



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

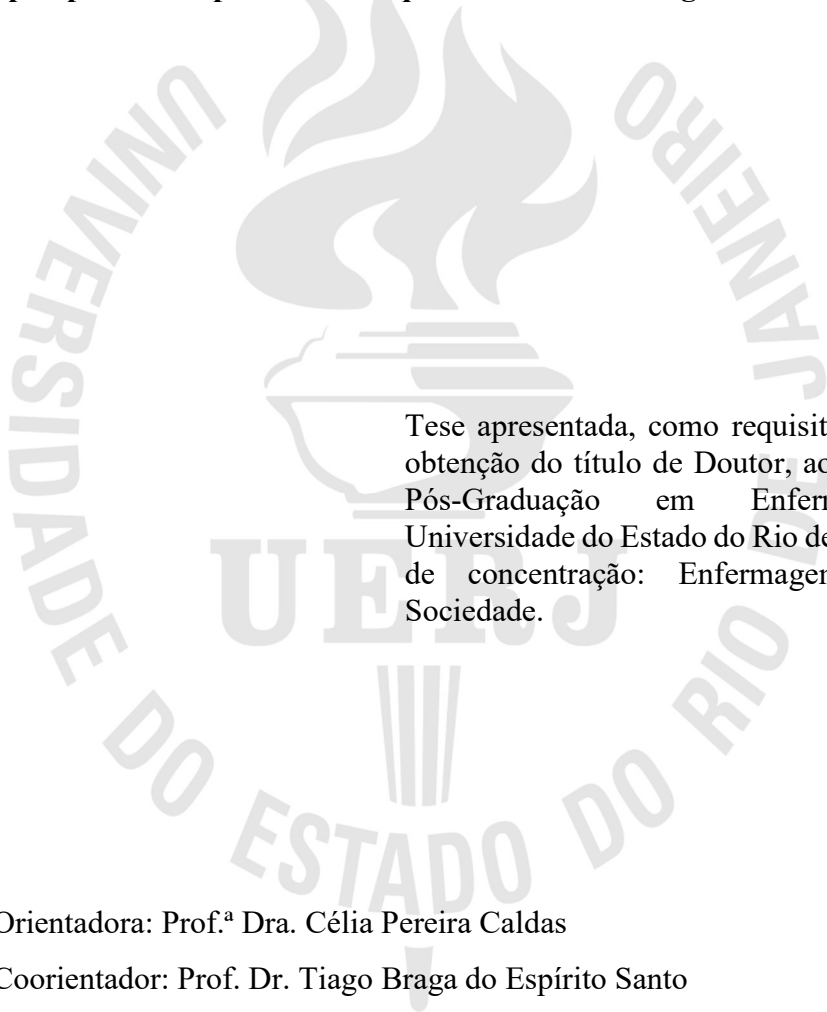
Movimento de redes vivas na produção do cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores: a perspectiva de profissionais que atuam na estratégia de saúde da família

Rio de Janeiro

2024

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

Movimento de redes vivas na produção do cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores: a perspectiva de profissionais que atuam na estratégia de saúde da família



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas

Coorientador: Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

L864 Lopes, Fernanda Maria do Vale Martins
Movimento de redes vivas na produção do cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores : a perspectiva de profissionais que atuam na estratégia de saúde da família / Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. – 2024.
155 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas
Coorientador: Tiago Braga do Espírito Santos.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Idosos - Cuidados - Teses. 2. Demência - Teses. 3. Atenção primária à saúde. 4. Redes sociais - Teses. I. Célia Pereira Caldas. II. Tiago Braga do Espírito Santos. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. IV. Faculdade de Enfermagem. V. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia, desde que citada a fonte

Assinatura

Data

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

Movimento de redes vivas na produção do cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores: a perspectiva de profissionais que atuam na estratégia de saúde da família

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2024.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo (Coorientador)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Claudia Feio da Maia Lima

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus queridos filhos Luiza e Davi, razão pelo qual luto e vivo diariamente. Aos meus amigos e familiares pelo apoio e incentivo e por acreditar na minha capacidade de vencer os obstáculos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por não me dar o peixe e sim me ensinar a pescar.

Aos meus pais, Carlos (*in memoriam*) e Fátima, pelo carinho e incentivo a continuar e não desistir, mesmo diante de todos os obstáculos que ultrapassei.

Aos meus queridos filhos, Davi e Luiza, pela compreensão nos momentos de ausência durante a escrita do trabalho.

