos os profissionais se conhecessem, o número de contatos possíveis no segmento da Atenção Básica pesquisado seria de 5.993 – obtido através da soma de relações possíveis entre os atores da matriz – e a densidade seria igual a 1, porém a densidade da Rede de Conhecidos/Contatos Pessoais é de 0,2681 (máximo de 1) o que significa que 26,81% dos laços possíveis estão presentes.

O valor de 26,81% de laços deve ser contextualizado para ser apreciado, pois representa a comunidade de profissionais que trabalham subdivididos em três espaços fisicamente diferentes, embora próximos, o que dificulta a comunicação. Também deve ser levado em consideração que as atividades profissionais são em sua maioria interdependentes apenas no âmbito interno das unidades de saúde, mas, não o são, necessariamente, em relação a outra unidade. Portanto, se não se pode afirmar que esta densidade de rede é alta e facilitadora da disseminação de informações como de uma nova política ou programa, tampouco se pode considerá-la baixa. Caso se pudesse contar, para o processo de implementação de uma inovação no sistema de saúde, com esta ordem de densidade de laços vista na Rede de Conhecidos/Contatos Pessoais a transmissão das ações de informação referentes à inovação seria mais veloz e com menos ruídos – pela presença de maior número de ligações diretas – do que observado nas relações formais e mesmo informais, por possuírem menos laços e nós e densidade menor. Se se puder contar com o potencial expresso na Rede de Conhecidos ver-se-á, portanto, o avanço na disseminação da inovação e seu reflexo na implementação desta, fosse a inovação políticas ou programas, o que faz dela ferramenta de prospecção.

Procurou-se extrair as densidades dos diferentes subgrupos da Rede de Conhecidos, utilizando além da habitual medida de densidade (*old procedure*), além de se ter trabalhado com a medida de *densidade dentro e entre grupos*. A seguir, a Tabela 7 descreve os resultados desse procedimento.

Tabela 7 - Medidas de Densidade para os Subgrupos da Rede de Conhecidos

	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3	NASF
Nº de laços possíveis dentro e entre os grupos	2.913	1.976	592	512
Densidade dentro e entre grupos	0,305	0,255	0,153	0,430
Percentual	30,5%	25,5%	15,3%	43,0%
Nº de laços possíveis dentro de cada grupo	2.016	1.275	300	28
Densidade interna (<i>old procedure</i>)	0,6714	0,5735	0,680	0,1250
Percentual	67,14%	57,35%	68,0%	12,5%

Fonte: Desenvolvido pela autora

Merece atenção o desempenho da Clínica 1, visto que como se trata da maior e reúne o maior potencial de laços no seu interior (2.016), podia-se esperar uma densidade reduzida em relação às demais clínicas. No entanto, o que se observa é um grau de coesão elevado, isto é, 30,5% dos laços dentro e entre as clínicas e 67,14% das relações internas possíveis. A elevada densidade do subgrupo da Clínica 1, na Rede de Conhecidos/Contatos Pessoais, em relação às Clínicas 2 e 3, pode representar uma vantagem na disseminação de novos conhecimentos nesta clínica à medida que se confirmou a presença de laços fortes nesta clínica pela observação das Redes Informais Institucional e Externas ao Serviço, correspondendo aos vínculos de intimidade/confiança.

Integrando a densidade relativamente maior da Clínica 1, a presença de 7 entre os dez atores mais citados – alto grau de centralidade de entrada – da Rede Formal, conferindo influência e prestígio destes atores sobre a rede geral, e a presença de 14 dos 20 atores com maior capilaridade das ações de informação, medidos pela centralidade de informação, verifica-se que na Clínica 1 o constrangimento dos fluxos infocomunicacionais são menores do que nas outras clínicas. A maior coesão do grupo e acessibilidade dos atores, uns com os outros, permite concluir que, possivelmente, os vínculos sociais de intimidade e confiança são mais intensos nesta clínica. A presença de vínculos sociais produz efeito benéfico e contrário às destruições diárias dos vínculos que vem acontecendo na nova configuração da sociedade, a sociedade de informação, como discorrido por Luz (2013) a respeito do efeito das tecnologias de informação e comunicação (TICs):

Começamos, (...), por tentar avaliar danos gerados pelas pequenas destruições diárias do vínculo social primário, aquele que se realiza na interação psicofísica imediata poderia medir os danos causados pela contínua afirmação de isolamento individual em que nos confinam os pequenos aparelhos de som e/ou imagem? (LUZ, 2013).

A presença de uma atividade educacional, permanente na Clínica 1, ou seja, a residência médica em saúde da família, produzindo não apenas reflexões, mas também a

disposição e abertura entre todos os atores envolvidos na ESF para lidar com os questionamentos. Além disso, as necessidades de apoio são mais facilmente colocadas, uma vez que o contexto educacional as favorece, pode se constituir em elemento transformador na construção de novos vínculos, entendendo que o vínculo social corresponderia aos laços fortes de Granovetter (1973).

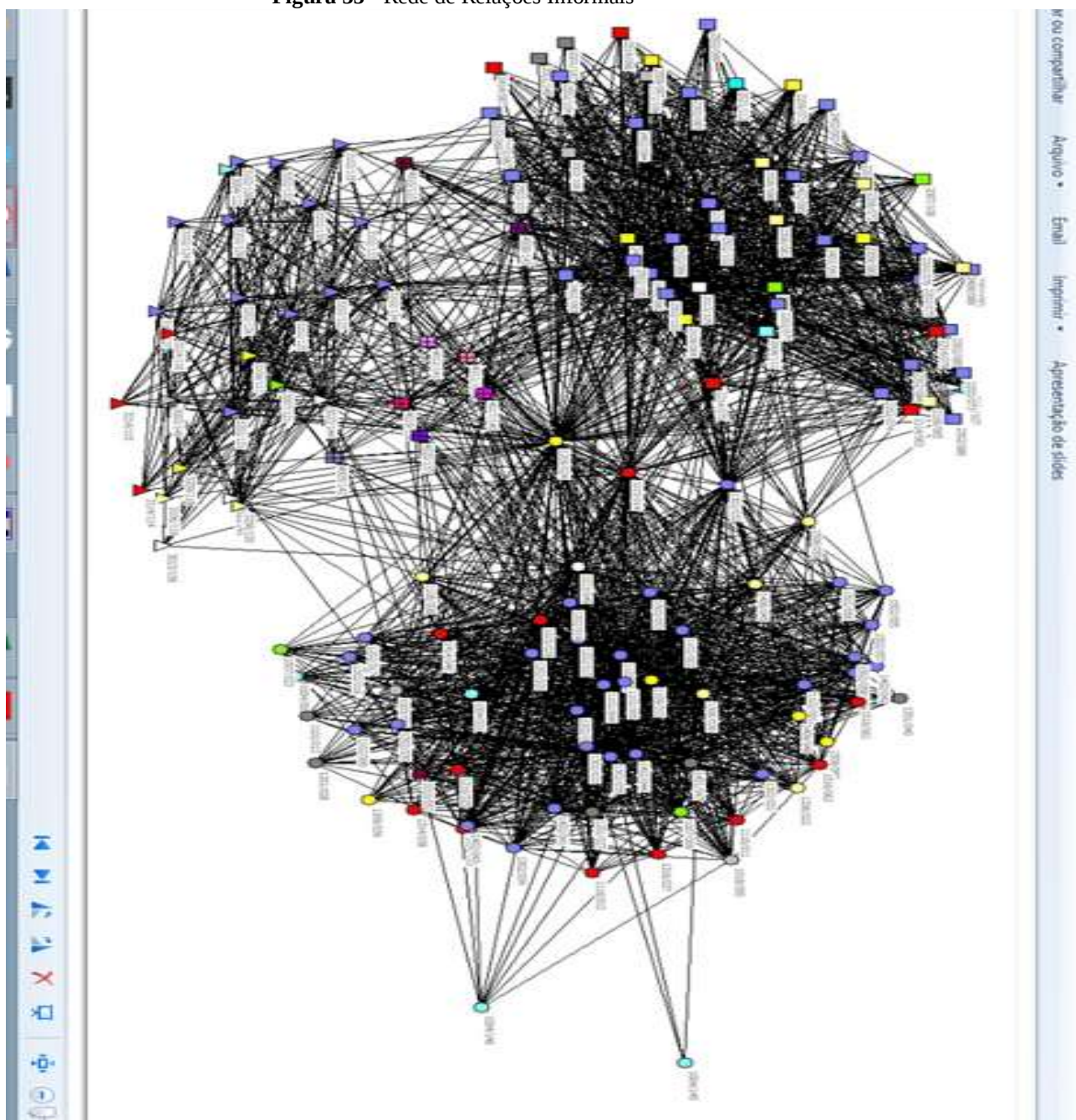
Conclui-se afirmando que a presença dos vínculos sociais e laços fortes aumentam a cooperação entre os indivíduos e os aproxima da noção de cuidado como reconhecimento do outro.

7.3.3 Lideranças e Adoção de Inovação

O termo liderança será aqui usado no seu plural, pois, o segmento pesquisado determina grandes redes com subgrupos e cliques, definindo afinidades e criando possibilidades de coexistirem mais de um tipo de liderança. Pelas medidas de intermediação (ator ponte) e de centralidade de grau (líder de opinião), acrescidas pela medida de centralidade de informação (ator capilar), identificam-se os *atores-chave* para a disseminação das ações de informação pelos fluxos infocomunicacionais.

Para identificar as lideranças, pode-se somar as duas redes em uma única criando a Rede de Relações Informais, apresentada na Figura 35.

Figura 35 - Rede de Relações Informais



Fonte: Desenvolvido pela autora

Desta rede é possível extrair a medida de intermediação, de centralidade de grau e de centralidade de informação, exibidas a seguir na Tabela 8:

Tabela 8 - Medidas de Grau de Entrada, Intermediação e Centralidade de Informação da Rede de Relações Informais

ATOR	Centralidade de grau de entrada%	ATOR	Centralidade de intermediação	ATOR	Centralidade de informação
1015/014	24.161	1209/024	8.197	1209/024	20.900
1013/049	24.161	1015/014	8.095	1015/014	19.354
4017/140	20.805	1013/049	4.715	1302/032	18.992
1306/036	20.805	1302/032	3.125	1202/019	17.658
1302/032	20.134	2214/070	2.198	2502/100	17.572
1109/010	20.134	2502/100	1.964	1013/049	18.511
1414/046	20.134	1202/015	1.895	1202/015	17.416
1302/034	20.134	1102/003	1.658	2013/105	17.155
1106/008	20.134	2402/093	1.581	2402/090	17.152
2402/094	20.134			2102/066	17.149
1007/009	19.463			1202/020	17.087
1202/015	18.792			2502/103	17.081
1506/059	18.792			1109/010	17.054
1302/030	18.792			1015/029	17.054
4011/139	18.792			1302/033	17.000
4020/137	18.792			1302/035	17.000
1209/024	18.121			2109/064	16.997
1509/060	18.121			1102/005	16.956
1018/050	18.121			1202/018	16.858
1502/058	18.121			1102/003	16.811
1409/048	18.121			2102/069	16.718
1502/057	18.121			2409/088	16.668
				1502/053	16.661
				1102/004	16.620
				2214/070	16.530
				2306/081	16.517
				1306/036	16.328
				1102/002	16.136

Fonte: Desenvolvido pela autora

A Tabela 8 descreve os atores com alto grau de centralidade de entrada, gozam de prestígio e, portanto, têm a capacidade de influenciar os demais atores da rede. Apresenta, também, os atores mais relevantes no papel de intermediação rápida, que flui pelos caminhos mais curtos, os caminhos geodésicos; e, por fim, evidencia os atores com alta centralidade de informação, permitindo que conduzam os recursos informacionais pelas avenidas e ruelas por onde possam passar os fluxos infocomunicacionais da Rede de Relações Informais.

Foi considerado e marcado em cor, na Tabela 8, os atores que aparecem com grau de relevância nas três medidas, em vermelho, e aqueles que se destacam por terem graus elevados em duas medidas, marcados em amarelo.

Existe uma discussão de que os líderes de opinião nem sempre são bons difusores dos fluxos infocomunicacionais, pois se estes considerarem que as ações de informação a serem

disseminadas não serão aceitas com facilidade, tenderiam a não fazê-lo a fim de evitarem abalar o prestígio alcançado. Neste contexto, os atores-chave seriam os atores de alta intermediação e seriam representados por aqueles com alto grau de centralidade de intermediação e de informação. Os primeiros são eficientes em intermediar as ações de informação através dos caminhos mais curtos, alcançando rapidamente outros atores. Os segundos são aqueles que se utilizam de todos os caminhos e não apenas os mais curtos, ou seja, reunindo poder de capilaridade e penetração nas redes. Na investigação presente, foram encontradas cinco lideranças, consideradas de primeira ordem e cinco de segunda ordem. O critério para ser considerada uma liderança do primeiro grupo foi alcançar alto grau de centralidade nas medidas: centralidade de grau de entrada (os mais citados), centralidade de intermediação e centralidade de informação. Enquanto que para pertencer ao segundo grupo os atores deveriam apresentar alta centralidade, ao menos em duas medidas.

Existem para toda a rede dez atores-chave para a difusão de inovações no sistema social estudado, dos quais oito são profissionais da Clínica 1. Este achado reforça o papel diferenciado que a Clínica 1 possui como polo de influência para o segmento como um todo. No grupo formado por lideranças de primeira ordem existem cinco atores. Um gestor, um médico, um enfermeiro e dois agentes comunitários de saúde. Todos os cinco, também da Clínica 1, possuem ensino superior (quatro deles) ou estão se graduando, dois obtiveram títulos de pós-graduação e um está cursando o mestrado. Por reunirem as três formas de centralidade nas redes informais, onde os laços são de confiança e circulam informações sensíveis, os cinco atores também são considerados atores-chave.

Cabe notar que o gestor da Clínica 1, pelo cargo ocupado poderia se situar no topo de uma hierarquia de poder técnico verticalizado, e de forma contrária, transforma esta posição, pelo exercício da transversalidade, aproximando-se dos profissionais de modo a estabelecer relações de confiança, intimidade. Faz isto apesar de não ter convivência social que a *relação de amigos íntimos* proporciona, apreensível por sua ausência na Rede de Relações Externas ao Serviço. Graduado em enfermagem, cursa uma pós-graduação *stricto sensu* em saúde da família, sua posição nas redes está localizada na periferia do subgrupo que representa a Clínica 1 possuindo intensas ligações com atores das outras clínicas e com os integrantes do NASF o que lhe confere o atributo de ator ponte.

A presença de dois agentes comunitários de saúde como líderes de opinião para todo segmento pesquisado demonstra uma possibilidade real de fertilização do sistema social pesquisado por conhecimentos populares e locais, conquanto não tenham sofrido colonização de seus saberes. Dos dois agentes, um possui ensino superior completo (pedagogia) e o outro

está cursando enfermagem. Ambos estão posicionados no centro dos subgrupos aos quais pertencem e de onde exercem sua capacidade de influência e de disseminação capilar dos fluxos infocomunicacionais.

O enfermeiro e o médico reconhecidos líderes e atores-chave, ambos possuem funções especiais dentro de suas ocupações. O enfermeiro coordena a enfermagem e supervisiona o cuidado de uma equipe ESF e o médico tem função de preceptor de residentes. É possível que os dois tenham desenvolvido relações mais intensas a partir das responsabilidades que suas funções exigem, mas, pode ser um indicativo da posição que alcançaram na rede o fato de serem, assim como o gestor, os atores pontes mais importantes da rede geral. O enfermeiro demonstra apreço por estudar, uma vez que a *literatura* esteve presente, junto com outros atores da rede, em suas respostas sobre com quem buscava apoio. O médico especialista em pediatria, homeopatia e saúde da família, como o ator de maior prestígio nas redes infocomunicacionais, declara, na sexta questão da seção 4, ter interesse em conhecer os únicos 25 profissionais que não conhece se referindo a todo o segmento pesquisado, demonstrando acentuado interesse em conhecer o outro.

Não é objetivo desta pesquisa entrar na discussão de como se identifica um adotante precoce, porque, como será visto, caso se considere a noção de cuidado como dom de reconhecimento como uma inovação que mereça ser disseminada nas redes, os adotantes precoces já existem. Segundo Valente (2012b), os atores-chave podem ser reconhecidos como aqueles que serão, quando da necessidade de introduzir uma inovação no segmento social investigado, os primeiros a adotá-la.

7.3.4 O Cuidado como Dom do Reconhecimento – uma Inovação

A presente pesquisa se propôs a investigar as representações sociais de cuidado dos profissionais de saúde, a partir dos dados levantados na seção 2 do questionário quando se pede que descreva *o que significa cuidado para você*. Antes, no entanto, desses resultados serem apresentados, e a fim de correlacionar as representações de cuidado dos profissionais de saúde com a noção de cuidado presente na política do cuidado, convém analisar três documentos do Ministério da Saúde sobre a política da Atenção Básica. Dois deles são recentes e o outro foi publicado em 2000.

7.3.4.1 O Estado da Política do Cuidado

Das diretrizes e políticas de saúde analisadas por tratarem do processo saúde/doença na Atenção Básica foram recuperadas as sentenças com o termo *cuidado* nos seguintes documentos: (a) Caderno de Atenção Básica – Programa Saúde da Família (2000); (b) Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF (2009); e (c) a Política Nacional de Atenção Básica (2012). Usando a ordem cronológica de suas publicações, em seguida, será descrito o estado presente, da noção de cuidado, na política de saúde ou, por se tratar de um processo em construção continuada entre Estado e Sociedade Civil, que não se restringe a um documento, receberá a denominação de política do cuidado em saúde.

No *Caderno de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* de 2000, o termo cuidado aparece em quatro entradas no documento de 24 páginas. Possui vinculação ao atendimento das referências e contrarreferências.

A USF (Unidade de Saúde Familiar) jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas “referências” necessárias, contatando os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta na “contrarreferência”, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos (BRASIL, 2000, p. 13).

Faziam parte das atribuições das equipes do Saúde da Família, também, “desenvolver processos educativos através de grupos voltado à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado” (BRASIL, 2000, p. 15). Considera atribuição dos médicos ter uma postura comprometida com as pessoas, e conhecer mais sobre os aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde (BRASIL, 2000, p. 16). O quarto e último registro do termo cuidado no documento, ainda sobre as atribuições dos médicos, agora específica e não partilhada com a ESF (Equipe Saúde da Família) se refere a terem de realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências (BRASIL, 2000, p. 16). É clara, neste documento, a centralização ainda presente na figura do médico – e não de toda a equipe – voltada para uma ação instrumental a fim de se cumprir a atenção da saúde, onde o cuidado como dom de reconhecimento não aparece.

O *Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF* de 2009, em inequívoca demonstração da valorização do termo cuidado obtida nos últimos anos, apresenta no documento de 157 páginas, 129 entradas do termo cuidado e suas derivações. O documento aborda tanto as diretrizes gerais do NASF como as específicas das especialidades que o compunham à época. A iniciativa de se implantar o NASF foi determinada para o apoio à gestão integrada do cuidado, definindo-se nova instância de ações informacionais sobre o cuidado. É dada no documento, grande ênfase ao cuidado longitudinal, isto é, ao cuidado continuado, de corresponsabilidade das equipes de ESF e do NASF. Enquanto o primeiro

coordena o cuidado por intermédio do vínculo com o usuário, sua família e contexto social, o segundo apoia a ação do cuidado provendo integralidade a sua principal diretriz.

A integralidade considerada no documento é entendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura;⁴⁷ além de (c) a organização do sistema de saúde para garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. Discorre ainda a respeito do cuidado organizado em rede, mas sem incluir-lhe os usuários.

O sujeito começa a surgir nas diretrizes da Saúde Mental, um dos programas do NASF, entendendo a necessidade:

(...) de mudança fundamental na concepção e na forma de como se deve dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento (BRASIL, 2009, p. 36).

Aparece a acepção de cuidado como dispositivo mediador que permite a “os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento” (BRASIL, 2009, p. 40). O documento reconhece “a busca de novas formas de interação com a pessoa em sofrimento psíquico e sua família constitui um desafio para os profissionais da equipe de SF” (BRASIL, 2009, p. 42), e também que se deve buscar que “as equipes se escutem mutuamente e fortaleçam suas relações de trabalho, gerando a corresponsabilidade, o que auxiliará no cuidado junto à população” (BRASIL, 2009 p. 43). Conclui as diretrizes da Saúde Mental com a explicitação dos pressupostos do cuidado como dom de reconhecimento e os coloca como ferramentas da prática cotidiana do NASF e das equipes de SF no trecho “o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, bem como de corresponsabilidade no cuidado” (BRASIL, 2009 p. 43). Um projeto de cuidado mais inclusivo volta a surgir no documento nas diretrizes da Nutrição quando é ressaltada a inclusão da família na agenda da Atenção Primária:

como um dos avanços da ESF e do NASF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, ultrapassando o cuidado individualizado, focado na doença, por

⁴⁷ Aqui se inclui o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

um cuidado que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando suas múltiplas dimensões (BRASIL, 2009, p. 75).

A Atenção Farmacêutica entende em suas diretrizes ser fundamental o entendimento de que a questão da adesão do usuário ao tratamento medicamentoso e como um todo:

(...) é acima de tudo um fenômeno multidimensional, singular e de difícil mensuração, cuja intervenção precisa necessariamente [da] construção de vínculo entre o profissional e o usuário, a compreensão dos fatores que causam a não adesão do tratamento no contexto singular, a negociação com os saberes e práticas populares de saúde, a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu cuidado (BRASIL, 2009 p. 91).

O cuidado como reconhecimento da alteridade recebe nova explicitação nas diretrizes da Assistência Social ao elaborar o que seja abordagem individual da área:

É o atendimento para escuta ativa do usuário, com problematização, informação e/ou esclarecimento relativos à situação/demanda individual identificada, visando à sensibilização, a pactuação de autocuidado e a realização de encaminhamentos para outras redes de atenção à saúde e/ou para a rede intersetorial (BRASIL, 2009 p. 103).

Aborda a importância de estreitar relações entre a integralidade e a equidade gerando acesso aos espaços públicos no sentido de diminuir as desigualdades sociais e de: (...) “estimular a qualidade de vida e o autocuidado por meio da valorização dos espaços públicos de convivência, destacando sempre que possível o protagonismo dos usuários, das famílias e das comunidades na geração desses espaços sociais” (BRASIL, 2009 p. 106).

