

# Difusão de inovação e atores-chave na ESF

## Difusion of innovation and key actors in the FHS (Family Health Strategy)

Adriana de Freitas Velloso<sup>1</sup>, Marta Pedro Varanda<sup>2</sup>

### Resumo

Apresentamos o emprego da ARS como metodologia de investigação das relações infocomunicacionais entre os trabalhadores de saúde da Atenção Básica. O universo de atores pesquisados compreendeu três clínicas de família e um grupo do NASF a estas relacionado da área de planejamento AP5.2 do município do Rio de Janeiro, totalizando 150 profissionais da saúde, equipe técnica e agentes comunitários da saúde (ACS). Buscamos descrever como se dão as relações infocomunicacionais entre esses profissionais em geral e, em especial, sobre o cuidado aos usuários e suas necessidades de saúde. Este artigo traz os resultados referentes ao levantamento das diferentes lideranças e o possível papel que podem exercer na inovação de processos, e nas dinâmicas que envolvem o cuidado como escuta do outro. Os resultados apontam os atores com alto grau de centralidade – líderes de opinião, intermediação e capilaridade de informação – da Rede de Relações Informais que são adotantes precoces da noção de cuidado com acolhimento e escuta e permitem o emprego de estratégias de difusão desta inovação no segmento da Atenção Básica investigado.

**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

The methodology of Networks Social Analysis was employed in order to investigate the info-communication relations between healthcare professionals of one segment of basic healthcare. The research field comprised three family clinics and one group of Health Family Support Nucleus (HFSN) related to planning area 5.2 of Rio de Janeiro County, totalizing 150 workers among healthcare professionals, technical team e community health agents (CHA). The main goal was to describe the information flow between these professionals, especially those regarding healthcare. This article points out results related to key actors and the role they might play in regard to innovation and dissemination of healthcare policy, focusing on recognizing and listening others. The results point actors with high level of centrality – opinion, intermediation and information capillarity leaders – in the informal network relation that early adopts the notion of care amid acceptance and listening and allow the deployment of diffusion innovation strategies within the segment of basic health care here investigated.

**Keywords:** social network analysis; infocomunicational flow; actions of information; Family Health Strategy; Family Health Support Center; care.

<sup>1</sup>Clínica de Família Anna Nery - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Sociologia, School of Economics and Management (ISEG), Universidade de Lisboa (UL) - Lisboa, Portugal.

Trabalho realizado em três Clínicas da Família da AP 5.2 do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Adriana de Freitas Velloso – Clínica de Família Anna Nery, Av. das Américas, 500, Bloco 20, Sala 304 – CEP: 22640-100 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – Email: velloso.adriana@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

A consolidação de diferentes políticas brasileiras de saúde na nova Política Nacional de Atenção Básica<sup>1</sup> trouxe o *cuidado* como conceito polissêmico ora representado pelo sentido de *solidariedade e acolhimento*, ora por outros sentidos, como o de *cuidado continuado, atenção* ou *assistência*.

Ao representar o cuidado como ação de reconhecimento do outro pela escuta e diálogo entre o profissional de saúde e o usuário do sistema, o padrão comunicacional implícito na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) confronta, por ação intrumental, o regime de informação hegemônico que submete o sistema de saúde em geral pelo agir estratégico, que pressiona os profissionais para o êxito da produtividade.

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.

Como discurso, a promoção da saúde e o cuidado no sentido de acolhimento do outro não correspondem ao que, hegemonicamente, se entende como linguagem da cientificidade e, como prática, contrariam certas formas de organização estatutária dentro das instituições, tal como a hierarquia disciplinar dos saberes. 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<sup>2</sup>.

São grandes os desafios para a implementação do *cuidado como dom do reconhecimento*, configurando, na atualidade, movimento instituinte, encontrado na dimensão micropolítica dos serviços e na interação do binômio Estratégia e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (ESF/NASF). Consideramos esta noção de cuidado uma inovação, cuja implementação depende, entre outras iniciativas, da sua disseminação entre os profissionais de saúde.

O segmento da Atenção Básica pesquisado, um NASF e três Clínicas da Família, insere-se no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica<sup>3</sup> (p. 12), que 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. Há, portanto, a demanda de mudança da lógica vigente pela da satisfação e bem-estar dos usuários.

O presente artigo baseia-se nos resultados da tese Informação e Comunicação em Saúde: análise das redes sociais e dos fluxos sobre cuidado entre profissionais na atenção básica de saúde<sup>4</sup>. O campo pesquisado na área de planejamento 5.2 do município do Rio de Janeiro totalizou 150 atores, entre profissionais da saúde, equipe técnica e agentes comunitários

da saúde (ACS)<sup>i</sup>. Buscamos descrever o fluxo informacional entre esses profissionais e, em especial, a sua relação com as formas de cuidado. Este artigo aponta os resultados referentes aos atores-chave e ao papel que podem exercer na inovação e disseminação da política do cuidado, com foco no reconhecimento e na escuta do outro. Empregamos a Análise de Redes Sociais (ARS) como metodologia de investigação das relações infocomunicacionais entre os trabalhadores de saúde, associada ao modelo de difusão de inovação.

Os conceitos de cuidado como reconhecimento, de inovação e de atores-chave são fundamentais para a compreensão das premissas deste trabalho e serão aqui expostos e referenciados.

### Cuidado como dom de reconhecimento

Partimos do pressuposto de que o espaço de prática do profissional de saúde, pela própria natureza de suas funções e em contato direto com os usuários, é um espaço “entre”: entre dois discursos, entre duas percepções de corpo, entre duas visões de mundo<sup>5</sup> (p. 267). Espaço para o encontro dos saberes produzidos pela ciência e pelas tradições populares, em que o cuidado se torna mediador e podem ser criados arranjos produtivos locais de promoção da saúde.