À minha querida e eterna mestra, Prof.^a Dr.^a Célia Pereira Caldas, exemplo de mulher e profissional. Pessoa que tive o privilégio de conhecer desde o início da minha graduação em 1999. E por ter sido minha instrutora e líder por todos esses anos na área que escolhi para mim na enfermagem, a gerontologia. Suas palavras e seu cuidado nos momentos difíceis foram fundamentais para que eu continuasse. Você é um exemplo de ser humano para mim!

Ao Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo, pelo carinho e apoio ao aceitar o desafio da coorientação. Seu olhar e suas observações foram fundamentais para o meu despertar e crescimento.

Ao Prof. Dr. Emerson Merhy, por ser transformador de vidas! Suas palavras e novas formas de pensar me modificaram profundamente na minha vida pessoal e profissional. Você é uma inspiração!

Ao Prof. Dr. Ricardo Mouta, meu amigo, irmão, conselheiro e incentivador para todas as horas.

À Enf.^a Mestre Esther Nicole pela parceria na escrita de trabalhos e no grupo de pesquisa. Obrigada pela ajuda e colaboração.

Aos membros da banca, pelo cuidado, atenção, contribuições e por dedicarem seu tempo para que eu conseguisse atingir meu objetivo.

À minha querida e eterna equipe na unidade na qual fui gestora, pela compreensão e parceria.

Aos participantes da pesquisa, pela construção coletiva e por permitirem que eu conhecesse um pouco da história de vida de vocês.

Tudo posso naquele que me fortalece.

Filipenses: 4.13

RESUMO

LOPES, Fernanda Maria do Vale Martins. **Movimento de redes vivas na produção do cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores: a perspectiva de profissionais que atuam na estratégia de saúde da família.** 2024. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O Brasil vem apresentando um acentuado aumento na população de idosos nas últimas décadas. Uma das consequências é o incremento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas as demências. O objeto deste estudo é a produção do cuidado aos idosos com demência acompanhados por uma Clínica da Família. Foram formulados os seguintes objetivos: Geral: Analisar a produção do cuidado aos idosos com demência e seus cuidadores, a partir dos Movimentos de Redes Vivas (MRV) e da Análise de Redes Sociais (ARS) em uma unidade de Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro. Específicos: Investigar os fluxos de atendimento da pessoa idosa com demência e seus cuidadores descritos pelos profissionais da Clínica da Família; Descrever os movimentos de redes vivas da pessoa idosa com demência através de suas conexões existenciais estabelecidas, através da cartografia na perspectiva dos profissionais que os acompanham no território; Descrever a configuração do atendimento da pessoa idosa com demência e seus cuidadores, segundo a Análise de Redes Sociais, destacando a posição dos diferentes profissionais de saúde na Atenção Básica; Caracterizar as relações/interações existentes na Atenção Básica conformadas em rede pelo atendimento por profissionais da APS às pessoas idosas com demência e seus cuidadores. Metodologia: Foi delineada uma metodologia mista, com coleta concomitante de dados qualitativos e quantitativos. Na etapa qualitativa foi utilizado o método da Cartografia e na etapa quantitativa o método de Análise de Redes Sociais. Resultados: são apresentados e descritos os Fluxogramas Analisadores, da Equipe A (trajetória da Dona Praiana) e da Equipe B (trajetória da Dona Aparecida). Os resultados da abordagem quantitativa foram organizados através de sociogramas, destacando os indicadores de densidade e de centralidade de cada equipe. Por fim, apresentamos a integração dos resultados das duas abordagens. Conclusão: incluir o idoso e seus familiares na produção do cuidado como protagonista da construção desta rede, abre espaço para um cuidado ampliado. A construção de suas próprias redes em um território existencial deverá estar aliada a um conjunto de ações a serem oferecidas pelos profissionais, através de um trabalho vivo em ato.

Palavras-chave: demência; idoso; redes comunitárias; atenção primária à saúde; redes sociais.

