

O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva¹

The challenge of health networks analysis in public health

Carlos Eduardo Menezes Amaral

Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.
E-mail: caduamaral@gmail.com

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: malubosi@ufc.br

Resumo

A organização do cuidado no Sistema Único de Saúde tem conferido destaque às redes de atenção, tanto no campo discursivo como na sua tradução em estratégias concretas. Contudo, são escassos os aportes analíticos e avaliativos abarcando as redes enquanto objeto. Neste artigo, apresentamos alguns subsídios sob forma de um construto multidimensional que dialoga com as contribuições de autores do campo da saúde coletiva e de outros campos disciplinares que se debruçaram sobre o tema. Nossa proposta apresenta cinco dimensões, sistematizadas depois de um exercício conduzido pelo método analítico reflexivo, tomando como material 23 artigos concernentes a distintos aspectos relevantes à análise de redes de saúde. Esse exercício, operacionalizando um processo sucessivo de redução semântica, resultou em um modelo composto pelas seguintes dimensões: *Unidades mínimas*, compreendendo a caracterização dos pontos fixos a partir dos quais ocorrem as conexões da rede; *Conectividade*, representando as modalidades e efeitos das relações estabelecidas entre as unidades mínimas; *Integração*, concernente aos efeitos do conjunto das unidades mínimas e suas relações, identificados como coerência, continuidade e complementaridade de ações na rede; *Normatividade*, indicando a construção e adesão a diretrizes clínicas e linhas de cuidado singulares, assim como o estabelecimento de critérios de encaminhamento, entrada e saída de cada ponto da rede; e *Subjetividade*, incluindo protagonismos, sentidos, valores e vínculos afetivos circulantes na rede. Essas dimensões, operando de forma recursiva, podem subsidiar a construção de

Correspondência

Carlos Eduardo Menezes Amaral
Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária. Campinas, SP, Brasil. CEP 13083-887.

¹ Subvencionado pelos editais CNPq-Universal 2012 e FUNCAP-PPSUS III- 2013.

modelos analítico-conceituais de redes como aporte à superação desse desafio no campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Planificação em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Análise Qualitativa; Avaliação em Saúde.

Abstract

The organization of care in the Brazilian National Health System has placed growing emphasis on health care networks, both discursively and in its factual applications. However, analytical and evaluative approaches that have networks as an object are scarce. In this paper, we present a multidimensional construct, designed from the contributions of authors from the collective health field and from other disciplinary fields that address the subject. Our proposal introduces five dimensions developed after an analytical-reflexive approach on 23 papers that presented different aspects relevant to the analysis of health networks. By the means of a successive process of semantic reduction, we achieved a model composed by the following dimensions: *Minimum units* describe the fixed points from which the network connections occur; *Connectivity* refers to types and effects of the relations established between the minimum units; *Integration* refers to batch effects of both minimum units and their set of connections, characterized as coherence, continuity and complementarity; *Normativity* addresses design and adherence to clinical guidelines and singular care pathways, as well as admittance, discharge and referral criteria of each network point; *Subjective aspects* are the protagonisms, meanings, values and affective bonds present in the network. Those dimensions, functioning in an articulated manner, may support the development of conceptual-analytical models for networks, assisting in overcoming this challenge in the collective health field.

Keywords: Health Care Networks; Health Management; Health Planning; Program Evaluation; Qualitative Analysis; Health Evaluation.

Introdução

A organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) vem conferindo destaque crescente às redes de saúde. Desde os princípios organizativos seminais do SUS até os desenvolvimentos recentes das Redes de Atenção à Saúde, identificamos uma pretensão sistêmica que se ancora, de maneiras diversas, na noção/conceito de rede. Conforme argumentamos em um trabalho anterior (Amaral; Bosi, 2016), o termo “rede” encontra-se revestido de uma polissemia que o caracteriza como um *transconceito*: termo com múltiplas definições, geralmente divergentes, mas com relativos efeitos de verdade em diferentes campos. O prefixo *trans*, na acepção de “para além” vem caracterizar um conceito que extrapola os limites de um domínio disciplinar específico. Em meio a essa pluralidade de usos e concepções, defendemos a necessidade de modelos de análise de redes no campo da saúde.

