



AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA REDE DE SAÚDE DE VITÓRIA - ES
PRIMARY CARE FACILITIES IN THE HEALTH NETWORK OF VITÓRIA - ES
LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN LA RED DE SALUD DE VITÓRIA - ES

Mikaelli Orlande Gabriel
Universidade Federal do Espírito Santo
mikaelligabriel@gmail.com

Submetido em: 30/10/2014
Correções obrigatórias: 26/05/2015
Artigo aceito em: 19/10/2015

Hélio Zanquetto Filho
Universidade Federal do Espírito Santo
zanquetto@gmail.com

Marcos Paulo Valadares de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
marcos.p.oliveira@ufes.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar o papel das unidades básicas de saúde no sistema de saúde, bem como a importância de sua inserção na rede formada pelas UBS's da cidade de Vitória no Espírito Santo. Para tanto foram realizadas entrevistas com profissionais da área visando mapear o fluxo nos três níveis de atenção a saúde. Foi realizado ainda a aplicação de 29 questionários com os diretores das UBS's da cidade de Vitória o que possibilitou o mapeamento da rede formada pelas unidades básicas de saúde. Como resultado obteve-se que as UBS's exercem um papel fundamental na rede de saúde pública uma vez que atuam como a porta de entrada do paciente no sistema. Além disso, quando gerenciada devidamente tem o potencial de aliviar a demanda nas demais organizações de saúde. Com relação a rede de UBS's de Vitória, apesar de não ser fragmentada, observou-se que esta pode ser melhor explorada por meio do estímulo do surgimento de novas relações, já que as existentes correspondem a apenas 22.2% das relações possíveis.

Palavras-Chave: Saúde. Atenção básica. Redes.

ABSTRACT

This article aims to analyze the role of basic health units in the health system and its the importance of their inclusion in the network formed by UBS's city of Vitória in Espírito Santo For both interviews with professionals were conducted to map the flow the three levels of health care. The application of 29 questionnaires with the directors of UBS's city of Victoria which allowed the mapping of the network formed by the basic health units was also carried out. As a result it was found that UBS's fundamental role is a network of public health since it should be the port of entry in the patient's system, moreover when this organization managed to relieve the demand of other health organizations. With respect to network UBS's Victory although not fragmented noted that this can be better exploited by encouraging the emergence of new relationships, as existing correspond to only 22.2% of the possible relations.

Keywords: Health. Primary care. Networks.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar el papel de las unidades básicas de salud en el sistema de salud y su la importancia de su inclusión en la red formada por la ciudad de UBS de Vitória, en Espírito Santo Tanto para las entrevistas con los profesionales se llevaron a cabo para mapear el flujo los tres niveles de atención de la salud. La aplicación de 29 cuestionarios con los directores de la ciudad de UBS de Victoria que permitió el mapeo de la red formada por las unidades básicas de salud también se llevó a cabo. Como resultado



se encontrou que el papel fundamental de UBS es una red de salud pública, ya que debe ser el puerto de entrada en el sistema del paciente, por otra parte, cuando esta organización logró aliviar la demanda de otras organizaciones de salud. Con respecto a la red de la victoria de UBS aunque no fragmentado señaló que esto puede ser mejor explotada mediante el fomento de la aparición de nuevas relaciones, según corresponda existente a sólo el 22,2% de las posibles relaciones.

Palabras Clave: Salud. Atención primária. Redes.

INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS. Desde então, houve avanços na implementação do SUS, com a realização de inovações institucionais, como o intenso processo de descentralização. No entanto, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir uma cobertura universal e equitativa (PAIM et al, 2011).

O modelo no qual a organização do SUS é baseado é o tecno-assistencial representado pela pirâmide de complexidades com níveis hierarquizados de densidade tecnológica crescente entre os diversos pontos de atenção à saúde. Assim, as organizações são classificadas em atenção básica, atenção de média complexidades e atenção de alta complexidades (MENDES, 2011).

Críticas são apresentadas a esse conceito, já que estaria “colocando” a atenção primária à saúde em uma situação de menor importância, no sistema de saúde, que a atenção nos níveis secundário e terciário. Além disso, uma grande crítica a esse modelo é o fato da hierarquização levar a uma fragmentação da atenção à saúde (MENDES, 2011).

Uma questão que colabora para a fragmentação do sistema de saúde é a esfera administrativa a que pertencem cada organização desse sistema. Em todo ele encontra-se organizações cuja gestão compete aos municípios, outras aos estados e outras ainda de competência federal. Nesse modelo, via de regra, os municípios se responsabilizam pela atenção básica e os estados pela média e alta complexidade, entretanto há algumas exceções que as organizações de saúde são federais como é o caso dos hospitais escola.

Segundo Mendes (2008) os sistemas fragmentados são voltados principalmente para os cuidados às condições agudas são organizados em pontos de atenção à saúde isolados, sem comunicação entre eles gerando uma descontinuidade na atenção à população. O autor salienta ainda que sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo. Essa realidade vem provocando movimentos com objetivo de gerar mudanças nesse panorama promovendo a integração das ações de saúde (MENDES, 2010).