ABSTRACT

LOPES, Fernanda Maria do Vale Martins. **Movement of living networks in the production of care for elderly people with dementia and their caregivers:** the perspective of professionals who work in family health strategy. 2024. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Brazil has seen a sharp increase in the elderly population in recent decades. One of the consequences is the increase in chronic non-communicable diseases, including dementia. The object of this study is the production of care for elderly people with dementia followed by a Family Clinic. The following objectives were formulated: General: Analyze the production of care for elderly people with dementia and their caregivers based on Living Network Movements (MRV) and Social Network Analysis (ARS) in a Family Clinic unit in the Municipality of Rio de Janeiro. January. Specific: Investigate the care flows of the elderly person with dementia and their caregivers described by the professionals of the Family Clinic; Describe the movements of living networks of the elderly person with dementia through their established existential connections, through cartography from the perspective of the professionals who accompany them in the territory; Describe the configuration of care for the elderly with dementia and their caregivers, according to the Social Network Analysis, highlighting the position of different health professionals in Primary Care; To characterize the existing relationships/interactions in Primary Care formed in a network by the care provided by PHC professionals to elderly people with dementia and their caregivers. Methodology: A mixed methodology was designed where qualitative and quantitative data were collected concomitantly. In the qualitative stage, the Cartography method was used and in the quantitative stage, the Social Network Analysis method was used. Results: In the qualitative part we had the description of Analyzing Flowcharts, of Team A (Dona Praiana's trajectory) and Team B (Dona Aparecida's trajectory). The results of the quantitative approach were organized using sociograms, density and centrality indicator. Finally, we present the integration of the results of the two approaches. Conclusion: including the elderly and their family members in the production of care, as protagonists in the construction of this network, opens up space for expanded care. The construction of their own networks in an existential territory must be combined with a set of actions to be offered by professionals through of a live work in action.

Keywords: dementia; elderly; community networks; primary health care; social networks.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Do sistema hierárquico para o sistema integrado em rede. Rio de Janeiro, 2023.....	24
Figura 2 -	Fluxograma PRISMA de processo de seleção de artigos e inclusão. Rio de Janeiro, 2023.....	39
Figura 3 -	Cálculo amostral. Rio de Janeiro, 2020.....	61
Figura 4 -	Símbolos gráficos aplicados no fluxograma descritor. Rio de Janeiro, 2023.....	63
Figura 5 -	Apresentação dos resultados das fases qualitativa, quantitativa e integração. Rio de Janeiro, 2023.....	71
Figura 6 -	Fluxograma do caminho da usuária Dona Praiana. Rio de Janeiro, 2023.....	74
Figura 7 -	Fluxograma a distância nos aproxima de DNA Aparecida. Rio de Janeiro, 2023.....	92
Figura 8 -	Rede de cuidado da pessoa idosa com demência – Equipe A. Rio de Janeiro, 2023.....	102
Figura 9 -	Rede de cuidado da pessoa idosa com demência – Equipe B. Rio de Janeiro, 2023.....	104
Figura 10-	Rede social dos profissionais da Equipe A, segundo a centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2023.....	108
Figura 11 -	Rede social dos profissionais da Equipe B segundo a centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2023.....	110
Figura 12 -	Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre os Movimentos de Redes Viva em uma rede Instituída e fatores que contribuem para esta percepção.....	113
Figura 13 -	Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre as barreiras de acesso à produção de cuidado pautada em um modelo biomédico e fatores que contribuem para esta percepção.....	114