Entendemos o cuidado mediador como aquele que reconhece a alteridade. Apoiamo-nos na perspectiva apontada por Martins<sup>2</sup>, que promove o encontro entre a teoria da dádiva enunciada pela primeira vez por Mauss<sup>6</sup> e o dom do reconhecimento encontrado em Charles Taylor citado por Martins<sup>2</sup> (p. 46). 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, o de receber e o de 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<sup>2</sup> (p. 44).

Os resultados da articulação da teoria do dom com a do reconhecimento surgirão, objetivamente, no questionamento crítico dos discursos da saúde, das mudanças do padrão de consumo em saúde, na ação social e na participação democrática de usuários e profissionais de saúde. O cuidado como dom do reconhecimento é uma inovação que, uma vez implantada pela nova PNAB, vive sob tensão em seu processo de implementação.

<sup>i</sup> Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – CEP SMSDC-RJ, parecer número 134A/2013.

## Difusão de inovação

Segundo Evert Rogers<sup>7</sup>, a difusão de inovação é o processo pelo qual os líderes de opinião adotavam uma inovação, para, em seguida, ao longo do tempo, a difundirem. Segundo Granovetter<sup>8</sup>, a rapidez da adoção desta inovação varia consoante o nível de limiar dos indivíduos do sistema social em causa, porque um indivíduo se engaja em um novo comportamento baseado na proporção de pessoas que já estão engajadas no sistema social ao qual pertence. Um sistema social em que os níveis de limiar são mais baixos adotará mais rapidamente a inovação.

Desde a distinção feita por Granovetter<sup>9</sup> de laços fracos *versus* laços fortes<sup>ii</sup>, tem sido argumentado que os laços fracos, pelos quais as pessoas são fracamente conectadas a outras, seriam necessários para que a difusão ocorresse através dos subgrupos de um sistema de rede. Para Putnam<sup>10</sup>, esses laços possuem capacidade de construir pontes (*bridging*) e, segundo Burt<sup>11,12</sup>, capacidade de *corretagem* ou intermediação (*brokerage*), ligando grupos de atores que, do contrário, não se comunicariam.

O modelo de Valente<sup>13</sup>, um dos autores que mais têm trabalhado sobre as questões de saúde pública aplicando a análise de redes sociais em inúmeros artigos e livros publicados principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra<sup>14</sup>, baseando-se no modelo de Granovetter<sup>8</sup>, inclui também o engajamento dos atores em termos da exposição destes a uma inovação a partir de suas ligações com seus contatos diretos – sua *egorrede*. Identificar adotantes de baixo limiar como agentes de mudança exige algum conhecimento prévio de adoção de comportamento de uma inovação relacionada.

No presente trabalho, assumimos o modelo de difusão de inovação preconizado por Valente<sup>13</sup> e tomamos, como inovação, a prática do cuidado que inclui a escuta do outro. Pudemos avaliar a adoção do comportamento inovador pela representação de *cuidado* expressa por 111 atores, das diferentes categorias profissionais<sup>iii</sup>, que responderam ao questionário empregado. *A escuta e acolhimento do usuário*, como representação de cuidado, apareceu algumas vezes apontando para a predisposição de o profissional de saúde incluir a visão do paciente em sua reflexão acerca do cuidado a ser oferecido.

O modelo de difusão de inovação utilizado considera os processos mais eficientes de disseminação de saberes pelas redes infocomunicacionais que levam a mudanças de comportamento. Segundo Valente<sup>15</sup>, as quatro formas de desenvolver programas de mudança planejada, utilizando dados das redes, são: (a) identificar indivíduos 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 deste artigo, iremos abordar apenas a primeira forma.

## Atores-chave, líderes de opinião, pontes e capilares

Atores-chave, ou *key-players*, são aqueles atores que desempenham papel fundamental para a disseminação de uma inovação. Os atores-chave são adotantes precoces que podem diferenciar-se quanto à função que desempenham na rede social. Assumimos, neste trabalho, a existência de três tipos de atores-chave: líderes de opinião, pontes e capilares.

Valente<sup>15</sup> descreve os *key-players* como aqueles atores em melhores condições de disseminar as informações ou, se removidos, fragmentar as redes de forma mais eficiente. Os líderes de opinião em um sistema social, segundo Valente<sup>13,16</sup>, podem ser definidos como aqueles que recebem o maior número de citações (alto grau de centralidade de entrada – *indegree*) e foram descritos<sup>17</sup> como influência significativa sobre a taxa de adoção de inovações<sup>iv</sup>.

Valente comenta que usar o número de ligações entre os atores (a medida centralidade de grau) pode não identificar aqueles *atores-chave*<sup>15</sup>, pois os líderes de opinião nem sempre são os melhores agentes de mudança. Os 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 também mudem<sup>15,18,19</sup>.

Quando se espera que a difusão entre grupos possa ser difícil, o *ator-chave* é aquele que alcança alta centralidade de intermediação<sup>15</sup>. 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.

Observamos, porém, a existência de outro tipo de ator-chave, atores que possuem alto grau de penetração na rede, os chamados atores *capilares*, que se caracterizam por terem alto grau de centralidade de informação. Se o objetivo for transmitir um rumor, em vez de querer que a informação chegue o mais rápido possível aos demais, como exemplificado por Hanneman<sup>20,21</sup>, 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 medida de centralidade de informação considera

<sup>ii</sup> Os laços fortes permitem troca de informações refinadas, de confiança e de reciprocidade, e de normas cooperativas, enquanto os laços fracos atuam como pontes entre grupos de pessoas.

<sup>iii</sup> Agente de combate às endemias; agente comunitário de saúde; agente administrativo; agente de saúde bucal; auxiliar de enfermagem; cirurgião-dentista; chefe de enfermagem; coordenador de programa; professor de educação física; enfermeiro; farmacêutico; gestor; médico de família; oficial de farmácia; técnico em saúde bucal.