Bittencourt e Neto (2009) colocam essa integração como um desafio, destacando que o estudo das redes sociais na saúde proporciona informações que podem facilitar a gestão do sistema e aumentar seu alcance. Assim, nesse contexto ganham importância as redes interorganizacionais. Isso porque elas permitem que as organizações se tornem mais flexíveis sem sacrificar o desempenho. Relações interorganizacionais existem em uma variedade de formas, tais como alianças, joint ventures, contratos de fornecimento, parcerias intersetoriais, redes, associações e consórcios (CASTELLS, 2000; PARMIGIANI; RIVERA-SANTOS, 2011).

Segundo Castells (2000), devido à capacidade das redes de gerar desempenho superior, o processo de competição está gradualmente eliminando as formas hierárquicas de organização.



Para Castells (2000), uma rede é um conjunto de nós interligados, formando uma estrutura flexível e adaptável que pode expandir-se indefinidamente, incorporando qualquer novo nó simplesmente pela sua reconfiguração.

Para Gulati e Gargiulo (1999) as organizações tendem a criar laços para gerenciar ambientes incertos e para satisfazer suas necessidades de recursos. Dessa maneira, criam laços com outras organizações que têm recursos e capacidades que podem ajudá-los a lidar com essas restrições externas.

De acordo com Provan e Milward (1995) os estudos das redes organizacionais têm proliferado, especialmente nos últimos anos, sendo grande parcela deste interesse gerado por um reconhecimento por parte dos acadêmicos de que as empresas, bem como organizações nos setores sem fins lucrativo e público, estão cada vez mais abandonando as formas hierárquicas e se voltando para as diversas formas de alianças cooperativas como forma de melhorar a competitividade e a eficácia.

Diante do exposto, este artigo busca responder a duas questões principais: Qual o papel das unidades básicas de saúde no sistema de saúde e qual a importância de sua inserção na rede formada pelas UBS's da cidade de Vitória no Espírito Santo? Para atingir este objetivo primeiramente buscou-se captar como se dão os relacionamentos entre as diversas organizações da saúde integrantes dos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) da cidade de Vitória de modo a identificar o papel das UBS's nessa estrutura. Além disso, buscou-se verificar a importância da inserção das unidades de saúde nas redes interorganizacionais de forma a identificar como esta inserção pode contribuir para melhoria da qualidade dos serviços prestados por cada uma delas. Após esta introdução, o artigo apresenta uma breve fundamentação teórica; a seção 3 descreve os procedimentos metodológicos utilizados; na seção 4 é feita a análise dos resultados; por fim, a seção 5 apresenta as considerações finais da pesquisa.

O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

No Brasil as redes de saúde pública se configuram em torno do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde em seu art. 8º define que “As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 1990).

Assim, o modelo que representa a organização do SUS instituída na legislação é o tecnossistêmico representado pela pirâmide de complexidades com níveis hierarquizados de densidade tecnológica crescente, exemplificado na Figura 1.



Figura 1 - Pirâmide de complexidades do sistema de saúde
Fonte: Elaborado pelos autores



Na base da pirâmide estão os serviços de baixa complexidade, representada pelo conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Intermediariamente encontram-se os serviços de média complexidade, também ditos de atenção secundária, essencialmente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, certos serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. No topo da pirâmide estão os serviços de alta complexidade, compostos pelos hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. Esse nível também é conhecido como atenção terciária (CECILIO, 1997).

Esse modelo foi teorizado e escolhido para ser o modelo do sistema de saúde brasileiro por diversas razões, entre elas porque a hierarquização seria capaz de racionalizar o uso dos escassos recursos existentes no setor saúde uma vez que garantiria a utilização do recurso tecnológico certo, no local certo e de acordo com necessidades estabelecidas dos usuários (CECILIO, 1997).

Para Silva Junior e Alves (2007) esse modelo representa postura prescritiva que reflete uma racionalidade formal, mas que por não levar em conta os fluxos reais das pessoas dentro do sistema acaba não se concretizando. Na prática o sistema vem funcionando de forma diferente da prevista, principalmente porque a principal “porta de entrada” para o sistema de saúde vem sendo os serviços de urgência/emergência e os ambulatórios dos hospitais públicos e privados e não a rede de atenção primária, o que torna hoje os prontos socorros sempre lotados quando a maioria dos atendimentos poderia acontecer na unidade básica (CECILIO, 1997; SILVA, 2004). Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas. (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Apesar de ser um sistema de saúde de abrangência nacional o SUS coexiste em diferentes subsistemas no âmbito dos estados e dos municípios. Monnerat et al. (2002) destacam ainda que os municípios, responsáveis por gerir estes sistemas de saúde, têm uma rede de serviços heterogênea e não integrada. O valor central da integração está no aperfeiçoamento tanto da coordenação quanto da integração de diferentes atores do sistema de saúde (FRIEDMAN; GOES, 2001).

O artigo 198 da constituição federal traz ainda o caráter regional e hierárquico da rede composta pelas ações e os serviços públicos de saúde, destacando como uma de suas diretrizes o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Tal atendimento integral é alcançado através da integralidade dos serviços, sendo a integralidade definida pela Lei nº 8.080/91 como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Assim, integração das ações de saúde refere-se a um atendimento e um cuidado contínuo dos usuários em seus diversos níveis (COSTA; SOUZA, 2010). Em um sentido mais amplo, a integração dos cuidados consiste em uma permanente coordenação entre as práticas clínicas designadas a um indivíduo que sofre com problemas de saúde, assegurando assim a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ, 2004).