Ainda que a avaliação de serviços e programas de saúde possua considerável acúmulo na literatura nacional, a avaliação de redes se apresenta como tema incipiente no campo da saúde coletiva. As avaliações na área da saúde geralmente se situam em nível de políticas, programas, serviços (entendidos como instituições) ou intervenções (Silva, 2010). Investimentos nas redes enquanto objeto de pesquisa e avaliação são ainda raros na literatura especializada, em especial propostas de modelos de avaliação, ainda que sejam contemplados variados aspectos importantes à organização das redes de saúde, como o papel da atenção primária (Cecilio et al., 2012; Lavras, 2011), a integração entre serviços (Silva, 2011), a interfederatividade (Santos; Andrade, 2011) e a inteligência epidemiológica (Rodrigues-Junior, 2012). Ou seja, a tradução desses elementos em ferramentas que auxiliem efetivamente análises e processos avaliativos persiste como uma importante lacuna.

A avaliação em saúde é processo complexo, que demanda ações em diferentes níveis: sobre os princípios do sistema (nível macro); sobre as modalidades de organização da oferta de cuidados (nível meso); e sobre as decisões clínicas (nível micro) (Brousselle et al., 2011). Contudo, os atributos selecionados para a avaliação nessa esfera geralmente são relacionados a aspectos individualizados de serviços: disponibili-

de e distribuição social dos recursos; efeito das ações; custos e produtividade; adequação do conhecimento técnico e científico vigente; processos de implantação; e características relacionais entre os agentes das ações (usuário-profissional, gestor-profissional e profissional-profissional) (Silva, 2010). Mesmo o aspecto relacional citado, quando presente, prioriza relações intersubjetivas estabelecidas nos processos de trabalho, grosso modo, englobando alguns dispositivos em detrimento da compreensão dos efeitos da articulação entre diferentes serviços.

Acreditamos que as redes de atenção impõem um novo desafio às análises de sistemas de saúde, sendo necessário operacionalizá-las adequadamente em práticas de avaliação e investigação se pretendemos, de modo rigoroso, compreender os processos gestados nas redes e reconhecer evidências de seus efeitos, inclusive nos princípios do sistema e nas práticas de cuidado.

Metodologia

Diante da multiplicidade de características associadas ao termo “rede”, torna-se necessária uma reflexão sobre como esse *transconceito* vem sendo compreendido e incorporado no campo da saúde coletiva. Desse modo, ao realizarmos uma revisão nos campos da saúde coletiva, ciências sociais, geografia, filosofia e ciências da computação, encontramos apenas 23 trabalhos que apresentavam conceituações ou dimensões de rede.

A seleção desses artigos deu-se mediante a busca na base de dados SciELO, incluindo quaisquer dos descritores “rede de saúde”, “redes de atenção”, “redes de atenção à saúde”, “redes de cuidados coordenados”, “redes temáticas em saúde”, “rede de serviços” e “rede de serviços socio sanitários” nos campos *assunto* ou *título*, publicados nos últimos dez anos. Localizamos assim 12 artigos, nos quais apenas seis apresentaram de forma explícita conceitos ou dimensões constituintes das redes (Cecilio et al., 2012; Kuschmir; Chorny, 2010; Lavras, 2011; Rodrigues-Junior, 2012; Santos; Andrade, 2011; Silva, 2011). Foram então acrescentados outros trabalhos encontrados nas referências bibliográficas dessa seleção inicial ou indicados por pesquisadores com experiência na área de política, planejamento e ges-

tão em saúde, incluindo assim mais 11 produções do campo da saúde coletiva (Cecilio; Merhy, 2003; Franco, 2006; Franco; Magalhães Junior, 2003; Guizardi et al., 2006; Hartz; Contandriopoulos, 2004; Massaro, 2009; Mendes, 2011; Oliveira; Passos, 2009; Silva; Magalhães Junior, 2008; Zambenedetti; Perrone, 2008; Zambenedetti; Silva, 2008) e seis obras de outros campos disciplinares (Acioli, 2007; Castells, 1999; Dantas, 2010; Deleuze; Guattari, 1995; Santos, 2008; Wasserman; Faust, 1994), resultando em 17 produções, em um total de 23 trabalhos.

