

Acolhimento, Redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil

Tarciso Feijó da Silva¹

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Helena Maria Scherlowski Leal David

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, delineado pela análise das relações dos profissionais de saúde de uma unidade de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro que teve por objetivos identificar a partir do acolhimento as redes sociais dos atores para produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde e caracterizar as relações/interações existentes segundo grau de centralidade, proximidade e intermediação. Os dados foram analisados mediante Análise de Redes Sociais (ARS), com a utilização dos *softwares* Ucinet e Netdraw, que permitiram a construção do sociograma e a geração das métricas da rede. A ARS permitiu compreender a posição dos atores e como as relações entre os mesmos se conformam através do acolhimento. A medida de densidade foi baixa, indicando que nem todos os atores estão em contato direto uns com os outros, trocando informação ou qualquer tipo de recurso, contribuindo para pouca coesão da rede. Quanto às medidas de centralidade, proximidade e intermediação o estudo traz relevo sobre os atores de nível superior, com exceção dos técnicos de enfermagem. Concluí-se a partir da rede social que o acolhimento dos usuários no campo segue uma dialética já estabelecida, baseada na queixa evidenciada, julgada e na oferta imediata de respostas, quando o esperado para o campo é um cuidado com foco na promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chave: *Acolhimento - Atenção Básica em Saúde - Continuidade da Assistência ao Paciente - Necessidades de Atenção à Saúde - Redes sociais.*

ABSTRACT

Descriptive study, with a quantitative approach, outlined by the analysis of the relationships of health professionals in a Primary Care unit in the city of Rio de Janeiro whose objectives were to identify, from the reception, the social networks of the actors for the production of care in Primary Care in Health and to characterize the existing relationships / interactions according to the degree of centrality, proximity and intermediation. The data were analyzed using Social Network Analysis (ARS), using the software Ucinet and Netdraw, which allowed the construction of the sociogram and the generation of network metrics. The ARS made it possible to understand the position of the actors and how the relationships between them are formed through welcoming. The density measure was low, indicating that not all actors are in direct contact with each other, exchanging information or any type of resource, contributing to little network cohesion. As for measures of centrality, proximity and intermediation, the study highlights the actors of higher education, with the exception of nursing technicians. It was concluded from the social network that the reception of users in the field follows an already established dialectic, based on the evidenced, judged complaint and the immediate offer of answers, when the expected for the field is a care focused on the promotion and prevention in Health.

Key words: *Reception - Primary Health Care - Continuity of Patient Care - Health Care Needs - Social networks.*

¹Contacto con los autores: Tarciso Feijó da Silva (tarcisofeijo@yahoo.com.br), Helena Maria Scherlowski Leal David (helenalealdavid@gmail.com)

INTRODUÇÃO

No Brasil a Atenção Básica em Saúde (ABS) como nível do serviço de saúde é considerada como entrada preferencial do sistema de saúde para atenção às necessidades e problemas, devendo fornecer atenção centrada na pessoa (não direcionada para a enfermidade) ao longo do tempo e em todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, além de coordenar ou integrar a atenção em saúde recebida em outro serviço (Starfield, 2002). Denomina-se ABS em função da forma organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS) adotada no Brasil e corresponde ao nível da Atenção Primária à Saúde em países como Cuba, Canadá e Inglaterra.

O processo de trabalho da ABS inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado (Brasil, 2017). O acolhimento, tomado a princípio como uma ideia abstrata, no contexto dos serviços da ABS tem se constituído como um modo de atuar, uma prática composta por ações a serem desenvolvidas por uma equipe multiprofissional que se responsabiliza por uma dada população, em um território definido.

O acolhimento nesse ponto da Rede de Atenção em Saúde (RAS) pode ser considerado não apenas como uma forma humanizada, respeitosa e comprometida na relação profissional-usuário, mas como um recurso para produção do cuidado em saúde. Pode ser um dispositivo disparador de reflexão e mudança a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde e de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde (Camargo e outros, 2008). É também considerado como uma estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado, pois contribui para ampliação do acesso aos serviços de saúde, com alteração do fluxo assistencial, potencializando o trabalho em equipe (Silva e outros, 2018).

Indica-se que a produção do cuidado na ABS, como objeto de trabalho do campo da saúde (Merhy, 2007) deve ser pensada como um processo que tem o usuário como centro, sendo permeada por relações acolhedoras e capazes de produzir vínculo (Franco e Merhy, 2007). Demanda processos formativos implicados com a transformação das práticas, ou seja, com a participação ativa dos profissionais, com escolhas conscientes e com responsabilidade sobre por seus atos (Assis e outros, 2010).

Considera-se que a prática do acolhimento se produz por meio de redes sociais, que se definem como um conjunto de unidades sociais e de relações diretas ou indiretas que essas unidades estabelecem entre si, através de cadeias de extensão variável (Mercklé, 2004).

A rede de acolhimento por meio de relações interprofissionais parece ser fundamental para compor um "corpo mais forte", que ultrapassa o individual e avança para o coletivo, contribuindo para o trabalho que se dá em equipe (Maximino e outros, 2017). Os profissionais envolvidos com o acolhimento na ABS não são autossuficientes e independentes, necessitando de uma ampla gama de relações que movimente recursos e conhecimentos (Lopes e outros, 2013). A presença de diferentes profissões atreladas ao campo da saúde assim como um alto grau de articulação entre estas é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe (Brasil, 2017).