Desde sua criação o SUS tem evoluído, mas ainda existem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal, habilitado a prestar serviços de qualidade a toda à população brasileira (BRASIL, 2007). Um desses desafios é o de encontrar mecanismos que suplantem a fragmentação das estruturas municipais, que estão muitas vezes organizadas de forma isolada resto do sistema de saúde, comprometendo a qualidade e o acesso aos serviços (BRASIL, 2006).

Para Mendes (2011) os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam através de um conjunto de pontos de atenção isolados e que não se comunicam uns com os outros. Assim, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e terciária e esses dois últimos níveis também não se articulam bem entre si. Como consequência, o sistema de saúde como um todo se torna incapaz de prestar uma atenção contínua à população, voltando-se para a atenção às condições agudas e tratando as condições crônicas como se agudas fossem (MENDES, 2011; MENDES, 2010).

Em seus estudos, Kodner e Spreeuwenberg (2002) observaram a existência de diversos conceitos para cuidado integrado. Esses conceitos trazem diversas perspectivas para a integralidade como, por exemplo: (1) a reunião de insumos, gestão, entrega e organização de serviços buscando melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência das empresas; (2) integração como forma de se obter maior eficiência e eficácia, menos duplicação e desperdício, e a prestação de serviços mais flexíveis e com uma melhor coordenação e continuidade; (3) Integração como gerador de capacidade de incentivar abordagens mais holísticas e personalizadas para as necessidades de saúde multidimensionais.

Dessa forma, o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, à integração de serviços através de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência das organizações uma vez que nenhuma delas possui todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população (HARTZ, 2004).

Colaborando com essa visão de rede, Costa e Souza (2010) defendem em seus estudos que uma saída para os desafios de consolidação do SUS é a articulação entre os atores envolvidos, gestores, servidores e usuários, buscando o melhor para a população e estando todos comprometidos a trabalhar em prol do sucesso do SUS.

Bittencourt e Neto (2009) colocam essa integração como um desafio, destacando que o estudo das redes sociais para a saúde proporciona informações que podem facilitar a gestão da rede e facilitar seu alcance. Assim, os resultados gerados pelo estudo das redes sociais em saúde fornecem ao gestor do sistema elementos importantes para o desempenho desta atividade.

Hartz (2004) destaca ainda que o termo “rede”, nesse contexto, deve ser visto de duas formas: (1) como estrutura organizacional e (2) como uma dinâmica de atores que estão permanentemente renegociando seus papéis na rede de modo a beneficiar o surgimento de novas soluções para problemas antigos, tudo isso em contexto de mudanças e compromissos mútuos.

REDES INTERORGANIZACIONAIS

Rede pode ser definida como um conjunto de atores ou nós, juntamente com um conjunto de laços de um tipo específico (por exemplo, amizade) que os ligam (BORGATTI; HALGIN, 2011). Assim, cada rede apresenta uma estrutura particular, sendo que parte da



riqueza teórica da análise de redes deriva da análise de sua estrutura: dos seus padrões de ligações, da posição de seus nós, dentre outros (BORGATTI; HALGIN, 2011).

Nesse contexto um corpo crescente de pesquisas sugere que os laços de organização com outras organizações fornecem recursos que concedem vários benefícios a essas organizações (GULATI; LAVIE; MADHAVAN, 2011). Enquanto a estrutura burocrática tradicional é mais rígida, regrada e previsível, a estrutura de rede oferece o potencial para uma rápida adaptação às condições de mudança, a flexibilidade de ajuste e a capacidade de inovação (AGRANOFF; McGUIRE, 2001).

As redes também prevalecem no que diz respeito à capacidade de difusão geral de informações entre as várias organizações, ampliando as bases de conhecimento que geram a capacidade para alcançar soluções diante das rápidas mudanças de contexto (AGRANOFF; McGUIRE, 2001; CHAUVET et al., 2011).

No âmbito do setor público, o aumento das estruturas em rede está levando a uma nova realidade administrativa. Nesse novo contexto, essas novas formas de gestão buscam a interação de estruturas descentralizadas e modelos inovadores de parcerias entre instituições estatais e organizações sociais ou empresariais (DUARTE, 2011). Essas novas formas de relacionamentos entre Estado e sociedade e entre organizações nas esferas de governos, vem surgindo devido ao esgotamento da capacidade de integração das instituições representativas tradicionais, além da ineficácia das organizações burocráticas e do modelo de planejamento global e centralizado (MOURA, 1998).

Por vivermos em uma sociedade em rede, a questão chave do ponto de vista político, é quais ações tomar para tentar maximizar o ideal de cumprir os projetos individuais e coletivos expressos pelas necessidades sociais e pelos valores, em novas condições estruturais (CASTELLS; CARDOSO, 2005). Assim, no setor público, as redes seriam formas de articulação entre agências governamentais e/ou entre elas e redes sociais, organizações privadas e outros grupos, para enfrentar problemas sociais e implantar políticas públicas (LOIOLA; MOURA, 1996).

Para Aranoff (2006) embora a maioria das redes públicas de gestão não possuam poder formal para fazer os ajustes em políticas e programas, elas fazem a diferença nas organizações de outras formas como, por exemplo, agregando valor através do aperfeiçoamento de conhecimentos que, em longo prazo, objetivam trazer resultados financeiros para os beneficiários da rede.