Desvela, também, sobre a utilização e metodologias que valorizem a cultura e o desenvolvimento local. As diretrizes da Saúde do Adolescente indicam a necessidade de se apoiar e incentivar as redes e os projetos já existentes,

(...) com a criação de espaços alternativos para o cuidado com as crianças, de responsabilidade das famílias e com acompanhamento das equipes de SF e dos agentes comunitários de saúde, como formas de ampliar o vínculo e melhorar o diálogo entre as equipes de saúde e as famílias. (BRASIL 2009, p. 120).

Por fim, as diretrizes do Programa das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde aborda a proposta de efetividade no cuidado dando “ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” além de relacioná-la “(...) com a disposição individual para a prática regular e sistemática do autocuidado” (BRASIL, 2009 p. 134). Segundo as diretrizes das PICS pela prática do Do In: “o autocuidado, a autonomia e a autopercepção das pessoas, orienta à desmedicalização, (...)” ampliando “a percepção do aspecto subjetivo no conceito saúde–doença, além de melhorar a relação entre profissionais de saúde e usuários” (BRASIL, 2009, p. 135).

Traça pela abordagem homeopática uma “percepção mais abrangente do trinômio saúde-adoecimento-cuidado, valorizando e humanizando o papel das ações em saúde pública que levem os usuários a uma melhor relação consigo mesmo e [com] o meio em que vivem” (BRASIL, 2009 p. 137). Infere-se que este documento representa um avanço considerável no tocante ao cuidado como dom do reconhecimento. No entanto, é importante ressaltar que para o progresso da noção de cuidado como mediador do sistema de dádiva, dever-se-á buscar maior integração no discurso do NASF pela discussão coletiva entre os diferentes programas, onde a interdisciplinaridade possa estar assentada na resolução dos desafios sociais da saúde retornando para os serviços como proposta das ações em saúde de um grupo sujeito.

A publicação completa da *Política Nacional de Atenção Básica*, editada em 2012, compreende um documento de 108 páginas nas quais o termo cuidado e seus corolários aparecem 47 vezes. Em geral, prossegue a ênfase na *continuidade do cuidado*, sempre relacionado à promoção de vínculo com usuários adscritos, e com a integralidade em saúde. Porém, avança ao abordar o tema da responsabilidade da saúde, situando-a não apenas entre as equipes do ESF e NASF, mas, também, introduzindo o usuário:

(...) a responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012, p. 21).

O documento reafirma a orientação de que os processos interdisciplinares promovam o enriquecimento dos saberes comuns pelos saberes especializados, pressupondo “(...) o deslocamento do processo de trabalho centrado nos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (BRASIL, 2012, p. 22). Na dimensão dos saberes, não se vê na política a possibilidade de fertilização dos saberes disciplinares pelos saberes populares e tradicionais. Não obstante, busca tratar em mais de uma passagem a participação dos usuários como no trecho a seguir:

(...) como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012, p. 22).

Em outro segmento, o documento deslinda a participação dos usuários no processo de gestão, mas não trata dos meios, ao contrário, busca implementar:

(...) diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e

protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras (BRASIL, 2012, p. 42).

Além disso, aborda o outro, coletivo e singular, na passagem:

(...) outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012, p. 39).

Contudo, em outras partes do documento o texto demonstra certa ambiguidade à medida que não define se os usuários participam dos processos de identificação dos problemas, se sendo parte da chamada singularidade participam do diálogo para construção das estratégias, e se as inovações são incubadas apenas dentro do sistema de saúde.

Na apresentação sucinta da política, entretanto, aproxima-se do cuidado como dom do reconhecimento em dois trechos, pela inclusão da noção de acolhimento incluída em sentenças adjetivando a própria Atenção Básica:

Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção; (...) Estamos trabalhando para ter uma Atenção Básica à altura de responder, perto da casa das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado (BRASIL, 2012, p. 9).

Assim, pode-se afirmar que a política do cuidado tem sofrido transformações nas suas determinações, pela ação combinada do Estado e da Sociedade Civil ao longo de mais de uma década. O termo cuidado, que aparecia de forma incipiente no primeiro documento investigado e se associava à noção de prestação de serviços de saúde relacionado aos processos de referência e contrarreferência, passa a ser polissêmico e polifônico. Ora associado ao cuidado continuado, ora substituindo o termo atenção ou assistência, no sentido também da prestação de serviço. Mas, em 2009, nas diretrizes do NASF, o cuidado vincula-se ao reconhecimento do outro, de seu sofrimento e de seu valor na produção reflexiva de saberes sobre a própria saúde. Surgem outros termos associados como autocuidado, reapropriação e autopercepção, apontando para a retribuição – nos termos do sistema de dívida – esperada pelo usuário, o próprio reconhecimento. Quando da reorganização das diferentes políticas da atenção básica em um só documento, na nova Política de Atenção Básica, o cuidado como dom de reconhecimento aparece menos explicitamente, porém, surge um novo termo que oferece o sentido da solidariedade contido na dívida da aliança:

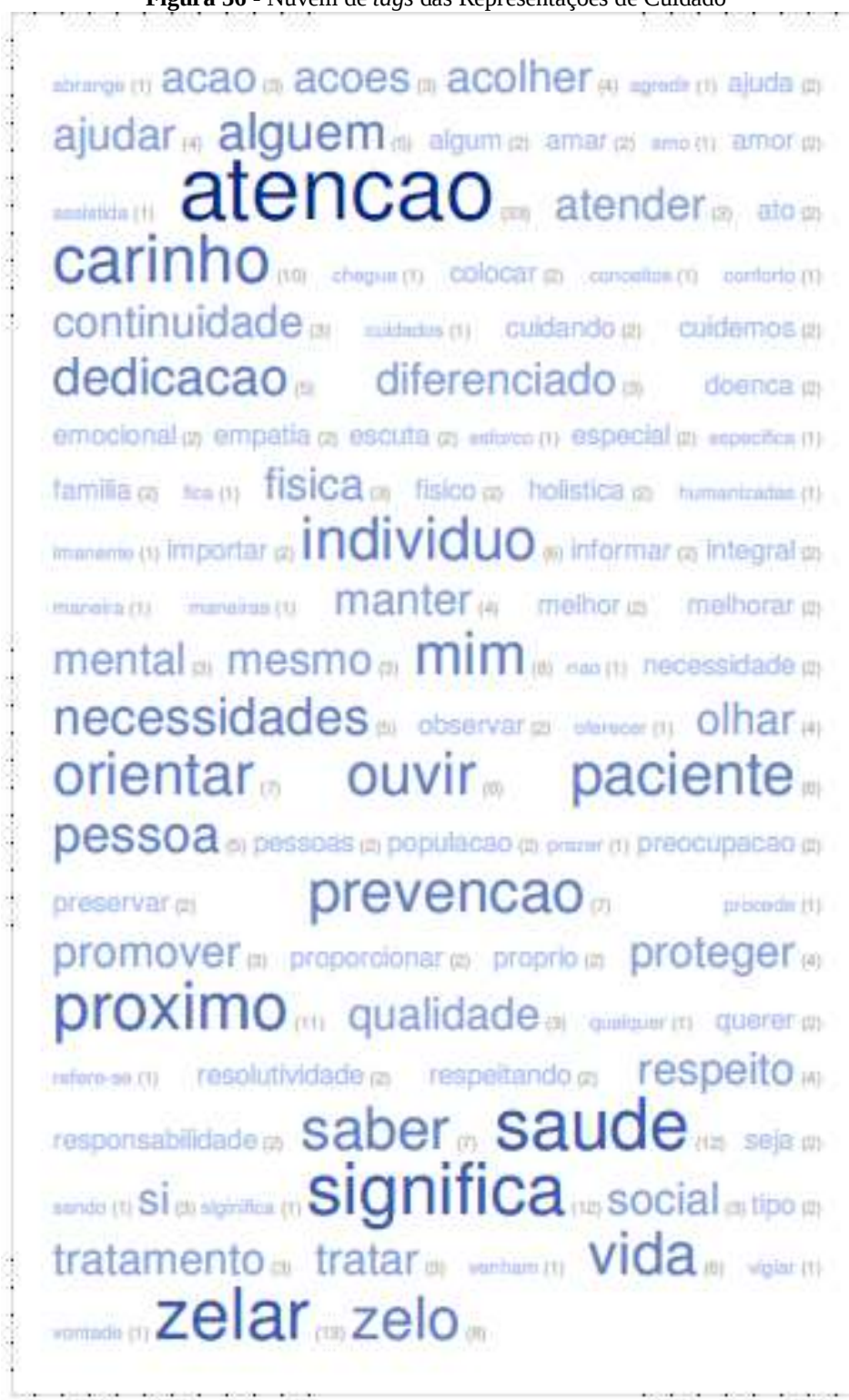
acolhimento. Portanto, no momento em que se encontra a política do cuidado, ainda são grandes seus desafios configurando um movimento instituinte, representado na dimensão micropolítica dos serviços pela interação do binômio NASF/ ESF.

7.3.4.2 As Representações Sociais do Cuidado

As representações sociais do cuidado emitidas pelos profissionais de saúde do segmento investigado foram analisadas segundo à presença da noção de *cuidado como reconhecimento do outro*. O reconhecimento foi identificado no discurso dos profissionais pela utilização de termos, tais como: acolhimento e escuta, ou qualquer outra forma de ação direcionada ao outro, que cause nele a percepção de estar diante de um semelhante e de um interlocutor afetivo. Também se incluíram neste grupo as descrições nas quais os profissionais demonstraram valorizar as necessidades de saúde que os próprios usuários verbalizavam, só possíveis pelo reconhecimento do outro em encontro dialógico por busca de sentidos que sejam mutuamente compreensíveis.

As descrições de cuidado, assim classificadas, encontram-se no Anexo I, onde aquelas marcadas em amarelo possuem a noção de cuidado como reconhecimento. Para uma visualização interessante e de rápida apreensão do conteúdo das descrições de cuidado pode ser encontrada em uma nuvem de etiquetas (*tags cloud*). As nuvens de etiquetas, de acordo com Brandt (2009), são a representação gráfica do processo de etiquetagem livre e sem regras de recursos informacionais, forma de organização surgida com a Web 2.0 e que vem crescendo. Nas folksonomias, as etiquetas (*tags*) representam termos, mas o que é ativado no processo cognitivo são os conceitos, ou seja, a estrutura é construída a partir dos conceitos fornecidos pelos usuários da rede (BRANDT, 2009).

Figura 36 - Nuvem de tags das Representações de Cuidado



Fonte: Desenvolvido pela autora

Na organização das representações de cuidado foi usado o recurso da nuvem de tags, onde o tamanho da fonte e a cor das palavras correspondem à frequência com que cada palavra aparece no texto. Para a execução deste objetivo recorreu-se ao sítio eletrônico do governo federal chamado VisPública, o qual disponibiliza o aplicativo e filtros para gerar a

nuvem de dados estática a partir do documento desejado. A seguir as Figuras 36 e 37 apresentam, respectivamente, as nuvens de *tags* para os termos presentes nas representações sociais do cuidado de todo o segmento pesquisado e do grupo de atores que incluíram a noção de cuidado como dom do reconhecimento em suas representações:

Figura 37 - Nuvem de *tags* de Cuidado como Reconhecimento

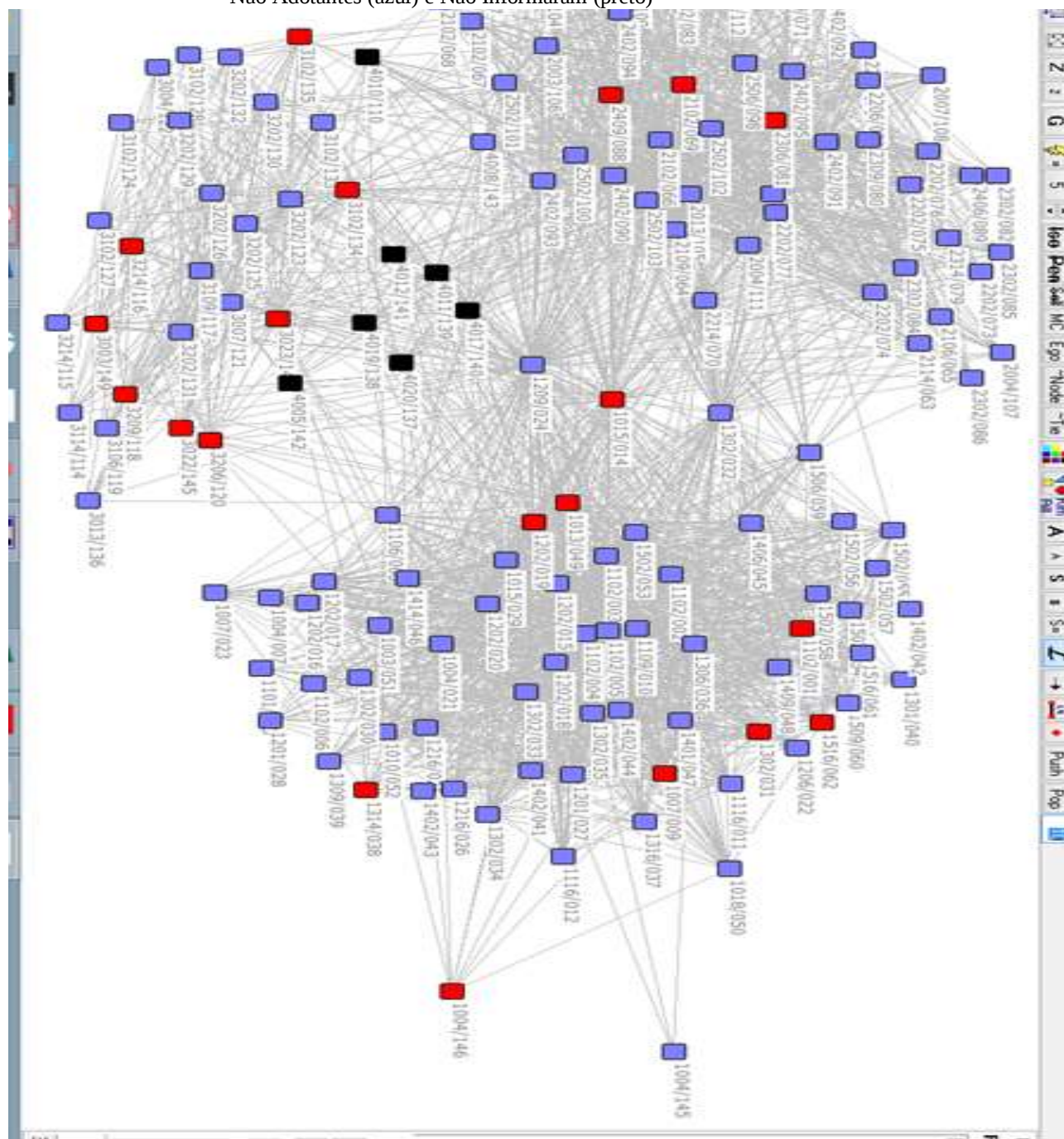


Fonte: Desenvolvido pela autora

A nuvem de *tags* apresentada na Figura 36 coloca em proeminência a assistência em saúde pela ênfase dos termos: *atenção*, *zelo*, *prevenção*, *ações*, *tratamento* e *tratar*. Já na Figura 37 os termos na nuvem de *tags* associados ao cuidado como dom do reconhecimento: *ouvir*, *acolher*, *empatia*, *escuta* e *cuidemos*.

Uma vez definido o grupo de representações associadas ao cuidado como reconhecimento e identificados seus autores, esses profissionais de saúde podem ser considerados como *adotantes precoces* desta noção e este grupo como parte do movimento instituinte da política do cuidado. Se se mapear os adotantes precoces na Rede de Relações Informais resulta em uma estrutura como vislumbrada a seguir na Figura 38:

Figura 38 - Rede de Relações Informais segundo os Adotantes Precoces (vermelho), Não Adotantes (azul) e Não Informaram (preto)



Fonte: Desenvolvido pela autora

Os adotantes precoces, em vermelho, na Figura 38, dispõem de recursos informacionais que se disseminados na rede ampliarão o escopo da política do cuidado. O grupo que aparece em preto representa os sete integrantes do NASF que não responderam ao questionário, não sendo possível avaliar se são adotantes precoces.

Muitas aplicações são possíveis para os resultados apresentados, no âmbito do serviço estudado. Os resultados podem subsidiar intervenções para implementação de políticas e

programas ou para desenvolver mudanças de comportamento coletivo. As intervenções para introduzir uma inovação pode se utilizar de diferentes estratégias como: (a) identificar as lideranças que podem influenciar o comportamento das pessoas; (b) trabalhar com grupos específicos quando se trata de mudanças que devem acontecer simultaneamente, na adoção de um sistema de informação em rede; (c) por excitação ou indução de novas interações entre profissionais, aumentando a circulação das ações de informação ou; (d) alterando a rede, possibilitando o acesso de grupos que não se comunicavam, por exemplo, introduzindo atores ponte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da discussão dos resultados encontrados na presente pesquisa pode-se evidenciar a existência de barreiras à implementação da política do cuidado, constringendo, nas redes infocomunicacionais, as ações de informação que poderiam disseminá-la. Esses obstáculos estão refletidos nas interações entre os agentes da implementação da política, os profissionais de saúde.

Por política do cuidado entende-se a construção processual da saúde como recurso para a vida, que não se edifica em base sólida sem a participação dos principais beneficiados, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora não caiba ao campo da Saúde a exclusividade de lidar com os determinantes sociais da saúde, cabe-lhe guiar o processo, assumindo a responsabilidade da sua continuidade. O paradigma promocional que, há quase trinta anos apontava para a participação e controle social, ainda impõe desafios, dos quais a descolonização dos saberes se coloca como urgência para que renasça do encontro dialógico do conhecimento científico e comum, o fazer sabendo (MARTINS, 2010), que liberta o saber, descolonizando-o, mas, também, o saber fazendo, que liberta as formas de aprender.

A inseparabilidade de produzir conhecimento e de resolver problemas sociais de saúde leva a questão da liberação do saber comum e do aprender comum para o encontro entre profissionais de saúde e usuários, situado na periferia do sistema de saúde, mas incondicionalmente, dentro do sistema. Este encontro potencialmente liberta o saber comum em profissionais e em usuários subjugados pela verdade científica reificada, e também, liberta o aprender comum engessado pela academia. Da qualificação deste encontro depende, em grande parte, a implementação da política do cuidado, o que remete à identificação dos obstáculos às interações intersubjetivas, mediadas pela linguagem, construtoras de racionalidade comunicativa, presentes na esfera do microssistema social do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal primeira barreira a ser equacionada é a fronteira do próprio sistema. Pela teoria de sistemas fechado de Luhmann, as necessidades de saúde dos usuários, consideradas como recursos informacionais presentes no entorno do sistema de saúde, ou “mundo da vida”, funcionam como estímulos impactando o sistema, mas, para os quais não se encontra, plenamente, no sistema correspondência no saber disciplinar, sendo, em muitos casos, ignoradas. O sistema, menos complexo, tem de importar complexidade para produzir complexidade interna capacitando-se para a seleção de necessidades de saúde dos usuários, ainda não reconhecidas, e produzir ações de informação a seu respeito. O cuidado, como

reconhecimento do outro, é o *sentido* operador da fronteira capaz de selecionar novos recursos informacionais no entorno, permitindo a produção compartilhada entre saberes científicos e comuns na construção do conceito positivo e ampliado de saúde.

Como promover o reconhecimento da singularidade do outro, se este não está prescrito pela ciência e pela academia que dão *sentido* à comunicação operada nas fronteiras pelos profissionais de saúde? Despertar a dimensão da alteridade na racionalidade comunicativa dos profissionais de saúde significa promover a seleção, inclusive, da singularidade e do sofrimento, muitas vezes invisível, que acompanha a doença (esta facilmente reconhecível). Esta pesquisa traz algumas contribuições para este despertar.

A política do cuidado, as racionalidades vitalistas e o intercampo da Informação e Comunicação em Saúde atuam na direção da efetiva interação entre os sujeitos. O reconhecimento do usuário como sujeito singular e digno é praticado mesmo na Atenção Básica, embora não seja a regra. Esta pesquisa identificou entre os profissionais de saúde, cerca de 20% que descrevem o cuidado como forma de reconhecimento do outro. Para estes profissionais cuidar significa: *colocar-se no lugar do outro, acolhimento, empatia, escuta qualificada, saúde integral, respeito à individualidade holisticamente, cuidar juntos, “aconchegar”, desprender de conceitos e preconceitos, um movimento do qual temos de nos apropriar para que, ao nos cuidar, cuidemos do outro*. O cuidado como reconhecimento não é excludente e integra formas de cuidado que propiciam aos usuários notabilizadas pelas expressões: *atenção, respeito, carinho, orientação, apoiam, chamam atenção, informam, tratam...*

O profissional que se doa, querendo reconhecer quem é o outro, é normalmente retribuído pelo usuário que se mostra, expressa-se, verbaliza. Este tipo de relação mediada pela linguagem intersubjetiva aproxima o profissional e usuário pelos seus saberes comuns, tornando-os semelhantes, fortalecendo os vínculos. Este vínculo é mais intenso do que a adesão expressa na política da Atenção Básica, pois, possibilita o comprometimento do usuário com a própria saúde, mas com seu entorno, inclusive. A potência deste encontro também liberta o aprender comum, o aprender fazendo. Por um lado, o profissional aprende no exercício de seu ofício, ampliando recursos de saúde aprendidos com os usuários, seus sistemas de defesa e reação, tão variados quanto suas singularidades, aumentando a capacidade de seu próprio *sentido* de reconhecer. Por outro, o usuário aprende convivendo com o profissional e do olhar deste como cuidar de si próprio e de seu entorno, e como reconhecer outras relações profissionais “humanizadas”.

O desafio repousa na disseminação do cuidado como reconhecimento para todo o sistema investigado. Promover a difusão deste novo comportamento entre os profissionais por suas redes infocomunicacionais gera mudanças na estrutura da própria rede, à medida que, transforma as relações de reconhecimento entre os pares.