É relevante reiterar que a produção do cuidado na ABS está associada à possibilidade de criar novas formas de comunicação a partir do acolhimento, aumentando, com isso, a capacidade de intervenção sobre os problemas de saúde (Brasil, 2007). No entanto, por outro lado, dificuldades para o estabelecimento de relações de cooperação e trocas podem fragilizar a efetividade do acolhimento, transformando-o em mera atividade administrativa de receber, fazer uma triagem e direcionar o usuário. São relações que supõem atravessamentos diversos, que reproduzem relações de poder entre sujeitos e categorias profissionais, além de explicitarem tensões relativas à capacidade da ABS de dar respostas às necessidades em saúde dos usuários (Silva e Romano, 2015).

A dimensão relacional sócio-profissional do trabalho em equipe tem sido analisada, no Brasil, a partir de abordagens das áreas da Análise Institucional e da micropolítica do trabalho (Mehry, 2007), além de estudos de base qualitativa, que tendem a privilegiar discursos e percepções de atores individuais e/ou por categoria profissional, ou ainda considerando o usuário e seus itinerários terapêuticos como o elemento disparador e central (Pinheiro e Martins, 2011).

A Análise de Redes Sociais (ARS) tem se apresentado como uma abordagem nova nesta área, e tem sido explorada como possibilidade para analisar relações e posições dos atores nas

de redes sócio-profissionais, incluindo ou não usuários (Fonseca e outros, 2018; Azevedo e outros, 2018).

Neste sentido, este artigo foi produzido a partir da tese de Doutorado em Enfermagem intitulada "Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica" desenvolvida no Município do Rio de Janeiro, Brasil, que utilizou a perspectiva metodológica da Análise de Redes Sociais, e tem como objetivos identificar a partir do acolhimento as redes sociais dos atores para produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde e caracterizar as relações/interações existentes segundo grau de centralidade, proximidade e intermediação.

MÉTODOS

A Análise de Redes Sociais (ARS) foi adotada para medir os padrões de relacionamentos e as interações entre os atores em referência aos seus contatos dentro de uma unidade de Saúde da Família, com 3 equipes. O foco, portanto, foram as relações entre os profissionais de saúde. O usuário, neste caso, compõe a rede como aquele para quem se dirige o cuidado. Porém, como o acolhimento é um ato de cuidado singular, optou-se por não incluir usuários, o que exigiria configurar redes ego de cada um, já que os usuários não interagem entre si.

A partir do acolhimento, buscou-se, apoiado na ARS, configurar o traçado das redes sociais dos atores e apresentar medidas que especificam os padrões de relacionamento entre os mesmos, esclarecendo que atores são relevantes para o funcionamento da Unidade de Saúde pesquisada, e quais os recursos eles mobilizam para a produção do cuidado.

O cenário escolhido foi um Centro Municipal de Saúde (CMS) que tem como área de abrangência um bairro periférico no Município do Rio de Janeiro. A Comunidade atendida pelo Centro é composta, em sua maioria, por imigrantes da região Nordeste do Brasil, possuindo um total de 9.093 cidadãos cadastrados em prontuário eletrônico (Regimento Interno CMS Parque Royal, 2018).

Na estrutura física da unidade, a recepção é apartada da unidade e conta com um guichê de atendimento, organizado segundo a equipe de Saúde da Família à qual pertence o usuário. O profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) é quem recebe os usuários que procuram os serviços ofertados pela unidade.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2018 até maio de 2019.

Participaram do estudo todos os profissionais do centro de saúde, independentemente da categoria profissional, do tipo de vínculo e da carga horária. O único critério utilizado para a inclusão dos mesmos foi estar ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e vinculado à unidade no momento da coleta de dados. Foram convidados e aceitaram participar 37 profissionais, sendo: 01 gerente, 04 médicos, 03 enfermeiros, 01 dentista, 01 farmacêutico, 04 profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde Família - Atenção Básica (Nasf - AB), 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal (ASB), 13 agentes comunitários de saúde (ACS), 03 agentes de vigilância em saúde (AVS), 02 auxiliares administrativos e 01 auxiliar de serviços gerais.

No período de coleta de dados, não havia profissionais afastados por férias, licenças ou problemas de saúde, o que tornou possível a abordagem e participação de todos os atores do campo.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a aplicação de um questionário *on-line* estruturado, com perguntas sobre o acolhimento e algumas informações sociodemográficas. A principal pergunta do questionário foi: Selecione todos os profissionais que você aciona a partir do acolhimento para a produção do cuidado. Uma relação nominal, com todos os atores do campo de pesquisa e respectivas funções foram apresentadas como opções de respostas, sendo que os participantes não tinham limites quanto à quantidade de atores que poderiam assinalar.

Foi solicitado ao gerente da unidade uma validação prévia do instrumento, considerando o conhecimento ampliado que ele detinha sobre o perfil dos profissionais e sobre o processo de trabalho na Unidade, para posterior envio por correio eletrônico e mídia social (WhatsApp), acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após verificação e limpeza do banco gerado para identificar campos não preenchidos, a planilha gerada foi analisada com apoio dos *softwares* UCINET e NETDRAW (Borgatti, 2009; Borgatti e outros, 2002).

Foram aplicadas, no UCINET, medidas de centralidade da rede (*network centrality*) e densidade da rede (*network density*). Sendo a primeira para explicitar a posição dos atores na rede e identificar quais os que detêm maior ou menor prestígio, ou seja, aqueles que dispõem ou não de recursos ou autoridade no processo de acolhimento do usuário; e a segunda para medir a quantidade de ligações existentes na rede (Alejandro e Norman, 2006).