Em suma, independentemente de a colaboração ser impulsionada por motivos estratégicos, como acesso a recursos, ou com o intuito de ter acesso a novos conhecimentos, aprendendo mais ou por imersão em uma comunidade de prática, a conectividade a uma rede interorganizacional e competências no gerenciamento de colaborações tornaram-se fatores-chave de uma nova lógica de organização (POWELL, 1990).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa iniciou-se com a revisão da literatura a respeito de redes interorganizacionais e um levantamento bibliográfico da saúde no Brasil. Após esta etapa foi realizada, no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013, uma pesquisa documental a respeito dos estabelecimentos de saúde do estado do Espírito Santo com maior aprofundamento



na microrregião de Vitória, sendo esta composta pelos municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica e Viana.

Durante a pesquisa documental foram realizadas pesquisas em sites e publicações do governo, bem como no site do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES onde buscou-se informações como: Nome do estabelecimento, Tipo de estabelecimento e a Natureza da organização.

Essa fase possibilitou a identificação algumas peculiaridades da rede de saúde da cidade de Vitória, que justificam sua escolha como objeto de pesquisa. São elas: (1) Se destaca das demais no índice de desempenho da saúde (IDSUS), sendo a capital com melhor desempenho em 2012; (2) Possui uma estrutura diferenciada das demais cidades que compõe a grande Vitória, diferença evidenciada principalmente pela existência da central de regulação; (3) É o município com maior número de estabelecimentos de saúde no Espírito Santo.

Assim, com o intuito de mapear a estrutura da rede, suas principais características e os fluxos entre as diversas organizações da saúde integrantes dos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) da cidade de Vitória realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo na área. A partir dos dados captados no levantamento realizado no CNES foi possível identificar em quantas e quais organizações as entrevistas seriam realizadas. Durante o período de 1 (um) mês, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e presenciais, com gestores da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo e da Central de regulação do município de Vitória. Essas organizações foram escolhidas por terem atuação mais abrangente no sistema de saúde, possibilitando assim uma visão mais geral da rede de saúde.

Após a coleta e análise das informações foi realizada uma nova pesquisa de campo, sendo aplicado questionários com os diretores de todas as 29 UBS's da cidade de Vitória nos meses de maio e junho de 2014. Os dados coletados nesse questionário foram usados para alimentar os softwares Ucinet e Netdraw, sendo possível assim, obter as informações referentes à rede de relacionamento estabelecida entre as UBS's estudadas.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

CONTEXTO DA REDE DE SAÚDE DA CIDADE DE VITÓRIA

A Cidade de Vitória é a capital do estado do Espírito Santo, com uma área total de 98,194 Km² e uma população total de 327.801 em 2010 (IBGE, 2010). Destaca-se por ter obtido o maior Índice de desenvolvimento da Saúde (IDSUS) entre as capitais brasileiras em 2012.

Com base nas informações presentes no site do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES, realizou-se um levantamento dos dados referentes aos estabelecimentos presentes na rede de saúde da cidade de Vitória.

Considerando toda a cidade de Vitória e todos os tipos de estabelecimentos, contabilizou-se um total de 1.256 estabelecimentos, categorizados em 20 tipos diferentes¹. Desse quantitativo, 713 correspondem a organizações que não interessam a esta pesquisa por possuírem naturezas, bem como dinâmicas de trocas com as outras instituições da rede muito

¹ Dados coletados até 22 de abril de 2013.



distintas das demais. São elas: consultório isolado, polo academia da saúde, Serviço de atenção domiciliar isolado.

Portanto, a partir desta análise e filtragem inicial a rede foco da pesquisa de campo qualitativa é composta por um total de 543 estabelecimentos, divididos em 17 categorias. São elas: Central de regulação: 1; Central de regulação médica das urgências: 1; Centro de atenção psicossocial: 5; Centro de saúde/unidade básica: 29; Clínica/centro de especialidade: 333; Hospital especializado: 6; Hospital geral: 15; Hospital/dia – isolado: 1; Laboratório central de saúde pública – LACEN: 1; Policlínica: 35; Posto de saúde: 1; Pronto atendimento: 2; Secretaria de saúde: 2; Unidade de apoio diagnose e terapia: 97; Unidade de vigilância em saúde: 2; Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência: 8; Unidade móvel terrestre: 3.¹

Uma consideração importante a se fazer é que a rede de saúde tem um dinamismo acentuado, estando constantemente em expansão. Assim, deve-se considerar que o levantamento dos estabelecimentos pertencentes à rede do presente estudo refere-se aos estabelecimentos cadastrados até o dia 22 de abril de 2013.

UMA VISÃO GERAL DO PROCESSO

As organizações de saúde em Vitória estão organizadas em duas redes: a primeira que trata dos casos de não urgência - rede eletiva - e a segunda que trata dos casos de urgência. Mesmo compartilhando recursos com a rede eletiva, a rede de urgência não será tratada no presente artigo, uma vez que não é objeto de estudo do mesmo. Cabe destacar que o fluxo nesta rede é gerenciado/regulado pela Central de Regulação Médica. Nesse caso a rede funciona da seguinte forma:

1. O paciente acessa a rede através da unidade da atenção primária do seu bairro - de competência municipal - onde pode prosseguir por dois caminhos principais:
 - a. Ter seu “problema resolvido” pelos cuidados ofertados pela atenção primária;
 - b. Ter uma indicação do médico da atenção primária para que o paciente seja encaminhado para a atenção secundária – exames ou consultas com médicos especialistas.