A triangulação de áreas (Ciência da Informação, Análise Institucional e Análise de Redes Sociais) nas interações entre atores e agentes – pessoais ou institucionais – em processos sociais específicos, nas quais as ações de informação e seus fluxos são estratégicos possibilitam certa produtividade, como, por exemplo, as ações de atenção à saúde na Saúde Coletiva. O segmento da Atenção Básica da saúde pesquisado apresenta algumas formas complementares de promover a difusão do cuidado como reconhecimento, detalhadas a seguir, no intento de promover reflexões futuras a esse respeito. Os caminhos desta promoção assinalados pelos resultados da tese são: pelo NASF, pelas lideranças, pelo grupo dos agentes comunitários de saúde, pela educação em serviço.

O NASF

As tensões entre diferentes dimensões de necessidades da Atenção Básica levaram à criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Por um lado, deveria ampliar a resolutividade da Estratégia Saúde da Família pelo matriciamento e apoio técnico especializado e, por outro, deveria modificar a lógica das ações de saúde, centrando-as no usuário – sua autonomia e corresponsabilidade com o cuidado – e na coprodução de saúde (NASF/ESF). Implantado na Atenção Básica, a partir de 2009, e sucedido por outros programas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2011), Consultórios na Rua (2012), Melhor em Casa (2013), fica patente que, ao se criar novas instâncias de gestão da saúde, o sistema aumenta sua complexidade interna na tentativa de atender a uma demanda social, mas transfere parte da tensão, que sofria do entorno, para o nível dos serviços. A permanência da tensão torna-se clara no evento *analisador* produzido pelo grupo do NASF no decorrer desta pesquisa. O analisador trouxe à tona as resistências sofridas pelo próprio grupo provocando tensão interna, desconfiança e autorresponsabilização pelas dificuldades encontradas.

Entretanto, esta reatividade ao NASF representa um reflexo, em certa medida, da incomunicabilidade dos saberes comuns e especializados nas relações infocomunicacionais deste grupo com o restante dos profissionais do serviço, como demonstrados nas diferentes redes observadas, nas quais o NASF, está longe de desempenhar um papel expressivo. Por sua

vez, os dados indicam uma tendência maior do grupo em centrar as ações de saúde na ampliação da resolutividade da ESF mais do que na mudança da lógica das ações de saúde, na intenção de ter menor enfoque nos procedimentos profissionais e maior no sujeito. Dois resultados corroboram esta interpretação. O primeiro refere-se ao surgimento de três integrantes do grupo, entre os mais citados, na Rede de Relações Formais, indiciando que os profissionais de saúde os reconhecem, principalmente, na formalidade das ações de saúde. Os laços presentes nesta rede e ausentes nas Redes de Relações Informais demonstram uma tendência a serem laços fracos, com baixos níveis de confiança e intimidade. Outro resultado importante é a pouca densidade nas relações com os agentes comunitários de saúde nas Redes de Apoio para Compreender, Agir Técnica e Discursivamente nas Necessidades de Saúde dos Usuários, concentrando suas ações de informação direcionadas aos profissionais com formação especializada entre os quais circulam saberes técnico-científicos.

Os usuários, entretanto, resistem à nova dinâmica do serviço introduzida pelo NASF pois percebem como perda a falta de acesso aos saberes dos especialistas (pediatras, ginecologistas, dermatologistas etc.) e não reconhecem (por enquanto?) ganhos diferenciados nos encontros com a equipe de generalistas, inclusive com os agentes comunitários de saúde. Em que pese, na percepção do usuário, certa falta de *sentidos* para lidar com a integralidade das necessidades de saúde dos usuários pela equipe do ESF, relacionada à prática ainda hegemônica assistencialista, não se pode deixar de considerar que parte desta resistência, também, é fruto da colonização dos saberes, que esvazia o encontro terapêutico de sua potência e o transforma em consumo de procedimentos especializados, parte do ideário colonizado dos usuários.

Para o NASF disseminar nas redes a mudança da lógica das ações de saúde, deve-se primeiro trabalhar sua transversalidade, não permitindo que a verticalização do poder técnico, predominante na instituição, domine o ambiente das comunicações entre os profissionais do NASF e os da ponta, e entre o NASF e os usuários. Promover um grau maior de horizontalidade em suas relações infocomunicacionais, liberta o saber e o aprender comuns, que os tem afastado, principalmente, dos agentes comunitários de saúde. Para liberar o saber comum e flexibilizar a supremacia do saber especialista contribui a prática de se trabalhar as implicações dos integrantes, expondo entre eles as várias instituições que os atravessam (como corporações profissionais, religiosas, associativas, políticas etc.) associado, se possível a autoanálise, ou a socioanálise desenvolvida pela Análise Institucional. A transversalidade em um grupo sujeito é base para ação instituinte do grupo, tornando-o capaz de rever e

produzir novas formas de organização e de lidar, dialeticamente, com os hábitos e crenças já instituídos e com a resistência às mudanças.

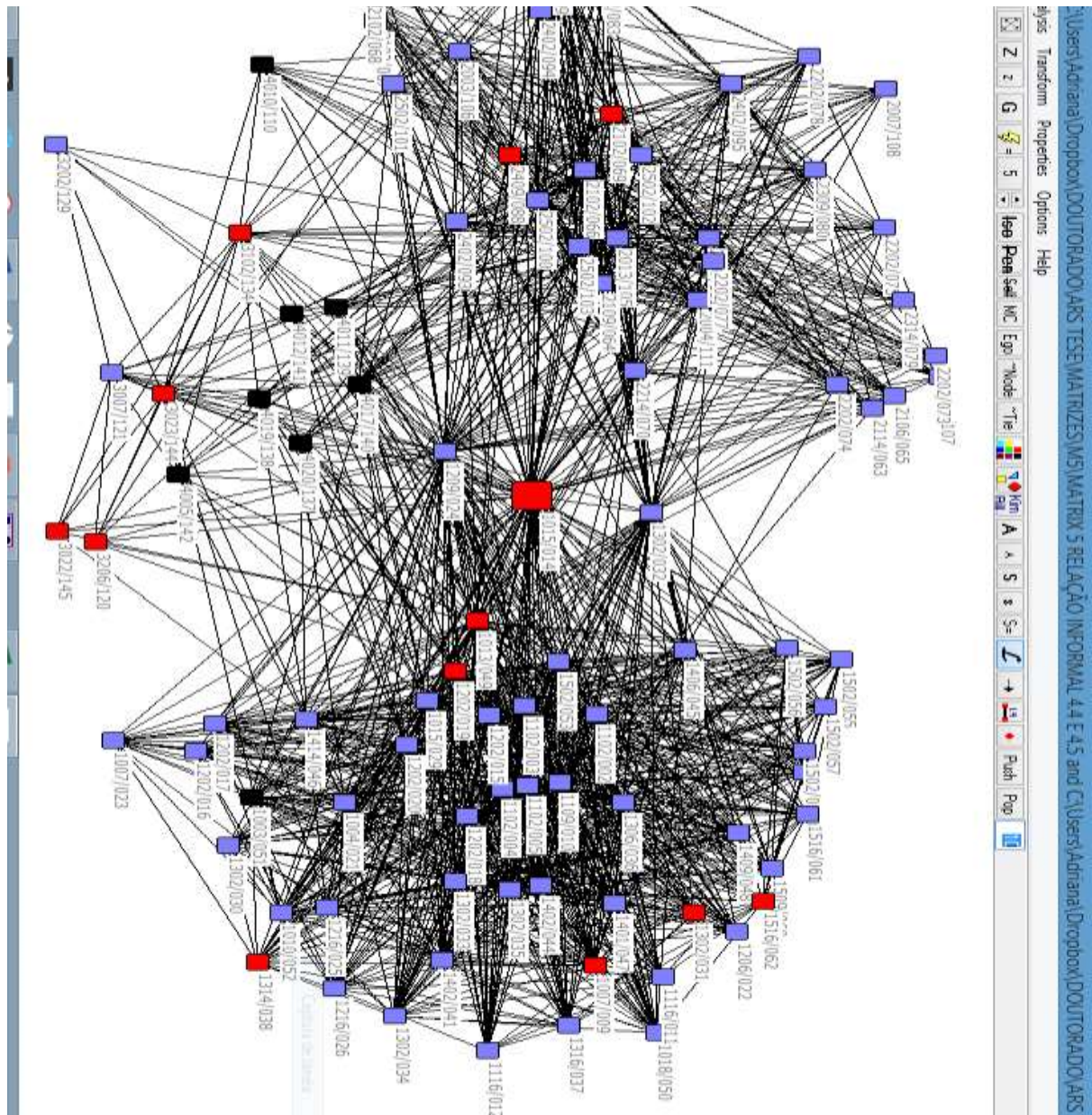
As Lideranças

No grupo pesquisado foram encontradas algumas lideranças. Elegeu-se como líderes de opinião aqueles atores mais citados por todos os profissionais, detentores de grande capacidade de influírem os demais e por gozarem de prestígio dentro da instituição. Acrescentem-se os atores com poder de intermediação foram identificados como atores-chave que representam aqueles atores em melhores condições de disseminar as informações.

No contexto desta pesquisa, o cuidado como dom do reconhecimento é considerado uma prática inovadora que se encontra em movimento instituinte. Considerar os atores-chave como indivíduos que disseminariam nos fluxos das redes é uma possibilidade que depende do engajamento destes atores à perspectiva de cuidado como reconhecimento do outro.

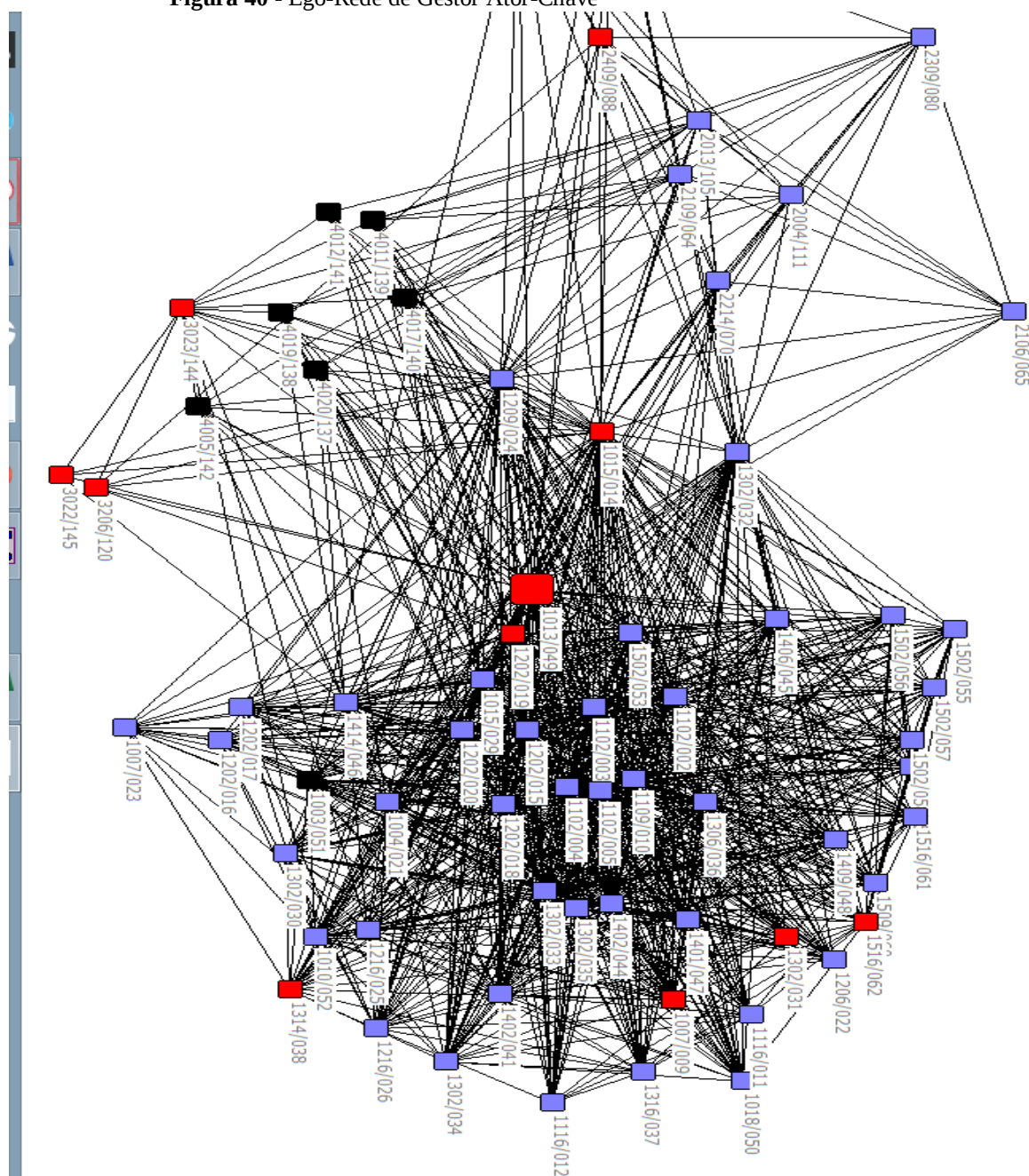
Estudos sobre difusão consideram que os atores se engajam em um comportamento novo com base na proporção de pessoas que já estão engajadas naquele comportamento no sistema social ao qual pertencem, mas o fazem também na proporção de exposição aos atores já engajados na sua rede pessoal. Existiria o momento de se tomar conhecimento da inovação pelas lideranças influentes, os líderes de opinião que podem ser tidos neste modelo como influências externas – à rede pessoal de um ator da rede geral. No entanto, seria a influência das pessoas que estão na rede pessoal (ego-rede) de determinado ator que levariam o indivíduo a efetivar a adoção (VALENTE, 2012).

Entre as lideranças das Redes Informais, estão presentes dois atores que podem ser nomeados adotantes precoces do cuidado como dom do reconhecimento, o que faz deles uma forte influência para toda a rede se tornar consciente da inovação. Para os atores das redes pessoais destas lideranças, a influência que exercem é, ainda mais, decisiva segundo o modelo mais atualizado de difusão de inovação (VALENTE, 2012). A seguir as Figuras 39 e 40 ilustram as redes pessoais destas duas lideranças, respectivamente, o médico e o gestor da Clínica 1. Nas ilustrações foram considerados os atores adotantes em vermelho, os não adotantes em azul e em preto aqueles que não responderam a questão referente a cuidado.



Fonte: Desenvolvido pela autora

Figura 40 - Ego-Rede de Gestor Ator-Chave



Fonte: Desenvolvido pela autora

Considerando que nas ego-redes das duas lideranças, encontram-se os três outros atores, também, líderes de primeira ordem e cinco líderes de segunda ordem, pode-se desenvolver um trabalho planejado de sensibilização que seria coordenado pela equipe do NASF, e, em caso contrário, ao menos incluí-la.

É impossível interpretar, em mais profundidade, a origem das lideranças destes atores, sem o recurso de entrevistas pessoais. Porém, os atributos de formação de ambos, indicam serem eles, implicados por outras instituições que também os atravessam. No caso do gestor, a enfermagem, a obstetrícia, a formação em saúde da família e o mestrado na mesma área o alimentam de recursos e influências externas ao serviço, que o torna confiante em adotar o

cuidado como dom do reconhecimento, entendendo que esta inovação no sistema é benéfica. Da mesma forma, o médico é atravessado por múltiplas instituições em sua formação de saúde, tais como: pediatria, homeopatia e saúde da família, e destas carrega certa assertividade das seleções de sentidos de cuidado que faz.

Duas especialidades clínicas tradicionais, a pediatria e a obstetrícia, têm noção de fortes vínculos com os pacientes, com dedicação intensa dos profissionais envolvidos com os pacientes, em relações permeadas pelo encantamento proporcionado por lidar com a vida humana no seu despertar e todos os afetos que a envolvem. A formação em Saúde da Família traz todos os pressupostos aqui desenvolvidos de vínculos e laços fortes, do próprio dom do reconhecimento associado às outras formas de cuidado. A homeopatia, por sua vez, como todas as racionalidades vitalistas, converge as ações de saúde de suas práticas no ser humano adoecido e não na doença. Busca compreendê-lo na totalidade das dimensões do humano – biofísica, psíquica e social, e, às vezes, inclui dimensões espirituais e vibracionais – e, portanto, desenvolveu elaborada técnica de consulta, centrada neste reconhecimento⁴⁸.

O Grupo dos ACSs

Os agentes comunitários de saúde, possivelmente, representam uma das maiores inovações do novo modelo da Atenção Básica. A presença maciça deste grupo na instituição de saúde detém grande potencial de recursos informacionais trazidos na bagagem destes atores do “mundo da vida” que podem fertilizar o sistema de saúde. Esta fertilização ainda modesta, enfrenta, como já mencionado, a colonização dos saberes que a desvaloriza, porém, ao serem libertos, podem impulsionar a participação e controle social. Entendendo a instituição de saúde como um sistema fechado (de Luhmann), pode-se considerar um acerto expressivo trazer estes agentes para dentro do sistema.

Pelas análises dos resultados da pesquisa de campo, este grupo de profissionais demonstra possuir uma característica de valor significativo para a disseminação do cuidado como dom de reconhecimento. O alto grau de capilaridade, isto é, de centralidade de informação, faz do grupo dos ACSs importantes difusores. A densidade das relações informacionais entre os ACSs e a elevada concentração destes atores na rede propiciam que as ações de informação trafeguem por longas distâncias, às vezes de uma clínica à outra,

⁴⁸ A tese *Sujeitos Em Terapia - Um Estudo Socioantropológico das Práticas Clínicas Homeopáticas e Psicanalíticas* de Maria Freire Campello (2008) aborda com profundidade este tema.

atravessando os atores ponte e os buracos estruturais até chegar a um destino que pode ser o centro de outra clínica.

O grupo dos agentes comunitários pode desenvolver papel de mediação com a comunidade em processos de sensibilização e de *fazer sabendo* para a liberação do saber comum, facilitados, em princípio, por compartilharem linguagem intersubjetiva. Dentro da instituição, a participação dos agentes comunitários em sistemas de dádiva com médicos é considerada promotora do reconhecimento mútuo e vai a auxílio do movimento instituinte das práticas baseadas no dom do cuidado.

Os resultados apontaram outra direção nas relações entre agentes comunitários e enfermeiros. A possível ausência do sistema de dádiva nestas relações infocomunicacionais pode se encontrar no papel de coordenação do trabalho dos ACSs pelos enfermeiros, que tende a reproduzir a hierarquia baseada no poder técnico e a constranger os enfermeiros em pedir apoio para os agentes comunitários. Novas determinações do sistema de saúde indicam para a criação formal de grupo de 12 ACSs para um enfermeiro coordenador. No segmento pesquisado, a relação de enfermeiros/ACSs é de 4,85 agentes comunitários por enfermeiro, considerando que os agentes comunitários têm livre acesso a esses enfermeiros e, portanto, ações de informação circulam pelos fluxos infocomunicacionais com menos constrangimento nas redes formais do que se espera para a nova forma de gerir esta relação. Provavelmente, a verticalização das relações entre ACSs e enfermeiros vai aumentar as barreiras à transversalidade fundadora do movimento instituinte das práticas de cuidado como dom de reconhecimento.

Educação em Serviço

Embora a educação em serviço não seja o escopo desta pesquisa, esta modalidade de ação informacional de disseminação do dom do cuidado aparece como possibilidade quando da análise da liderança do subgrupo da Clínica 1. O fator diferencial, como abordado, pode estar na presença da residência médica em saúde da família prestada nessa clínica. Esta atividade envolve todos os grupos ocupacionais ali atuantes e, por extensão, no processo de *saber fazendo*. Esta forma de aprender liberta os atores da formalidade acadêmica como a única maneira válida de se adquirir novos conhecimentos e os torna mais abertos ao aprendizado sobre os problemas de saúde e os que afetam a vida social.

Pensando no protagonismo dos agentes comunitários de saúde, identificado nesta pesquisa, à medida que a presença destes na instituição auxilia o aumento de complexidade

interna do sistema e a consequente ampliação dos *sentidos* que levam ao reconhecimento do outro, o usuário, pode-se colocar como ação positiva outras modalidades como *importação de complexidade* pela integração de indivíduos no entorno institucional. Os grupos de usuários hoje vinculados aos programas, coordenados pelo NASF (saúde do idoso, da mulher, práticas integrativas etc.), podem se constituir em ambientes de educação em serviço, onde o aprendizado para resolução de problemas e a presença participativa dos demais atores da ESF integrariam estes usuários ao sistema, circulando saberes comuns e especializados e trabalhando a transversalidade da instituição de saúde.

Como última consideração a respeito dos efeitos da educação em serviço, como apontado pelos resultados, há a maior coesão do subgrupo formado pela Clínica 1, gerando menor constrangimento ao acesso entre os profissionais, presente nas diferentes redes. A coesão também indicia a presença de vínculos sociais de reciprocidade, confiança e intimidade – laços fortes que, no interior das redes, permitem a produção de conhecimento por troca de informações refinadas e a sustentação da cooperação dos profissionais. Estes vínculos são distintos, fundamentais e complementares aos laços fracos na disseminação das ações de informação pelos fluxos infocomunicacionais. A presença destes põe em evidência ganhos para a circulação de saberes científicos e comuns e para a socialização do grupo, atuando no sentido de fortalecer o eixo da vinculação na *sociedade das conexões* (ou sociedade em rede de Castell).

Pode-se considerar que nesta tese foi alcançada a aproximação dos distintos campos da Ciência da Informação e da Saúde Coletiva. Inova ao incluir a Análise Institucional em seus procedimentos metodológicos como parte analítica da questão infocomunicacional, quando estão presentes instituições com finalidades sociais específicas. Desenvolvida no que se chamou de intercampo Informação e Comunicação em Saúde, utilizou-se da Análise de Redes Sociais para mostrar os modos de funcionamento dos sistemas sociais de informação, no discurso e na prática, afirmado, nos resultados deste estudo, a contribuição que as redes infocomunicacionais podem, e devem dar, ao funcionarem como instrumento de análise da racionalidade comunicativa, no sentido habermasiano, entre agentes, pessoas e grupos.