Na rede social que emergiu os atores são representados por nós, e as relações, por traços. O campo possui três equipes de saúde da família, uma equipe de saúde bucal, uma equipe NASF e profissionais identificados no estudo como equipe de apoio e gestão. A equipe Boa Esperança (EQBE) é composta por dois médicos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um AVS e quatro ACS; a Equipe Emanuel (EQE) é constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um AVS e cinco ACS; já a Equipe Tubiacanga (EQT) por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um AVS e quatro ACS. O dentista e o ASB conformam a equipe de saúde bucal. O Nasf - AB da unidade possui na sua composição o educador físico, o assistente social, o psicólogo e o fisioterapeuta. Por sua vez, o gerente, o farmacêutico, os auxiliares administrativos e o auxiliar de serviços gerais atuam integrados às equipes numa perspectiva de apoio. As equipes e os atores que as integram foram representados no diagrama de redes por códigos.

A maior parcela de profissionais (81,1%) é do sexo e gênero femininos e a menor (18,9%) é do sexo e gênero masculinos. Com relação à variável nível de escolaridade, 16 (43,2%) dos participantes do estudo possuem ensino superior completo, 19 (51,4%) ensino médio completo, 01 (2,7%) ensino fundamental completo e 01 (2,7%) ensino fundamental incompleto. Do total de profissionais com nível superior, 05 (13,5%) não possuem formação complementar, 05 (13,5%) possuem especialização lato-sensu, 03 (8,1%) especialização nos moldes de residência multiprofissional e 03 (8,1%) mestrado acadêmico. Quanto ao tempo de atuação na unidade 67,6% (25) atuam há mais de 03 anos, sendo a maior parte 13 (35,2%) ACS.

O sociograma da rede retrata as relações dos profissionais no campo, sendo também o retrato do próprio campo, conformado pelos agentes que nele atuam. Expressa o momento presente e traz no seu bojo certa sazonalidade que permite apreender a perspectiva do trabalho dos atores, a relevância dos mesmos na ABS e como a dinâmica das relações entre eles contribui para a produção do cuidado. Nesta ótica, a rede como um todo, assim como as posições que os atores nela ocupam, não pode e nem deve ser vista ou analisada como estática, já que as mudanças associadas à entrada e saída de atores, assim como conflitos e crises, podem alterar sua estrutura social e a dinâmica do campo, convergindo a qualquer tempo para sua reconfiguração.

Foi possível identificar e extrair as principais métricas que ditam os relacionamentos e as

interações entre os atores. Estas são relevantes por apontar atores-chaves, traçar o perfil relacional dos atores e permitir compreender o movimento e a troca de recursos entre os mesmos.

Densidade da Rede de produção do cuidado do CMS Parque Royal

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

Na ABS, pelo caráter do trabalho instituído com referência às equipes multiprofissionais, presume-se que, quanto maior for a densidade da rede, mais conectados estarão seus atores (Bez e outros, 2010).

A medida de densidade no Ucinet expressa "o valor em percentagem da densidade da rede, isto é, mostra-nos quão alta ou baixa é a conectividade da Rede (Alejandro e Norman, 2006). Segundo Marteleto e Tomaél (2005), essa medida relaciona-se com o número de conexões entre os nós da rede, sendo que quanto maior o número de ligações entre os atores, mais densa ela é considerada. Neste sentido, quanto mais ligações, mais conectadas estão as redes e, quanto maior for à medida de densidade, maior a coesão entre os atores que dela participam (Bez e outros, 2010). Um grafo completo tem todas as arestas possíveis e densidade igual a 1, ou seja, é aquele em que, para cada nó, existe uma aresta conectando esse nó aos demais; ou seja, é um grafo em que todos os seus componentes encontram-se conectados (Bastian e outros, 2009).

A rede total dos profissionais possui, na sua estrutura, 37 nós, e 472 ligações, determinando uma densidade de 0,354, ou 34,5%. Pode-se considerar que a densidade da rede é baixa ou que a rede tem conexão frágil. Nem todos os atores da rede estão em contato direto uns com os outros, trocando informação ou qualquer tipo de recurso, o que torna a rede pouco coesa.

Outros estudos realizados com apoio da ARS para analisar redes socioprofissionais, com quantidades menores de nós, apresentaram densidades mais baixas do que a deste estudo.

Fonseca (2017) que analisou uma rede de 28 trabalhadores da ABS e seu papel nos processos de regulação da assistência, obteve como densidade 4,9%. Neves (2019) analisou como se configuram as relações entre 26 profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sua influência para a longitudinalidade do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, alcançando como densidade 10,92%. Segundo Farina e outros (2013), o baixo volume de relações entre os atores permite compreender pouco envolvimento deles com os objetivos do campo, em detrimento de outros que cooptam recursos, são engajados e têm capacidade de cooperar com os processos instituídos.

A baixa densidade das redes analisadas na ABS pode ser explicada por alguns fatores, por sua vez objetos de crítica a respeito da sustentabilidade do trabalho em equipe neste ponto de atenção da RAS. Um deles se refere à rotatividade entre os profissionais, sobretudo médicos. Há, no Brasil como um todo, dificuldades em fixar profissionais, sobretudo médicos nas equipes, o que compromete a criação de vínculo e a qualidade do trabalho (Pinto e outros, 2014). Isto significa que as equipes se constituem em redes em permanente reconfiguração e troca de posição de atores.

As baixas densidades das redes analisadas nos estudos anteriores evidenciam o comprometimento da capacidade de comunicação, interação e conectividade dentro destas redes. No presente estudo, apesar do tempo médio de atuação da maioria

dos profissionais ser de três anos (67,5%), a proximidade dos atores e o tempo em que atuam no campo não parecem ter sido determinantes para a conectividade entre eles, e permite afirmar que a dinâmica de troca de informação e recursos na rede pode estar fragilizada, afetando a produção do cuidado pautada no trabalho em equipe, na integração, na vinculação e na interdisciplinaridade.