Em seguida, desenvolvemos uma matriz para comparar as definições de cada autor, buscando, mediante o método reflexivo-analítico, uma concepção ampliada de rede, que abarcasse, de forma sintética e respeitando uma congruência epistemológica, todas as dimensões propostas. Isso foi realizado a partir da aproximação entre os elementos conceituais identificados e o plano empírico, por meio do recurso metodológico de “redução semântica” (Bosi; Uchimura, 2006), que funciona como

um deslocamento do plano conceitual para outro mais operacional, por meio de um exercício de redução semântica que nos possibilite apontar alguns desdobramentos dos conceitos que nos serviram, até aqui, como imagens-objeto. Noutras palavras, deslizaremos do nível abstrato/conceitual para um plano mais tangível, buscando desdobrar e dispor os elementos examinados, operacionalizando-os em componentes que poderão constituir valiosos norteadores de avaliações de serviços ou ações programáticas, bem como de propostas avaliativas de cunho metodológico. (p.106)

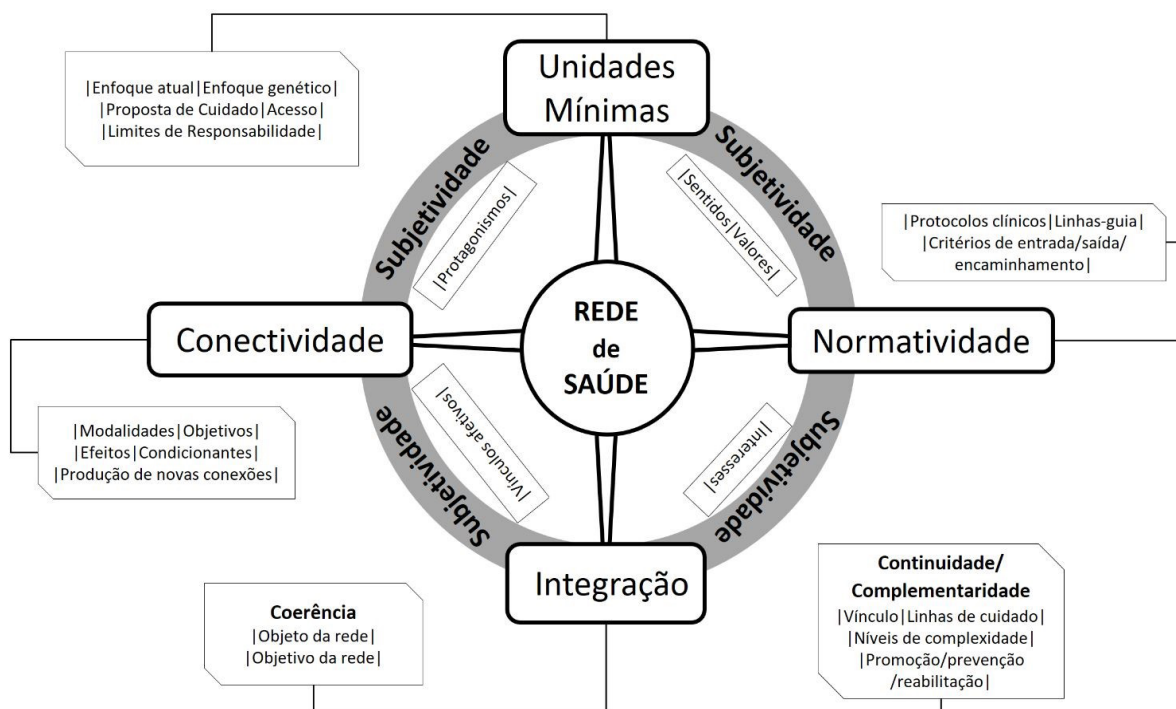
A matriz produzida permitiu, portanto, destacar diferentes elementos constitutivos das redes elencados na literatura, que foram então agregados em novos construtos teóricos, sucessivamente *reduzidos*, o que eliminou justaposições e identificou confluências entre os elementos. O objetivo dessas novas construções foi abarcar de forma congruente noções complementares presentes em diferentes autores e, simultaneamente, destacar aspectos aparentemente contraditórios no material empírico. A análise comparativa das aparentes contradições revelou que representavam redes produzidas com

formatos e objetivos divergentes, assim como fenômenos concorrentes que existiam em uma mesma rede. Por fim, verificamos se os novos construtos mantinham suas funções descritivas ou explicativas de fenômenos observados empiricamente em diferentes redes, por meio da técnica de grupo colaborativo, realizando três oficinas compostas por gestores, profissionais e pesquisadores do campo da saúde coletiva. Uma descrição minuciosa desse processo metodológico pode ser encontrada em outro trabalho de nossa autoria (Amaral; Bosi, 2017).

