

## **A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DO TRABALHO EM REDE: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB**

*Fernanda Monte da Cunha  
Caren Serra Bavaresco  
Thais Chiapinotto dos Santos  
Jeanice da Cunha Ozorio  
Aline Vargas Ferreira  
Daniela Tozzi Ribeiro  
Deisy Tolentino do Nascimento  
Angelo Pagot Zortea  
Mirceli Goulart Barbosa  
Alcindo Antônio Ferla*

### **Organização em redes**

A concepção de rede, para Capra (1998), foi a chave para os avanços na compreensão científica. O conhecimento através dessa percepção traz um novo paradigma, que rompe com a ciência clássica pautada pela objetividade para dar lugar à ciência “epistêmica”. Dialogar com o mundo torna-se mais importante que “desvendar seus segredos”. Nessa lógica, o sistema passa a ser visto através da perspectiva

do todo, não como uma soma de partes. A partir das relações dessas partes surgem novas potencialidades, que também se retroalimentam, estimulando-as a expressar sua individualidade. (JUNQUEIRA, 2000)

Sendo assim, os vínculos entre indivíduos, entidades e organizações estruturam as mais variadas dimensões sociais. Essa forma de organização, estruturada em redes, é global, logo, sua lógica difunde-se, influenciando o fluxo de bens materiais, ideias, poder, informação, ciência e tecnologia. Segundo alguns autores, é fundamental a construção de uma “sociologia relacional”, a qual possui foco nas relações sociais e não em atributos de decisores individuais ou em estruturas concebidas previamente. (MARQUES, 2006; CASTELLS; CARDOSO, 2005)

Essas relações não são homogêneas. Todos os elementos são sempre diversos, mas possuem pontos de convergência; todos contribuem, de alguma forma, para um mesmo objetivo. (SILVA, 2002) A atuação em rede se dá, entretanto, quando uma intencionalidade comum se manifesta com potência suficiente para aproximar a atuação em direção a certos valores e/ou iniciativas. É preciso um dispositivo para “fazer funcionar” um coletivo como rede.

A perspectiva atual das relações focadas em arranjos concêntricos de auxílio mútuo estimulou a criação e implementação de novas estratégias de fazer/ser na sociedade atual. E a necessidade da formação de coletivos organizados, que compartilhem de preceitos básicos de cooperação, desencadeou a necessidade do trabalho articulado em redes, que, segundo Mendes (2010), apresenta as seguintes características:

- a) missão e objetivos comuns;
- b) operação de forma cooperativa e interdependente;
- c) otimização de recursos;

- d) ausência de relação hierárquica;
- e) incorporação de valor.

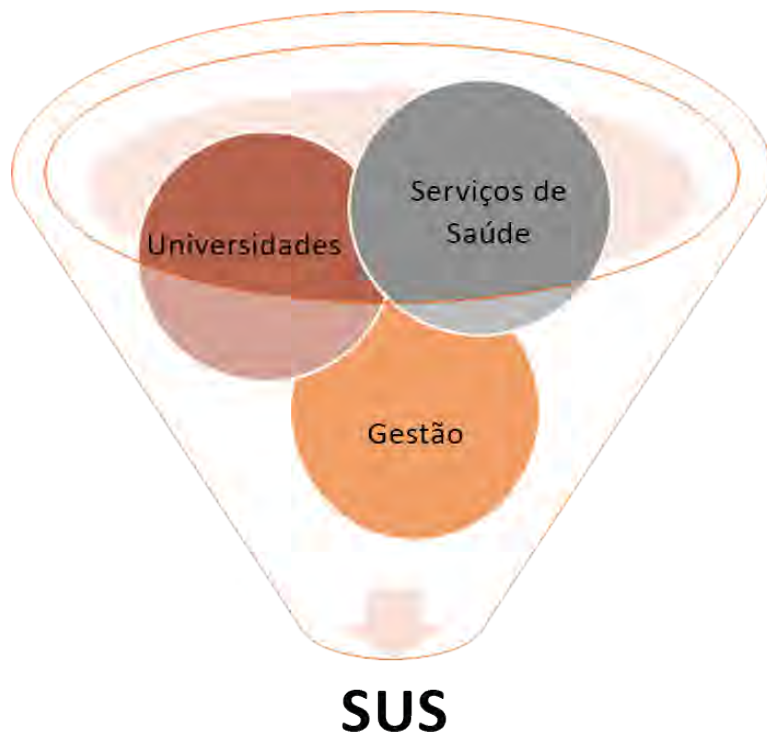
Ainda, para Junqueira (2000), essas novas práticas de cooperação constituem uma forma de encontrar saídas para intervir em uma realidade social complexa.