Centralidade de grau de produção do cuidado do CMS Parque Royal

O ator que ocupa a posição mais central em um grafo é aquele que possui o maior número de conexões diretas com outros atores (Lemieux e Ouimet, 2014).

De acordo com Bastian e outros (2009) e Tomaél e Marteleto (2006), a centralidade de grau também pode ser inferida através do grau de entrada (*indegree*), que é o número de *links* que chegam até um nó, ou seja, quando um ator tem muitas ligações direcionadas a ele, indicando que ele é relevante, que tem prestígio na rede; e o grau de saída (*outdegree*), que indica pelo número de *links* que saem de um nó quantos outros nós foram acionados por ele na rede. O primeiro mede a receptividade e a popularidade de um ator na rede, já o segundo mede a expansividade (Dal vesco e outros, 2010).

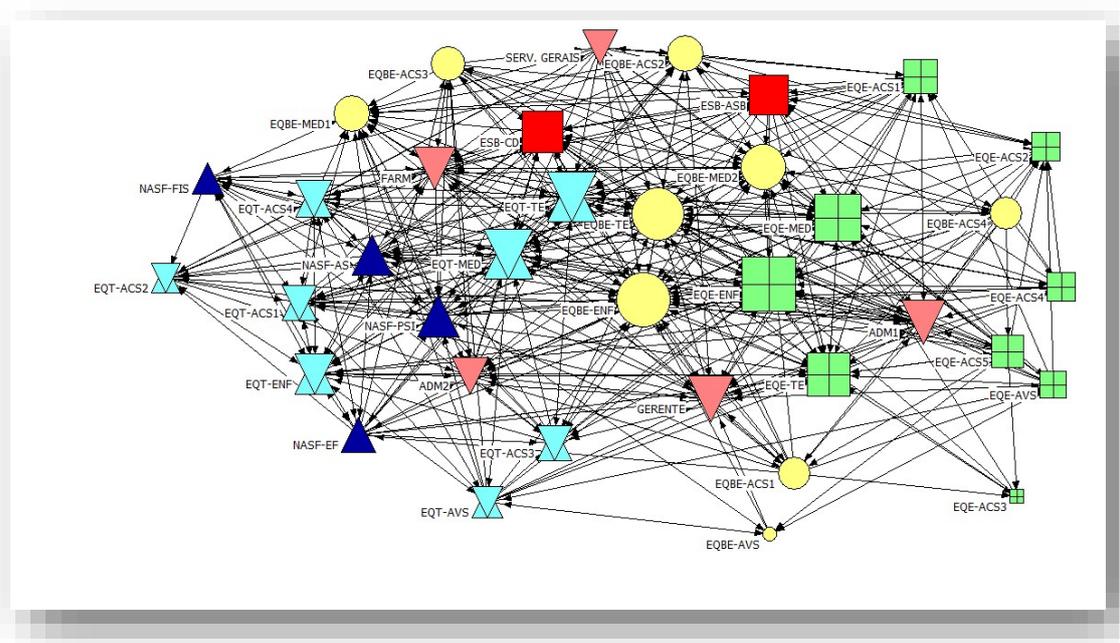


Gráfico 2. Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal – atores com maior centralidade de grau

As figuras do sociograma mostram, de acordo com o tamanho dos nós, os atores com maior centralidade de grau, ou seja, aqueles com maior número de contatos diretos com outros profissionais. Identifica-se aumento da centralidade de grau dos atores da periferia para o centro no sociograma. Com exceção dos atores EQBE-TE (38), EQT-TE (36) e EQE-TE (34), que possuem nível médio e aparecem como centrais, todos os outros atores de nível médio encontram-se às margens no grafo. No

que diz respeito aos atores com nível superior, destacam-se com maior centralidade de grau em sequência os atores EQBE-ENF (41), EQT-MED (37), EQBE-MED2 (36), EQT-ENF (35), EQE-MED (34), EQE-ENF (34) e GERENTE (34).

Na tabela 1, estão descritas as medidas de centralidade de grau dos atores da rede, levando-se em conta os graus de entrada e saída.

Tabela 1

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

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

A centralidade de grau dos atores EQE-MED (34) e EQBE-ENF (41) justifica-se pela responsabilidade técnica que esses assumem no cenário. Médicos e enfermeiros são centrais na produção do cuidado em equipes de saúde, ainda que se busque, no modelo de ABS brasileiro, ampliar as práticas interprofissionais. Outro fator que pode explicar esta métrica é relativo às demandas de saúde dos usuários, que tendem a buscar os serviços para a resolução de problemas de saúde, diagnóstico ou continuidade de tratamento (Santos e Penna, 2013).

A centralidade de grau dos atores EQT-MED (37), EQBE-MED2 (36), EQT-ENF (35), EQE-ENF (34) e GERENTE (34) revelam que a produção do cuidado é ainda permeada pelo modelo biomédico, com foco no atendimento à demanda espontânea, nas doenças, nas atividades prescritivas e com menor ênfase na perspectiva da promoção e prevenção da saúde.

A centralidade de grau mostra que o acolhimento ao usuário nesta Unidade está pautado em uma lógica imediatista e de resolução rápida dos problemas. A configuração normativa e idealizada do

acolhimento é a de que este deveria servir como estratégia disparadora de ações de vigilância em saúde e pautadas por um olhar integral sobre as necessidades de saúde, para além do adoecimento. Numa "rede ideal", outros atores deveriam apresentar relevância maior em termos de centralidade de grau, sobretudo os que atuam dentro do território e das comunidades, como os ACS e AVS. Na sua atuação, estes profissionais são capazes de mobilizar os usuários para o diálogo, as ações e os grupos educativos de saúde, com base na ideia de promoção da saúde (Pedebos e outros, 2018).