Figura 14 -	Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre ser o gerente local da unidade de saúde o norteador no direcionamento do cuidar de casos “complexos “e fatores que contribuem para esta percepção.	115
Figura 15 -	Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre a pluralidade da construção das redes vivas no território, através do caminhar do usuário guia e fatores que contribuem para esta percepção.....	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização das publicações quanto Autor (es), Nome, Ano de publicação, País de origem e desenho do estudo.....	41
Quadro 2 -	Salas e atividades desenvolvidas na Clínica da Família.....	59
Quadro 3 -	Participantes do estudo, de acordo com a abordagem metodológica.....	60
Quadro 4 -	Categorização dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família Equipe A e B segundo as variáveis qualitativas demográficas e ocupacionais. Rio de Janeiro, 2019.....	100
Quadro 5 -	Significado dos rótulos dos atores da rede, segundo as áreas de atuação.....	101
Quadro 6 -	Grau de densidade por equipe.....	106
Quadro 7 -	Medidas de centralidade dos atores pertencentes a Equipe de saúde da Família A. Rio de Janeiro, 2023.....	107
Quadro 8 -	Medidas de centralidade dos atores pertencentes a Equipe de saúde da Família B.....	110
Quadro 9 -	Grau de densidade por equipe.....	106
Quadro 10 -	Medidas de centralidade dos atores pertencentes a Equipe de saúde da Família A. Rio de Janeiro, 2023.....	107
Quadro 11 -	Medidas de centralidade dos atores pertencentes a Equipe de saúde da Família B	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP 3.1	Coordenação de Área Programática 3.1
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CER	Centro de Emergência Regional
CNES	Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FA	Fluxograma Analisador
FACENF- UERJ	Faculdade de Enfermagem UERJ
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEPESI	Grupo Estudos e pesquisa de Saúde do Idoso
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
ILPI	Instituição de Longa Permanência
MRV	Movimentos de redes vivas
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB 96	Norma Operacional Básica 96
OMS	Organização Mundial da saúde
ONG	Organização Não governamental
PAD	Programa Assistência Domiciliar
PCC	<i>Population, Concept and Context</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SestatNET	Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web
SR	<i>Scoping Review</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNATI	Universidade aberta da Terceira Idade
UNESA	Universidade Estácio de Sá
UNICEF	Fundo das nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
1.1	Os sistemas de saúde.....	23
1.2	Redes de atenção à saúde.....	25
1.3	O papel da Atenção Primária à Saúde na RAS.....	27
1.4	Linha de cuidado de saúde integral da pessoa Idosa na RAS.....	30
2	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	36
2.1	A operacionalização das RAS da pessoa idosa no Brasil e no Mundo: uma revisão de escopo.....	36
2.2	Estratégia metodológica.....	36
2.3	Estratégia de busca.....	37
2.4	Seleção dos estudos.....	38
2.5	Extração dos dados.....	39
2.6	Resultados.....	40
2.7	Discussão.....	44
2.8	Conclusão.....	50
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	52
3.1	A produção de cuidado através do movimento de redes vivas.....	52
4	METÓDO.....	57
4.1	Desenho do estudo.....	57
4.2	Campo de estudo.....	58
4.3	População do estudo.....	60
4.4	Etapa Qualitativa: experiência cartográfica.....	62
4.4.1	<u>Coleta de dados</u>.....	62
4.4.1.1	Grupos focais.....	62
4.4.1.2	Diário de campo.....	64
4.4.1.3	Tratamento e análise dos dados.....	65
4.5	Etapa quantitativa: análise de redes sociais.....	66
4.5.1	<u>Coleta de dados</u>.....	68
4.5.1.1	Instrumento de coleta de dados.....	68

4.5.1.2	Tratamento e análise dos dados.....	68
4.6	Integração dos dados qualitativos e quantitativos.....	70
4.7	Aspectos éticos.....	71
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
5.1	Cartografia e movimentos de redes vivas: os caminhos percorridos pelos usuários, na perspectiva dos profissionais.....	72
5.1.1	<u>Desvendando os caminhos da Dona Praiana – O Fluxograma Analisador construído pela Equipe A.....</u>	72
5.1.1.1	Narrativa A.....	74
5.1.1.2	Narrativa B.....	77
5.1.1.3	Narrativa C.....	80
5.1.1.4	Narrativa D.....	82
5.1.1.5	Narrativa E.....	83
5.1.1.6	Narrativa F.....	85
5.1.1.7	Narrativa G.....	86
5.1.1.8	Narrativa H.....	87
5.1.1.9	Narrativa I.....	88
5.1.1.10	Narrativa J.....	89
5.1.2	<u>Desvendando os caminhos da Dona Aparecida (Cida) – O Fluxograma Analisador construído pela Equipe B.....</u>	91
5.1.2.1	Narrativa A.....	92
5.1.2.2	Narrativa B.....	94
5.1.2.3	Narrativa C.....	96
5.1.2.4	Narrativa D.....	97
5.1.2.5	Narrativa E.....	98
5.2	Redes sociais e caracterização dos participantes.....	99
5.2.1.1	Equipe A.....	102
5.2.1.2	Equipe B.....	104
5.2.2	<u>Indicador Densidade.....</u>	105
5.2.3	<u>Indicador Grau de centralidade.....</u>	106
5.3	Integração dos resultados das abordagens qualitativa e quantitativa.....	111
	CONCLUSÃO.....	118
	REFERÊNCIAS	122

APÊNDICE A – Termo de anuência institucional.....	136
APÊNDICE B –Termo de consentimento livre esclarecido.....	137
APÊNDICE C – Cronograma de estudo.....	141
APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados – Grupo focal com profissionais de saúde.....	143
APÊNDICE F – Instrumento de coleta de dados – Questionários profissionais de saúde.....	144
APÊNDICE G – Fluxograma do caminho da usuária Praiana com diagnóstico de Demência.....	145
APÊNDICE H – Fluxograma a distância nos aproxima de DNA Aparecida.....	146
ANEXO – Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa.....	147

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a pessoa idosa e seu processo de envelhecimento começou durante o meu curso de graduação, em 2003, na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Na ocasião, participei de um projeto de iniciação científica no qual comecei a ter contato com esse público, principalmente, na realização de consultas de enfermagem. Ao concluir a graduação, elaborei meu trabalho de conclusão de curso (TCC) voltado para o acompanhamento de familiares cuidadores da pessoa idosa com Alzheimer. Nesse estudo, observei que as orientações fornecidas a esses familiares eram de extrema importância para ajudar no empoderamento desse cuidador diante desse novo cenário de reorganização familiar.