<sup>iv</sup> Outros autores, por exemplo, Borgatti, definem os atores-chave como sendo aqueles que, de forma otimizada, alcançam na rede alto grau de intermediação, e observam que os atores mais centrais podem estar vinculados, algumas vezes, às mesmas pessoas de forma redundante (as chamadas cliques).

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 há apenas um portador para entregá-la, esta conexão é fraca, considerando-se 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<sup>20</sup>, quando os intermediários bloqueiam a comunicação, se existirem outros caminhos, os atores provavelmente os usarão, mesmo que sejam mais longos ou menos eficientes. 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. Vários caminhos comunicacionais levam a condição de possibilidade de maior compartilhamento de informações.

## ■ MÉTODOS

A Análise de Redes Sociais permite a criação de modelos de investigação e integração entre ciências sociais e da saúde. Com o apoio da ARS, é possível harmonizar os aspectos qualitativo e quantitativo da pesquisa, criar padrões de entendimento das ligações entre elementos e falar da estrutura social invisível aos estudos qualitativos de relações interpessoais.

Os principais instrumentos metodológicos da Análise de Redes Sociais são matrizes, visualizações de redes e medidas. As medidas relacionam-se aos nós (atores), aos subgrupos ou a toda a rede<sup>22</sup>. A pesquisa partiu das análises das relações formais e informais para identificar atores-chave e seus papéis, utilizando-se as seguintes medidas dos nós: (a) centralidade de grau de entrada (*indegree*); (b) centralidade de intermediação, e (c) centralidade de informação. Os resultados revelam padrões infocomunicacionais que apontam para possíveis estratégias de implementação da nova lógica de cuidado.

Para analisar as redes sociais, foram levantados, através de questionário, os dados do elo relacional, isto é, da comunicação entre as pessoas da qual resulta fluxo informacional<sup>23</sup>. As trocas comunicacionais entre os profissionais, referentes ao tema do cuidado, acontecem tanto em ambientes formais propiciados pela gestão dos serviços, como reuniões e processos de aperfeiçoamento, quanto em encontros informais entre colegas de trabalho. Os profissionais do segmento da Atenção Básica pesquisado foram estimulados a identificar, a partir de listagem com os nomes de todos os trabalhadores, aqueles com os quais se relacionavam formal e/ou informalmente. Foi solicitado que respondessem à pergunta aberta sobre o que entendiam por cuidado. A partir destes dados, foi possível desenvolver as

redes de Relações Formais e Informais, e suas medidas, bem como conhecer os adotantes precoces da noção de cuidado como acolhimento. O programa UCINET 6<sup>22</sup> desempenhou as funções de cálculo de diferentes medidas – a depender dos objetivos de pesquisa – e o importante papel de gerar as visualizações das redes.

## ■ RESULTADOS

Apresentamos nas Figuras 1 e 2 a Rede de Relações Informais e Formais, respectivamente.

A visualização induz – e as medidas de densidade da rede confirmam – ser a Rede de Relações Informais (13,85% das relações possíveis) mais densa que a Rede de Relações Formais (11,43%)<sup>v</sup>, isto é, circula pelos laços informais fluxo infocomunicacional maior do que pelas relações formais de trabalho. Portanto, para disseminar uma inovação, as relações informais não podem ser negligenciadas; entretanto, devemos observar que não basta ter muita informação obtida informalmente, sem ter autoridade para implementá-la.

Com formas semelhantes, observa-se a diferença no número de conexões entre as duas redes, o que 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.

Os laços da Rede Informal são caracterizados como relações mais frequentes e se assemelham aos laços de parentesco, no qual se encontram relações cotidianas e intensas entre vários membros da mesma família, constituindo laços fortes. Em contraste, os laços fracos, também presentes nas relações informais, são expressos por relações de menor intensidade e frequência comparáveis às relações entre conhecidos.

### Atores-chave

O segmento pesquisado possuía diferentes redes com subgrupos e cliques, definindo afinidades e criando possibilidades de coexistirem mais de um tipo de liderança<sup>vi</sup>. A Tabela 1 apresenta as medidas de intermediação, de centralidade de grau e de centralidade de informação dos atores da rede informal, conforme se observa a seguir:

Marcamos em cinza escuro os atores relevantes nas três medidas e os que se destacaram em duas das medidas foram marcados com um círculo. Foram encontrados, para toda a

<sup>v</sup> Podem ser vistos três subgrupos correspondentes às três clínicas. Nas Figuras 1 e 2, aparece representada por triângulos a Clínica 3; à direita, representada por quadrados, está a Clínica 2, e à esquerda, a Clínica 1. Entre os três subgrupos, encontram-se seis integrantes do NASF (acima em formato de box) e três enfermeiros da Clínica 1.

<sup>vi</sup> Aqui entendidas como lideranças nas funções que exercem na rede.