REFERÊNCIAS

ALBAGLI, S.; MACIEL, M. L. Novas condições de circulação e apropriação da informação e do conhecimento: questões no debate contemporâneo. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 10º, 2009, João Pessoa, PB. **Anais eletrônicos** João Pessoa: ANCIB, 2009. Disponível em: <http://ridi.ibict.br/handle/123456789/314> . Acesso em: dez 2013.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 13. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas – fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BLAU, P. M. **Approaches to the study of social struture**. New York: The Free Press, a Division of Macmillan Publishing Co., 1975.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões pública para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesc: Abrasco, 2009.

BONINI, A. O conhecimento de jornalistas - sobre gêneros textuais: um estudo introdutório. **Revista Linguagem em (Dis)curso**, v. 2, n. 1, p. 7, jul./dez. 2001.

BORGATTI, S. P. Identifying sets of key players in a network. **Computational, Mathematical and Organizational Theory**, v. 12, n. 1, p. 21-34, 2006.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. **UCINET VI for Windows**: software for social network analysis. Analytic technologies. Lexington: KY, 2005.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; JOHNSON, J. C. **Analysing social network**. California: Sage, 2013.

BORKO, H. Information science: what is it? **American Documentation** (pre 1986), v. 19, n. 1, p. 3-5, 1958.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. Tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: Unesp, 2004.

BRANCO, M. A. F. **Informação e saúde** – uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRANDT, M. B. **Etiquetagem e folksonomia: uma análise sob a ótica dos processos de organização e recuperação da informação na web.** 142 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) Faculdade de Administração, Contabilidade e Ciência da Informação, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à demanda espontânea na APS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010. p. 298: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica ; n. 27.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009. 160 p. : il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.**In: COSTA NETO, M.M. (Org.) Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de qualificação do NASF.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010. 86 p.: il. (Série C. Projetos Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006. 60 p. il (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BURT, R. S. **Structural holes: the social structure of competition.** Cambridge: Harvard University Press, 1992.

CAILLÉ, A. **Théorie anti-utilitariste de l'action.** Fragments d'une sociologie générale. Paris: La Découverte, 2009.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Projeto de Lei Complementar nº 13/91. Plano Diretor da Cidade do Rio de Janeiro.** Suplemento Especial do Diário da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 1991. 20 p.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor e o método Paideia**: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. 2000. Tese (Livre-docência) Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Campinas, Campinas, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva**: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, jan./dez. 2000.

CAPURRO, R.; HJØRLAND, B. **O conceito de informação**. *Perspectivas*, v. 12, n. 1, p. 148-207, 2007.

CAPURRO, R. **Epistemologia e Ciência da Informação**. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 5, 2003, Belo Horizonte. Anais ANCIB, 2003. Texto publicado em [Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento](#) . Ano 4, n.1, p. 11-29, ene-abr 2007. (ISSN 1690-7515)

CAPURRO, R. **Epistemologia e Ciência da Informação**. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 5, 2003, Belo Horizonte. Anais ANCIB, 2003. Texto publicado em nov 2003. Disponível em: < <http://www.capurro.de/db.htm> em 2010>. Acesso em outubro/2013.

CARTA DE OTTAWA. **1ª Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde**. Ottawa, 1986.

CASCAIS, A. F. Divulgação científica: A mitologia dos resultados. In: SOUSA, M. S. **A comunicação pública da ciência**. São Paulo: Cabral Ed. ; Livraria Universitária, 2003.

CASTIEL, L. D., VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Educação em saúde: da ortopedia moral à epidemiologia da desinformação. In: CASTIEL, L.D., VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Precariedades do excesso – informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CASTIEL, L. D., VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Próteses de comunicação e seus excessos. In: CASTIEL, L. D., VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedades do excesso – informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 1, n. 2, p. 106-119, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>>. Acesso em: jan 2014.

CAZELLI, C. **Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro**. Apresentação criada em novembro de 2009. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/mhaefeli/nasf-do-municipio-do-rio-de-janeiro-22122009>>. Acesso em: jan 2011.

CHARLES, A. **Conceito chave – promoção da saúde**. In: Departamento de Saúde Ambiental UIPEs/ORLA no CNCS, 32, 2006, Moçambique. Anais eletrônicos Moçambique, 2006.

CHINN, D. Critical health literacy: a review and analysis. **Social Science & Medicine**, n. 73, p. 60-67, 2011.

CONTRACTOR, N. S.; MONGE, P. R. **Theories of communication networks**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

COOK, K. S.; WHITMEYER. Two approaches to social structure: exchange theory and network analysis. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 109-127, 1992.

CROSS, R. L.; PARKER, A.; BORGATTI, S. P. **The hidden power of social networks: understanding how work really gets done in organizations**. Cambridge: Harvard Business School Press, 2004.

DAVALLON, J. La médiation: la communication en procès? **Médiations & médiateurs**, v. 19, p. 37-59, 2004.

FARIA, L. I. L.; GREGOLIN, J. A. R. ; HOFFMANN, W. A. M. ; QUONIAM, L. Análise da produção científica a partir de publicações em periódicos especializados. In: BRETANI, R.R. et al. (Org.). **Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo**. São Paulo: Fapesp, 2010.

FERNANDES JÚNIOR, L. C. C. O cuidado a portadores de doença crônico-degenerativas em unidades de atenção primária à saúde em município de grande porte: contribuições do planejamento em saúde e da análise institucional. In: L'ABATTE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II – o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

FREEMAN, L. C. Centrality in social networks conceptual clarification. **Social Networks**, n.1, p. 215-239, 1978/1979.

FREEMAN, L. C., BORGATTI, S. P., WHITE, D. Centrality in valued graphs: a measure of betweenness based on network flow. **Social Networks**, n. 13, p. 141-154, 1991.

FREIRE, M. I. A responsabilidade social da Ciência da Informação na perspectiva da consciência possível. **DataGramaZero - Revista Eletrônica de Ciência da Informação**, v.5, n.1, 2004.

FREIRE, M.T.; VILAR, G. Comunicação e educação: processos interativos para a promoção da saúde. **UniRevista**, v. 3, n. 1, p. 12, jul 2006.

FREITAS, L.; MORIN, E.; NICOLESCU, B. **Carta da transdisciplinaridade**. Convento deArrábida, Portugal, 1994. Disponível em: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/12/bcgpor.htm> Acesso em: jul 2010.

FROHMANN, B. The power of images: a discourse analysis of the cognitive viewpoint. **Journal of Documentation**, v. 48, n. 4, p. 365-386, 1992.

FROHMANN, B. **Taking information policy beyond information science: applying the actor network theory**. In: Annual Conference of Canadian Association for Information Science. [Comunicação] Edmonton, Alberta, 7-10 June 1995.

GADELHA VIEIRA, P. E. **Políticas públicas e acesso à informação científica e técnica em saúde: panorama brasileiro**. In: Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas, 9, 2005, Salvador, BA. Anais eletrônicos, Salvador, 2005. Disponível em: <http://www.icml.org/program/> Acesso em: nov 2013.

GARVEY, W. D. **Communication: the essence of science facilitating information among librarians, scientists, engineers and students**. Oxford: Pergamon Press, 1979.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. **Habermas, informação e argumentação**. In: Colóquio Habermas, 5, 2008, Florianópolis, SC. Anais eletrônicos: Florianópolis, 2008. Disponível em: http://www.nefipo.ufsc.br/files/2011/12/Habermas_Anais2008-3.pdf . Acesso em: dez 2011.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Novas fronteiras tecnológica das ações de informação: questões e abordagens. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 1, p. 55-67, jan./abril 2004.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Política e gestão da informação: novos rumos. **Ciência da Informação**, n. 28, p. 1-2, ago. 2013. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/274/1484> Acesso em: mar 2013.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Da política de informação ao papel da informação na política contemporânea. **RIEP - Revista Internacional de Estudos Políticos**, v.1, n.1, p. 67-93, 1999.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N.; ORRICO, E. G. D. Interdisciplinaridades: questões norteadoras e possíveis caminhos. In: GONZÁLEZ DE GÓMEZ; ORRICO (Orgs.), **Políticas de memória e informação: reflexos na organização do conhecimento**. Natal: EDUFRN Editora, 2006.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Regime de Informação: construção de um conceito. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 22, n. 3, p. 43-60, set./dez. 2012.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Da representação do conhecimento ao conhecimento da representação. **Ciência da Informação**, v. 22, n.3, p. 217-222, 1993.

GRANOVETTER, M. S. The strength of weak ties. **American Journal of Sociology**, v. 78, n. 6, p. 1360-1380, 1973.

GRANOVETTER, M. S. Threshold models of collective behavior. **American Journal of Sociology**, v. 83, n. 6, p. 1420-1443, 1978.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa, I racionalidad de la acción y racionalización social**. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones, 1999.

HANNEMAN, R. A. **Introducción a los métodos del análisis de redes sociales – Centralidad y poder**. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/cap6.pdf>>. Acesso em: jul 2011.

HAYTHORNTHWAITE, C. Social networks and information transfer. BATES, M.; MAACK, M. (Org.). **The encyclopedia of Library and Information Science**. New York: Taylor & Francis, 2009.

HESS, R.; SAVOYE, A. **L'analyse institutionnelle**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.

HJORLAND, B.; ALBRECHTSEN, H. Toward a new horizon in Information Science: domain-analysis. **Journal of American Society for Information Science**, v. 46, n. 6, p. 400-425, 1995.

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

JARIEGO, I. M. De la ciencia a la práctica en intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. **Apuntes de Psicología**, v. 28, n. 1, p. 121-141, 2010.

JARIEGO, I. M. **Introducción al análisis de redes sociales (ARS)**. Lisboa: Escola de Verano Instituto de Ciencias Sociais. [Formato power point]. jul 2012.

JARIEGO, I. M. El mundo es un pañuelo: la técnica Small-World de Milgram. Araucaria. **Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades**, v. 5, n. 10, p. 3-67, 2003.

JARIEGO, I. M.; MARTÍNEZ, M. F.; GARCÍA, M. Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla. **Demófilo: Revista de Cultura Tradicional de Andalucía**, n. 29, p. 87-105, 1999.

JESUS, A. F.; PEZZATO, L. M.; ABRAHÃO, A. L. O uso do diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde: o caso *Dom Quixote*. In: L'ABATTE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 285-295, abr./jun. 2009.

KNOKE, D.; YANG, S. **Social network analysis**. 2. ed. Califórnia: Sage Publications, 2008.

L'ABBATE, S. A análise institucional e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>>. Acesso em: dez 2013.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemoise**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABATTE, S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABATTE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013.

LALONDE, M. **A new perspective on health of Canadians**. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare, 1974.

LEE R. G.; GARVIN T. Moving from information transfer to Information exchange in health and health care. **Social Science & Medicine**, n. 56, p. 449-464, 2003.

LIMA, C. M.; ROMAN, D. J.; MOREIRA, F. K.; DITTRICH, M. Regime de informação e esfera pública em arranjos produtivos locais. In: X Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 2009, João Pessoa, UFPb: **Anais...** João Pessoa, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/123456789/317>> Acesso em: jan 2013

LIMA, C. M.; ZATTAR, M.; MAIA, M. **Interações mediadas pela linguagem, organizações e sociedade: racionalidade comunicativa e integração discursiva**. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 14, Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <http://enancib2013.ufsc.br/index.php/enancib2013/XIVenancib/login> Acesso em: dez 2013.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ** - Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro, 1993.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: análise institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil – instituições e estratégia de hegemonia**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

LUZ, M. T. **A Arte de curar x a ciência das doenças** – história natural da homeopatia no Brasil. São Paulo : Dynamis, 1996.

LUZ, M. T. Medicina e Racionalidades Médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino de Médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LUZ, M. T.; SOUZA, E. A. A. Bases Socioculturais da Prática Terapêutica Alternativa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.16, n. 2, p. 393-405, abr.-jun. 2009.

LUZ, M. T. Questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário LAPPIS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2010.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde** – estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

LUZ, M. T. **Pequenas destruições, danos irreparáveis**: comentários aos modos sociais de vida no capitalismo pós moderno: implicações na saúde. VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco. [Conferência de abertura]. Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2013.

MARTELETO, R. M. **Informação, Redes e Redes Sociais** – Fundamentos e Transversalidades. **Informação & Informação**, v. 12, n. esp., Londrina, 2007.

MARTELETO, R. M. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, v. 3, n. 33, p. 9, 2004.

MARTINS, P. H. N. As Outras Medicinas e o Paradigma Energético. In: LUZ, M.T.; BARROS, N. F. (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde** – estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012.

MARTINS, P. H.; PINHEIRO, R. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2011.

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2011.

MARTINS, P. H. MARES: atualidade teórica no contexto de declínio do pós-estruturalismo. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2010.

MARTINS, P. H. N. O Movimento das Terapias Alternativas – e sua importância na emancipação do paradigma da promoção da saúde. In: ALBUQUERQUE, L. M. B.; PUTTINI, R. F. (Orgs.) **Aventuras sociológicas no campo da saúde**. São Paulo: Ed. Annablume, (No prelo novembro de 2012)

MELUCCI, A. **A invenção do presente**: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MERHY, E. E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABATTE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERTA, A. Informatics as a branch of science. In: FID/RI- International Federation for Documentation. Study Committee Research on Theoretical Basis of Information. **On theoretical problems of Informatics**. Moscou, ALL-Union for Scientific and Technical Information, 1969.

MORAES, R. C. P. **A aquisição de “letramento” nas transformações dos conteúdos e das práticas comunitárias com base em uma nova heterogênesse do conhecimento e da informação**. Relatório final de pesquisa pós-doutoramento. supervisão: PINHEIRO, L. V. R., Rio de Janeiro: Ibict/UFRJ, 2011.

MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco, 2009.

MORIN, E. **Réforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'Université**. Congrès International “Quelle Université pour demain? Vers une evolution transdisciplinaire de l'Université. [Comunicação] Locarno, Suíça, 30 de abril a 2 de maio de 1977.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**, Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

MORIN, E. Por Uma Reforma do Pensamento. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Orgs.). **O Pensar Complexo** – Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisas na área de saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.1, p. 95-103, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29774/31655>>. Acesso em: janeiro de 2014.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação de Conhecimento na Empresa**. 12a.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, n. 67, p. 2.072-2.078, out. 2008.

NUTBEAM, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

PEREIRA NETO, A. F.; MOREIRA, E.; CRUZ, M.; TORRES, R. C. Avaliação de sites de saúde em questão: a Aids nos sites brasileiros de Organizações Não Governamentais (ONG) de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). **RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 7, p. 1-20, 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/588/1438>>. Acesso em: dezembro de 2013.

PEZZATO, L. M.; PRADO, G. V. T. Pesquisa-ação e pesquisa-intervenção: aproximações, distanciamentos, conjugações. In: L'ABATTE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

PINHEIRO, L. V. R. Ciência da Informação: desdobramentos disciplinares, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. In: GONZÁLEZ DE GÓMEZ; ORRICO (Orgs.), **Políticas de memória e informação: reflexos na organização do conhecimento**. Natal: EDUFRN Editora, 2006.

PINHEIRO, L. V. R. Pilares conceituais para mapeamento do território epistemológico da Ciência da Informação: disciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e aplicações. In: PINTO, V. B.; CAVALCANTE, L. E.; SILVA NETO, C. (Orgs.). **Abordagens transdisciplinares da Ciência da Informação: gêneses e aplicações**. Fortaleza: Edições UFC, 2007.

PINHEIRO, L.V.R.; **A responsabilidade social na Ciência da Informação**. In: Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação, 10., 2009, João Pessoa. Conferência de Abertura. João Pessoa: UFPb, 2009. Disponível em CD-Rom e na URL < http://dci.ccsa.ufpb.br/xenancib/arquivos/oral_gt1.pdf >. Acesso em: 03/2011.

PINHEIRO, L. V. R., VALÉRIO, P. M.; SILVA, M. R. Marcos históricos e políticos da divulgação científica no Brasil. In: BRAGA, G. M.; PINHEIRO L. V. R. (Orgs.). **Desafios do impresso ao digital: questões contemporâneas de informação e conhecimento**. Brasília: Ibict/Unesco, 2009.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde: o cuidado como reconhecimento recíproco de direito, dádiva e responsabilidade. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2011.

POPPER, K. La Lógica de las Ciencias Sociales. In: DAHRENDORF, R. (Ed.). **La Disputa Del Positivismo en la Sociología Alemana**. Barcelona-México: Grijalbo, 1973.

REES, A.; SARACEVIC, T. Education for Information Science and its relation to librarianship apud. SHERA, J. H. (ORG). Key papers in Information Science. Washington, D.C., 1972. opus cit. p. 57.

RODRIGUES, H. B. C. Quatro platôs à guisa de prefácio. In: L'ABATTE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

SANT'ANA, L. F. **Papel do servidor público na interação entre estado e sociedade: uma análise sob o prisma de redes**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social: Interações Midiáticas, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jun. 1996.

SARACEVIC, T. Information Science. **JASIS - Journal of The American Society for Information Science**, v. 50, n. 12, p. 1.051-1.063, 1999.

SARACEVIC, T. Information Science: origin, evolution and relations. In: VAKKARI, P.; CRONIN, B. (eds.) **Conceptions of Library and Information Science; historical, empirical and theoretical perspectives**. Proceedings of the International Conference for the celebration of 20th anniversary of the Department of Information Studies. University of Tampere, Finland, 26-28, 1991. London, Los Angeles: Taylor Graham, 1992.

SHERA, J. Epistemologia social, semântica geral e biblioteconomia. **Revista Ciência da Informação**, v. 6, n. 1, p. 9-12, 1977. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/1564/1179>.> Acesso em: novembro de 2013.

SILVA, F. M. A informação científica e tecnológica brasileira no âmbito da Sociedade da Informação: uma análise das iniciativas governamentais. **RDBCI - Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 2, n. 2, p. 18-30, 2005. Disponível em: <<http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/index>>. Acesso em: agosto de 2013.

SILVA, J. G.; MARINHO JÚNIOR, I. B. Socialização da informação: aportes da teoria da ação comunicativa. **Ciência da Informação**, v. 25, n. 3, p. 466-472, set./dez. 1996.

SILVA, M. F. A. P.; FREIRE, G. H. A. Socialização da informação: possíveis contribuições de Paulo Freire à ciência da informação. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia**, João Pessoa, v. 8, n. 2, p. 23-31, 2013.

SIQUEIRA, I. C. P.; SIQUEIRA, J. C. *Information Literacy* – uma abordagem terminológica. XIII Enancib, trabalho completo n. 19.050, (Anais...) Rio de Janeiro, outubro de 2012.

SMITH, K. P.; CHRISTAKIS, N. A. Social Networks and Health. **Annual Review Sociology**, n. 34, p. 405-429, março, 2008. Disponível em: <<http://www.soc.annualreview.org>>. Acesso em: 01/12/11

SOARES, M. Alfabetização e Letramento: as muitas facetas. **Revista Brasileira de Educação**, n. 25, p. 5-17, jan./abr. 2004.

SOZZI DE MORAES, I.; VASCONCELLOS, M. M. Informação e Informática em Saúde: necessidade de ruptura criativa? Editorial da Revista Ciência e Saúde Coletiva: Informação e informática em saúde: necessidades de rupturas criativa? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 550, mai/jun 2007.

SOZZI DE MORAES, I.; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Informação e Informática na Saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. In: Editorial da Revista Ciência e Saúde Coletiva: Informação e informática em saúde: necessidades de rupturas criativa? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 3, p. 553-564, mai/jun 2007.

SOZZI DE MORAES, I. H.; ESCRIVÃO JR., A. Grupo Técnico de Informação em Saúde e População – GTISP: Breve síntese de sua trajetória. 2007. Adaptação e atualização do texto “O desafio de (re)pensar o campo da Informação em Saúde” elaborado em 2006, com a colaboração dos membros do GTISP, atendendo à solicitação da Abrasco. Disponível em <<http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2069>> Acesso em setembro de 2013.

STEPHENSON, K.; ZELIN, M. **Group networks and centrality**. California: Draft, 1991.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em Saúde. Relação Técnicos de Saúde – Utentes. **Análise Psicológica**, v.22, n. 3, p. 615-620, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>> Acesso em: 01/01/12.

TESSER, C. D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ, M.T.; BARROS, N. F. (Orgs.) **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde** – estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012.

VALENTE, T. W. Social network thresholds in the diffusion of innovations. **Social Networks**, v. 18, p. 69-89, 1996.

VALENTE, T. W. **Network models of the diffusion of innovations**. New York: Hampton Press, 1995.

VALENTE, T. W. Network Interventions. **Science**, n. 337, p. 49-53. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencemag.org>> . Acesso em: 06/05/13.

VARANDA, M. P. Análise de Redes Sociais e sua aplicação ao estudo das organizações: uma introdução. **Revista Organização e Trabalho**, n. 23, p. 87-106, 2000.

VARANDA, M. P. Ação coletiva entre pequenos empresários: uma análise de redes sociais. **Análise Social**, v. 182, p. 207-230, 2007.

VARANDA, M. P. Apresentação do Monográfico. **REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 12, n. 1, jun 2007. Disponível em: <<http://www.revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: agosto de 2012.

VARANDA, M. P.,; CARVALHO, F. **Leadership and diffusion of information for policy implementation: a new methodological approach**. Working paper n. 1, 2009. Disponível em: <<http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/1/index.htm>> Acesso em: agosto de 2012.

VARANDA, M.P.; FONTES, B.; REGO, R.; EICHNER, K. A análise de redes sociais e ação coletiva: a comunidade científica de analistas de redes lusófonos. In: TOMAEL, M. I.; MARTELETO, R. (Eds.) **Informação e Redes Sociais: interfaces de teorias, métodos e objetos**. Londrina: Eduel - Editora da Universidade Estadual de Londrina (UEL). (no prelo).

VELLOSO, A. F.; LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas Vitalistas : Estudo Comparativo entre Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa, apresentado no VIII Congresso Latinoamericano de Medicina Social**. XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, [Comunicação], Ciudad de La Habana, Cuba, jul 2000.

VELLOSO, A. F. **Da Homeopatia a Medicina Chinesa** – A Trajetória dos Pontos de Weihe. Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

WALLERSTEIN, N. Empoderamento e participação da comunidade na efetividade da promoção da saúde. Entrevista coordenada por LIMA, V. L. G. P. **Boletim Técnico do Senac**, v. 35, n. 2, mai/ago 2009.

WELLMAN, B. Network analysis: some basic principles. **Sociol. Theory**, v.1, p. 155-200, 1983.