Dessa forma, ressaltamos cinco dimensões constitutivas das redes, passíveis de observação empírica, sistematizadas no intuito de dar suporte a práticas avaliativas e outras afins. Conforme a figura abaixo, as dimensões sobre as quais discorreremos são: unidades mínimas; conectividade; integração; normatividade e subjetividade.

Ressaltamos que a separação das dimensões neste texto deve ser entendida como um recurso de exposição, em virtude de sua articulação intrínseca: todos os planos se articulam, em recursão.

Figura 1 – Dimensões do modelo analítico conceitual de redes de saúde



Resultados e discussão

Unidades mínimas: os componentes da rede

A despeito da dispersão e da variedade semântica presentes no trabalho de revisão, os diferentes usos de rede expressam sempre modos de inter-relação entre pontos. Contudo, o que é considerado um “ponto” varia segundo os autores: serviços, instituições, ato-

res, dispositivos, ações, unidades de saúde, arranjos organizativos, equipes, usuários... Carece, portanto, de alguma delimitação, especialmente quando consideramos que os usos possíveis de rede se desdobram a partir dessas definições de “ponto”, assim como da caracterização do que são “inter-relações”, mantendo assim a larga variedade semântica para o termo.

Na área da informática, *rede* refere-se à conexão entre computadores, ou destes com outros dispositi-

vos (Figueiredo; Santos, 2008). Nas ciências sociais, *rede social* refere-se a uma forma de compreender as relações entre atores sociais, sendo, nesse caso, indivíduos ou instituições sociais os pontos fixos (Acioli, 2007; Wasserman; Faust, 1994). No campo da saúde, *rede* refere-se geralmente a uma compreensão acerca da organização dos serviços de saúde e suas relações (Massaro, 2009; Mendes, 2011; Zambenedetti; Silva, 2008), ou a articulações de pessoas ou ações em saúde (Franco, 2006; Zambenedetti; Perrone, 2008). Nesses casos, percebemos que os elementos fixos da rede podem ser pessoas, consideradas individualmente (um trabalhador ou um usuário) ou em conjuntos (como equipes e outros arranjos organizativos), além de ações/intervenções e instituições/serviços.

Partindo dessa compreensão, a primeira tarefa que um modelo analítico exige é determinar qual a unidade mínima da rede. Ainda que muitos tipos de “focalizações” sejam possíveis, faz-se necessário optar por determinado recorte, ou *zoom*, definindo o que consideramos na análise como o ponto fixo mínimo, a partir da necessidade da investigação a ser realizada.

Com base na definição do que são as unidades mínimas da rede, é necessário mapear os pontos fixos a partir dos quais se estabelecem suas conexões, podendo-se optar por uma amostra desses pontos ou por sua totalidade. Santos (2008) aponta a necessidade de uma dupla dimensão de análise: um *enfoque genético*, diacrônico, que demonstraria a história dos acréscimos, remoções e substituições dos elementos na rede; e um *enfoque atual*, que incluiria a descrição do que constitui a rede, suas quantidades e qualidades técnicas e as relações que seus elementos mantêm com a vida social. Por isso, além da descrição atual dos pontos fixos, é necessário rastrear a história de inclusão e remoção de serviços, indivíduos ou ações de saúde da rede, conforme a definição da natureza da unidade mínima de análise.

O passo seguinte é explicitar as peculiaridades das unidades mínimas: compreender a proposta de cuidado de cada uma, delimitar suas zonas de ação e seus limites de responsabilidade (Silva; Magalhães Junior, 2008). Na opção por trabalhar com serviços de saúde como unidades mínimas, essas

demarcações incluem restrições geográficas, como no caso do trabalho territorializado e com população adscrita da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o estabelecimento dos hospitais como referências locais ou regionais. Além disso, implica na determinação do tipo de demanda destinada a cada serviço, de acordo com sua proposta de cuidado e nível de complexidade tecnológica.