Após a graduação, tive a oportunidade de atuar como enfermeira no ambulatório de demência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da UERJ. Nesse contexto, pude perceber como o acompanhamento por um profissional de saúde no fornecimento de informações, treinamento, apoio e compreensão dos idosos com demência e seus familiares faz a diferença na qualidade do cuidado.

Trabalhar com a pessoa idosa na atenção primária sempre foi o caminho profissional e acadêmico escolhido por mim, iniciando com a Especialização nos moldes de Residência em Saúde Pública na Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). Posteriormente, durante o mestrado na UERJ, continuei a estudar a temática do envelhecimento. Cursei a especialização em Geriatria e Gerontologia na UERJ, participei de eventos científicos na área e atuei na docência de disciplinas relacionadas à saúde da pessoa idosa e atenção primária, já que na ocasião era professora contratada pela Universidade Estácio de Sá (UNESA) e UERJ.

O interesse persistiu na minha atuação como gerente de uma Clínica da Família, onde percebi que alguns idosos com demência enfrentavam dificuldades no acompanhamento de sua condição de saúde. Era evidente que tínhamos um número reduzido de profissionais capacitados para trabalhar com o público idoso e uma estrutura de atendimento domiciliar insuficiente.

Como gestora e pesquisadora, buscando entender melhor essa problemática, iniciei uma especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ em 2015. Adiante em 2018, cursei a especialização em Redes de Atenção à Saúde na mesma instituição. Essa formação foi fundamental para a minha compreensão da

problemática que enfrentava em minha prática profissional.

Durante o ano de 2019, tive a oportunidade de me integrar ao Grupo de Pesquisa do Observatório de Políticas Públicas e Cuidado em Saúde, tanto na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense quanto na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Esses encontros ocorriam semanalmente e, uma vez por mês, realizávamos encontros nacionais com o objetivo de conduzir pesquisas e discussões baseadas na metodologia Redes Vivas e Usuário Guia do professor Emerson Merhy.

Fui convidada pela Prof.^a Doutora Celia Pereira Caldas a participar das reuniões integradas do grupo de Concepções Teóricas do Cuidar em Saúde e Enfermagem e do grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Idoso - GEPESI, da UERJ. Nessas reuniões, tivemos a oportunidade de acessar diferentes estudos e leituras que auxiliaram no desenvolvimento de uma perspectiva diferenciada sobre diversas questões relacionadas ao tema de interesse. Essas reuniões proporcionaram trocas de informações com colegas e exposição a diferentes pontos de vista, contribuindo significativamente para a construção de uma visão mais crítica e analítica.

Paralelamente à minha participação nos grupos de pesquisa, me matriculei em algumas disciplinas ministradas pelo professor Emerson Merhy e sua equipe no Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina (FM) e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Isso ocorreu a convite da professora Dr.^a Clarissa Seixas, que na época estava à frente do grupo do Observatório UERJ. Durante essas disciplinas aprimorei e adquiri conhecimento sobre a metodologia utilizada no observatório, através das aulas de Micropolíticas, Abordagem Cartográfica e Fluxograma Analisador (FA).

Ao longo das aulas do curso de doutorado, estudei a disciplina de Análise de Redes Sociais, o que despertou meu interesse em realizar uma análise que articulasse ambos os métodos. Isso ocorreu em concordância com minha orientadora, a Dr.^a Célia Pereira Caldas.

Portanto, minha própria jornada me conduziu ao objeto de estudo deste trabalho, que é a produção do cuidado a pessoa idosa com demência acompanhados por uma Clínica da Família.

O objeto deste estudo é a produção do cuidado a pessoa idosa com demência acompanhados por uma Clínica da Família. Este objeto foi investigado, inicialmente, a partir da compreensão dos movimentos de redes vivas tecidas na trajetória do usuário, na perspectiva dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde no território. A seguir, foi realizada uma análise de redes sociais estabelecidas pelos profissionais para dar conta deste cuidado que se produz no cotidiano do trabalho.