WITTGENSTEIN, L. **Philosophical Investigation**. Oxford: Basil Blackwell, 1958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association; Ottawa, 1986. Disponível em: < http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm > Acesso em: maio de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tradicional Medicine Strategy 2002-2005**. Genebra: WHO, 2002.

ZATTI, V. **Autonomia e Educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ZIMMERMAN, M. A. Empowerment theory: psychological, organizational and community analysis. In: RAPPAPORT, J.; SEIDMAN, E. (Orgs.) **Handbook of community psychology**. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2000.

ANEXOS

Anexo A - TERMO DE RESOLUÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL – CEP-SMSDC

Anexo B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE

Anexo C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Anexo D - QUESTIONÁRIO

Anexo E - MATRIZES

Anexo F - MEDIDAS

Anexo G - LEGENDA PARA REDES – CORES E OCUPAÇÃO

Anexo H - REDES

Anexo I - TABELA DAS REPRESENTAÇÕES DE CUIDADO

Anexo A - TERMO DE RESOLUÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL – CEP-SMSDC



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 134A/2013

Rio de Janeiro, 14 de junho de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meireles Pereira Gomes José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbaud Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo Secretária Executiva Brigida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira	PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 49/13. TÍTULO: Comunicação em saúde: análise dos fluxos informacionais e das redes sociais dos profissionais de saúde. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Adriana de Freitas Velloso. UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Clínica da Família José de Paula Lopes Pontes, CMS Dr. Woodrow Pimentel Pantoja, Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado. DATA DA APRECIÇÃO: 14/06/2013. PARECER: APROVADO.
--	--

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.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). 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/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas 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.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

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 VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

Anexo B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE



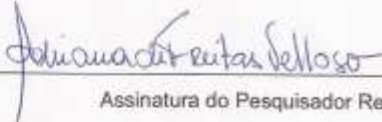
PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova
 Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
 Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador ADRIANA VELLOSO, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: REDES SOCIAIS E FLUXOS DA INFORMAÇÃO, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde DA BP 5.2 como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 03/04/13.



Assinatura do Pesquisador Responsável



Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 E-mail: cep@smc.rj.gov.br - Site: <http://www.rj.gov.br/web/smsdc/>

Anexo C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESOLUÇÃO 196/96 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – ITEM IV)

Prezada(o),

Eu, Adriana de Freitas Velloso, gostaria de contar com sua participação na pesquisa por mim empreendida e intitulada: **Comunicação em Saúde: análise dos fluxos informacionais e das redes sociais entre profissionais de saúde**. Trata-se de tese de doutorado inserida no Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia em convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGCI IBICT/UFRJ), sob a orientação da Profª Lena Vania Ribeiro Pinheiro.

A pesquisa tem como foco de estudo as interações sociais e a circulação de saberes relacionados ao cuidado e à promoção da saúde entre os profissionais das equipes de saúde, nas diferentes formas de expressão. O objetivo geral deste projeto é investigar e analisar as ações de informação dos profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro, identificando elos estratégicos e diferentes níveis de barreiras à comunicação da saúde, contribuindo, desta maneira, para minimizar a brecha entre o conhecimento científico e a prática social.

Para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa será empregado desenho metodológico quali-quantitativo, associando a metodologia da análise de redes sociais (ARS) ao estudo etnográfico de serviço de saúde básica da rede pública do município do Rio de Janeiro.

O instrumento de coleta de dados será questionário semiestruturado aplicado a todos os profissionais da equipe de saúde das unidades de ESF vinculadas a um NASF, e os próprios profissionais de saúde do NASF em questão.

Ressaltamos que os aspectos contidos na Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos serão respeitados pela pesquisadora, dentre estes: a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; o compromisso de zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa; o respeito dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como, aos hábitos e costumes dos participantes; assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes da pesquisa seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, condições de acompanhamento ou produção de dados; a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Também cabe informar que não haverá nenhuma remuneração /pecúnia aos participantes desta pesquisa.

Para outras informações relacionadas ao estudo, por favor, entre em contato com a autora pelo e-mail velloso.adriana@gmail.com ou com sua orientadora pelo e-mail lenavania@ibict.br ou, ainda, com o **Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ**, Rua Afonso Cavalcanti 455, 7º andar - Centro; Tel.: 2503 - 2024 – e-mail cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento e concordo em participar:

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Participante: _____

Autora: _____

Orientadora: _____

Anexo D - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES ESF e NASF

Prezado(a),

Obrigada por aceitar o convite de participar da pesquisa **Comunicação em Saúde: análise dos fluxos informacionais e das redes sociais entre profissionais de saúde**, desenvolvida como tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (Convênio IBICT-UFRJ), sob a orientação das professoras Lena Vania Pinheiro e Madel Luz.

Os dados colhidos neste questionário são sigilosos e serão analisados apenas pela pesquisadora e seus orientadores. Todos os nomes que constam do questionário e das respostas serão suprimidos e trocados por codificação de acesso único da pesquisadora. Os resultados da pesquisa permitirão apontar caminhos para a maior disseminação da informação em saúde diminuindo a brecha entre o conhecimento científico e a intervenção social pela prática em saúde.

Antes de começarmos é importante observar que a expressão **serviço de saúde** empregada nas perguntas compreende as equipes do ESF e o NASF Magarça, ao qual estas equipes se relacionam. As conclusões e resultados da pesquisa serão retornados para vocês no primeiro semestre de 2014.

A investigação está focada nas relações comunicacionais e fluxos informacionais estabelecidos entre os profissionais do **serviço de saúde** e na construção desta rede. Para tanto, procure responder este questionário individualmente e, em caso de dúvida, solicite esclarecimento a uma das facilitadoras. Pedimos também que, nas perguntas onde é solicitado nomear com quem se relaciona e comunica, essas pessoas sejam identificadas pelo nome e sobrenome e pela função que exerce. Um quadro legenda com as siglas das funções encontra-se abaixo para facilitar essa identificação.

Desde já nosso muito obrigada por sua participação !!

Adriana Velloso e colaboradoras

1- IDENTIFICAÇÃO

- 1.1- Informe seu nível de formação (escolar, técnico, graduação ou pós-graduação) e ano de formatura.

- 1.2- Em caso de ter uma formação específica cite qual a área(s) disciplinar(es) e em qual(is) instituição você se formou?

- 1.3- Informe há quanto tempo trabalha na Atenção Básica.

- 1.4- Descreva sua ocupação na equipe de saúde a qual pertence e o tempo que a exerce.

2- DESCREVA O QUE SIGNIFICA CUIDADO PARA VOCÊ.

LEGENDA DE FUNÇÃO	FON – Fonoaudiólogo(a)
ACE – Agente de Combate as Endemias	FST – Fisioterapeuta
ACS – Agente Comunitário de Saúde	GST – Gestor
ADM – Agente Administrativo	MDF – Médico(a) de Família
ASB – Agente de Saúde Bucal	MDP – Médico(a) Preceptor(a)
ASS – Assistente Social	MDR – Médico(a) Residente
AXE – Auxiliar de Enfermagem	NTC – Nutricionista
CRD – Cirurgião Dentista	OFF – Oficial de Farmácia
EDF – Prof. Educação Física	PSC – Psicólogo(a)
ENF – Enfermeiro(a)	TRO – Terapeuta Ocupacional
FAR – Farmacêutico(a)	TSB – Técnico de Saúde Bucal

3- INFORMAÇÕES DA REDE:

3.1- Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, com quem você busca informação e apoio/aconselhamento/orientação para **compreender** as necessidades de saúde trazidas pelo(s) paciente(s) ou grupo(s) atendido(s) por você.

3.2- Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, com quem você busca informação sobre como proceder, **tecnicamente** (sobre as atividades do trabalho, como as práticas de saúde, administrativas etc.), para responder às necessidades de saúde trazidas pelo(s) paciente(s) ou grupo(s) atendido(s) por você.

3.3- Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, com quem você busca informação sobre como proceder, **discursivamente**, para responder as necessidades de saúde trazidas pelo(s) paciente(s) ou grupo(s) atendido(s) por você.

3.4- Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, a quem você informa e apoia/aconselha/orienta **para que compreenda(am)** as necessidades de saúde do(s) paciente(s) ou grupo(s) por ele atendido.

3.5- Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, a quem você transmite **informações técnicas** (sobre as atividades do trabalho, como as práticas de saúde, administrativas, etc.) para que responda às necessidades de saúde do(s) paciente(s) ou grupo(s) por ele atendido.

3.6- Cite aquele(s) profissional(is), do *serviço de saúde*, que, tendo você conhecimento pessoal ou por literatura, reconhece ter competência para informar e apoiar/aconselhar/orientar, os demais trabalhadores de saúde, sobre o cuidado em saúde.

4- RESPONDA OS ITENS ABAIXO NA TABELA QUE SEGUE. NELA ESTÃO LISTADOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SEGMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PESQUISADO, SUAS FUNÇÕES E EQUIPE. MARQUE COM UM “X” NAS COLUNAS DE CADA ITEM O QUE SE PEDE :

4.1- Qual(is) destes profissionais você conhece pessoalmente ?

4.2- Qual(is) destes profissionais você conhece, apenas, virtualmente (já fez contato por e-mail, memorando, carta, telefone etc.)?

4.3- Com qual(is) destes profissionais você se relaciona regularmente por laços infocomunicacionais **institucionais formais** (reuniões de equipe e planejamento; aperfeiçoamento e compartilhamento de atividades de trabalho etc.)?

4.4- Com qual(is) destes profissionais você se relaciona regularmente por laços infocomunicacionais **de natureza informal no próprio local de trabalho** (conversas em áreas comuns do *serviço de saúde*, por meios eletrônicos etc.)?

4.5- Com qual(is) destes profissionais você se relaciona regularmente por laços infocomunicacionais **informais fora do serviço**.

4.6- Com qual(is) destes profissionais você acredita ser importante ter acesso e não têm no momento?

Nº	NOME	OCUP	UNIDADE	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6
001		ACS	Santa Paula						
002		ACS	Santa Paula						
003		ACS	Santa Paula						
004		ACS	Santa Paula						
005		ACS	Santa Paula						
006		ACS	Santa Paula						
007		ASB	Dalmir						
008		AXE	Santa Paula						
009		CRD	Dalmir						
010		ENF	Santa Paula						
011		MDR	Santa Paula						
012		MDR	Santa Paula						

013		ACE	Santa Paula						
014		MDP	Dalmir						
015		ACS	Cata-Vento						
016		ACS	Cata-Vento						
017		ACS	Cata-Vento						
018		ACS	Cata-Vento						
019		ACS	Cata-Vento						
020		ACS	Cata-Vento						
021		ASB	Dalmir						
022		AXE	Cata-Vento						
023		CRD	Dalmir						
024		ENF	Cata-Vento						
025		MDR	Cata-Vento						
026		MDR	Cata-Vento						
027		ACE	Cata-Vento						
028		ACE	Cata-Vento						
029		MDP	Dalmir						
030		ACS	Cabuçu de Baixo						
031		ACS	Cabuçu de Baixo						
032		ACS	Cabuçu de Baixo						
033		ACS	Cabuçu de Baixo						
034		ACS	Cabuçu de Baixo						
035		ACS	Cabuçu de Baixo						
036		AXE	Cabuçu de Baixo						
037		MDR	Cabuçu de Baixo						
038		MDF	Cabuçu de Baixo						
039		ENF	Cabuçu de Baixo						
040		ACE	Cabuçu de Baixo						

041		ACS	Brilho do Sol						
042		ACS	Brilho do Sol						
043		ACS	Brilho do Sol						
044		ACS	Brilho do Sol						
045		AXE	Brilho do Sol						
046		MDF	Brilho do Sol						
047		ACE	Brilho do Sol						
048		ENF	Brilho do Sol						
049		GTC	Dalmir						
050		OFF	Dalmir						
051		ADM	Dalmir						
052		FAR	Dalmir						
053		ACS	Cantagalo						
054		ACS	Cantagalo						
055		ACS	Cantagalo						
056		ACS	Cantagalo						
057		ACS	Cantagalo						
058		ACS	Cantagalo						
059		AXE	Cantagalo						
060		ENF	Cantagalo						
061		MDR	Cantagalo						
062		MDR	Cantagalo						
063		MDF	Porto de Moz						
064		ENF	Porto de Moz						
065		AXE	Porto de Moz						
066		ACS	Porto de Moz						
067		ACS	Porto de Moz						
068		ACS	Porto de Moz						
069		ACS	Porto de Moz						
070		MDF	Canoanã						
071		ENF	Canoanã						
072		AXE	Canoanã						
073		ACS	Canoanã						
074		ACS	Canoanã						
075		ACS	Canoanã						
076		ACS	Canoanã						
077		ACS	Canoanã						
078		ACS	Canoanã						
079		MDF	Oliveiras						

080		ENF	Oliveiras						
081		AXE	Oliveiras						
082		ACS	Oliveiras						
083		ACS	Oliveiras						
084		ACS	Oliveiras						
085		ACS	Oliveiras						
086		ACS	Oliveiras						
087		MDF	Lassance						
088		ENF	Lassance						
089		AXE	Lassance						
090		ACS	Lassance						
091		ACS	Lassance						
092		ACS	Lassance						
093		ACS	Lassance						
094		ACS	Lassance						
095		ACS	Lassance						
096		MDF	Itumirim						
097		ENF	Itumirim						
098		AXE	Itumirim						
099		ACS	Itumirim						
100		ACS	Itumirim						
101		ACS	Itumirim						
102		ACS	Itumirim						
103		ACS	Itumirim						
104		ACS	Itumirim						
105		GST	José de Paula						
106		ADM	José de Paula						
107		ASB	José de Paula						
108		CRD	José de Paula						
109		OFF	José de Paula						
110		FAR	NASF						
111		ASB	José de Paula						
112		TSB	José de Paula						
113		CRD	José de Paula						
114		MDF	Santa Clara						
115		MDF	América						
116		MDF	América						
117		ENF	Santa Clara						
118		ENF	América						

119		AXE	Santa Clara						
120		AXE	América						
121		CRD	Woodrow						
122		ASB	Woodrow						
123		ACS	América						
124		ACS	Santa Clara						
125		ACS	América						
126		ACS	América						
127		ACS	Santa Clara						
128		ACS	Santa Clara						
129		ACS	América						
130		ACS	América						
131		ACS	América						
132		ACS	América						
133		ACS	Santa Clara						
134		ACS	Santa Clara						
135		ACS	Santa Clara						
136		GST	Woodrow						
137		TRO	NASF						
138		PSC	NASF						
139		FON	NASF						
140		NTC	NASF						
141		FST	NASF						
142		ASS	NASF						
143		EDF	NASF						
144		ENF	Woodrow						
145		ENF	Woodrow						

5- Pensando nos profissionais indicados no item 4.6 responda: Por quê acredita ser importante ter acesso a cada um destes profissionais?

6- Informe sua idade e sexo.

OBRIGADA!

Anexo E - MATRIZES

UCINET spreadsheet - C:\Users\Adriane\Desktop\OUTORADO\OARS TEST\MATRIZ25\MATRIX 1 CONTATO PESSOAL.xlsx

FileEditTransformDataLayoutWindowsHelp

Net = 0.0 - 0.8

Net = 0.2

Note: Columns A and Row 1 are for labels only -- If you have none, leave them blank. The data always start in cell B2.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1		1803/081	1004/002	1304/001	1004/145	1004/116	1007/000	1007/022	1013/052	1013/014	1015/025	1015/009	1015/003	1015/002	1015/003	1015/004	1015/005	1015/009	1015/009	1015/009
2	1003/001	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
3	1004/002	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	1004/003	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
5	1004/145	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
6	1004/146	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
7	1007/000	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1007/022	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
9	1013/052	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
10	1013/014	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
11	1015/025	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
12	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
13	1015/003	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
14	1015/002	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
15	1015/004	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
16	1015/005	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
17	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00
18	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00
19	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00
20	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00
21	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
22	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
23	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
24	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
25	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
26	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
27	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
28	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
29	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
30	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
31	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
32	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
33	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
34	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
35	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
36	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
37	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
38	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
39	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
40	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
41	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
42	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
43	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
44	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
45	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
46	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
47	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
48	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
49	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
50	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
51	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
52	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
53	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
54	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
55	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
56	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
57	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
58	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
59	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
60	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
61	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
62	1015/009	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			

[illegible]

[illegible]

The screenshot displays an Excel spreadsheet titled "MATRIZ 6" with a grid of data. The columns are labeled with letters A through T, and the rows are numbered 1 through 25. The data is organized into a grid where each cell contains a numerical value. The spreadsheet is titled "MATRIZ 6" and the data is organized into a grid where each cell contains a numerical value.

UCINET Spreadsheet - C:\Users\Adrian\Desktop\DOUGADADADARS TEST\MATRICES\AN\MATRIX B.FORMAL #66

File Edit Transform Fill Labels Options Help

Matrix: B.FORMAL

Note: Columns A and Row 1 are for labels only -- If you have none, leave them blank. The data always start in cell B2.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1		1003/001	1004/002	1004/003	1004/004	1004/005	1004/006	1004/007	1004/008	1004/009	1004/010	1004/011	1004/012	1004/013	1004/014	1004/015	1004/016	1004/017	1004/018	1004/019
2	1003/001	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
3	1004/002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
4	1004/003	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
5	1004/004	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
6	1004/005	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
7	1007/009	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
8	1007/023	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
9	1010/052	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
10	1010/044	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
11	1015/014	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
12	1015/025	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
13	1016/006	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
14	1101/013	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
15	1102/000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
16	1102/002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
17	1102/003	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
18	1102/004	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
19	1102/006	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
20	1102/008	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
21	1106/008	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
22	1109/010	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
23	1116/011	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
24	1116/012	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
25	1201/027	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
26	1201/028	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
27	1202/015	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
28	1202/016	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
29	1202/017	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
30	1202/018	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
31	1202/019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

MATRIX B.FORMAL

UCINET Spreadsheet - C:\Users\Adrian\Desktop\DOUGADADADARS TEST\ATTRIBUTES\ATTRIBUTES.gad age sex occp temp do temp occp

File Edit Transform Fill Labels Options Help

Matrix: B.FORMAL

Note: Columns A and Row 1 are for labels only -- If you have none, leave them blank. The data always start in cell B2.

	A	B	C	D	E	F	G
1		gad	slide	sex	sea deep	temp do	temp occp
2	1003/001	2.000	30.000	2.000	20.000	1.010	
3	1004/002	0.000		2.000			
4	1004/003	2.000		2.000	20.000	0.100	
5	1004/004	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.100
6	1004/005	2.000	30.000	2.000	12.000	0.000	0.000
7	1007/009	5.000	30.000	1.000	12.000	0.000	0.000
8	1007/023	0.000		1.000	12.000		
9	1010/052	3.000	37.000	2.000	13.000	2.110	2.070
10	1010/044	5.000		1.000	11.000	7.000	3.020
11	1015/014	5.000		1.000	14.000	6.000	
12	1015/025	5.000	42.000	1.000	14.000	14.000	
13	1016/006	1.000		1.000	0.000	0.000	0.000
14	1101/013	1.000	41.000	1.000	0.000	2.000	2.000
15	1102/000	1.000		2.000	0.000	2.000	2.000
16	1102/002	1.000	40.000	2.000	0.000	2.000	2.000
17	1102/003	1.000	37.000	2.000	0.000	2.070	
18	1102/004	1.000	31.000	2.000	0.000	2.000	2.000
19	1102/006	2.000	30.000	2.000	15.000	2.000	2.000
20	1102/008	0.000		2.000			
21	1106/008	1.000		2.000	0.000	13.000	6.000
22	1109/010	3.000	26.000	2.000	11.000	3.000	3.000
23	1116/011	3.000	27.000	2.000	14.000	0.000	
24	1116/012	3.000	27.000	2.000	14.000	1.000	
25	1201/027	3.000	30.000	2.000	0.000	1.000	1.020
26	1201/028	0.000		1.000			
27	1202/015	2.000	24.000	2.000	11.000	2.070	2.070
28	1202/016	0.000		2.000			
29	1202/017	3.000	30.000	2.000	4.000	3.000	3.000
30	1202/018	1.000	20.000	2.000	0.000	2.070	2.070
31	1202/019	2.000	40.000	2.000	5.000	2.000	2.000
32	1202/020	1.000	40.000	1.000	0.000	2.000	2.000

ATTRIBUTES.gad age sex occp temp do temp occp

UCINET Spreadsheet - C:\Users\Adriana\Desktop\DOCTORA\DOCTA\TESTE\ATRIBUTOS\ATRIBUTOS OCUP CL UNE REVISADA.XLS

File Edit Transform Fill Labels Options Help

Format: Row Col: 180 2

Note: Columns A and Row 1 are for labels only -- If you have none, leave them blank. The data always start in cell B2.