Nesse momento a central de regulação faz o papel gerenciador/regulador desta relação, organizando o acesso dos pacientes aos serviços da atenção secundária. A central de regulação é uma entidade do âmbito do município apesar de a atenção secundária ser responsabilidade do estado. Assim, o estado do Espírito Santo repassa cotas de exames e consultas para a cidade de Vitória que gere esse recurso através da central de regulação.

É a central de regulação que encaminha o paciente hipotético X do estabelecimento hipotético 1 (atenção primária) para o estabelecimento hipotético 2 (atenção secundária).

2. Ao acessar os recursos da atenção secundária (via de regra, responsabilidade do estado) o paciente pode prosseguir por outros dois caminhos:
 - a. Fazer a consulta e/ou exame(s) e após receber os devidos cuidados ser reencaminhado para a atenção básica – onde o cuidado deve ser mais contínuo.
 - b. Fazer a consulta e/ou exame(s) e, não podendo a atenção secundária resolver o problema do paciente, ser encaminhado para a atenção terciária.

Nesse momento a central de leitos (de competência do estado) entra para regular essa relação e buscar na rede terciária um leito livre na instituição adequada para internação do paciente.

Cabe ainda destacar que por vezes as organizações privadas passam fazer parte desta rede do SUS da seguinte forma: o governo compra leitos e exames em clínicas e hospitais privados, e regula o acesso a esses recursos, porém não interfere na administração das organizações privadas. Sendo, ainda, a relação explicada anteriormente é semelhante no que se refere as organizações filantrópicas.

A figura 2 representa o fluxo de informações e pacientes na rede eletiva (pirâmide da direita). A figura representa ainda o fluxo de pacientes nos três níveis conforme explicado mais adiante (pirâmide da esquerda).

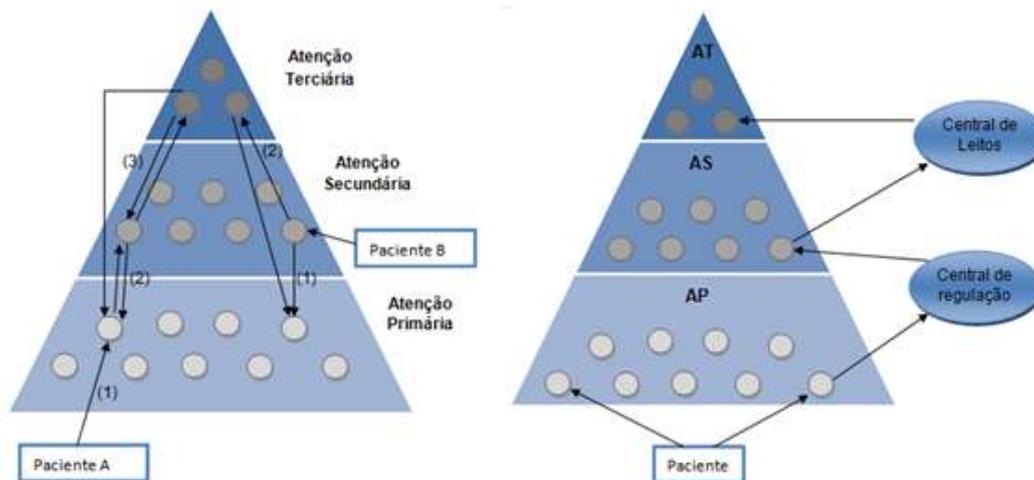


Figura 2 – Fluxo de informações e de pacientes nos níveis de atenção

O paciente A transita no sistema seguindo a hierarquia dos serviços: (1) Acessa a rede através da unidade de atenção primária do seu bairro, podendo ter seu problema solucionado neste mesmo local, (2) ser encaminhado para a atenção secundária e ter seu problema solucionado voltando para a unidade de atenção básica, (3) ser encaminhado para uma unidade da atenção terciária, sendo atendido e voltando para unidade básica ou para a secundária dependendo do tipo de cuidado necessário após o atendimento da atenção terciária.

O paciente B acessa a rede diretamente nos estabelecimentos da atenção secundária. Em se tratando de casos de não urgência esse acesso é indevido e burla a hierarquia de acesso teoricamente idealizada. Nesses casos o paciente pode (1) ser atendido e reencaminhado para a unidade de atenção primária do seu bairro, ou, conforme a necessidade, (2) encaminhado para uma unidade da atenção terciária, voltando para a unidade de atenção primária do seu bairro quando o problema for solucionado ou controlado e não necessitar mais de atenção dos níveis secundário e terciário.

REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Na segunda etapa da pesquisa de campo foi realizada a aplicação de questionários com os diretores das Unidades Básicas de Saúde de Vitória para entender como essa rede está organizada. Com base nos dados coletados elaborou-se uma matriz das relações entre as UBS's. A rede formada não é simétrica, pois as relações entre os nós podem ser unidimensionais. Alimentando os softwares Ucinet 6 e NetDraw 2.135 com a matriz de relações entre as unidades para realizar as análises.