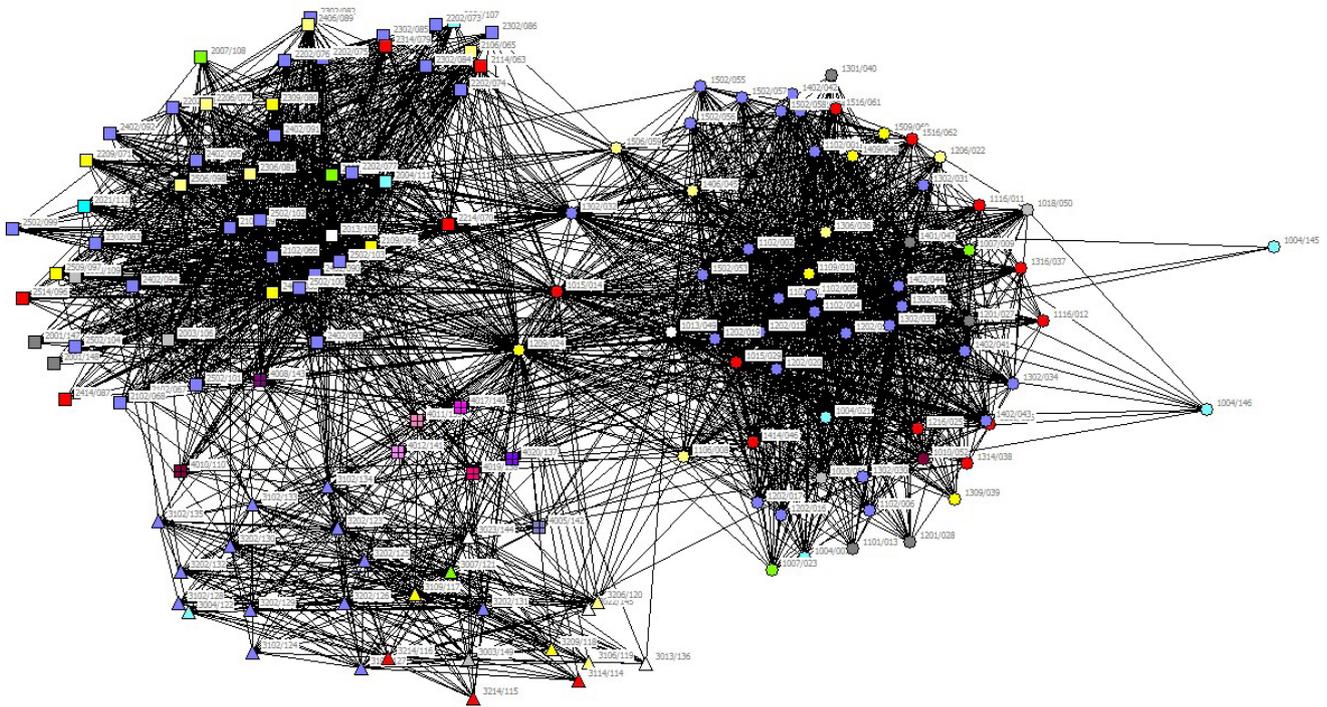


Figura 1. Rede de Relações Informais

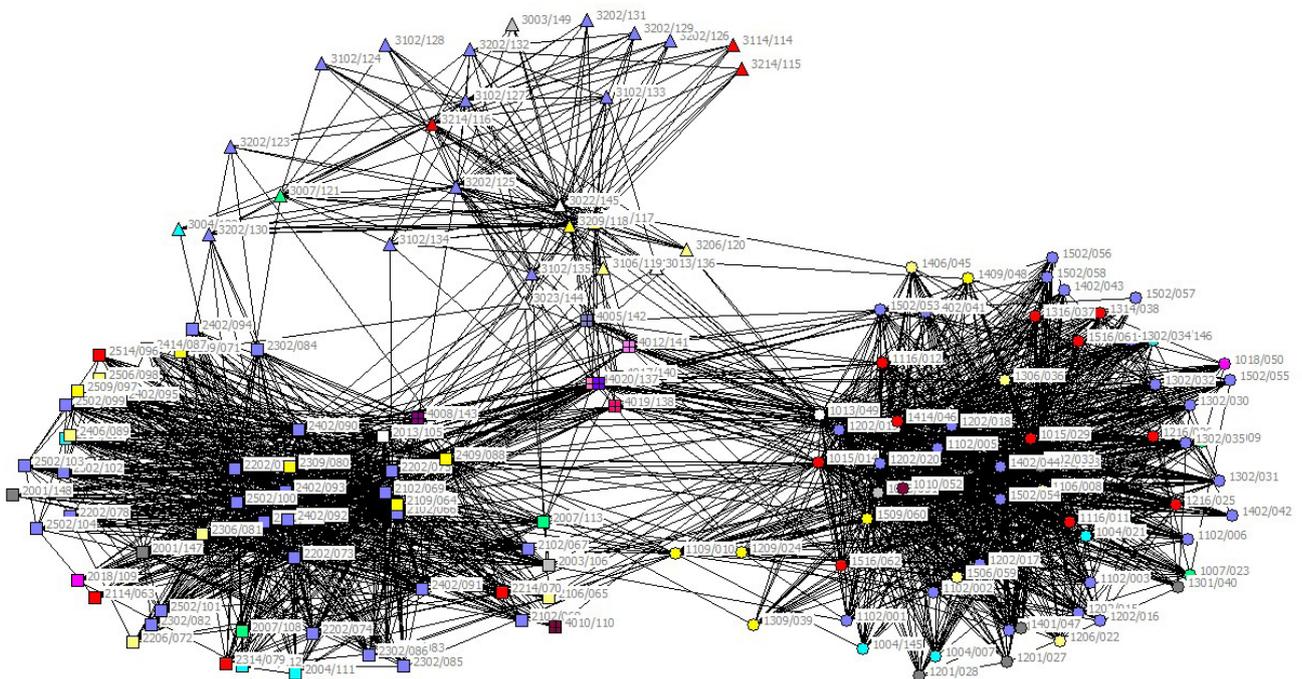


Figura 2. Rede de Relações Formais

rede, dez atores com potencial para atores-chave, difusores de inovações no sistema social estudado<sup>vii</sup>. Cinco foram considerados de primeira ordem, por alcançarem alto grau de centralidade nas três medidas, e cinco, de segunda ordem - alta centralidade,

<sup>vii</sup> Este potencial se confirma, caso sejam adotantes precoces da inovação a ser disseminada.

ao menos em duas medidas. Dos dez, oito são profissionais da Clínica 1, reforçando o papel diferenciado deste subgrupo como polo de influência para a rede como um todo.