No panorama do setor saúde brasileiro, a formação de redes de trabalho visa à criação de formas organizacionais de cooperação e coordenação mútuas com objetivos de qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde da população. O controle e gestão dessas redes se dá através de uma análise das atividades de definição de competências e dos processos de tomada de decisões acerca das atividades a serem desenvolvidas pelos membros constituintes da rede organizacional. (PARK, 1996) Assim, a análise de redes permite que outros elementos sejam relacionados com a estrutura social que a rede apresenta. Por meio das estruturas relacionais entre os atores, podem-se identificar padrões de ação social que são exercidos pelos componentes da rede.

O Brasil é um país com dimensão continental caracterizado por importantes contrastes socioeconômicos, heterogeneidade de distribuição de infraestruturas e diferenças no nível de qualificação profissional. Esses fatores associados às dificuldades geográficas geram diferenças na qualidade de serviço de atenção à saúde de uma região para outra, assim como dentro de um estado e até dentro de municípios.

A Atenção Primária à Saúde (APS), nos países dependentes como o Brasil, vem se desenvolvendo de forma tardia para atender às necessidades de cuidado integral e continuado há muito percebidas. (HARZHEIM et al., 2006) Ainda, em nosso meio, seja pela cultura *flexneriana*,

seja pela indução da poderosa indústria transnacional de insumos e equipamentos médicos, as instituições se habituaram a ofertar cuidados fragmentados baseados em órgãos e sistemas, não em necessidades complexas com múltiplas determinações. (HARZHEIM et al., 2006) Tais características criam um cenário favorável e indispensável à implantação de redes de cooperação entre serviços, universidades e gestores com vistas à qualificação do SUS (Figura 1).



**Figura 1:** Inter-relação entre serviços de saúde, universidades e gestão na construção do SUS.

## A Rede Governo Colaborativo em Saúde

Através dessa nova forma de olhar para a sociedade, pode-se dizer que uma rede se expressa em diferentes graus, e com diferentes formas. Deve ser o ponto de partida para qualquer política, estratégia, projeto humano. (CASTELLS; CARDOSO, 2005) Conformando-se a essa forma de arranjo como alternativa a modelos burocráticos pouco eficientes, surge a Rede Governo Colaborativo em Saúde: Articulação Institucional e Formativa, Pesquisa & Desenvolvimento e Apoio em Rede para o fortalecimento do SUS. Em uma parceria interinstitucional entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a partir de maio de 2011, foi firmado um protocolo de cooperação para promover intercâmbio e ações em rede entre instituições de ensino e pesquisa, órgãos de gestão da saúde e diversos movimentos de educação, cultura e saúde do Brasil e de outros países. O protocolo visa a desenvolver atividades técnicas, de ensino, de pesquisa, de desenvolvimento e de ações científico-acadêmicas e a organizar redes interinstitucionais de apoio para a construção de uma gestão democrática e participativa na saúde. Esse trabalho é realizado através do desenvolvimento de atividades que fortalecem a construção coletiva dentro das instituições parceiras, em busca do funcionamento ideal e manutenção das ações que compõem suas diretrizes.

Parceria que vem ao encontro da necessidade de consolidar a articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, a fim de fortalecer o papel dessas no retorno aos interesses públicos e a tarefa social na formação de profissionais, atendendo às transformações da sociedade e aos interesses coletivos. Compondo, assim, parte de um movimento baseado no quadrilátero da formação em saúde – ensino, gestão, atenção e controle

social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) –, em direção a uma mudança das práticas de formação na área da saúde.

Entre os objetivos da Rede Governo estão:

- Identificação e análise de iniciativas e projetos de interesse na cooperação, com a potencialidade de fortalecer a gestão democrática, a educação em saúde e as políticas desenvolvidas no SUS.

- Organização de eventos, simpósios, conferências e encontros sobre temas relacionados ao objeto do protocolo firmado.

- Desenvolvimento de programas de pesquisa, educação permanente, articulação interinstitucional, apoio à gestão, monitoramento e avaliação, disseminação científica e outras atividades.

- Incremento de atividades científicas e tecnológicas, por meio de publicações em diferentes mídias e veículos de temas de interesse.

- Organização de acervo das tecnologias desenvolvidas, em formato aberto e acessível aos participantes, disponíveis para ampliar a cooperação com outras instituições.

- Mobilização de recursos físicos, técnicos, financeiros e pessoal capacitado, disponíveis nas respectivas instituições que possam contribuir e fortalecer a cooperação entre ambas.