A figura 3 apresenta o layout da rede representando da proximidade entre os nós das redes. Neste layout é possível observar que apesar de haver interação na rede como um todo, as unidades básicas de saúde mais próximas são aquelas que pertencem à mesma região administrativa.

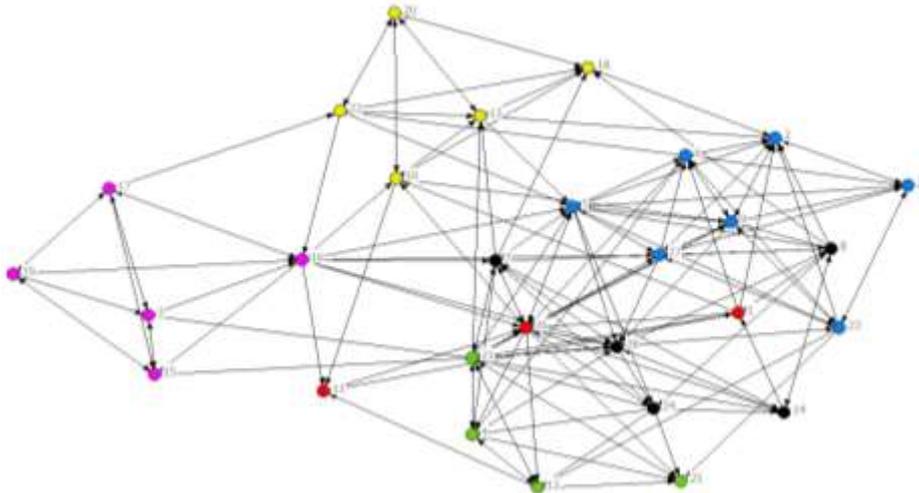


Figura 3 – Rede de UBS's da cidade de Vitória

Na figura 3, as unidades de saúde foram representadas pelos números 1 a 29, evitando a identificação das mesmas e, com isso, garantindo a confidencialidade dos dados informados nos questionários, conforme solicitado pelos respondentes. Cada região recebeu uma cor diferente, a saber, Região 1 cor rosa, Região 2 cor azul, Região 3 cor preta, Região 4 cor vermelha, Região 5 cor verde e Região 6 cor amarela.

Duas medidas da rede comumente utilizadas são a densidade e a fragmentação. A densidade é o quociente entre o número de ligações existentes pelo número de ligações possíveis em uma determinada rede. Assim quanto mais próximo de 1 for a densidade mais ligações existem na rede e mais intensa é a troca de informações nesta rede. A rede estudada apresenta uma densidade de 0.222 (22,2%) o que significa que a quantidade de relações existentes na rede é pequena em relação à quantidade de relações potenciais e a troca de informações não é tão intensa quanto idealmente poderia ser.

Tornar essa rede mais densa, criando mais relações entre seus nós, levaria uma potencialização das trocas, sejam elas de informações, insumos ou pessoas, gerando melhores condições de trabalho e, de modo geral, melhores condições de atendimento à população.

A fragmentação refere-se à proporção de pares de nós que não podem atingir o outro. Esse índice vai de 0 a 1 e o valor para a rede estudada é de 0. Vê-se, então, que todas as unidades básicas de saúde estão em contato direto ou indireto com os outros nós da rede.

Outra medida de rede para esta pesquisa é a centralidade. Pode-se definir centralidade de grau de um ator como número de laços que ele tem com outros atores da rede. A intuição por trás da centralidade de grau é que as empresas "bem conectadas", em termos de ter muitas relações em seu ambiente local, terão acesso a muitas fontes alternativas de informações, recursos e assim por diante. (ROWLEY, 1997; ABBASI; HOSSAIN; LEYDESDORFF, 2012).

Foram realizados testes para os três tipos de centralidade desenvolvidas por Freeman (1979): Centralidade de grau, Centralidade de intermediação e Centralidade de proximidade. A



tabela com o resultado dos testes centralidade não está apresentada no artigo por restrição de espaço.

A centralidade de grau representa o número de laços que uma Unidade Básica de Saúde tem com outras UBS's da rede estudada. A centralidade de grau de saída mede a quantidade de relações que cada UBS indicou ter na rede, já a de entrada mede a quantidade de vezes que a UBS foi citada por outras unidades (FREEMAN, 1979).

As unidades com maior centralidade de grau de saída foram as 21 (15,0) e 5 (12,0), e as com maior centralidade de grau de entrada foram as 5 (11,00), 26 (10,00) e 28 (10,00). Assim, essas unidades são as que possuem maior quantidade de laços com outras unidades, são as unidades mais "bem conectadas". Nesses dados destaca-se a UBS 5, que pode ser indicada como uma UBS grande prestígio nesta rede, tanto no sentido de ser indicada como relação, como no de indicar pares com as quais se relaciona.

Na outra extremidade encontra-se a UBS's 22 (3,00) com menor índices de centralidade de grau de entrada e as UBS's 11 (2,00) e 15 (2,00) com menores índices de centralidade de grau de saída, com destaque para a unidade básica de saúde 11 que apresentou os índices mais baixos para ambas as centralidades de grau. Ressalta-se ainda que apenas a unidade 21 se relaciona com mais de 50% das unidades.