Cabe questionar se a configuração da rede social não poderia ser diferente da apresentada – com atores ACS e AVS mais centrais – caso o acolhimento fosse utilizado pelo coletivo de atores como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado e não apenas como um dispositivo para regulação das demandas.

Por outro lado, a posição ocupada pelos ACS na periferia da rede talvez se explique pelo crescente envolvimento destes profissionais com a lógica burocrática de monitoramento dos indicadores de resultados e de

produtividade. O ACS é um ator profissional de escolaridade mais baixa, e que nem sempre passa por treinamento específico para atuar para além daquilo que lhe é demandado. Sua atuação, que já foi relevante para aproximar serviços e comunidades quando se instituíram os primeiros projetos na década de 80, tem se restringido a tarefas de apoio, tais como separação de fichas/prontuários de usuários, anotação do peso em consultas coletivas, organização de espaços físicos para as atividades, orientação de filas e até mesmo atividades de limpeza (Ramos, 2017). Morosini e Fonseca (2017) questionam se não seria oportuno reinvestir no potencial do ACS de trazer, para o cuidado em saúde, práticas que valorizam as várias dimensões condicionantes do processo saúde-doença, o que impõe atuação condizente com o perfil de um trabalhador comunitário que deve ser preparado para atuar na promoção da saúde, apoiar a clínica ampliada e subsidiar a organização e participação popular.

No que concerne, aos atores EQE-TE, EQBE-TE e EQT-TE, é relevante reiterar, que o primeiro atua no campo há mais de dois anos e os dois últimos atuam no campo há mais de cinco anos; sendo que o ator EQT-TE trabalhou anteriormente na mesma Unidade como ACS. A centralidade de grau relacionada a esses profissionais pode estar relacionada ao conhecimento de uma realidade instituída

dos processos gerenciais existentes, das rotinas estabelecidas, da dinâmica territorial e, principalmente, das relações que foram construídas ao longo do tempo. Acrescenta-se a isso, o lugar de destaque ocupado por esses atores no acolhimento e no campo, pelo papel que assumem na triagem/classificação de risco. Salienta-se a constante ênfase na abordagem centrada nos aspectos técnicos, referidos aos diagnósticos de doenças e aos problemas emergenciais por parte desses profissionais.

Centralidade de proximidade de produção do cuidado do CMS Parque Royal

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

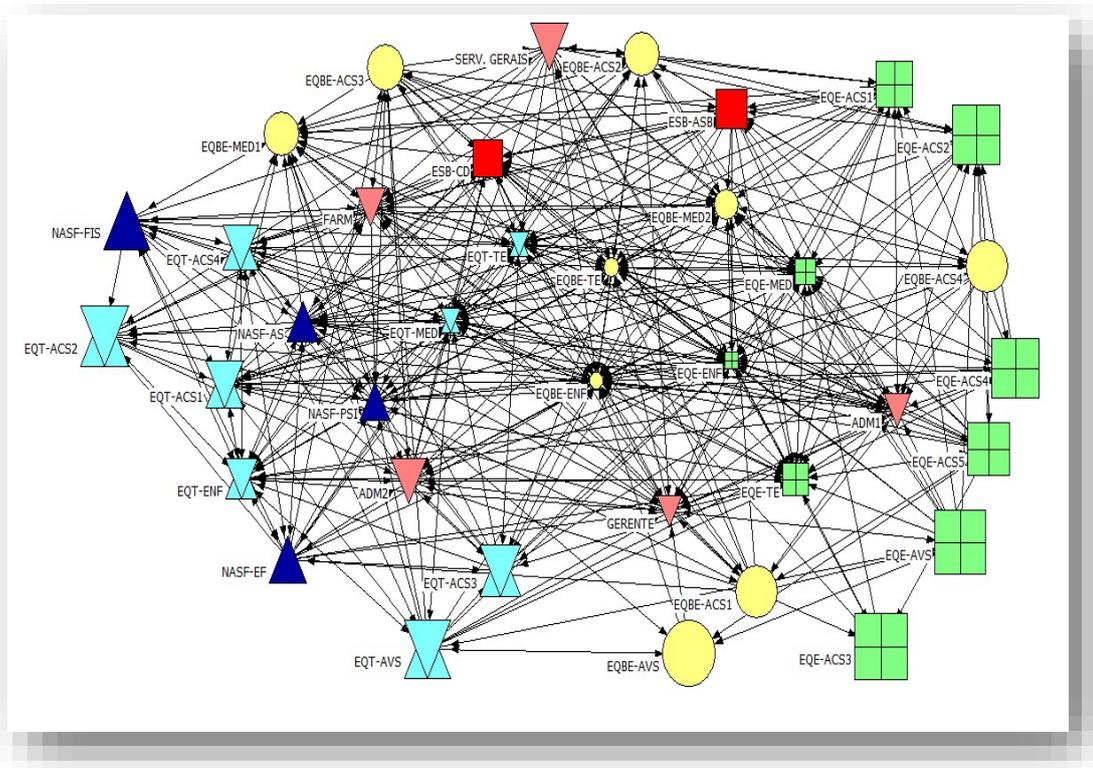


Gráfico 3. Rede de Produção do Cuidado do CMS Parque Royal – atores com maior centralidade de proximidade