O Brasil vem apresentando um acentuado incremento na população de pessoas idosas nas últimas décadas. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve uma elevação de 11,3% para 14,7% da população idosa com 60 anos ou mais. Esse grupo etário segundo a mesma fonte aumentou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período (IBGE, 2022). Esse aumento na expectativa de vida tem levado a um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as demências.

Alguns estudos apontam que 47 milhões de idosos no mundo, possuem o diagnóstico de síndrome demencial, e a estimativa é de que 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. Mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com demência e a cada ano são registrados quase dez milhões de novos casos (Wong *et al.*, 2021).

O crescimento da população idosa, combinado com o comprometimento cognitivo, emerge a necessidade de mudança de atitude dos profissionais que trabalham com estes usuários. A atenção à saúde da pessoa idosa não pode se restringir a prevenção e controle de agravos e de doenças crônicas. Deve abranger a interação entre a saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional e apoio social. Isso ressalta a necessidade de implementar políticas públicas que promovam um envelhecimento ativo, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional (Brasil, 2006).

Portanto, torna-se evidente a necessidade de expandir as ações de promoção da saúde na atenção primária, visando aprimorar as condições de saúde da população idosa no Brasil. Essa preocupação está alinhada com os esforços para superar modelos de atendimento centrados, exclusivamente, na cura e tecnologias de alto custo.

No Brasil, várias discussões vêm reforçando a ideia de que a atenção primária tem importância significativa na reorganização dos sistemas de saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo referida como prioritária para a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e como porta de entrada do sistema e das redes de atenção (Brasil, 2006).

Conseqüentemente, é primordial que as pessoas idosas com demência e seus familiares se vinculem às unidades de atenção primária, considerando-as como suas referências de cuidado. Para isso, os profissionais que atuam nesse nível de atenção devem possuir o conhecimento e as habilidades necessárias para oferecer o suporte e atender às necessidades de saúde.

No entanto, frequentemente, observa-se que os usuários se sentem ‘perdidos’ na rede de saúde. Segundo Tofani (2021), os usuários buscam diferentes e diversos modos para atender as suas necessidades e/ou problemas, percorrendo não somente os serviços ofertados, mas também

procurando possibilidades de atenção que respondam às suas necessidades e respostas no enfrentamento da doença.

A atenção à saúde da pessoa idosa com demência requer intervenções interativas entre diversos atores, que superem a fragmentação e a hierarquização, visando a construção de um projeto de trabalho único, que proporcione a melhor assistência possível aos usuários (Nakata, 2020).

A fragmentação nos sistemas de saúde se manifesta de várias maneiras, incluindo a falta de coordenação entre os pontos de atenção, dificuldade de acesso aos serviços, interrupção da continuidade do atendimento e falta de congruência entre os serviços oferecidos e as necessidades de saúde da população (OMS, 2010). Em contraposição a esse modelo, Mendes (2009, p. 82) enfatiza a importância da implementação de redes de atenção à saúde, definidas como:

Organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma única missão, almejando objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

Malta e Merhy (2010) propõem que o cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, transpondo o modelo de atenção às condições agudas. Assim com as redes de atenção à saúde é possível integrar os serviços de saúde para superar os modelos fragmentados de atenção. Nenhuma organização de saúde reúne todos os recursos necessários para resolver os problemas de uma população, o que ressalta a necessidade de organizar uma rede de serviços de saúde.

No entanto, este acesso à rede de cuidados não é tão estruturado e institucionalizado como se preconiza. Assim, com base em suas necessidades e demandas de saúde, a pessoa idosa com demência e seus familiares vão construindo rede própria, de acordo com as suas condições sociais, físicas e de acesso ao sistema de saúde. Isso faz com que os usuários se tornem redes vivas por si próprios, desempenhando um papel ativo nesse movimento de transformação (Merhy; Gomes; Santos, 2014).

Diante disso, ao garantir um atendimento integral necessário para o cuidado dos idosos com demência é essencial considerar as necessidades dessa clientela, bem como as práticas e processos de trabalho em saúde. Esses processos devem articular ações de promoção,

prevenção, assistência e recuperação da saúde, bem como a integração e articulação dos dispositivos da rede de atenção com a estruturação de sistemas de referência e contrarreferência (Mattos, 2015).

A definição de integralidade é polissêmica e abrangente, envolvendo diversas reflexões, conforme observado por Giovanella *et al.* (2002). A integralidade se constitui como um dos princípios básicos do SUS (Brasil, 1990). De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7º, ela é definida 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”. Essa legislação destaca a importância da integralidade como guia para o cuidado dos usuários.