Considerando que as UBS's se organizam por regiões cabe destacar que, pelo fato de cada região ser formada por um número diferente de organizações, ainda que uma determinada UBS's, estabeleça todas as relações possíveis dentro de sua região, se esta for pequena, ele poderá ter centralidade de grau pequena. Como exemplo a UBS's 11 que possui baixa centralidade de grau porém possui relação com todas as duas unidades da sua região.

A centralidade de intermediação representa a frequência com que um ponto recai sobre os caminhos entre pares de outros pontos representando assim a capacidade de uma unidade básica em controlar as outras já que faz intermediação das relações (FREEMAN, 1979).

Na rede estudada, as UBS's com maior centralidade de intermediação foram a 5 (129,685) e a 16 (124.265), o que indica que essas unidades possuem maior controle sobre as demais unidades, podendo influenciá-las e sendo consideradas unidades centrais. Essas unidades podem ajudar na coordenação de processos dentro de um grupo, assim como influenciar na comunicação da rede. Já as UBS's 29 (1.975) e 25 (2.185) possuem baixos índices para esse tipo de centralidade, sendo, então, unidades que possuem menor poder de influência sobre as demais

Considerando que a centralidade de grau foi baixa pra muitos nós da rede e considerando ainda a regionalização das relações, era de se esperar que algumas unidades possuam maior centralidade de intermediação uma vez que estas possuem relação com as unidades da sua região e ainda um considerável número de relações com as UBS's de outras regiões.

A terceira e última medida de centralidade aqui analisada é a centralidade de proximidade, a qual se baseia no grau em que um ponto está perto de todos os outros pontos do gráfico, definindo a capacidade de um ator para acessar de forma independente todos os outros membros da rede (FREEMAN, 1979). Assim, a centralidade de proximidade é uma proxy para a independência e eficiência na comunicação com outros nós na rede (ABBASI; HOSSAIN; LEYDESDORFF, 2012).

De maneira similar à centralidade de grau, a centralidade de proximidade é calculada a partir dos relacionamentos de entrada e saída.



As UBS's 15 (94.00) e 18 (72.00) apresentaram maior grau de centralidade de proximidade de saída, tendo estas, melhor capacidade de estabelecer conexões com as demais UBS's da rede. Já as unidades básicas saúde 17 (74.00) e 19 (81.00) foram as que apresentaram maior grau de centralidade de proximidade de entrada, mostrando que estas tem melhor capacidade de receber conexões do resto da rede.

Assim, de acordo com a literatura, essas três unidades seriam as que possuem maior possibilidade de obter informações de forma mais eficiente e disseminar informações de forma rápida através da rede. Já as UBS's 5 e 21 (menor grau de centralidade de proximidade de saída com 45,00 e 42,00 respectivamente) e as UBS's 5 e 26 (menor grau de centralidade de proximidade de entrada com 46,00 e 47,00 respectivamente) são altamente dependente de outros atores (intermediários) para acessar outras regiões da rede, bem como as informações e recursos dela proveniente.

Cabe destacar ainda que, durante as entrevistas, foi relatado por alguns diretores que as reuniões que ocorrem por regulamentação do sistema de gestão de Vitória é um importante momento de interação entre os diretores. Foi destacada também a importância das ferramentas eletrônicas, como rede de e-mail próprios das UBS'S e grupo de bate papo no aplicativo whatsapp, para a criação e fortalecimento destas relações. Além disso, foi relatado que a população circula muito entre os territórios de cada unidade, de modo que um indivíduo que é paciente de uma UBS ao se mudar para o bairro vizinho, passa a pertencer ao território de outra UBS, e, com isso, há frequente interação entre as unidades para que o histórico do paciente não seja perdido. Também foi relatada a constante troca de suprimentos e, em alguns casos, até mesmo de recursos materiais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento do fluxo dos pacientes na rede de saúde pública da cidade de vitória permitiu uma visão geral do processo, possibilitando a identificação dos papéis dos diferentes tipos de organizações no sistema. Além disso, duas redes distintas foram encontradas e mapeadas: a rede eletiva e a rede de urgência e emergência. Academicamente o mapeamento dessa rede tem importância à medida que serve de base para discussão e formulação de diversos outros problemas de pesquisa.

Uma organização que se destaca nessa estrutura é a unidade básica de saúde, isso porque ela deve, em uma rede ideal, ser a porta de entrada do paciente no sistema de saúde público, no caso da rede eletiva. Além disso, ela deve ainda ser a responsável pelo acompanhamento constante da população reduzindo os casos de maior complexidade já que, com um bom acompanhamento, os pacientes podem ser tratados antes que o problema de saúde se agrave. Assim, essa organização também é responsável por filtrar o fluxo de paciente para os demais níveis da pirâmide uma vez que os recurso desses níveis são mais escassos e de maior custo para o poder público

A partir do mapeamento das relações entre UBS's observou-se que a rede apresenta uma densidade pequena (22,2%), porém não há nó isolado. Tal número baixo de relações pode ser justificado pela forma como o sistema básico de saúde é estruturado (territórios). Esse resultado pode ser uma fonte importante para futuros projetos de órgãos gestores desse setor da saúde pública, uma vez que as UBS's bem como a secretaria de saúde de vitória podem trabalhar no sentido de criar relações entre as UBS's visando assim um melhor desempenho das mesmas.