Outro aspecto das unidades mínimas que exige consideração é a análise do acesso a cada uma delas, seja espontâneo (porta de entrada) ou mediado por outros serviços (encaminhamento ou central de regulação). Além da descrição das formas de acesso, é fundamental também sua avaliação, tarefa que conjuga a dimensão qualitativa, por meio da perspectiva de profissionais, usuários e gestores acerca do acesso, com a quantitativa, mediante o registro do número de usuários atendidos, demanda reprimida e tempo de espera.

Como o acesso a determinados serviços pode ser regulado por outras instituições, consideramos interessante que a apreciação qualitativa por parte de profissionais/usuários contemple tanto a percepção acerca de seu local de trabalho/tratamento como sobre os outros serviços investigados na pesquisa. Dessa forma, torna-se possível ressaltar características do acesso invisíveis a uma autoavaliação, mas bem demarcadas pela perspectiva das demais unidades da rede.

Conectividade: a rede e suas relações

As unidades mínimas podem estabelecer diferentes formas de contato entre si, compondo assim um espaço virtual reticular com dois aspectos fundamentais: os pontos fixos, estáveis, conforme já examinado; e as relações produzidas entre esses pontos, descritas como fluxos, conexões, vínculos, inter-relações, interfaces etc.

Há uma grande variedade de relações possíveis entre os serviços de saúde, com significativas diferenças no modo como acontecem, suas condições e seus efeitos práticos. Encaminhamentos, contatos telefônicos, visitas institucionais ou interconsultas são relações entre os serviços, contudo, são procedimentos bastante diferentes tecnicamente, res-

pondendo a necessidades distintas e demandando condições materiais e humanas bastante diversas. Dessa forma, torna-se necessário precisar quais modalidades de relação acontecem entre cada serviço, com qual objetivo e sob que condições e expectativas são realizadas.

Uma alta capacidade de conectividade aponta para boa qualidade das redes, gerando efeitos positivos, o chamado “modo de funcionamento quente”, enquanto uma baixa capacidade de conectividade sinalizaria má qualidade, gerando ausência de movimento, caracterizando-se como “funcionamento frio” (Oliveira; Passos, 2009). A conectividade não é uma característica estanque, englobando também a capacidade de estabelecer novas conexões. Desse modo, são identificadas não apenas as relações atuais, mas também os movimentos de ruptura que ocorrem nos serviços para estabelecer novos tipos de relações e os elementos que facilitam ou dificultam essa fluidez.

Apesar de serem compostas por fluxos, Santos (2008) ressalta ainda que as redes exigem uma forma material, permitindo que os fluxos se estabeleçam e alcancem os efeitos desejados. No caso de um encaminhamento, por exemplo, o efeito seria o deslocamento de uma pessoa para outro serviço. Os aspectos materiais dessa relação incluiriam as condições de acessibilidade do serviço de destino, tanto em termos geográficos como sócio-organizacionais (Donabedian, 1973). O conhecimento desses condicionantes dos serviços de destino por parte dos profissionais do serviço de origem é necessário para que possam antecipar adequadamente a eficácia ou impossibilidade de cada relação.

Os diferentes tipos de relação entre serviços têm condicionalidades diferentes, de forma que cada modalidade de relação considerada relevante deve ser analisada individualmente, incluindo os efeitos dessa conectividade: o que é produzido (ou não) a partir dos fluxos.

Integração: efeitos do conjunto de relações

Ao reconhecermos diferentes modalidades de relação entre unidades mínimas, constatamos também que na composição das redes apresentam-se aspectos que não dizem respeito a características

individuais de cada relação, mas a atributos de um conjunto delas. Isso é ressaltado quando autores qualificam serviços como *articulados* ou *integrados* (Hartz; Contandriopoulos, 2004; Mendes, 2011; Zambenedetti; Perrone, 2008).

Castells (1999) defende que a integração é característica fundamental das redes, afirmando que “uma pluralidade de componentes realmente divergentes só pode manter-se coerente em uma rede” (p. 85), o que não exclui os conflitos. As relações construídas entre os serviços, a despeito de não preconizarmos uma normatividade rígida ou absoluta, não ocorrem em caráter fortuito ou aleatório, de modo que nas redes de saúde pretende-se uma integração com base em alguns princípios ou diretrizes:

A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo (Castells, 1999, p. 232).

Partimos do pressuposto que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas: algumas solicitações são improcedentes, mas poderiam ser atendidas adequadamente em serviços de outra natureza; demandas que inicialmente fazem parte de seu escopo de responsabilidade podem exigir intervenções complementares ou alternativas, ao evoluir para quadros mais simples ou mais graves; determinantes sociais da saúde demandam articulações intersetoriais, geralmente entre outras redes de governança autônoma e redes de saúde e variados níveis de dispersão e descentralização.