As políticas e ações direcionadas a pessoa idosa com demência passam por reformulações, promovendo a integralidade das ações em saúde e a integração dos serviços. Entretanto, no estudo de Cruz (2017), encontramos barreiras enfrentadas pela pessoa idosa com demência que buscam atenção às suas necessidades de saúde, especialmente, relativas ao acesso, ao estabelecimento de vínculo, à responsabilização, à coordenação e a ordenação do cuidado, como à humanização nos serviços de saúde.

Estudar o acesso e as barreiras em complexas redes formais de cuidado exige o cruzamento de estratégias de investigação múltiplas. Nos estudos propostos por Emerson Merhy (2014), as estratégias metodológicas foram qualitativas. Durante a análise, constatou-se que, em diversos momentos da jornada dos usuários nas diferentes estações de cuidado, eles se conectavam com outros atores que se tornavam fontes de informação relevantes ao objeto em foco.

A relevância do presente estudo está no enfoque sobre a continuidade do cuidado, possibilitada pelos movimentos de redes vivas. Tais movimentos são vividos e sentidos nas relações entre usuários, familiares, profissionais de saúde e serviços preconizados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, o estudo contribui para uma compreensão mais profunda das interfaces do processo de envelhecimento em pessoas com demência. Ele também permitirá uma análise das redes sociais formadas para acionar os processos necessários à prestação de cuidados e à redefinição de práticas de saúde realizadas na Atenção Básica.

As redes sociais são entendidas como as relações que conectam e ligam diferentes pessoas, grupos ou instituições, com maior ou menor coesão, interatividade, e outros atributos (Andrade *et al.*, 2015).

Importante destacar também que este estudo se enquadra no eixo 12 (Saúde do Idoso), subitem 12.5 (Análise da Gestão e das Práticas das Equipes no cuidado às especificidades em

saúde da pessoa idosa) da Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde (ANPPS) como justificativa e relevância (Brasil, 2018).

Questões norteadoras

Apesar de todos os esforços, percebe-se que na área da saúde não existe apenas um único caminho traçado pelo usuário em busca de cuidados, uma vez que uma mesma queixa pode gerar inúmeras necessidades diversas. Com base nesse pressuposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- Como tem se produzido o cuidado a pessoa idosa com demência e seus cuidadores nas Clínicas da Família?
- Quais os caminhos que a pessoa idosa com demência e seus cuidadores percorrem na produção do cuidado, na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde da família responsáveis pelo território?
- Quais são as conexões e interações necessárias aos profissionais de saúde para tecer as Redes Sociais que possibilitam a produção do cuidado a pessoa idosa com demência?

Para responder tais questionamentos foram estabelecidos os objetivos que se seguem abaixo:

Objetivo geral

Analisar a produção do cuidado da pessoa idosa com demência e seus cuidadores, a partir dos Movimentos de Redes Vivas (MRV) e da Análise de Redes Sociais (ARS) em uma unidade Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

- a) Investigar os fluxos de atendimento da pessoa idosa com demência e seus cuidadores descritos pelos profissionais da Clínica da Família;

- b) Descrever os movimentos de redes vivas da pessoa idosa com demência através de suas conexões existenciais estabelecidas, através da cartografia na perspectiva dos profissionais que os acompanham no território;
- c) Descrever a configuração do atendimento da pessoa idosa com demência e seus cuidadores, segundo a Análise de Redes Sociais, destacando a posição dos diferentes profissionais de saúde na Atenção Básica;
- d) Caracterizar as relações/interações existentes na Atenção Básica conformadas em rede, através do atendimento por profissionais da APS às pessoas idosas com demência e seus cuidadores.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Os sistemas de saúde

Os cuidados em saúde se direcionam para uma organização estratégica do sistema e sua operacionalização diante das necessidades da população. Está determinada em políticas, programas e serviços de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS (Mendes, 2012).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os sistemas de atenção à saúde são compostos por um conjunto de atividades cujo objetivo inicial é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Isso inclui alcançar um nível ótimo de saúde e sua distribuição de forma equitativa, garantir proteção adequada contra os riscos para todos os cidadãos, oferecer acolhimento humanizado aos cidadãos e garantir serviços seguros, eficazes e eficientes (Mendes, 2012).

Estes sistemas podem adotar várias formas de organização. A tipologia mais comum é a dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde, conforme descrito por Mendes (2009), a seguir.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, intensamente hegemônicos, são compostos de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Essa estrutura pressupõe uma concepção equivocada de complexidade, ao afirmar que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário, terciário e quaternário.