Entre os cinco potenciais atores-chave de primeira ordem, temos um gestor, um médico, um enfermeiro e dois agentes comunitários de saúde. Todos possuem ensino superior (quatro

**Tabela 1.** Medidas de Centralidade 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			2109/054	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
				2102/069	16,718
				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 pelas autoras com dados do UCINET 6

deles) ou estão se graduando; dois possuem pós-graduação em saúde da família e homeopatia, e um está cursando mestrado profissional em saúde da família. O gestor, 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. Está localizado 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 confere força ao papel de ator ponte.

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 melhor capacidade de influência e de disseminação capilar dos fluxos infocomunicacionais. Estes resultados apontam para o papel da educação na formação das lideranças de uma rede social.

O enfermeiro e o médico, reconhecidos líderes de opinião, exercem funções especiais dentro de suas ocupações. O enfermeiro

coordena a enfermagem e o médico tem função de preceptor de residentes no subgrupo da Clínica 1. As responsabilidades de suas funções, bem como os atributos da formação e de experiência profissional, podem sugerir respostas para a posição que alcançaram e, assim como o gestor, serem os atores ponte mais importantes da rede informal.

### O cuidado das políticas e suas representações sociais

A política do cuidado na Atenção Básica foi analisada nos seguintes documentos do Ministério da Saúde: (a) Caderno de Atenção Básica – Programa Saúde da Família<sup>24</sup>; (b) Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF<sup>25</sup>, e (c) a Política Nacional de Atenção Básica<sup>1</sup>. Podemos afirmar que esta política 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 e se associava à noção de prestação de serviços de saúde relacionado aos processos de referência e contrarreferência, passa a ser polissêmico e polifônico. Em 2009, nas diretrizes do

NASF, o cuidado se vincula 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 esperada pelo usuário, seu próprio reconhecimento.

No estudo de campo, as representações sociais de cuidado dos profissionais de saúde foram investigadas a partir da pergunta: “O que significa cuidado para você?”. A noção de *cuidado como reconhecimento do outro* foi identificada no discurso de alguns profissionais pela presença de determinados termos, 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 foram incluídas as descrições que demonstravam valorizar as necessidades de saúde verbalizadas pelos próprios usuários, possíveis apenas no encontro dialógico por busca de sentidos que sejam mutuamente compreensíveis. Consideramos, portanto, como adotantes precoces da inovação do cuidado como dom do reconhecimento, aqueles que declararam entender o cuidado na relação dialógica com o usuário.

Para uma visualização interessante e de rápida apreensão do conteúdo das respostas, foram desenvolvidas duas nuvens de etiquetas (*tags cloud*)<sup>26</sup>, nas quais o tamanho da fonte e a cor das palavras correspondem à frequência com que cada palavra aparece no texto<sup>27viii</sup>. A seguir, as Figuras 3 e 4 apresentam, respectivamente, os termos presentes nas representações do cuidado de todo o segmento pesquisado e do grupo de atores considerados adotantes precoces da noção de cuidado como dom do reconhecimento.

A Figura 3 coloca em proeminência a assistência em saúde pela ênfase dos termos: *atenção*, *zelo*, *prevenção*, *ações*, *tratamento* e *tratar*. Já a Figura 4 evidencia as seguintes *tags*: *ouvir*, *acolher*, *empatia*, *escuta* e *cuidemos*. Mapeando os adotantes precoces na Rede de Relações Informais, obtivemos a Figura 5.

Os adotantes precoces dispõem de recursos informacionais que, se disseminados na rede, ampliariam o escopo da política do cuidado<sup>ix</sup>. Porém, como já apontado, não basta ser adotante precoce para disseminar uma inovação, pois é preciso exercer um papel-chave na rede. Cruzando os atores expoentes nos papéis de líderes de opinião e os atores ponte e capilares com os adotantes precoces, teremos os atores-chave para disseminar, na rede de Relações Informais, a noção do cuidado como acolhimento, escuta e reconhecimento do outro.

Destacamos dois atores-chave: o gestor da Clínica 1 e o médico preceptor dos residentes, capazes de disseminar, pela Rede de Relações Informais, o cuidado como reconhecimento

do outro, utilizando sua influência pessoal, das ligações com subgrupos isolados e da penetração nos núcleos densos. Ambos são forte influência para toda a rede se tornar consciente da inovação. Entretanto, para os atores das redes pessoais destas lideranças, a possibilidade de mudança é ainda mais provável e rápida, segundo o modelo atualizado de difusão de inovação de Valente<sup>15</sup>, pois se relacionam diretamente, fazendo parte de suas egorredes. As Figuras 6 e 7 ilustram as redes pessoais destas duas lideranças, respectivamente, o médico e o gestor da Clínica 1. Nas Figuras 6 e 7, foram considerados atores

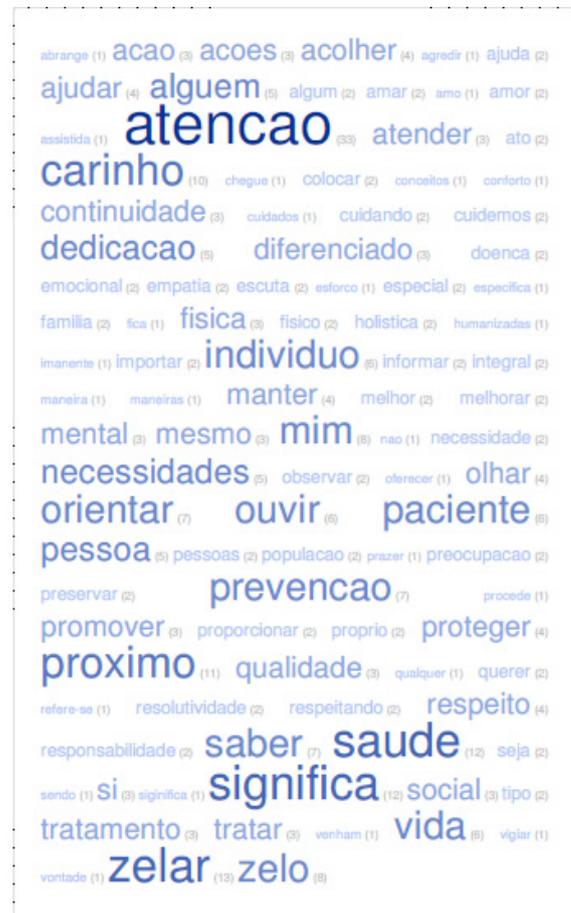


Figura 3. Nuvem de *tags* das representações de cuidado



Figura 4. Nuvem de *tags* do Cuidado como reconhecimento do outro

<sup>viii</sup> Acessado o aplicativo no sítio eletrônico do governo federal VisPública.