Cada serviço da rede possui, portanto, um escopo de responsabilidade, que inclui alguns quadros clínicos em seu encargo, enquanto exclui os demais. Ao mesmo tempo, deverão existir outros serviços que tenham como responsabilidade os quadros excluídos, com vistas à integralidade da atenção. Em um contexto de rede, um serviço que considera determinada demanda inadequada para si, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente em direção a outro serviço apropriado. Cria-se, com isso, um objeto de trabalho que vai além da respon-

sabilidade individual de um serviço, tornando-se um *objeto da rede*.

Para que esse trânsito seja eficiente, é necessário um acordo acerca da natureza desse objeto, uma “coerência entre o sistema de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica/funcional” (Hartz; Contandriopoulos, 2004, p. 332). Esse aspecto está presente também em Mendes (2011), que realiza enfática defesa da mudança na atenção das condições crônicas, para que estas não sejam acompanhadas como mera recorrência de situações agudas. Esse movimento implica uma mudança na compreensão dos serviços que tradicionalmente lidam com eventos agudos de agravos crônicos, construindo, como nova representação, um objeto de atenção compartilhada e continuada.

Além da coerência acerca do objeto da rede, outros dois aspectos fundamentais da dimensão “Integração” são a *continuidade* e a *complementaridade* das intervenções. A continuidade acontece quando um paciente necessita de mais de uma intervenção para seu cuidado em saúde. Ocorre, por exemplo, quando um médico prescreve uma medicação e seu efeito deve ser avaliado no próximo mês. Ou quando alguém participa de um grupo terapêutico e deve, na semana seguinte, estar novamente no grupo. Também se refere a quando um problema de saúde crônico ou prolongado tem várias repercussões em médio e longo prazo, que precisam ser manejadas de forma sucessiva. *Continuidade* significa, portanto, uma organização coordenada das intervenções em saúde ao longo do tempo, de modo a responder à necessidade de ações em vários momentos de um mesmo estado de saúde, ou de diferentes problemas de saúde desenvolvidos ao longo da vida.

Esse tipo simples de continuidade se beneficia da manutenção do vínculo com um profissional ou equipe, permitindo que a própria relação torne-se um instrumento de transformações no usuário (Lima et al., 2012; Schmidt; Figueiredo, 2009; Surjus; Onocko-Campos, 2011). Diferentes serviços utilizam como diretriz a manutenção da referência em um mesmo profissional ou equipe, como a ESF (Brasil, 2011) e os CAPS (Miranda; Onocko-Campos, 2010; Silva; Costa, 2010).

A forma com que descrevemos até agora a continuidade diz respeito à necessidade de intervenções semelhantes acontecerem ao longo do tempo, de forma que um único profissional seja capaz de realizá-las de forma relativamente independente. Outro tipo de continuidade acontece quando existe a necessidade de intervenções diferentes ao longo do tempo, de forma que cada ação complete ou potencialize o efeito das anteriores. Consideramos esse tipo especial de continuidade como *complementaridade*.

Comumente, a complementaridade é referida como um processo entre diferentes serviços, conforme estabelecido na organização do SUS em ações de níveis primário, secundário e terciário. A gravidade e a evolução do estado de saúde de um usuário determinam o tipo de intervenção necessária, mas são a disponibilidade e a capacidade de direcionamento para esse novo tipo de intervenção que estabelecem a complementaridade enquanto prática. A composição de linhas de cuidado (Franco; Magalhães Junior, 2003), fluxos sequenciais que contemplem tais necessidades de intervenção e possibilidades de acesso, permite a organização e o monitoramento dos percursos de usuários a partir de um tipo de agravo, ou em relação a grupos populacionais específicos, como mulheres, idosos ou gestantes (Reis; David, 2010).

Além das diferentes densidades tecnológicas, consideramos também a articulação entre intervenções de promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação como outra forma de complementaridade. Dentro de um sistema de saúde organizado, as intervenções de promoção e prevenção visam à diminuição da necessidade de intervenções de recuperação, trazendo menos ônus para as pessoas - evitando sofrimento e incapacidades - e para o próprio sistema de saúde, gerando eficiência.