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

Na rede analisada, existem 37 atores, o que permite considerar que a quantidade mínima de ligações para se conectar ou ser conectado é de 36, ou seja, o total de atores menos 01

(exclui-se a ligação com o próprio ator) (Alejandro e Norman, 2006). Na figura, os atores EQBE-ENF, EQE-ENF, EQE-MED, EQBE-TE, EQT-MED, EQBE-MED2, EQT-TE, EQT-ENF, EQE-TE, GERENTE e EQBE-MED1, representados com símbolos acanhados, detêm maior grau de proximidade; em contrapartida, os atores EQE-AVS, EQBE-ACS4, EQT-AVS, EQBE-ACS1, EQE-ACS3, EQE-ACS5, EQBE-AVS figuram como aqueles com menor grau de proximidade (Tabela 2). Os primeiros, dessa forma, no contexto da ARS, possuem melhor capacidade de se conectarem com os demais atores da rede, enquanto os segundos possuem maior independência e autonomia, pelo fato de estarem pouco vinculados aos demais atores.

Tabela 2

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

| ATOR | GRAU DE PROXIMIDADE | ATOR | GRAU DE PROXIMIDADE |
|------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| EQBE-ENF | 80,00 | EQE-ACS1 | 58,07 |
| EQE-ENF | 75,00 | EQT-ACS4 | 57,14 |
| EQE-MED | 75,00 | EQT-ACS3 | 57,14 |
| EQBE-TE | 73,47 | EQT-ACS1 | 56,25 |
| EQT-MED | 73,47 | ESB-ASB | 54,54 |
| EQBE-MED2 | 72,00 | NASF-FIS | 54,54 |
| EQT-TE | 69,23 | SERV. GERAIS | 54,54 |
| EQT-ENF | 69,23 | NASF-EF | 52,94 |
| EQE-TE | 67,92 | EQT-ACS2 | 52,94 |
| GERENTE | 67,92 | EQBE-ACS3 | 52,17 |
| EQBE-MED1 | 67,92 | EQE-ACS4 | 50,70 |
| ADM1 | 65,45 | EQE-AVS | 50,00 |
| ESB-CD | 65,45 | EQBE-ACS4 | 50,00 |
| FARM | 64,29 | EQT-AVS | 49,31 |
| NASF-PSI | 62,07 | EQBE-ACS1 | 49,31 |
| ADM2 | 62,07 | EQE-ACS3 | 48,00 |
| NASF-AS | 59,02 | EQE-ACS5 | 46,15 |
| EQBE-ACS2 | 59,02 | EQBE-AVS | 41,86 |
| EQE-ACS2 | 58,07 | | |

Legenda:

- **Atores com maior centralidade de proximidade**
- **Atores com menor centralidade de proximidade**

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

de conseguirem aproximar o maior número de atores.

Dos atores EQE-AVS, EQBE-ACS4, EQT-AVS, EQBE-ACS1, EQE-ACS3, EQE-ACS5 e EQBE-AVS que apresentam menor centralidade de proximidade, estão presentes todos os profissionais AVS do campo. Na prática, percebe-se que a integração desses profissionais com as equipes ainda é incipiente e que o trabalho desses profissionais pouco se revela no cotidiano. Por sua vez, a presença dos ACS relacionados, dentre aqueles com baixa centralidade de proximidade, pode caracterizar frágil relação desses atores com os outros membros da equipe, pouco envolvimento dos mesmos com o processo de trabalho instituído, assim como ditar movimentos autônomos e independentes por

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

No sociograma, os atores cuja figura que os representa encontra-se ampliada são aqueles com maior centralidade de intermediação, que, segundo as medidas geradas pelo

UCINET (Tabela 3), são os EQT-TE, EQE-TE, EQT-MED, GERENTE, EQBE-ENF, EQT-ENF e EQBE-TE. Já aqueles com menor valor de intermediação são o EQE-ACS5, EQT-ACS3, EQT-ACS2, EQE-ACS2, EQE-ACS4, EQBE-AVS, EQE-ACS3. Os primeiros, segundo a ARS, possuem potencial para controlar a comunicação, informação e troca de recursos na rede. A presença deles tende a tornar a estrutura social mais orgânica, estável e coesa, porém a desconexão dos mesmos pode acarretar em desestabilização, produzir disfunções e comprometer ações que estão sendo processadas; Os segundos são pontes pouco exploradas na rede, e o valor exportado pelo UCINET relacionado à centralidade de intermediação sugere pouca influência dos mesmos na circulação da comunicação, informação e na troca de recursos (Tabela 3).

Tabela 3

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

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

Dentre os atores, destaque deve ser dado ao ator EQT-TE, que figura com centralidade de intermediação que destoa dos demais atores. Esse ator está situado entre diferentes atores, em uma posição de mediação, sendo a principal ponte na rede de produção do acolhimento, o que o torna referência para a maioria dos atores da rede. É relevante reiterar que os outros dois atores de nível médio EQE-TE e EQBE-TE também apareceram com medidas consideráveis de intermediação, confirmando um certo papel de interlocução que o profissional técnico de enfermagem exerce nesse campo. Esse profissional integra-se à sua equipe e intercambia informações e recursos; atua nos diferentes espaços do campo executando os

mais variados procedimentos técnicos, e isso o torna conhecedor de todas as rotinas instituídas, o que facilita sua comunicação e integração com as demais equipes. Assim como o ACS, é um profissional que, na hierarquia de posições na equipe, ocupa uma posição mais baixa, com tarefas bem definidas e normatizadas, e de baixo poder decisório. No entanto, tanto os técnicos como os ACS acabam sendo recrutados para atuar na recepção do usuário, no primeiro contato, o que pode se constituir, com frequência, em um tipo de relação tensa e conflituosa, já que há limites entre a capacidade de resposta dos serviços da ABS diante das demandas de saúde. O fato de atuarem nestas atividades, e serem obrigados a buscar respostas dentro

das equipes e junto aos demais profissionais torna os mesmos elos de comunicação relevantes, apesar do seu baixo poder decisório.