<sup>ix</sup> O grupo que aparece em preto na Figura 5 representa os sete integrantes do NASF que não responderam ao questionário, não sendo possível, assim, avaliar se são adotantes precoces.

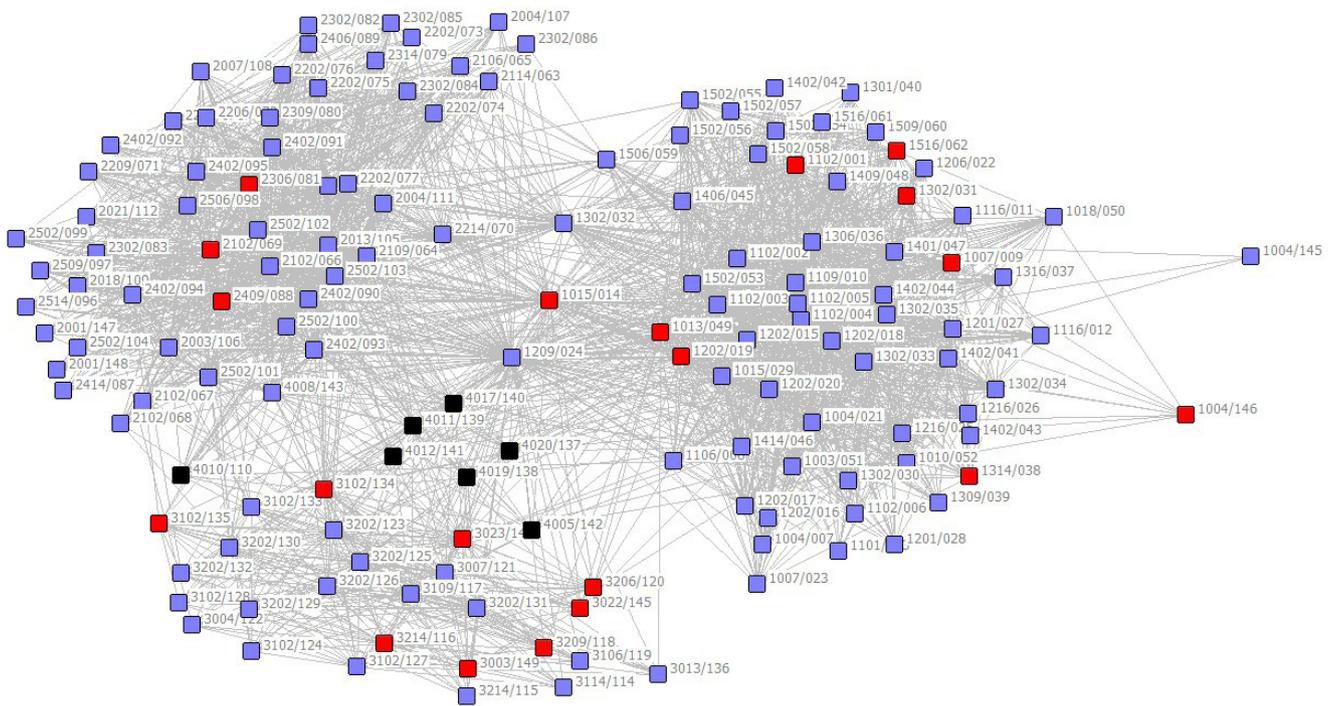


Figura 5. Rede de Relações Informais segundo os adotantes precoces (vermelho), não adotantes (azul) e não informaram (preto)