Dentro de uma rede ou sistema de saúde, a *complementaridade* se expressaria pela capacidade de os serviços possibilitarem a continuidade do acompanhamento por meio do acesso a intervenções diferentes em vários momentos - grosso modo em locais de tratamento distintos. Na mesma direção, Hartz e Contandriopoulos (2004) ressaltam a importância da continuidade e da complementariedade - ainda que prefiram o termo “globalidade” - como objetivo-fim da integração:

A integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (p. 332).

Normatividade: controle e autonomia na gestão da rede

As relações estabelecidas entre os pontos de uma rede são intencionais: ocorrem sempre tendo em vista algum objetivo, carreando interesses (nem sempre consensuais). No caso das redes de saúde, é basilar a existência de um conjunto de valores, metas ou imagens ideais que orientem sua conformação, para que possam operar em relação às práticas de saúde e à distribuição dos insumos. O funcionamento em rede “expressa tanto o caráter de ‘fazer circular’ quanto o de ‘controlar’ a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema” (Zambenedetti; Silva, 2008, p. 138). Podemos afirmar que a montagem de uma rede supõe ainda a antevisão das funções que ela poderá exercer, incluindo tanto sua forma material como suas regras de gestão (Santos, 2008).

A rede deve coordenar diferentes ações de saúde, que podem ocorrer em locais ou momentos diferentes, o que implica o desafio de harmonizar essas ações. Além da coerência, já ressaltada na dimensão anterior, propõe-se um “sistema lógico” (Mendes, 2011) que organize tais ações. Esse controle e essa planificação podem existir a partir de uma gestão centralizada (ministério e secretarias de saúde e suas respectivas áreas técnicas) ou em nível local (quando consideramos a gestão do cuidado pelas equipes). Dessa forma, podemos perceber que a rede implica considerar diferentes atores.

Tentativas de padronização do funcionamento dentro das redes podem formalizar diretrizes de referência para situações típicas nos serviços. Essas diretrizes podem funcionar de forma *horizontal*, na forma de *protocolos clínicos*, normatizando determinadas ações a serem realizadas em todos os serviços para determinados agravos, ou de forma

vertical, na forma de *linhas-guia*, que normatizam a conduta de uma condição de saúde, direcionando-a para diferentes serviços a partir de indicadores de gravidade (Harbour, 2008; Mendes, 2011).

Mesmo quando não há formalização de protocolos e linhas-guia, é necessário investigar se na rede sob análise existem noções comuns nos serviços em relação à forma de acompanhamento dos agravos e às responsabilidades de cada componente no tratamento. Um aspecto fundamental são os critérios de entrada e saída convencionados em cada serviço e seu acordo nos demais serviços da rede. Tais critérios incidem também na escolha dos locais de encaminhamento, uma vez decidida a saída de uma pessoa do serviço.

Apesar do potencial de centralização normativa das redes, reconhecemos que estas também possuem outro caráter complementar ou mesmo oposto, de produção de heterogeneidade (Deleuze; Guattari, 1995), sendo fundamental pensar as redes como estruturas flexíveis (Castells, 1999), para dar conta da singularidade que se destaca das situações cotidianas (Franco, 2006; Franco; Magalhães Junior, 2003).

Reconhecendo, assim, a necessidade de inovação diante de situações imprevistas, bem como a singularidade de cada pessoa em seu processo de adoecimento, a estrutura flexível da rede permite a manutenção de espaços não totalmente normatizados, preservando, assim, o potencial instituinte. Portanto, seria também uma característica da rede a possibilidade de romper com as relações já preestabelecidas, fazendo emergir novas relações, talvez mais adequadas às necessidades da situação com que se depara (Deleuze; Guattari, 1995; Franco, 2006). Isso se torna possível quando existe uma alta capacidade de conectividade, ou seja, a facilidade de construir novas relações com outros atores ou instituições, gerando um efeito de diferenciação (Oliveira; Passos, 2009) que permite a criação de múltiplas linhas de cuidado organizadas com o protagonismo de profissionais e usuários (Cecilio, 2012). Fugindo a uma racionalidade institucional única (Guizardi et al., 2006), essa dimensão abarcaria fluxos e circuitos não formalizados que existem em qualquer serviço de saúde essenciais ao cuidado.