- Cooperação mútua para o bom funcionamento e manutenção das ações que compõem o escopo do protocolo.

Considerando a organização da sociedade em rede, não faz sentido utilizar velhos paradigmas da ciência hierárquica e positivista, marcada pelas certezas do conhecimento, para a realização de intervenções que objetivem mudanças efetivas na realidade dos diversos

atores envolvidos no sistema complexo da atenção à saúde brasileira. (JUNQUEIRA, 2000)

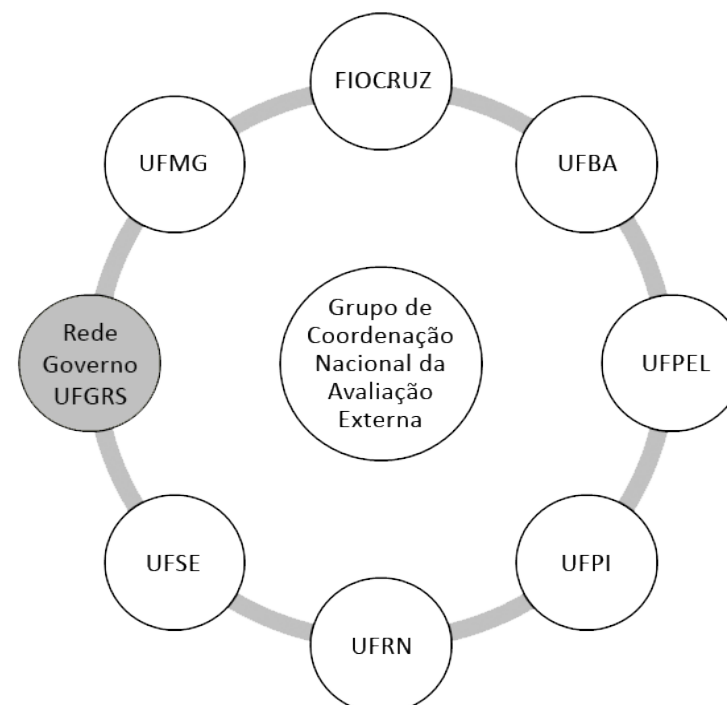
Dessa forma, o modelo existente na rede pode-se caracterizar como auto-organizado, baseado em relações horizontais que permeiam o escopo de ações e projetos em diversas de suas fases. Cada ator, aqui representado por pesquisadores, acadêmicos, sociedade, instituições, influencia direta ou indiretamente na tomada de decisões, formando um “tecido relacional” (MARQUES, 2006) em constante construção e com diferentes desdobramentos encontrados como soluções num constante estado de aprendizagem. No caso dos projetos desenvolvidos pela Rede Governo em rede científica com diferentes instituições e parceiros, há um conjunto de comuns (o campo da saúde coletiva, a perspectiva das ciências sociais e humanas, o enfoque da integralidade em saúde, entre outros) e um conjunto de dispositivos políticos (a defesa do SUS e de políticas democráticas e inclusivas, a produção de tecnologias de cuidado integral e de práticas pedagógicas inclusivas, o combate às violências e iniquidades do cotidiano, a mudança na formação de trabalhadores, a aproximação da educação com o trabalho) que dão amálgama ao funcionamento em rede.

Compondo o escopo de ações e projetos vinculados à Rede Governo Colaborativo em Saúde está, com grande expressividade, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

## A experiência do PMAQ-AB: vivenciando o trabalho em redes

O PMAQ-AB surge como uma construção coletiva, com a participação de diversas instituições. Para a operacionalização do Programa, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) convidou instituições para composição do Grupo de Coordenação Nacional da Avaliação Externa. Coordenado pelo MS, no primeiro ciclo, esse grupo contou com seis universidades, sendo elas: Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Pelotas, Fiocruz/Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No segundo ciclo, esse número foi ampliado para oito instituições, com a inclusão da Universidade Federal do Sergipe e da Universidade Federal do Piauí (Figura 2).

Devido à característica multicêntrica do Programa, essas instituições possuíram uma função nucleadora na operacionalização do processo em todo o país. Na organização desse processo, o território nacional foi dividido entre as instituições nucleadoras, que se responsabilizaram pela pesquisa de campo.



**Figura 2:** Rede de Avaliação Externa.

A importância do caráter horizontal do Programa destaca-se não apenas como uma forma eficiente e inclusiva de operacionalizar a pesquisa de campo, mas como uma importante ferramenta na produção científica e de conhecimento, agregando diferentes experiências e permitindo uma maior participação social. Entendendo-se, aqui, o conhecimento científico norteador pelo pensamento sistêmico (CAPRA, 1998), constituindo-se numa rede de concepções e de modelos, na qual nenhuma parte é mais fundamental que as demais, e as inter-relações determinam a estrutura de uma teia dinâmica.