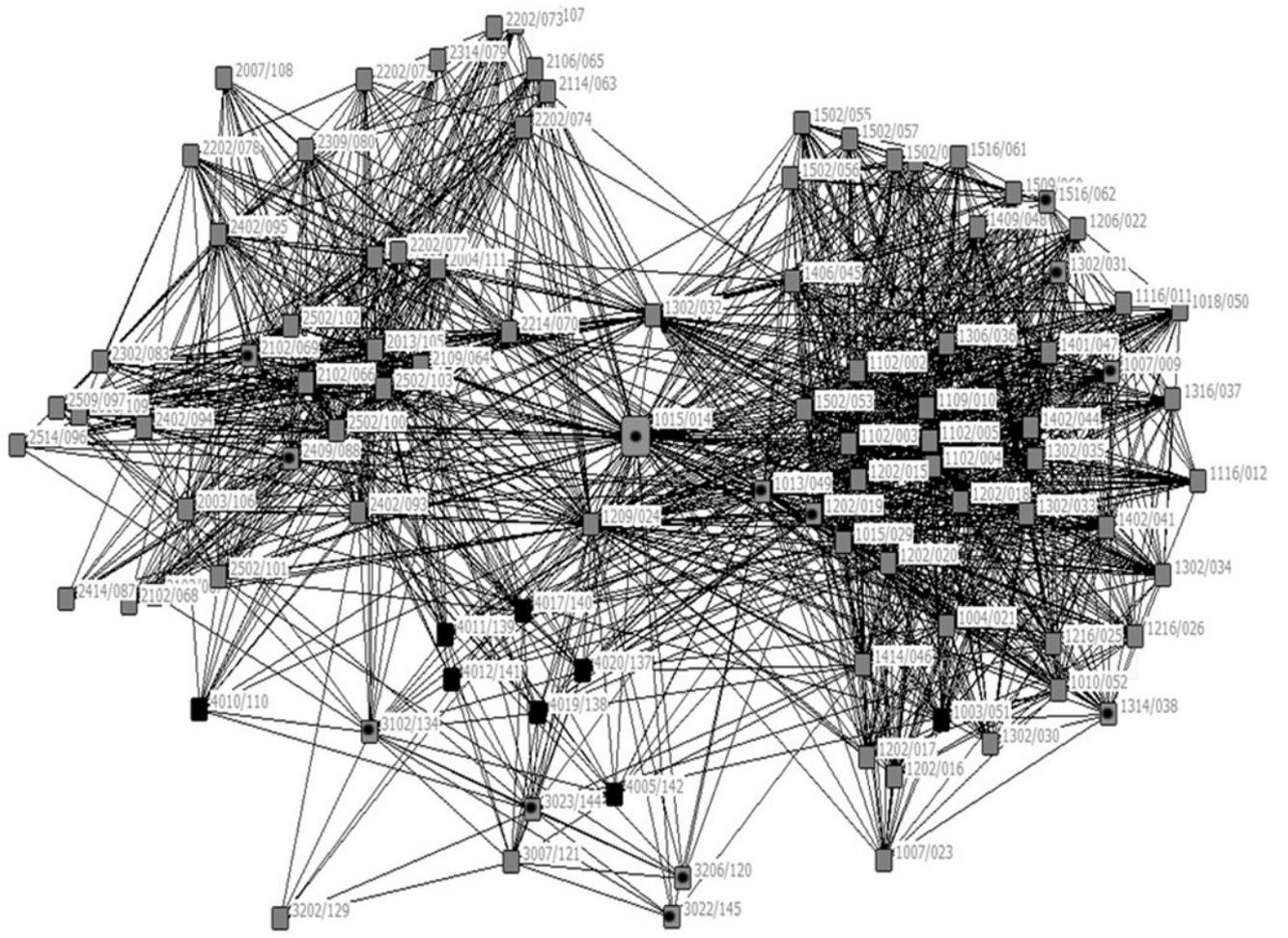
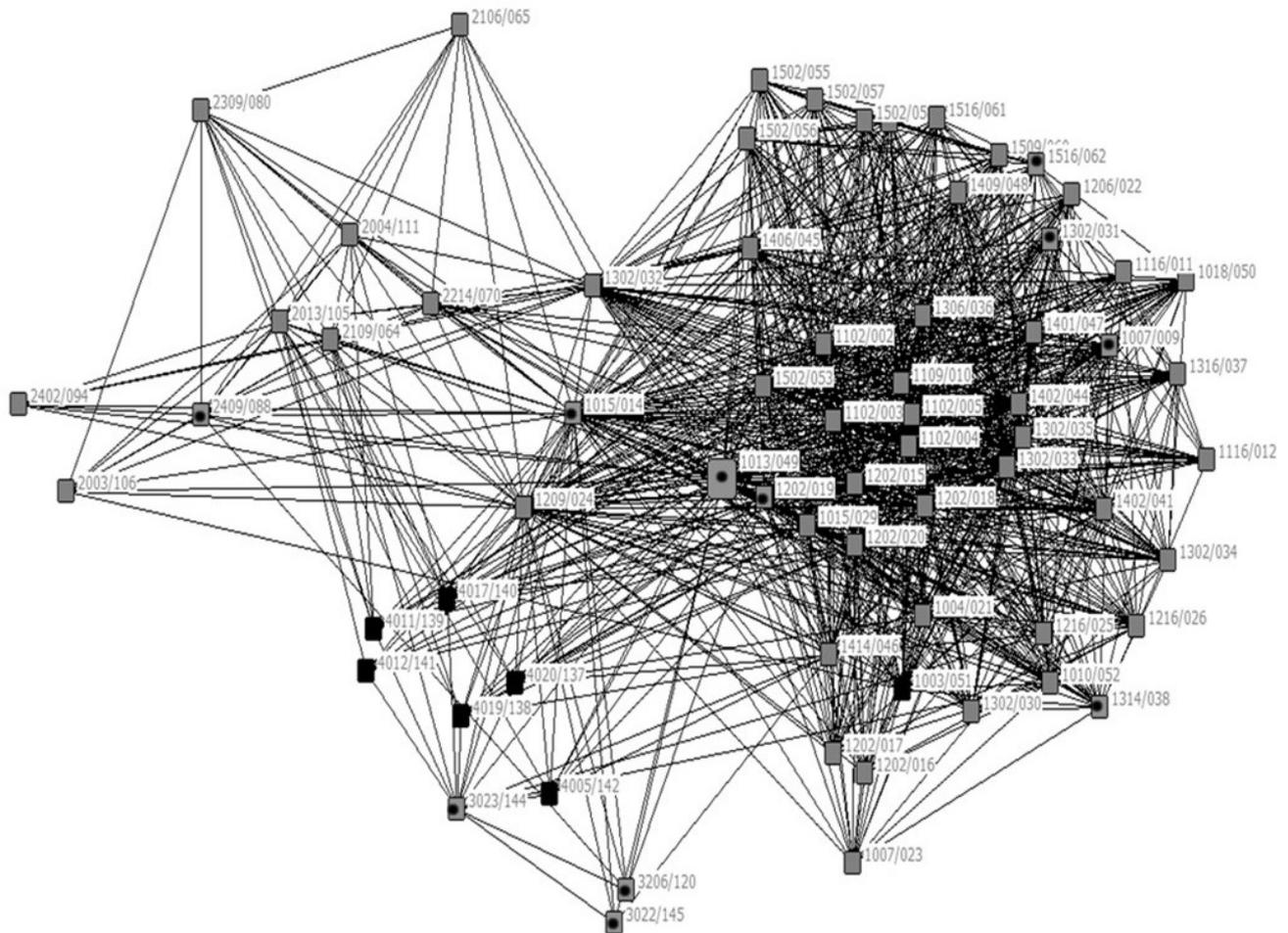


Figura 6. Egorrede do ator-chave médico



**Figura 7.** Egorrede do ator-chave gestor

adotantes aqueles marcados em cinza com círculo dentro; os não adotantes, em cinza, e em preto, aqueles que não responderam à questão referente a *cuidado*.