	A	B	C	D
1		ocupação	ritmo	velocidade
2	1003/001	3.000	1.800	10.800
3	1004/002	4.000	1.800	10.800
4	1004/025	4.000	1.800	10.800
5	1004/145	4.000	1.800	10.800
6	1004/146	4.000	1.800	10.800
7	1007/009	7.000	1.800	10.800
8	1007/020	7.000	1.800	10.800
9	1010/002	10.000	1.800	10.800
10	1013/044	10.000	1.800	10.800
11	1015/014	10.000	1.800	10.800
12	1015/029	10.000	1.800	10.800
13	1016/000	10.000	1.800	10.800
14	1101/013	1.000	1.800	11.800
15	1102/000	2.000	1.800	11.800
16	1102/002	2.000	1.800	11.800
17	1102/003	2.000	1.800	11.800
18	1102/004	2.000	1.800	11.800
19	1102/005	2.000	1.800	11.800
20	1102/006	2.000	1.800	11.800
21	1106/000	6.000	1.800	11.800
22	1109/010	5.000	1.800	11.800
23	1116/011	10.000	1.800	11.800
24	1116/012	10.000	1.800	11.800
25	1201/027	1.000	1.800	12.800
26	1201/028	1.000	1.800	12.800
27	1202/011	2.000	1.800	12.800
28	1202/016	2.000	1.800	12.800
29	1202/017	2.000	1.800	12.800
30	1202/018	2.000	1.800	12.800
31	1202/019	2.000	1.800	12.800
32	1202/020	2.000	1.800	12.800

ATRIBUTOS OCUP CL UNE REVISADA

Current cell: Row: Col: 180 2

Directions: Row: Col: 180 2

Mode: ☒ Normal ☐ Spontaneous

Anexo F

MEDIDAS

1. MEDIDAS DE APOIO PARA CONHECER AS NSUs

1.1 Centralidade de Grau

MEDIDA CENTRALIDADE DE GRAU M2 REVISADA - R2020-01-01

Arquivo	Editar	Formatar	Exibir	Ajudar
1 ADM	25.000	17.000	2.706	1.840
8 COP	15.000	0.000	1.623	0.000
4 ASB	12.000	18.000	1.299	1.940
1 ACE	10.000	11.000	1.082	1.190
9 CRD	8.000	31.000	0.856	3.355
18 OFF	5.000	12.000	0.541	1.299
7 CEN	4.000	1.000	0.433	0.108
12 FAR	4.000	18.000	0.433	1.940
10 EDF	3.000	8.000	0.325	0.866
5 ASS	0.000	11.000	0.000	1.190
15 GST	0.000	39.000	0.000	4.221
14 FST	0.000	11.000	0.000	1.190
17 NTC	0.000	16.000	0.000	1.732
13 FON	0.000	13.000	0.000	1.407
19 PSC	0.000	17.000	0.000	1.840
20 TRD	0.000	17.000	0.000	1.840
21 TSM	0.000	9.000	0.000	0.972

DESCRIPTIVE STATISTICS:

	1	2	3	4
	OutDegree	InDegree	WmOutDeg	WmInDeg
1 Mean	22.095	22.095	2.393	2.393
2 Std Dev	46.446	20.554	5.027	2.234
3 Sum	464.000	464.000	50.216	50.216
4 Variance	2137.229	422.467	25.267	4.948
5 SSQ	55554.000	19124.000	650.686	223.993
6 NCSQ	45301.000	8871.810	130.605	103.913
7 Euc Norm	235.859	138.250	25.509	14.966
8 Minimum	0.000	0.000	0.000	0.000
9 Maximum	205.000	82.000	22.196	8.874
10 N of Obs	21.000	21.000	21.000	21.000

Network Centralization (Outdegree) = 28.7838

1.2 Centralidade de Intermediação

M2 BETW - R2020-01-01

Input dataset: M2 REVISADA (C:\Users\Adriana\Dropbox\DOCTORADO\ARS TESTE\MATRIZES\M2\M2 REVISADA)

Important note: This routine cannot handle valued data, so it binarizes your data automatically.
It DOES handle directed (non-symmetric) data, so it does NOT symmetrize.

Un-normalized centralization: 851.325

	1	2
	Betweenness	nBetweenness
10 PDF	45.675	12.009
11 ENF	35.935	9.456
1 ADM	19.801	5.211
2 ACS	14.801	3.895
6 JAO	7.417	1.952
9 CRD	2.726	0.717
4 ASB	0.541	0.090
12 FAR	0.200	0.053
18 OFF	0.141	0.038
10 EDF	0.000	0.000
5 ASS	0.000	0.000
7 CEN	0.000	0.000
13 FON	0.000	0.000
14 FST	0.000	0.000
15 GST	0.000	0.000
1 ACE	0.000	0.000
17 NTC	0.000	0.000
8 COP	0.000	0.000
19 PSC	0.000	0.000
20 TRD	0.000	0.000
21 TSM	0.000	0.000

1.3 Centralidade de Proximidade

Arquivo Editar Formatar Exibir Ajuda

362-Clôset - Bloco de notas

Closeness Centrality Measures

		1	2	3	4
		InFarness	outFarness	InCloseness	outCloseness
15	GST	162.000	420.000	12.346	4.762
19	PSC	166.000	420.000	12.048	4.762
11	FOH	167.000	420.000	11.976	4.762
17	NTC	167.000	420.000	11.976	4.762
20	TRO	167.000	420.000	11.976	4.762
14	FST	168.000	420.000	11.905	4.762
5	ASS	168.000	420.000	11.905	4.762
21	TSB	170.000	420.000	11.765	4.762
16	PDF	180.000	42.000	11.131	47.619
11	EMF	181.000	43.000	11.050	46.532
9	CRD	184.000	53.000	10.870	37.736
12	FAR	184.000	58.000	10.870	34.483
2	ACS	185.000	41.000	10.811	48.788
18	OFF	186.000	56.000	10.753	35.718
3	ADM	186.000	41.000	10.753	48.788
6	AAD	186.000	64.000	10.753	45.455
4	ASB	186.000	52.000	10.753	38.462
1	ACE	187.000	56.000	10.695	35.734
10	EDF	191.000	57.000	10.471	35.088
7	CEH	196.000	57.000	10.204	35.088
8	COP	420.000	27.000	4.762	74.074

Statistics

		1	2	3	4
		InFarness	outFarness	InCloseness	outCloseness
1	Mean	189.857	189.857	10.940	28.648
2	Std Dev	52.373	188.677	1.514	29.466
3	Sum	3987.000	3987.000	229.758	601.688

1.4 Centralidade de Informação

Arquivo Editar Formatar Exibir Ajuda

MJ INFOstat - Bloco de notas

1

Inform

1	ACE	7.973
2	ACS	15.853
3	ADM	11.892
4	ASB	10.521
5	ASS	7.017
6	AAD	14.389
7	CEH	4.107
8	COP	8.403
9	CRD	11.527
10	EDF	7.828
11	EMF	14.529
12	FAR	9.313
13	FOH	7.716
14	FST	7.012
15	GST	12.104
16	PDF	14.987
17	NTC	8.568
18	OFF	8.331
19	PSC	8.850
20	TRO	8.822
21	TSB	6.177

STATISTICS

		1
		Inform
1	Mean	9.787
2	Std Dev	3.048
3	Sum	203.838
4	Variance	9.293

1.5 Centralidade de Fluxo

M2 FLOW.txt - Bloco de notas

Arquivo Editor Formatar Exibir Ajuda

Input dataset: M2 REVISADA (C:\Users\Adriana\Dropbox\DOCTORADO\ARS TESE\MATRIZES\M2\M2 REVISADA)

Dataset is not symmetric.

		1	2
		FlowBet	nFlowBet
1	ACE	20.339	5.352
2	ACS	54.174	14.256
3	ADM	22.174	5.835
4	ASB	5.041	1.327
5	ASS	0.000	0.000
6	AXE	11.512	3.030
7	CEN	0.803	0.211
8	COP	0.000	0.000
9	CRD	16.104	4.238
10	EDF	3.347	0.881
11	ENF	48.960	12.884
12	FAR	14.627	3.849
13	FON	0.000	0.000
14	FST	0.000	0.000
15	GST	0.000	0.000
16	MDF	69.529	18.297
17	NTC	0.000	0.000
18	OFF	4.006	1.054
19	PSC	0.000	0.000
20	TRO	0.000	0.000
21	TSB	0.000	0.000

Network Centralization Index = 15.651%

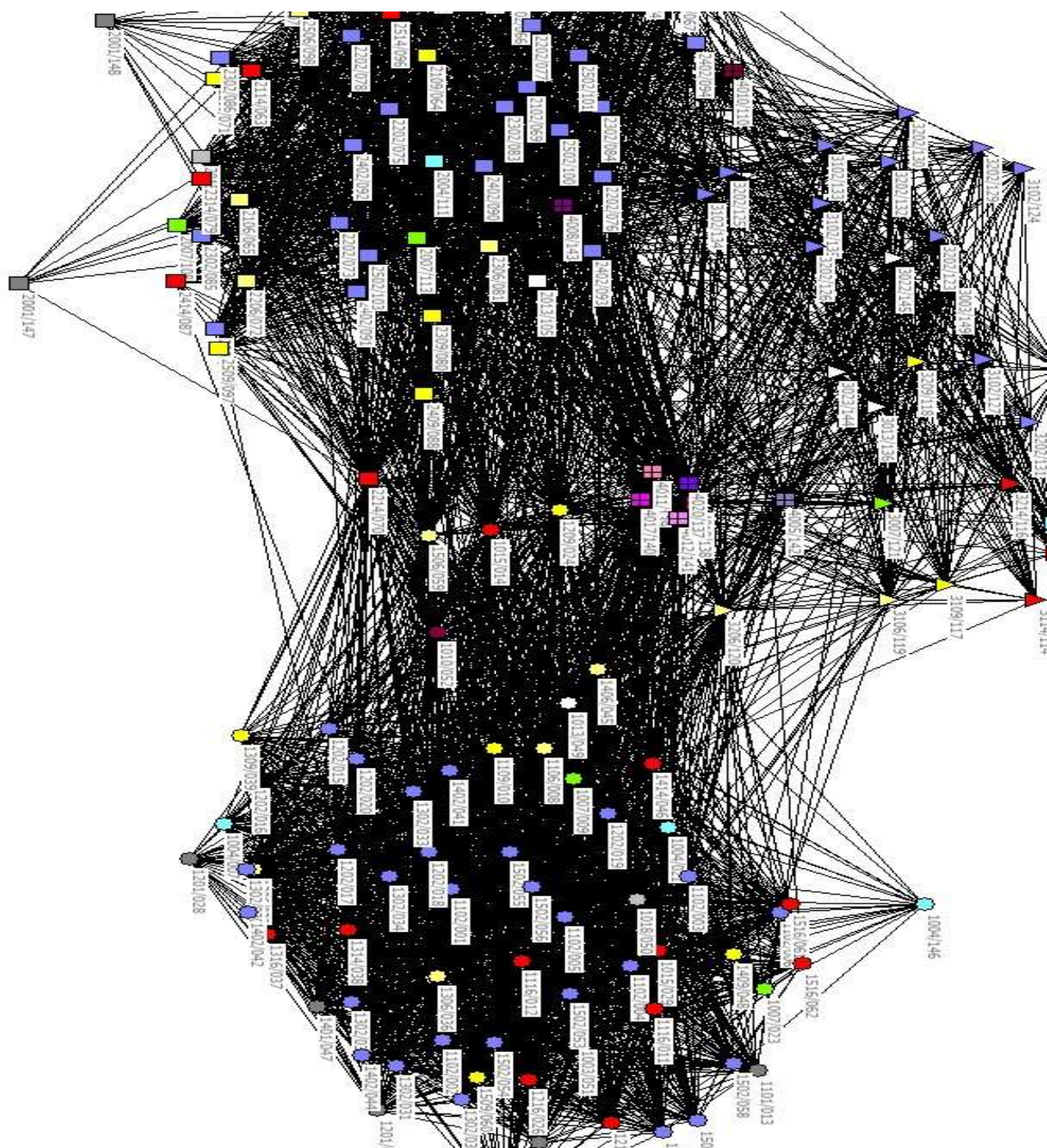
DESCRIPTIVE STATISTICS FOR EACH MEASURE

	1	2
--	---	---

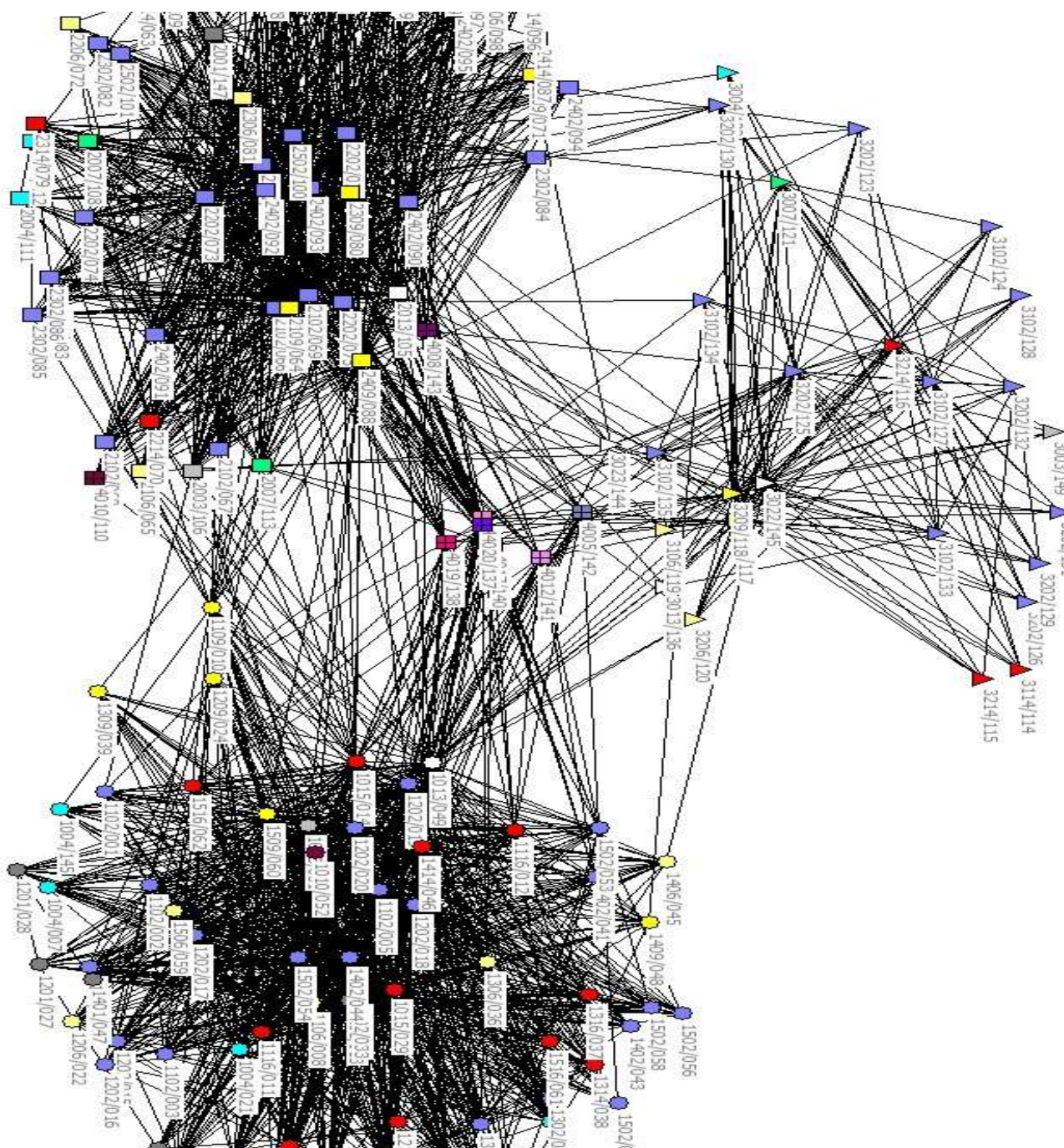
Anexo G - LEGENDA PARA REDES – CORES E OCUPAÇÃO

- 1- ACE – CINZA ESCURO
- 2- ACS – AZUL CLARO
- 3- ADM – CINZA CLARO
- 4- ASB – TURQUESA CLARO
- 5- ASS – LILÁS FECHADO
- 6- AXE – AMARELO CLARO
- 7- CRD – VERDE VIVO
- 8- EDF – UVA
- 9- ENF – AMARELO
- 10- FAR – VINHO
- 11- FON – ROSA
- 12- FST – ROSA CLARO
- 13- GST – BRANCO
- 14- MDF – VERMELHO
- 15- MDP – VERMELHO
- 16- MDR – VERMELHO
- 17- NTC – ROSA ESCURO
- 18- OFF – CINZA CLARO
- 19- PSC – FÚCSIA
- 20- TRO – LILÁS ABERTO
- 21- TSB – TURQUESA
- 22- CEN – BRANCO
- 23- COP – BRANCO