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

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

CONCLUSÃO

O campo da ABS é estruturado e normatizado pelo Estado e por políticas governamentais setoriais, que ditam não só toda uma lógica de funcionamento e objetivos, colocando-o como centro da RAS, ordenadora e coordenadora do cuidado, como estabelece regras que contribuem para certa prescritividade nas ações e condutas dos profissionais.

O acolhimento não escapou a lógica normativa instituída no cenário de pesquisa, sendo utilizado pelos profissionais como dispositivo para orientação do acesso e direcionamento das demandas de saúde, o que implicou numa rede social com presença de hierarquias, valorização de determinadas profissões em detrimento de outras e integração frágil entre os atores. Ressalte-se, ainda, o papel de "anteparo" que este ponto de atenção da RAS representa entre os serviços e as demandas de saúde, que não são apenas produzidas do ponto de vista biomédico, mas também referidas a processos de determinação social, como pobreza, baixo acesso à educação e a

equipamentos de bem-estar (Rocha e David, 2015).

A rede que se configura para o acolhimento é capaz de dar um tipo de resposta, que se restringe às demandas mais emergenciais e referidas ao adoecimento dos usuários. Isto explica, em parte, o maior prestígio das profissões de nível superior, com alguma governabilidade e capacidade decisória e de mobilizar recursos. Já alguns profissionais de nível médio, parecem ser importantes para dar conta de tarefas e mediações internas e imediatas.

No que tange as limitações identificadas em determinados atores, no que concerne a estabelecer parcerias por uns e a identificar parceiros por outros, pressupõe-se que essas podem ser reflexo de trajetórias de vida marcadas por dificuldades de relacionamento, de troca, de diálogo, de escuta e até mesmo de silenciamentos produzidos pelos contextos familiares e pelo processo formativo, que acabaram contribuindo para a pouca capacidade de fala dos atores, integração e até mesmo ação.

Ressalte-se, no entanto, o papel do profissional ACS, que é o que mantém maior contato com a população tanto porque estão cotidianamente no território como por estarem em uma posição, na rede, de contato inicial com os usuários. Esses mesmos atores também estão de forma permanente em contato com a maioria dos profissionais do campo, na medida em que o primeiro contato exige direcionamentos para outros atores que detêm maior capacidade resolutive. Esse achado possibilitou concluir que esses são os atores do campo com maior capital social e que esse poderia ser muito útil para práticas de prevenção e promoção em saúde no território de abrangência pelos quais eles são responsáveis.

Foi possível concluir ainda, que o acolhimento dos usuários no cenário de pesquisa segue uma dialética já estabelecida, baseada na queixa evidenciada, julgada e na oferta imediata de respostas, quando o esperado para o campo é um cuidado com foco na promoção e prevenção em saúde. Este segue um rito ditado por normativas e seguido na prática pelos atores. Inicia-se com os ACS, passa pelos técnicos de enfermagem, em seguida pelos enfermeiros, avançando para os profissionais médicos, podendo alcançar outros profissionais que atuam numa perspectiva de apoio, caso estes últimos julguem ser necessário.

Ademais, é preciso reiterar que vivemos na atualidade o desenvolvimento de um projeto governamental federal capitaneado por

políticos que explicitam um programa conservador e pouco comprometido com as políticas sociais em curso dos últimos anos. Somado a isto, a crise econômica e sanitária do país, têm produzido graves tensões no cotidiano dos serviços da ABS. Espera-se que estudos futuros possam contribuir para análises acerca das potencialidades das redes socioprofissionais e sua capacidade de reconfiguração nas conjunturas de crise.

REFERÊNCIAS

- Alejandro, V. A. O., Norman, A. G. (2006).** *Manual introdutório à análise de redes sociais: medidas de centralidade*. México: Universidad Autonoma Del Estado de México.
- Assis, M. M. A., Nascimento, M. A. A., Franco, T. B., Jorge, M. S. B. (2010).** *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA.
- Azevedo M. A. J., David H. M. S. L., Marteleto R. M. (2018).** Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da *social network analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007).** *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica_ampliada_2ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012).** *Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017).** *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Bourdieu, P. (1983).** O campo científico. In: ORTIZ, R. (Organizador). *A sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática.
- Bourdieu, P. (2001).** *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Camargo J. R. K. R., Campos, E. M. S., Bustamante-Teixeira, M. T., Mascarenhas, M. T. M., Mauad, N. M., Franco, T. B., Ribeiro, L. C., Alves, M. J. M. (2008).** doença. *Saúde em Debate*, 42 (117), 442-454. doi10.1590/0103-1104201811708.
- Bastian, M., Heymann, S., Jacomy, M. (2009).** Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks. *Third International ICWSM Conference, San Jose, California: Association for the Advancement of Artificial Intelligence*. Recuperado a partir de gephi.org. Recuperado de <https://gephi.org/publications/gephi-bastian-feb09.pdf>.
- Bez, G. S., Faraco, R. A., Angeloni, M. T. (2010).** Aplicação da técnica de Análise de Redes Sociais em uma Instituição de Ensino Superior. In: *XXVI Simpósio de Gestão da Inovação tecnológica*, Vitória: Anpad. Recuperado de http://www.anpad.org.br/admin/pdf/simpósio_68.pdf.
- Borgatti, S. P. (2009).** 2-Mode concepts in social network analysis. In: MEYERS, R. A. (Ed.). *Encyclopedia of complexity and system science*. Heidelberg: Springer.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G., Freeman, L. C. (2002).** *Ucinet for Windows: software for* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (1), 58-68. doi10.1590/S0102-311X2008001300011
- Dal vesco, D. G., Machado, D. G., Scarpin, J. E. (2010).** *Cooperação entre os capitais sociais em empresas Concessionárias de Serviços Públicos no Brasil: evidências estruturais em Concessões de Rodovias*. Anais. Rio de Janeiro: ANPAD. Recuperado de <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eor2476.pdf>.
- Del-Vecchio, R. R., Galvão, D. J. C., Lima, L. S., Loures, R. F. V. (2009).** Medidas de Centralidade da Teoria dos Grafos Aplicada a Fundos de Ações no Brasil. XLI SBPO 2009: Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, 1-4, Porto Seguro, Bahia. Recuperado de <http://www.din.uem.br/sbpo/sbpo2009/artigos/55668.pdf>.
- Farina, M. C., Silva, R. S. S., Silva Filho, J. R. T., Silveira, M. A. P., Ozaki, M. T., Benevides, G. (2013).** Uma investigação da centralidade e da densidade de uma rede de empresas que atuam na realização de festas e de casamentos. *Revista Alcance - Eletrônica*, 20, (2), 170-185. doi10.14210/alcance.v20n2.p170-185
- Fonseca, J. S. A. (2017).** *Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro*.