Considerando-se que, nas egorredes de ambos, encontram-se três outros potenciais atores-chave de primeira ordem e cinco de segunda ordem, pode-se desenvolver trabalho planejado visando à sensibilização de todo o grupo de 150 profissionais focando inicialmente neste pequeno grupo, otimizando recursos e objetivando resultados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados na presente pesquisa evidenciaram a existência de barreiras à implementação da política do cuidado. Esses obstáculos estão refletidos nas interações entre os agentes da implementação da política, os profissionais de saúde. Pouco mais de 13% do total dos atores foram considerados adotantes da inovação representada pela noção de cuidado como reconhecimento do outro. Esses atores são fonte dos recursos informacionais que devem ser difundidos na rede. O desafio repousa, então, na disseminação deste novo comportamento

entre os profissionais através das redes infocomunicacionais. À medida que o fluxo da inovação circula, geram-se mudanças na estrutura da própria rede por transformar as relações, isto é, os laços de reconhecimento e afinidades entre os pares.

A Análise de Redes Sociais, seja como conceito ou instrumento metodológico, permite novas perspectivas para a pesquisa em saúde coletiva, ampliando o conhecimento da relação estrutura/sujeito e de sua interdependência. Sua inserção, ainda incipiente no Brasil, promete avanços, quando associada com modelos de difusão de inovação, principalmente na sensível área de implementação de novas políticas e paradigmas, que sofrem usualmente de pouca adesão e participação social. Os resultados podem subsidiar intervenções para implementação de políticas e programas, ou para desenvolver mudanças de comportamento coletivo, uma vez que sejam identificados os atores-chave, adotantes espontâneos de uma inovação e possíveis colaboradores para sua disseminação.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).
2. Martins PH. MARES: atualidade teórica no contexto de declínio do pós-estruturalismo. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, editores. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Velloso, A. F. Informação e Comunicação em saúde: análise das redes sociais e dos fluxos sobre cuidado entre profissionais na atenção básica de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
5. Bonet O, Tavares FG. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Razões pública para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/Cepesc/Abrasco; 2009.
6. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac & Naify; 2003.
7. Rogers E. Diffusion of innovations. 3. ed. London: The Free Press; 1983.
8. Granovetter MS. Threshold models of collective behavior. *Am J Sociol.* 1978;83(6):1420-43.
9. Granovetter MS. The strength of weak ties. *Am J Sociol.* 1973;78(6):1360-80.
10. Putnam R. Bowling alone: the collapse and revival of American community, New York: Touchstone; 2001.
11. Burt R. Structural holes: the social structure of competition. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
12. Burt R. Brokerage and closure: an introduction to social capital. Oxford: Oxford University Press; 2005.
13. Valente TW. Social network thresholds in the diffusion of innovations. *Soc Networks.* 1996;18:69-89.
14. University of Southern California. [Internet]. Los Angeles; 2014 [citado em 2014 mar]. Disponível em: <http://www-hsc.usc.edu/~tvalente/research.html>
15. Valente TW. Network interventions. *Science.* 2012;337(6090):49-53. PMID:22767921. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1217330>.
16. Valente TW. Network models of the diffusion of innovations. New York: Hampton Press; 1995.
17. Borgatti SP. Identifying sets of key players in a network. *Comput Math Organ Theory.* 2006;12(1):21-34.
18. Varanda MP. Análise de Redes Sociais e sua aplicação ao estudo das organizações: uma introdução. *Revista Organização e Trabalho.* 2000;23:87-106.
19. Varanda MP, Fontes B, Rego R, Eichner K. A análise de redes sociais e ação coletiva: a comunidade científica de analistas de redes lusófonos. In: Tomael MI, Marteleto R, editores. Informação e redes sociais: interfaces de teorias, métodos e objetos. Londrina: EDUEL; 2015
20. Hanneman RA. Introducción a los métodos del análisis de redes sociales: centralidad y poder. 2001 [citado em 2011 jul]. Disponível em: [http:// revista-redes.rediris.es/webredes/textos/cap6.pdf](http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/cap6.pdf)
21. Analytic Technologies. Lexington; 2013 [citado em 2013 jan]. Disponível em: <http://www.analytictech.com/networks.pdf>
22. Cross RL, Parker A, Borgatti SP. The hidden power of social networks: understanding how work really gets done in organizations. Cambridge: Harvard Business School Press; 2004.
23. Haythornthwaite C. Social networks and information transfer. In: Bates M, Maack M, editores. *The encyclopedia of Library and Information Science.* New York: Taylor & Francis; 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília; 2000. 44 p.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF. Brasília; 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 27).
26. Brandt MB. Etiquetagem e Folksonomia: uma análise sob a ótica dos processos de organização e recuperação da informação na web [dissertação]. Distrito Federal: Faculdade de Administração, Contabilidade e Ciência da Informação, Universidade de Brasília; 2009.
27. Portal VisPública. Modelo de visualização de dados públicos [Internet]. 2014 [citado em 2014 mar]. Disponível em: <http://vispublica.gov.br/vispublica/publico/crieSeuGrafico/outros/openCloud.jsp>

Recebido em: Dez. 15, 2012  
Aprovado em: Fev. 17, 2017