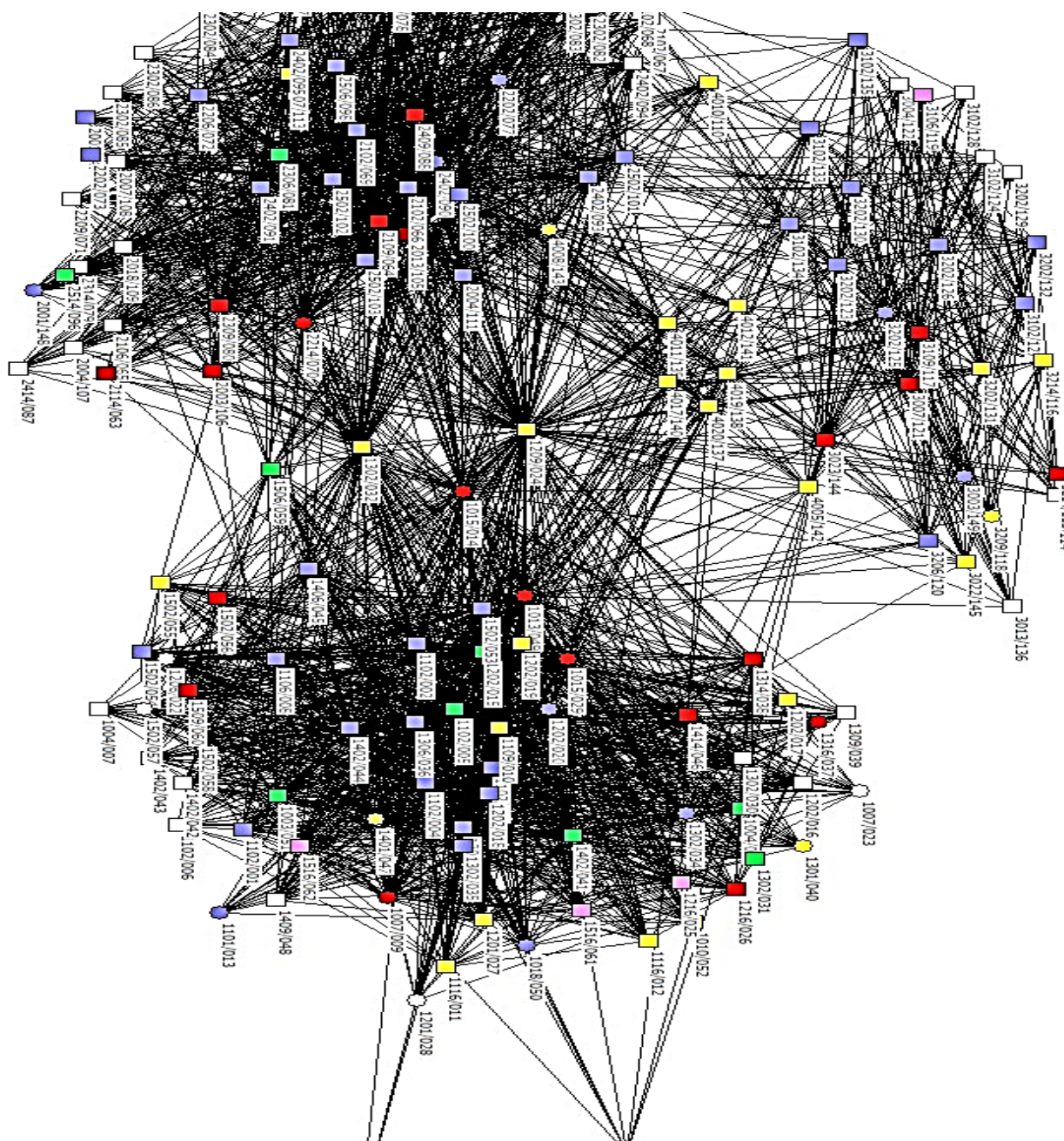
Anexo H - REDES



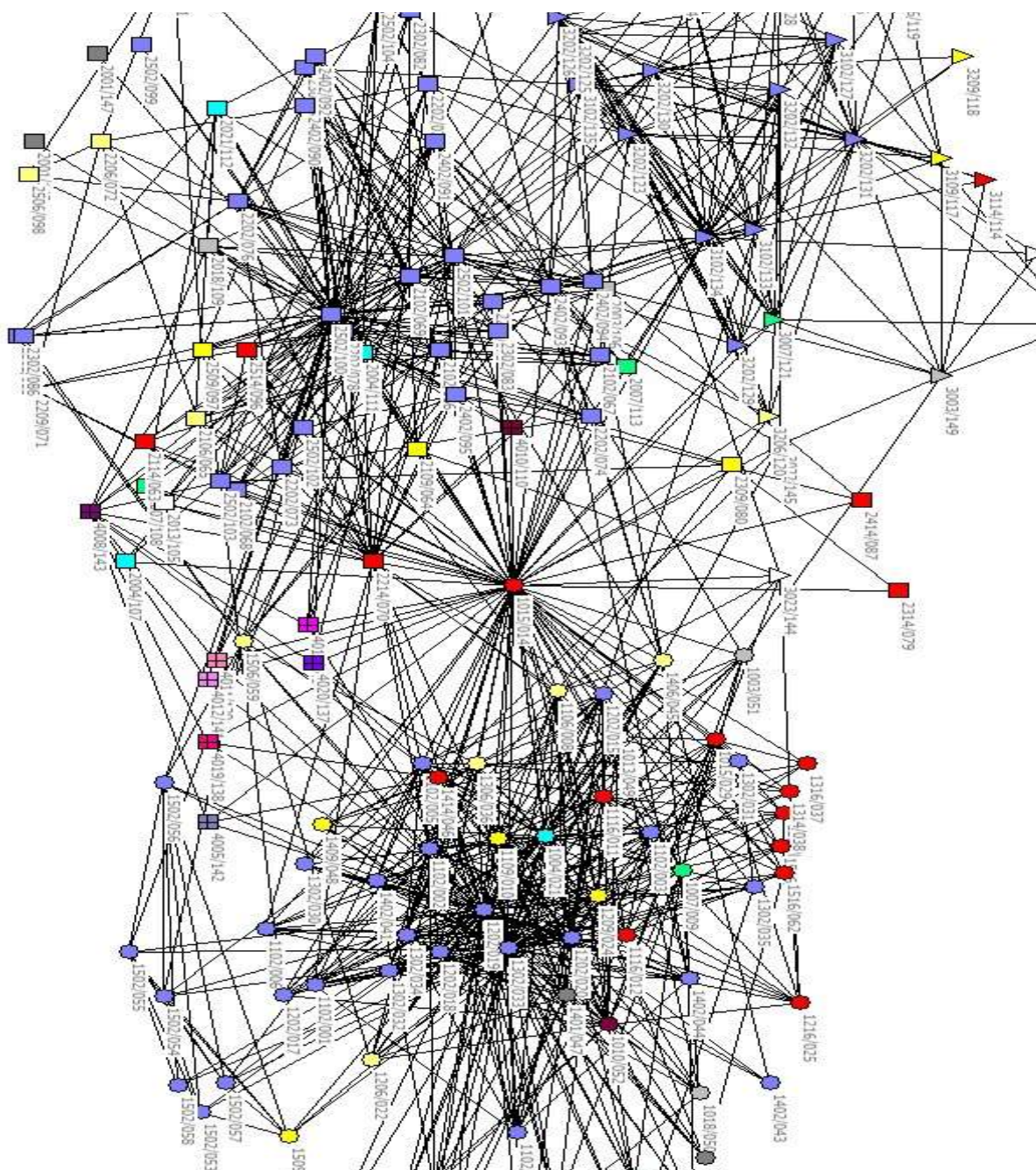
Rede de Conhecidos e Contatos Pessoais



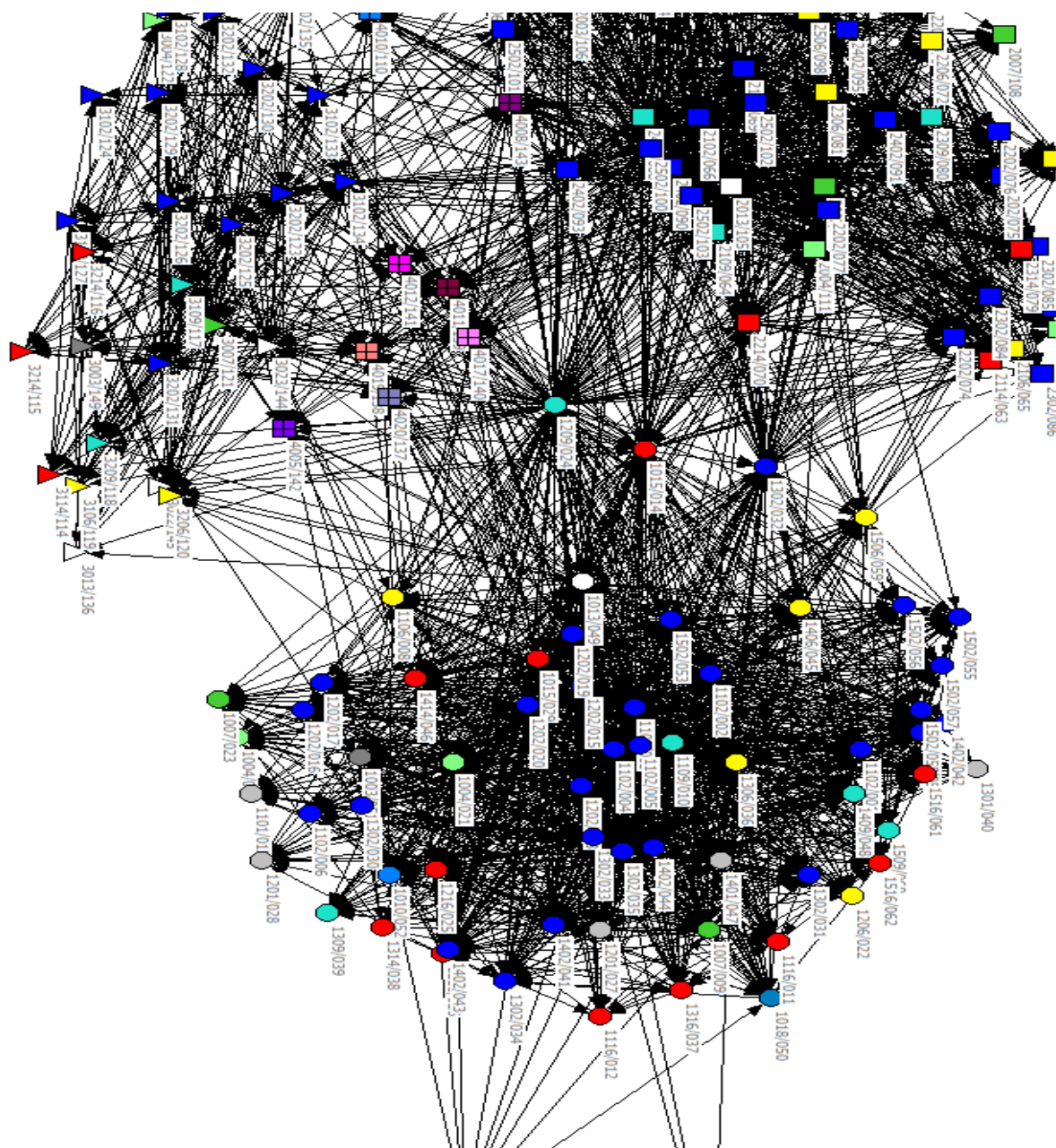
Rede de Relações Formais



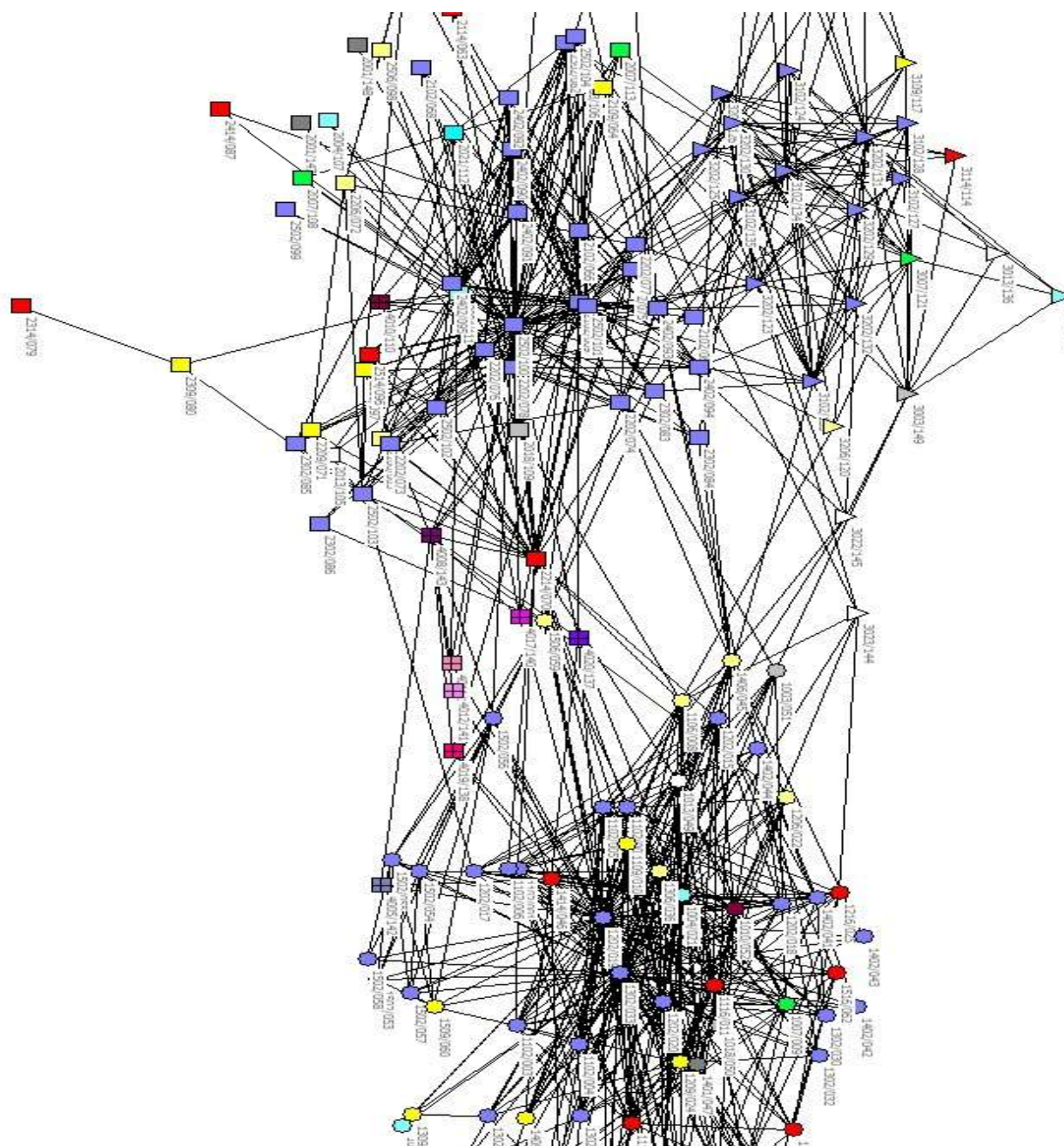
Rede de Relações Informais Institucionais



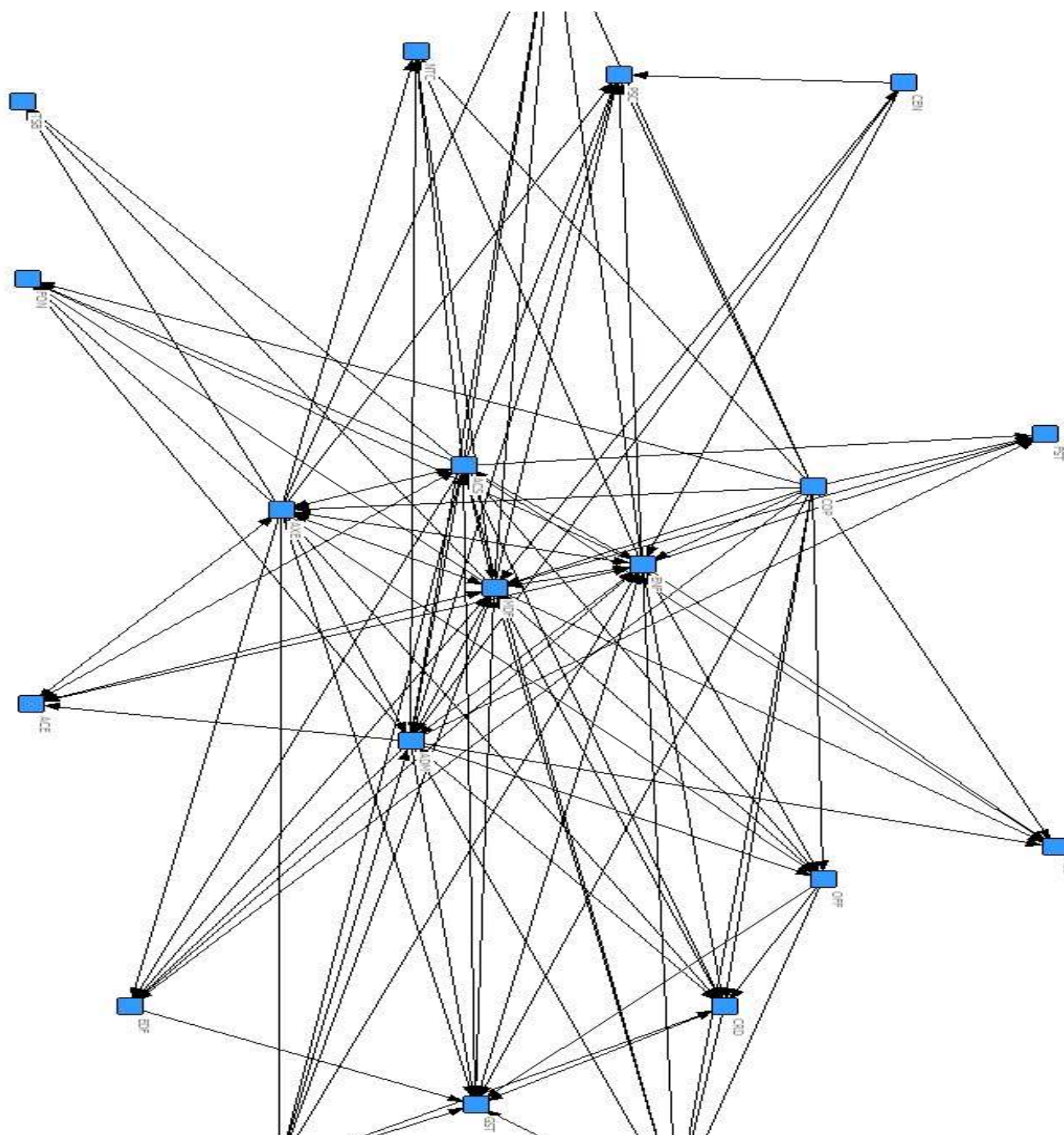
Rede de Relações Informais Externa ao Serviço



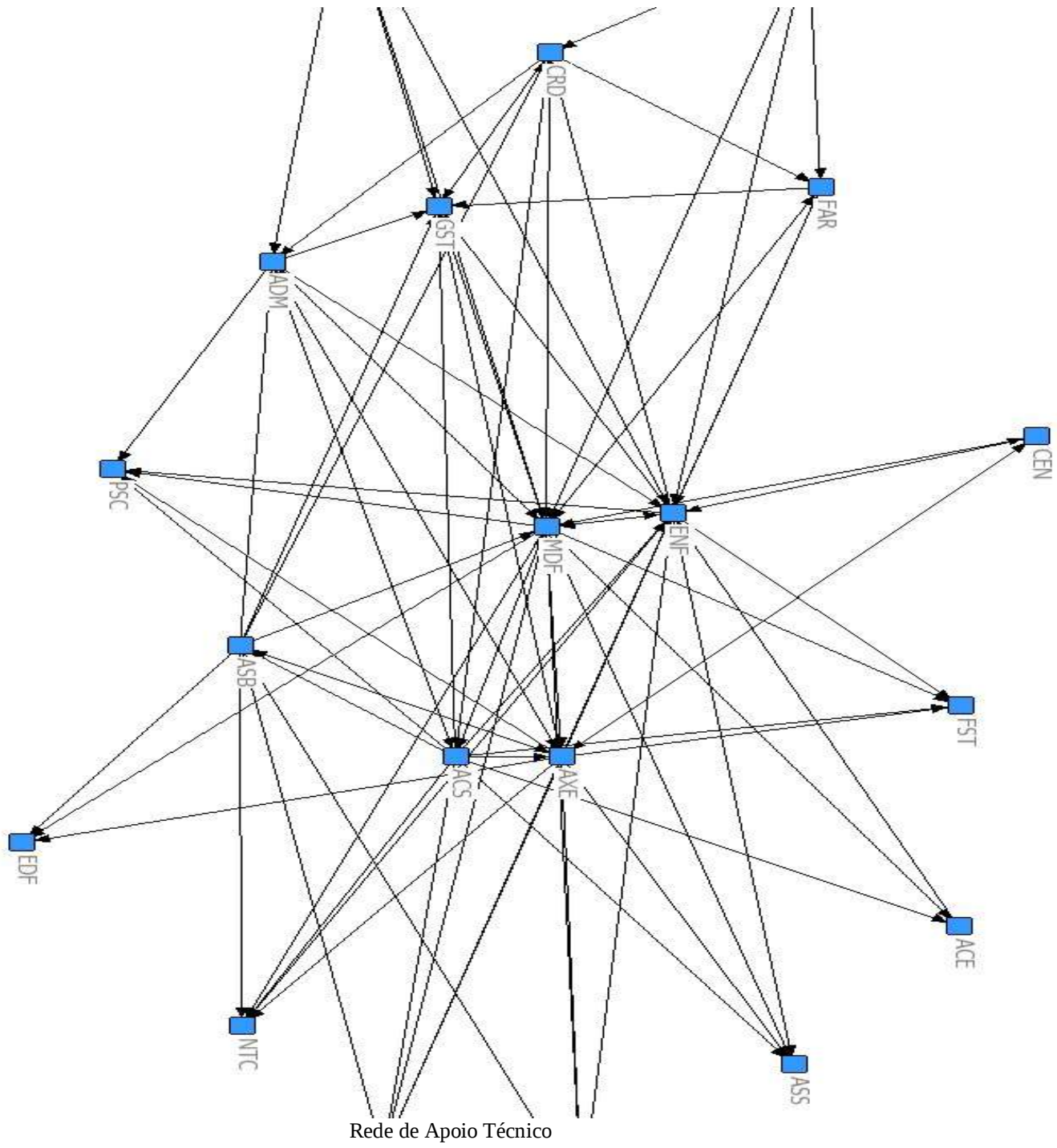
Rede das Relações Informais Institucionais e Externas ao Serviço