Assim, quanto mais densa esta rede se tornar, mais relações serão estabelecidas, aumentando o potencial de trocas ocorridas na rede. Por fim, a potencialização das trocas, sejam elas de informações, insumos ou pessoas, gera para essas organizações melhores condições de trabalho e, de modo geral, melhores condições de atendimento à população

Nesse mesmo sentido, observou-se também que as UBS's possuem mais laços com outras UBS's da mesma região geográfica. Essa dinâmica pode ser explicada pelas frequentes reuniões que ocorrem entre as UBS's de uma mesma região geográfica e que são programadas pela própria prefeitura de vitória, bem como pelo uso das ferramentas eletrônicas, como rede de e-mail próprios das UBS'S e grupo de bate papo no aplicativo whatsapp, para a criação e fortalecimento destas relações.

Com relação as medidas de centralidade algumas organizações se destacaram positiva ou negativamente para cada tipo de centralidade porém não houve um padrão, portanto pode-se dizer que a rede não é claramente centrada em uma ou outra UBS, esse é um bom resultado para a rede (considerando que esta é formada por organizações de saúde pública), indicando que o fluxo na rede é mais democrático não ficando extremamente dependente de um ator. Podem-se desenvolver estudos qualitativos na área de modo a entender melhor as relações entre as UBS's, bem como, mapear a rede de forma a identificar quais os atores responsáveis (formal e informalmente) pela interação com as demais UBS's. Os resultados dessas pesquisas poderiam fornecer informações relevantes para o estabelecimento das ações para aprimoramento da rede.

REFERÊNCIAS

ABBASI, A.; HOSSAIN, L.; LEYDESDORFF, L. Betweenness centrality as a driver of preferential attachment in the evolution of research collaboration networks. **Journal of Informetrics**, v. 6, n. 3, p. 403-412, 2012.

AGRANOFF, R.; McGUIRE, M. Big questions in public network management research. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 11, n. 3, p. 295-326, 2001.

BITTENCOURT, O. N. DA S.; NETO, F. J. K. Rede Social no Sistema de Saúde: um Estudo das Relações Intraorganizacional em Unidades de Serviços de HIV / AIDS. **RAC**, v. 13, n. Edição Especial, p. 87-104, 2009.

BORGATTI, S. P.; HALGIN, D. S. On network theory. **Organization Science**, v. 22, n. 5, p. 1168-1181, 2011.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.6).

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p.

CASTELLS, M.; CARDOSO, G (Orgs). **A sociedade em rede do Conhecimento à ação política**. Imprensa Nacional: Casa da Moeda, 2005.

CASTELLS. M. Toward a Sociology of the Network Society. **Contemporary Sociology**. v. 29, n. 5, p. 693-699, 2000.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-478, 1997.



- CHAUVET, V. et al. The contribution of network research to managerial culture and practice. **European Management Journal**, v. 29, n. 5, p. 321-334, 2011.
- COSTA, G.; SOUZA, D. A. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
- DUARTE, A. L. P. **Relações interorganizacionais na área pública: condições necessárias para a criação de uma rede para a regulação do mercado de saúde suplementar do estado do Rio Grande do Sul**. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- FREEMAN, L. C. Centrality in social networks conceptual clarification. **Social networks**, v. 1, n. 3, p. 215-239, 1979.
- FRIEDMAN, L.; GOES, J. Why integrated health networks have failed. **Frontiers of Health Services Management**, v.17, n.4, p. 3-28. 2001.
- GULATI, R.; GARGIULO, M. Where do interorganizational networks come from? **American Journal of Sociology**, v. 104, n. 5, p. 1439–1493, 1999.
- GULATI, R.; LAVIE, D.; MADHAVAN, R. R. How do networks matter? The performance effects of interorganizational networks. **Research in Organizational Behavior**, v. 31, p. 207-224, 2011.
- HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.
- KODNER, D. L; SPREEUWENBERG, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**. v. 2, n.14, p. 1–6, 2002.
- LOIOLA, E.; MOURA, S. Análise das redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, Tânia (org.) **Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde - Health care networks. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2a. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MONNERAT, G. L. SENNA, M.de C. M.; SOUZA, R. G. de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.
- MOURA, S. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. **Revista de Administração Contemporânea**, v.2, n.1, p. 67-85, 1998.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.
- PARMIGIANI, A.; RIVERA-SANTOS, M. Clearing a path through the forest: A meta-review of interorganizational relationships. **Journal of Management**, v. 37, n. 4, p. 1108-1136, 2011.
- POWELL, W. W. Neither Market Nor Hierarchy. **Research in Organizational Behavior**, v. 12, p. 295-336, 1990.



PROVAN, K. G.; MILWARD, H. B. A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. **Administrative Science Quarterly**, v. 40, n. 1, p. 1-33,1995.

ROWLEY, T. J. Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. **Academy of management Review**, v. 22, n. 4, p. 887-910, 1997.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. [S.l: s.n.], 2007. p. 27-41. IN: Morosini, M. V. G. C., & Corbo, A. D. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. 1, p. 1-15.

SILVA, V. C. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória – ES: contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde.** 2004. 151 f. Dissertação. (Mestrado em saúde pública planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.