(Dissertação de mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Fonseca J. S. A., David H. M. S. L., Silva T. F., Ramos T. C. S., Neves A. C. L., Miranda R. B. (2018). Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(10), 3211-3222. doi10.1590/1413-812320182310.15492018

Franco, T. B., Merhy, E. E. (2007). *Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Lazega, E.; Higgins, S. S. (2014). *Redes sociais e estruturas relacionais*. 1ª ed. Belo Horizonte: Fino Traço.

Lemieux, V., Ouimet, M. (2014). *Análise estrutural das redes sociais*. 2ª ed. Instituto Piaget.

Lopes, M. E. L., Sobrinho, M. D., Costa, S. F. G. (2013). Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da Enfermagem. *Texto contexto Enferm.*, Florianópolis, 22 (3), 819-825. doi 10.1590/S0104-07072013000300031

Marteletto, R. M., Tomaél, M. I. (2005). A metodologia de análise de redes sociais (ARS). In: VALENTIM, M. L. P. (Org.) *Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação*. São Paulo: Polis. Recuperado de http://abecin.org.br/e-books/colecao-palavra-chave/VALENTIM_%28Org%29_Metodos_qualitativos_de_pesquisa_em_Ciencia_da_Informacao.pdf.

Martins, P. H., Fontes, B. (2004). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

Maximino, V. S., Liberman, F., Frutuoso, M. F., Mendes, R. (2017). Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saude soc.*, São Paulo, 26 (2), 435-447. doi10.1590/s0104-12902017170017

Mercklé, P. (2004). *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris: La Découverte.

Merhy, E. E. (2007). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.

Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F. (2017). Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública*, 33 (1), 1-4. doi10.1590/0102-311X00206316

Neves, A. C. L. (2019). *Estratégia Saúde da Família e pessoas com hipertensão e diabetes:*

redes sociais e longitudinalidade. (Dissertação de mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Pedebos L. A., Rocha D. K., Tomasi Y. (2018). A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde em Debate*, 42 (119), 940-951. doi 10.1590/0103-1104201811912.

Pinheiro R., Martins P. H. (2011). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS.

Pinto H. A., Souza A. N. A., Ferla, A. A. (2014). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, 38(esp.), 358-372. doi 10.5935/0103-1104.2014S027.

Raider, H., Krackhardt, D. (2001). *Intra organizational networks*. In: Baum, J. A. C. Companion to organizations. Oxford: Blackwell.

Ramos, M. N. (2017). *Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: OPAS; Fiocruz, 2017. Recuperado de <http://www.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Processo%20Trabalho%20Tecnicos.pdf>.

Recuero, R. (2014). Contribuições da Análise de Redes Sociais para o Estudo das Redes Sociais na Internet: O caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. *Revista Fronteiras (Online)*, 16 (1), 1-22. doi10.4013/fem.2014.162.01

Regimento Interno CMS Parque Royal. (2018). Documento da unidade. *Regimento interno CMS Parque Royal*. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de <http://smsdc-cms-parqueroyal.blogspot.com/2015/01/regimento-interno-parque-royal.html>.

Rocha P. R., David H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (1), 129-135. doi 10.1590/S0080-623420150000100017.

Santos T. V. C., Penna C. M. M. (2013). Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. *Texto Contexto Enferm.*, 22 (1):149-56. doi doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018.

Silva T. F., Romano V. F. (2015). Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de

Janeiro. *Saúde em Debate*, 39 (105), 363-374. doi 10.1590/0103-110420151050002005.

Silva T. F., David H. M. S. L., Caldas C. P., Martins E. L., Ferreira S. R. (2018). O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde em Debate*, 42 (spe4), 249-260. doi10.1590/0103-11042018s420.

Starfield B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

Teixeira, R. R. (2007). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (organizadores). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco. Recuperado de <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>.

Tomaél, M. I., Marteleto, R. M. (2006). Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. *Encontros Bibli: Revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 11 (esp1), 75-91. doi10.5007/1518-2924.2006v11nesp1p75

Remitido: 26-05-2020

Corregido: 21-07-2020

Aceptado: 12-10-2020