Assim, a Rede Governo Colaborativo em Saúde se insere no Programa através do processo de avaliação externa e na articulação de instituições de ensino, assim como em

iniciativas de educação permanente para a qualificação da atenção básica.

O território sob a responsabilidade da rede científica coordenada pela UFRGS, no segundo ciclo, foi definido em seis estados (São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba e Rio Grande do Sul – com 50% das equipes de atenção básica) (Figura 3). As questões relativas às estratégias operacionais para esses territórios incluiu a composição de equipes e definições de estratégias específicas, considerando a opção por uma rede descentralizada, com relativa autonomia em cada instituição. A ideia central adotada desde o início foi de que, para além do trabalho de campo, as instituições mobilizassem atores para o processo de avaliação e educação permanente articulados de forma colaborativa e em redes.



**Figura 3:** Rede UFRGS.

A rede de parcerias (com uma base descentralizada no território nacional) envolveu no segundo ciclo as seguintes instituições: Rio Grande do Sul (UFRGS; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA; Universidade da Fronteira Sul – UFFS; Escola do Grupo Hospitalar Conceição; Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS); Mato Grosso do Sul (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS; Fiocruz Mato Grosso do Sul); São Paulo (Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho – UNESP – Botucatu; Escola de Enfermagem da USP – EEUSP; Escola de Enfermagem USP Ribeirão Preto – EERP; Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo; Universidade Federal de São Paulo – campus capital – UNIFESP; Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista – UNIFESP Baixada; Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; Faculdade de Medicina do ABC – FMABC; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Saúde Pública da USP – FSP USP; Universidade Nove de Julho); Paraíba (Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Universidade Federal de Campina Grande – UFCG); Mato Grosso (Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT; Universidade de Cuiabá – UNIC); e Pará (Universidade Federal do Pará – UFPA).

Considerando a grande diversidade dos seis estados componentes das cinco regiões brasileiras, a escolha metodológica de um modelo de rede descentralizada foi fundamental para análise da situação, planejamento e qualificação da pesquisa, com maior aproximação das realidades e especificidades locais. Cada um dos estados constituiu uma coordenação local, responsável pela participação na seleção de avaliadores, organização logística da pesquisa de campo, apoio às oficinas de formação dos avaliadores e articulação com gestores.

Como instituição nucleadora, através da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, o trabalho em

cooperação foi marcante nas diversas etapas do processo. Uma estratégia para fortalecer os laços dessa rede foi “tecê-la” com a promoção de encontros presenciais, tendo a participação de representantes das instituições dos seis estados. Esses encontros ocorreram antes mesmo da seleção dos candidatos, na etapa de planejamento, bem como durante o período de avaliação e posteriormente ao mesmo.

A importância da descentralização da avaliação pode ser observada, inicialmente, no planejamento da pesquisa. Para a seleção dos avaliadores da qualidade, foi estimado o número necessário de pessoas, de acordo com a viabilidade do acesso e logística indispensável em cada território. Abrangendo as cinco regiões brasileiras, os conhecimentos das coordenações locais sobre as diversidades dos seus territórios e condições de acesso foram fundamentais para a definição do quantitativo de selecionados.

Uma iniciativa inovadora e exclusiva da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS no processo de avaliação foi disponibilizar uma ferramenta de educação permanente aos avaliadores de campo. Em parceria com a Universidade Aberta do SUS – UFCSPA foi oferecido um curso de especialização, a fim de qualificar a coleta de dados, fomentar a produção científica e incrementar a formação de profissionais, de acordo com a realidade e necessidades do sistema de saúde. O curso, denominado Avaliação de Serviços de Saúde, ocorreu em modalidade de Educação a Distância, com alguns encontros presenciais nas cidades-sede de cada coordenação local.

A construção do conteúdo do curso contou com pesquisadores das diferentes instituições parceiras. Considerando a educação permanente como um processo educativo no qual está em análise o cotidiano do trabalho em saúde, que se permeabiliza pelas relações concretas

e que permite construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2004), propôs-se que os tutores do curso, participassem também do processo de avaliação do PMAQ-AB. Incluí-los nesse processo possibilitou uma maior aproximação dos alunos, auxiliando e compreendendo melhor suas demandas e experiências, e fomentando uma aprendizagem significativa.