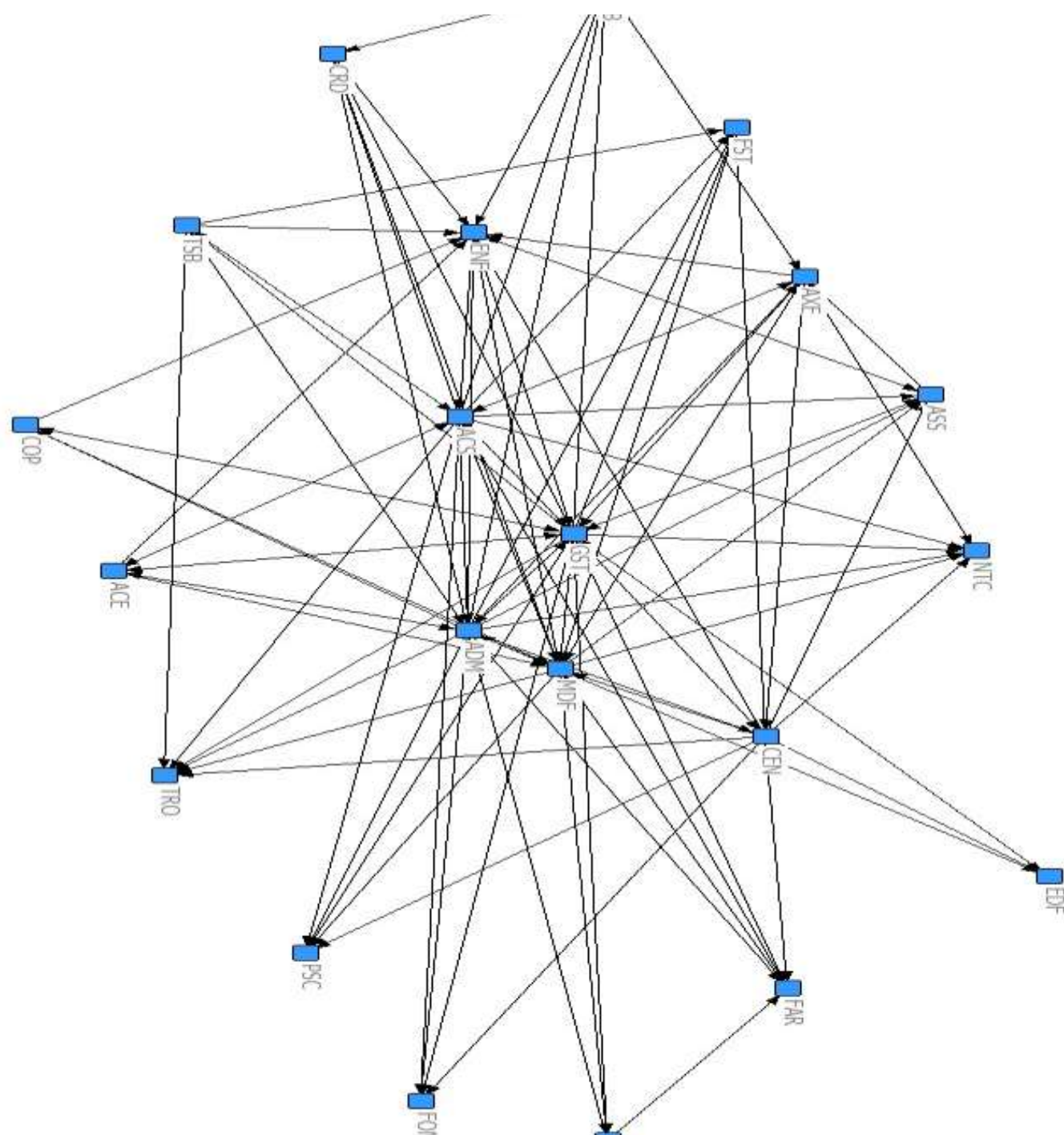


Rede de Relações Informais Externa ao Serviço sem o ator 1015/014

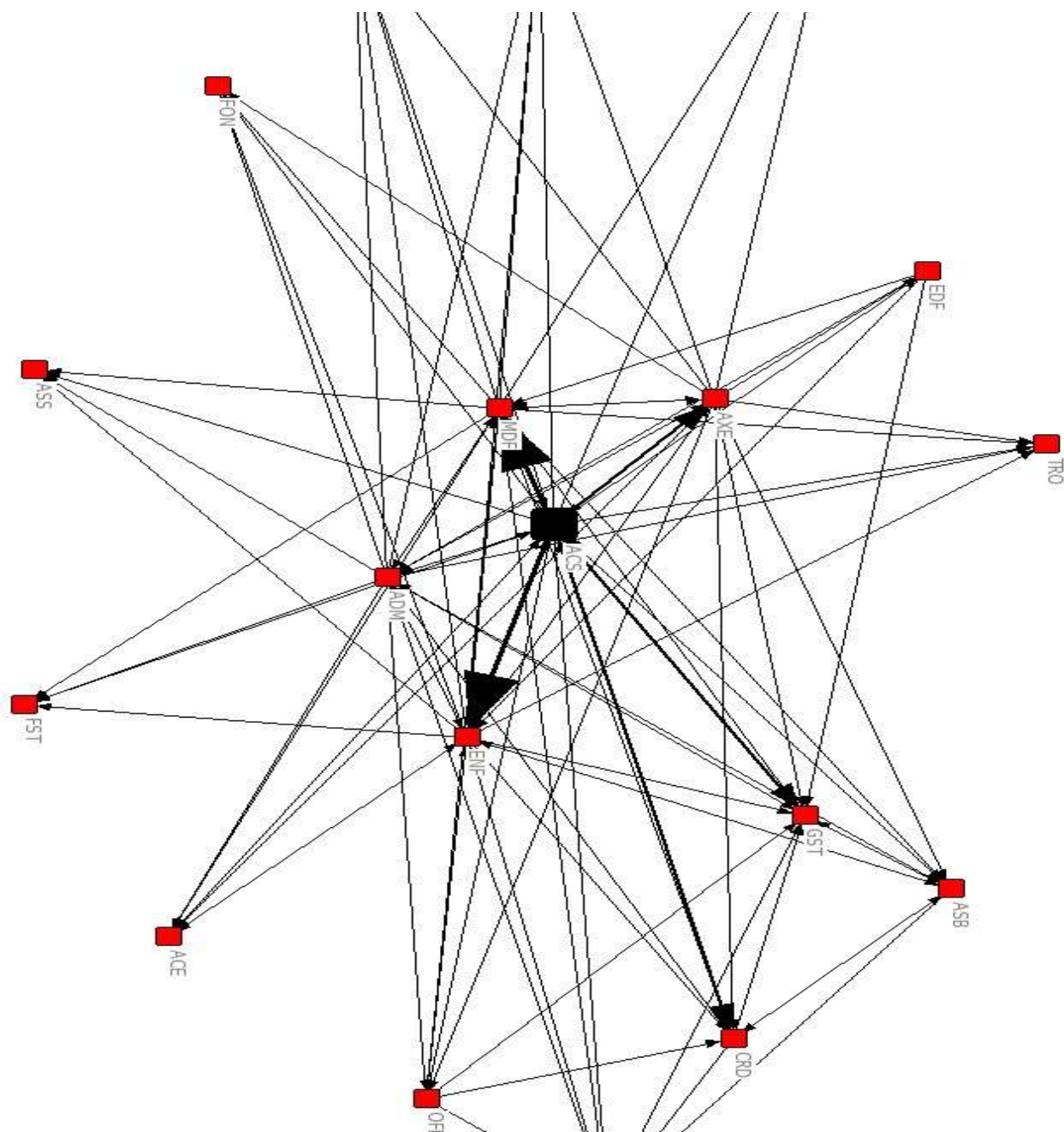


Rede de Apoio para Compreender as Necessidades de Saúde

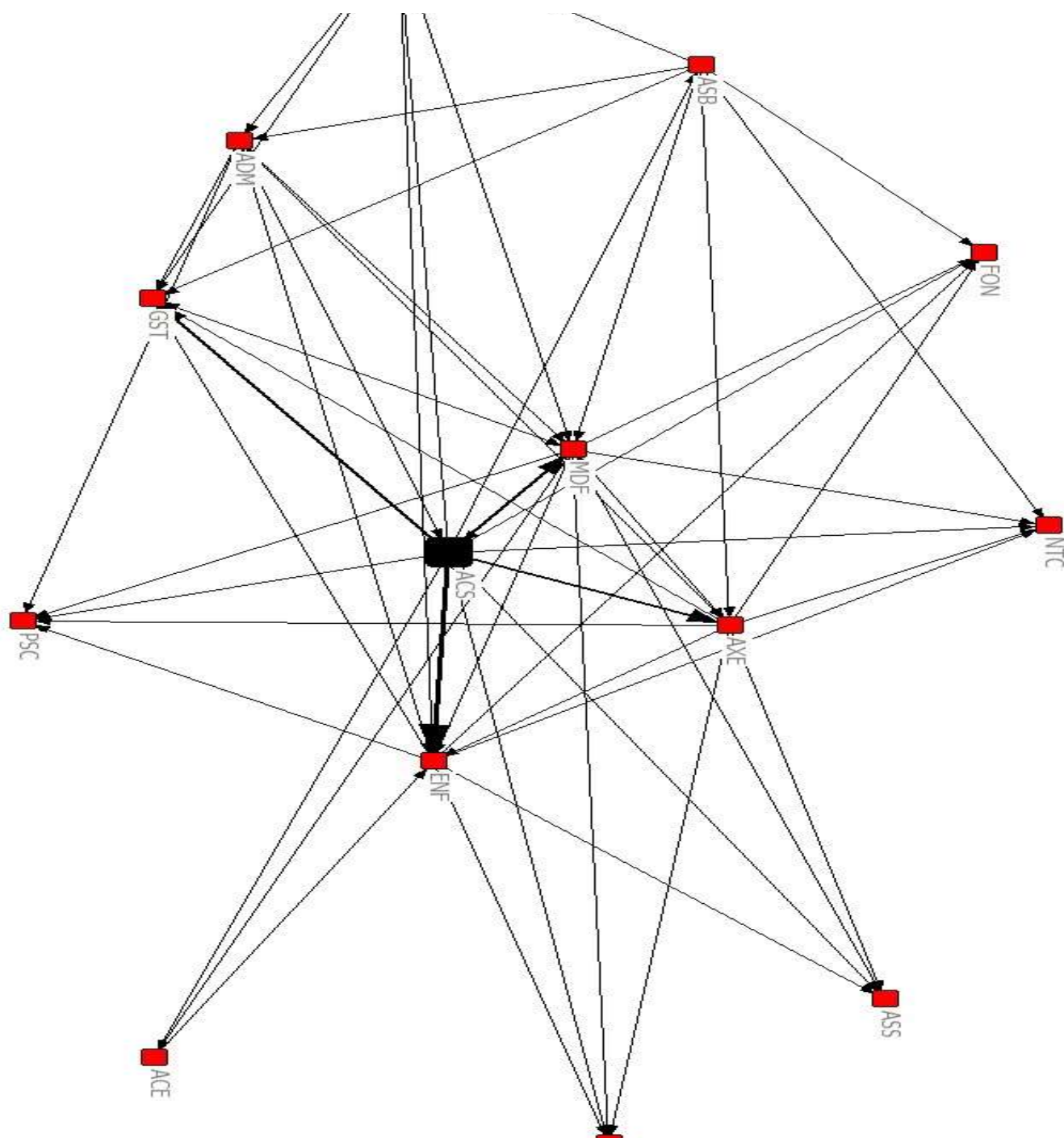




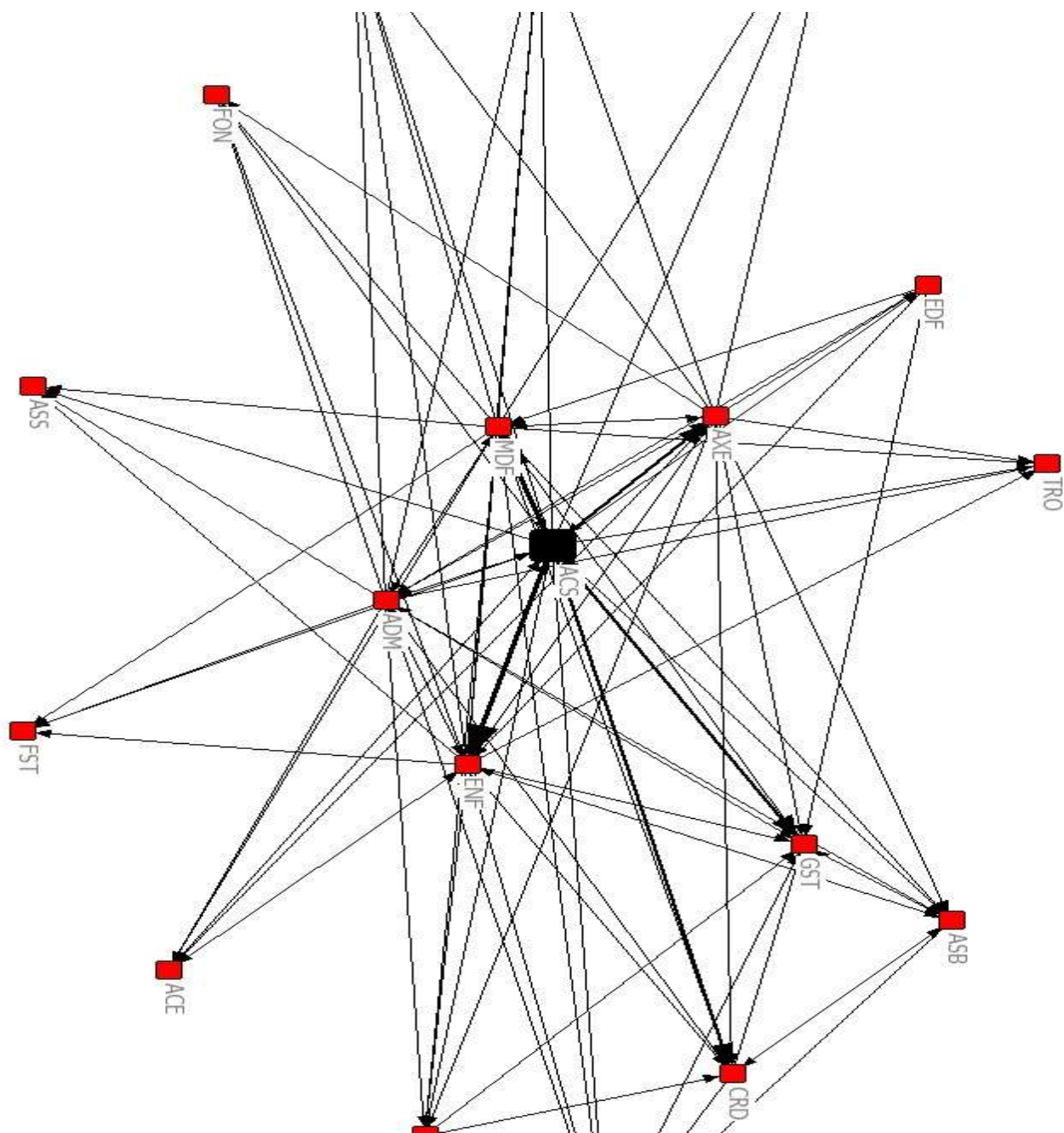
Rede de Apoio Discursivo



Ego-Rede ACS X Apoio para Compreensão Necessidades de Saúde



Ego-Rede ACS – Rede de Apoio para Ação Técnica Nas NS



Ego-Rede ACS – Rede de Apoio para Ação Discursiva Nas NS

ANEXO I - REPRESENTAÇÕES DE CUIDADO

FUNÇÃO	PARA VOCÊ O QUE É O CUIDADO?
ACE	PREVINIR E CUIDAR DO BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO
ACE	CUIDADO PARA MIM SIGNIFICA ZELAR
ACE	
ACE	AGIR DE FORMA PRECAVIDA
ACE	PREVENIR E MANTER SEMPRE BEM
ACE	CUIDADOS PARA MIM SIGNIFICA PRESERVAR A INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL DO SER HUMANO
ACE	ATENÇÃO
ACS	PREOCUPAÇÃO, [SIC] ATENÇÃO, SE IMPORTAR COM O OUTRO, EMPATIA
ACS	CUIDADO SIGNIFICA PARA MIM, ZELAR. ZELAR PELO QUE AMO, PELA SAÚDE
ACS	ATENÇÃO
ACS	ZELAR PELA SAÚDE DE ALGUÉM
ACS	ZELAR, SE IMPORTAR, TER ATENÇÃO, RESPEITAR
ACS	
ACS	CUIDADO PARA MIM SIGNIFICA ALGO EXTREMAMENTE IMPORTANTE. SIGNIFICA IMPORTA-SE COM O PRÓXIMO, OBSERVAR O BEM OU MAL-ESTAR DE UM ALGUÉM
ACS	
ACS	ZELAR PELO BEM DO PRÓXIMO
ACS	SIGNIFICA ORIENTAR
ACS	SABER OUVIR, SABER FALAR, SABER ORIENTAR E SABER CHAMAR A ATENÇÃO NA HORA CERTA, SEM AGREDIR O PACIENTE
ACS	BEM-ESTAR
ACS	
ACS	PRA MIM É SE COLOCAR NO LUGAR DO OUTRO, FAZER PELA OUTRA PESSOA TUDO O QUE FOR NECESSÁRIO PARA SEU BEM-ESTAR
ACS	ATENÇÃO E CARINHO AO PACIENTE
ACS	AMAR O PRÓXIMO
ACS	ZELO
ACS	CUIDADO, PARA MIM, COM AS PESSOAS SIGNIFICA ATENÇÃO, AMOR, CARINHO, TER PRAZER NO QUE FAÇO PARA ATENDER AO MEU PRÓXIMO
ACS	CUIDAR, TOMAR CONTA, TER ZELO
ACS	
ACS	
ACS	-
ACS	-
ACS	-
ACS	ACOLHER, CUIDAR, ORIENTAR
ACS	ZELO PELO OUTRO
ACS	
ACS	
ACS	CUIDADO É TODO TIPO DE ATENÇÃO PARA COM ALGUM INDIVÍDUO OU ATO A SER FEITO COM CAUTELA

ACS	
ACS	
ACS	DAR ATENÇÃO, TRATAR, AJUDAR, OUVIR
ACS	VIGIAR, ACONSELHAR
ACS	
ACS	ZELAR POR ALGUÉM OU ALGO
ACS	INÚMERAS PALAVRAS QUE ENVOLVEM O SER HUMANO NO SENTIDO BOM OU RUIM DA VIDA
ACS	ATENÇÃO DADA A DETERMINADA PESSOA EM UMA NECESSIDADE ESPECÍFICA
ACS	RESPONSABILIDADE
ACS	
ACS	ZELAR POR ALGO
ACS	ZELAR, PROTEGER
ACS	
ACS	
ACS	CUIDADO PARA MIM É QUALQUER TIPO DE PREVENÇÃO QUE POSSAMOS TER
ACS	CUIDAR É ZELAR, ACOMPANHAR, OBSERVAR
ACS	É A ATENÇÃO QUE SE DEVE TER COM AS PESSOAS
ACS	UM OLHAR DIFERENCIADO NO TODO
ACS	
ACS	BEM-QUERER PARA COM O PRÓXIMO
ACS	
ACS	DEDICAÇÃO, ESFORÇO, VONTADE DE FAZER O MELHOR EM BENEFÍCIO DO OUTRO
ACS	CUIDADO, DEDICAÇÃO, RESPONSABILIDADE, DEVER, AMIZADE, CARINHO
ACS	ZELO, PREOCUPAÇÃO, CARINHO
ACS	TRATAR, ZELAR, SE PREOCUPAR, DAR ATENÇÃO, MANIFESTAR INTERESSE EM AJUDAR
ACS	TER ATENÇÃO E DEDICAÇÃO EM TUDO QUE FAZ
ACS	
ACS	ZELO, ATENÇÃO, PRECAUÇÃO
ACS	
ACS	PREVENÇÃO À SAÚDE (sic)
ACS	DAR ATENÇÃO, SABER OUVIR, SE COLOCAR NO LUGAR DO OUTRO, TER UM OLHAR DIFERENCIADO AO (sic) PRÓXIMO
ACS	É VOCÊ SE DESPRENDER DE CONCEITOS E PRECONCEITOS PRÉ ESTABELECIDOS E TER UM OLHAR DE RESPEITO AO INDIVÍDUO SEJA ELE QUEM FOR
ACS	RESPEITO
ACS	-
ACS	DAR ATENÇÃO
ACS	
ACS	CUIDADO SIGNIFICA UMA ATENÇÃO ESPECIAL
ACS	QUERER O BEM, PROTEGER ETC.
ACS	ORIENTAR, AJUDAR, APOIAR, FAZER COM QUE A PESSOA CHEGUE A FAZER (sic) ALGUM TRATAMENTO

ADM	-
ADM	PREOCUPAÇÃO, DEDICAÇÃO
ADM	ZELAR, PROTEGER OS OUTROS E A SI PRÓPRIO
ADM	SIGNIFICA ATENÇÃO AO PRÓXIMO, COLOCAR-SE NO LUGAR DE QUEM PRECISA E DE QUEM BUSCA AJUDA
ASB	
ASB	CARINHO
ASB	SABER ESCUTAR, FAZER (sic) ATENÇÃO INTEGRAL E PERMANECER CUIDANDO
ASB	
ASB	PREVENÇÃO
ASB	
ASS	
AXE	O CUIDAR É UM TODO, DESDA (sic) PARTE FÍSICA, MENTAL, SOCIAL E (sic) RESPEITO POR CADA PESSOA QUE PROCURE O NOSSO TRABALHO DENTRO DA ÁREA DE SAÚDE
AXE	
AXE	ZELO, MANTER BEM
AXE	ORIENTAR, ZELAR COM CONTINUIDADE
AXE	CUIDADO É DESDE A PREVENÇÃO ATÉ A DOENÇA. SE (sic) CUIDARMOS ANTES DO ADOECER TUDO FICA MELHOR.
AXE	
AXE	É O AFETO, DEDICAÇÃO, ZELO, CARINHO
AXE	TER EMPATIA POR OUTRO
AXE	
AXE	-
AXE	CUIDAR É PROPORCIONAR AO PRÓXIMO, AÇÕES OU INTERVENÇÕES QUE VENHAM CONTRIBUIR PARA O BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL, EMOCIONAL COM MANEIRAS HUMANIZADAS, HOLÍSTICA, EFETIVA E RESPEITOSA, SEM CAUSAR DANOS MORAIS OU FÍSICOS OU DISCRIMINAÇÕES DE RAÇA, RELIGIÃO, CULTURA OU SITUAÇÃO SOCIAL. TRANSMITIR AMOR E SEGURANÇA
AXE	ATENDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DO PACIENTE
CRD	ESCUTA QUALIFICADA, ATENÇÃO INTEGRAL, CONTINUIDADE DE AÇÕES PREVENTIVAS
CRD	
CRD	
CRD	SIGNIFICA DO PRIMEIRO CONTATO COM O USUÁRIO À FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO OU PROCEDIMENTO EXERCIDO PARA COM O MESMO, OU SEJA, TER ATENÇÃO EM DAR RESOLUTIVIDADES (sic) AO PROBLEMA DO MESMO DO INÍCIO AO FIM
CRD	ZELO
EDF	PROMOVER A UM INDIVÍDUO OU GRUPO DE INDIVÍDUOS ATENÇÃO EM SAÚDE COM UMA VISÃO INTEGRALIZADA DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS
ENF	O CUIDADO É A ATENÇÃO EXERCIDA AO OUTRO, RESPEITANDO SEU CONTEXTO SOCIAL, PESSOAL E FAMILIAR
ENF	CUIDADO REFERE-SE À CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DA SAÚDE, VISANDO BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO ASSISTIDA
ENF	

ENF	
ENF	CUIDADO É UM ATO REALIZADO DE UM INDIVÍDUO PARA O OUTRO, OU A SI PRÓPRIO, QUE VISA UMA GAMA DE AÇÕES, TAIS COMO: TRATAR, DAR ATENÇÃO, PROMOVER A SAÚDE FÍSICA, PSÍQUICA E ESPIRITUAL
ENF	PROMOVER SAÚDE
ENF	
ENF	ESCUTA, ACOMPANHAMENTO E RESOLUTIVIDADE
ENF	CUIDADO É ACOLHER, ORIENTAR, CUIDAR DO OUTRO/ALGUÉM, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DE ALGUÉM
ENF	
ENF	SIGNIFICA (SIC) ACOLHER O OUTRO, OUVIR E TENTAR UMA RESOLUTIVIDADE DE SUAS NECESSIDADES E (SIC) COM INTEGRALIDADE
ENF	CUIDADO É ATENDER A NECESSIDADE DE CADA INDIVÍDUO, RESPEITANDO SUA INDIVIDUALIDADE DE MANEIRA HOLÍSTICA
ENF	PROPORCIONAR, FAVORECER, BOAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE.
ENF	COMPREENDER AS NECESSIDADES E AJUDAR A RESOLVÊ-LAS
FAR	-
GST	DAR AO PRÓXIMO ATENÇÃO, RESPEITO, CARINHO E TRATAMENTO ADEQUADO AS SUAS NECESSIDADES
GST	MANTER/ BUSCAR MANter A HOMEOSTASE A PESSOA PARA MELHORAR SUA QUALIDADE DE VIDA
GST	
MDF	CUIDADO VEM DE CUIDAR. QUE PARA MIM, SIGNIFICA: DAR ATENÇÃO, ACOLHER, "ACONCHEGAR", INFORMAR, RETRIBUIR, CONSOLAR, ESTIMULAR, VALORIZAR...
MDF	CUIDADO ABRANGE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO DA SAÚDE. AÇÃO DE MATRICIAMENTO, AÇÃO INTERSETORIAL, (SIC) ENTRE OUTROS (SIC)
MDF	ATENÇÃO, APREÇO, CARINHO
MDF	UMA ATENÇÃO ESPECIAL DE ALGUMA NATUREZA
MDF	
MDF	
MDF	ATENÇÃO, PROTEGER O INDIVÍDUO COMO TODO, É CUIDAR NÃO SÓ DO FÍSICO COMO DO EMOCIONAL
MDF	
MDF	ATENÇÃO, CARINHO E ASSERTIVIDADE TÉCNICA E HUMANA
MDF	CUIDAR É EMPATIZAR (SIC), É AMAR, É INFORMAR, ORIENTAR, OBSERVAR. NO MEU CASO PROFISSIONAL, PRESCREVER, OUVIR (TEM DE SABER E TER TEMPO PARA OUVIR O PACIENTE)
MDF	O CUIDADO É IMANENTE A VIDA: PROCEDE E SUCEDE O SER, SENDO ELE A SUA PRÓPRIA ESSÊNCIA. SAÚDE E DOENÇA SOMENTE SÃO FACES DESTA MOVIMENTO QUE SE CHAMA CUIDADO, DO QUAL TEMOS QUE NOS APROPRIAR PARA QUE NOS CUIDANDO, CUIDEMOS DO OUTRO; E JUNTOS, CUIDEMOS DO MUNDO (FAMÍLIA, COMUNIDADE, ECOLOGIA) A QUE PERTENCEMOS E CONTRUÍMOS COM O CUIDADO
MDF	CUIDADO É ABDICAR-SE DE SI PARA O OUTRO
MDF	MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DO HOMEM E SEU MEIO

MDF	CUIDADO SIGNIFICA ATENÇÃO, PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO AO PACIENTE DIANTE DE SUAS QUEIXAS
MDF	ATENÇÃO AO CORPO, ALMA E ESPÍRITO, VIZANDO (SIC) EQUILÍBRIO, MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA
MDF	CUIDADO SIGNIFICA UM OLHAR DIFERENCIADO PARA O PACIENTE E SUA FAMÍLIA, BUSCANDO DELETAR POSSÍVEIS DIFICULDADES ANTES MESMO QUE ELAS POSSAM VIR A SE APRESENTAR
MDF	CUIDADO É (SIC) AÇÃO FEITA PARA OFERECER CONFORTO, ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA AO OUTRO. É MOTIVADO POR COMPAIXÃO, SENTIMENTO (SIC) AJUDA AO PRÓXIMO
MDF	-
MDF	CRIAR APOIO NAS DEMANDAS APRESENTADAS
OFF	PRESERVAR
OFF	
TSB	UMA TROCA DE CARINHO