Subjetividade: os sujeitos na rede

Um último parâmetro para análise, que se encontra diluído em todas as demais dimensões, atravessando-as, é o aspecto subjetivo implicado na organização e funcionamento das redes, ou seja, o componente humano que cria, modifica e extingue seus processos. A (re)criação e modificação das interfaces entre os serviços, ou a emergência dos critérios para o trânsito do usuário na rede, para ilustrar com um exemplo, muitas vezes podem ser atribuídas a protagonismos de indivíduos e grupos participantes da rede. As propostas de cuidado envolvem aspectos ideológicos e éticos, e, portanto, ultrapassam a dimensão técnica, fazendo que critérios informais de entrada e encaminhamento sejam marcados por tais disposições particulares.

Nas diferentes intervenções que ocorrem nas redes de saúde, encontram-se profissionais que não se disponibilizam apenas enquanto operadores de um saber técnico, mas também se relacionam com os usuários, com a equipe e com o seu fazer profissional de forma afetiva. Assim, a produção de sentidos que ocorre dentro do trabalho modifica as atividades desenvolvidas, os vínculos estabelecidos não se resumem a condutas impessoais e o resultado das intervenções afeta não apenas os usuários dos serviços.

Os protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos (Cecilio; Merhy, 2003) - a produção subjetiva das pessoas envolvidas - estão presentes em praticamente todos os aspectos já mencionados e analisados nas dimensões anteriores, tornando a subjetividade uma dimensão transversal e dialeticamente relacionada às demais, com o potencial de reconfigurá-las, dado seu caráter instituinte.

Considerações finais

Propomos que essas cinco dimensões - unidades mínimas, conectividade, integração, normatividade e subjetividade - sirvam como lentes para aproximação e análise das redes de saúde. Para compreender e fundamentar as implicações possíveis das redes na qualificação da atenção à saúde, é necessário identificar a evidência empírica de seus efeitos práticos e das aproximações e distanciamentos entre a idealidade

conceitual e sua materialidade no cotidiano dos serviços. Tal como procuramos argumentar e contribuir com subsídios teórico-metodológicos presentes no modelo aqui discutido, impõe-se a necessidade de uma aproximação multidimensional e interdisciplinar na análise de redes, sobretudo no campo da saúde coletiva, consoante a complexidade dos fenômenos que a desafiam. Nossa sistematização visa a contribuir nesse debate, agregando construções do campo da saúde coletiva e acrescentando outras, fundamentadas em outros campos disciplinares, ainda pouco utilizados na literatura da área.

Referências

- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Informação & Informação*, Londrina, v. 12, p. 8-19, 2007. Número especial.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, n. 51, p. 1-6, 2016.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da construção de modelos avaliativos de redes de atenção: um relato de experiência. In: TANAKA, Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 53-62.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 jan. 2011. Seção 1, p. 48.

- BROUSSELLE, A. et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.
- CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. p. 197-210.
- CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- DANTAS, M. *Redes de comunicação e computador*. Florianópolis: Virtual Books, 2010.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1995. v. 1.
- DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: _____. A. (Org.). *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973. p. 58-69.
- FIGUEIREDO, M. D.; SANTOS, D. V. D. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações. In: ONOCKO-CAMPOS, R. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 155-162.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2006. p. 459-473.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-132.
- GUIZARDI, F. et al. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Caxias do Sul: UCS; Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2006. p. 9-23.
- HARBOUR, R. T. *Sign 50*. Edinburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.
- HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004. Suplemento 2.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
- LIMA, M. et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 423-434, 2012.
- MASSARO, A. Redes de atenção à saúde: o que nelas se vê e o que se diz. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. H. (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 190-202.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, 2010.
- OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto

- nas práticas de atenção em saúde mental. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. H. (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 322-341.
- REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, 2010.
- RODRIGUES-JUNIOR, A. L. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 797-805, 2012.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço*. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2008.
- SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.
- SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2010. p. 15-40.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelos e diretrizes. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. p. 69-85.
- SURJUS, L. T. L. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, 2011.
- WASSERMAN, S.; FAUST, K. *Social network analysis: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- ZAMBENEDETTI, G. A.; PERRONE, C. M. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.
- ZAMBENEDETTI, G. A.; SILVA, R. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

Recebido: 25/10/2016
Reapresentado: 03/05/2017
Aprovado: 05/05/2017