Após a seleção, cada coordenação local encarregou-se de planejar a logística da avaliação, com a elaboração de cronograma de visitas. A equipe localizada na Coordenação da Rede Governo Colaborativo em Saúde, nesse momento, atuou em apoio às demandas e às particularidades de cada instituição e, devido à proximidade de localização, participou mais ativamente nessa etapa no Centro de Pesquisa em Odontologia Social (CPOS) da UFRGS. Houve uma articulação prévia com gestores municipais em cada coordenadoria de saúde do estado (com avaliação sob a responsabilidade da UFRGS), a fim de torná-los parte dessa construção, esclarecer questões e deixá-los a par do papel da universidade na avaliação.

Para estreitar relações com cada estado e tornar essas conexões efetivas, a equipe técnica da Rede Governo Colaborativo em Saúde foi dividida de forma que cada coordenação local contasse com um apoiador localizado na sede da coordenação da rede para assessorá-los. Dessa forma, a equipe esteve presente na etapa inicial de formação dos selecionados para a pesquisa de todos os estados. Essa formação contou com oficinas realizadas em duas fases. A primeira, voltada para os supervisores e a segunda, voltada para os avaliadores. Essas oficinas se constituíram na primeira aula do curso de especialização e incluíram em seus conteúdos o funcionamento do Programa, a apresentação do instrumento de coleta, os procedimentos e condutas em

campo e também a dinâmica da plataforma virtual que foi utilizada.

Ao longo da coleta de dados, a equipe da Rede Governo Colaborativo em Saúde também se incumbiu de monitorar e garantir que todas as equipes do território contratualizadas ao Programa fossem avaliadas. Visto que dessa totalidade de avaliações dependia a certificação dessas equipes, essa atividade foi de extrema relevância. Para isso, foram criados instrumentos capazes de acompanhar o trabalho de campo e de produzir indicadores sobre a coleta de dados, os quais puderam servir de base para o planejamento, reorganização e readequação das atividades e formas de trabalho ao longo dos ciclos do PMAQ-AB. A equipe também atuou na mediação de informações repassadas entre o MS e as coordenações locais, fazendo-se presente, quando necessário, para apoio local ou resolução de problemas.

Após o final da pesquisa de campo, o trabalho nessa rede se fortalece, não apenas com o objetivo da realização da avaliação externa, mas se intensifica como rede científica na produção de conhecimento para uma maior divulgação sobre a realidade atual da atenção básica. Contando com diversos núcleos e instâncias institucionais de pesquisa e educação no país, essas produções demonstram uma forma de protagonismo da universidade, a fim de democratizar e difundir a produção de conhecimento, de forma que se preste contas à sociedade, abrangendo e atingindo as diversas regiões brasileiras. Além disso, a amplitude dos atores envolvidos, incluindo a participação de gestores nos níveis municipais, corrobora para a consolidação da ideia da configuração de redes no sistema de saúde brasileiro. Todos os resultados e práticas dessa experiência foram justamente possibilitados devido ao arranjo utilizado: flexível, composto por múltiplos atores, tolerante a mudanças e rearranjos de forma coletiva e cooperativa. A rede estabelecida não foi o

objetivo, mas parte da metodologia que, inclusive, ampliou o leque de ações objetivadas inicialmente, no qual todas as partes envolvidas foram integrantes e indissociáveis na construção de uma teia definida à medida que foi realizada, ratificando, assim, as afirmações promissoras sobre essa forma de organização de trabalho na sociedade. Como resultado, tivemos bastante produção compartilhada operacional, técnico-científica, de ensino/pesquisa/extensão, mas, sobretudo, uma rede de afetos militantes. Para o trabalho em rede, é necessária a decisão política de trabalhar em rede, e essa produz e mobiliza afetos. Se o texto fosse sobre educação permanente em saúde, diríamos que gerou também conhecimento significativo sobre o atuar em redes.

## Referências

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo, Cultrix, 1998.

CASTELLS. M; CARDOSO. G. **A sociedade em rede**: Do conhecimento à acção política. Conferência. Belém (PT): Imprensa Nacional, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Collective Health Journal**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev., 2005.



JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35- 45, nov./dez., 2000.

MARQUES, E.C. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. **Rev. Bras. Ci. Soc**, v. 21, n. 60, fevereiro, 2006.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol., 15 n 5, Rio de Janeiro, aug, 2010.

PARK, S.H. Management an interorganization network: a framework of the institutional mechanism for network control. IN: **Organization Studies**, 17/5, 1996, p.795-824.

SILVA, E.L. Rede científica e a construção do conhecimento. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 1-17, jan./ jun., 2002.