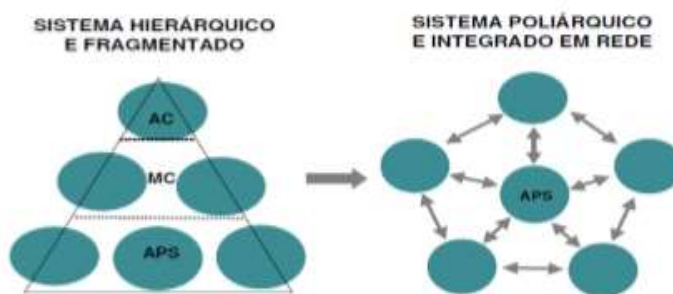
Ainda conforme o autor, os sistemas fragmentados se desorganizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados que não se comunicam uns dos outros e em virtude disso são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Como resultado, não há uma população adscrita para responsabilidade. Na realidade, a atenção primária à saúde não se articula com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se conectam com a atenção terciária e quaternária.

Em contraste com o modelo de redes de atenção à saúde, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção, mas sim uma configuração de uma rede horizontal, levando em consideração as diversas densidades tecnológicas, sem hierarquia ou ordem entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e necessários para a realização

dos objetivos das redes, diferenciando-se apenas pelas variadas densidades tecnológicas (Mendes, 2009).

A diferença esquemática entre os dois sistemas é apresentada na figura 1 abaixo:

Figura 1 - Do sistema hierárquico para o sistema integrado em rede. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: Mendes, 2009.

A OMS ratifica que os sistemas de saúde predominantes não estão atendendo as necessidades da população no que se refere a queda do número de casos de pessoas com problemas agudos e de ascensão das condições crônicas (Mendes, 2012).

Isso se explica quando as pessoas buscam os serviços de saúde com queixas relacionadas a demandas agudas, principalmente, nas unidades de atenção primária (Oliveira, 2021). Nesse cenário, a necessidade crucial de uma atenção contínua no manejo de condições crônicas, à medida que evoluem insidiosa e silenciosamente, quase sempre despercebida (Mendes, 2009).

Além disso, é evidente que o envelhecimento é um fenômeno global, cujo desafio não apenas para o setor de saúde, mas para organizações em várias áreas (Brasil, 2006). Em países em desenvolvimento como o Brasil, essa transição demográfica é agravada pelas desigualdades regionais. O país mantém uma estrutura etária característica das nações em desenvolvimento, com a predominância de uma população jovem, economicamente ativa. Isso ressalta a necessidade de desenvolver políticas públicas que atendam a todos de maneira equitativa, considerando a execução das mesmas em diversos cenários, respeitando as particularidades etárias e sanitárias, incluindo todo um escopo biopsicossocial daquela população (Mendes, 2012).

Diante da confirmação dessa diferença demográfica e levando em consideração as condições próprias do ciclo de vida da pessoa idosa, faz-se necessário um sistema assistencial que objetive a promoção do envelhecimento ativo, em que este modelo permita ampliar a entrada da pessoa no sistema (Mendes, 2012). O que não necessariamente se relaciona à efetiva

produção do cuidado nessa entrada. A finalidade é promover a saúde de forma integral e manter a capacidade funcional desse segmento da população, por representarem uma parcela significativa dos custos nos Sistemas de Saúde (Mendes, 2012; Caldas-*et al.*, 2014).

A forma de organizar as RAS da pessoa idosa direciona a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Essa distribuição vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços (Brasil, 2006).

Conforme Mendes (2012) o principal problema do SUS é a maneira fragmentada, episódica, reativa e focada em condições e eventos agudos de prestar atenção à saúde, configurando-se assim um modelo de saúde.

1.2 Redes de atenção à saúde

Mendes (2012) define RAS como: organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde de forma humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população adscrita.

A estrutura operacional das RAS possui cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (Brasil, 2015).

Um dos elementos essenciais das RAS são os modelos de atenção à saúde. Eles são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Determinados pelas situações demográficas em função das situações demográficas, epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2012). Estes modelos se diferem conforme a atenção às condições agudas e às condições crônicas (OPAS, 2011).

O primeiro modelo é o de atenção às condições agudas e tem como finalidade descobrir, em um curto espaço de tempo (com base em sinais de alerta), a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção mais apropriado para aquela

situação. Desta forma, é necessário levar em consideração o tempo de atenção requerido pelo risco inicial estabelecido, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso sugere a criação de um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências (Mendes, 2012).

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, é necessário aplicar a mesma estrutura operacional das redes de atenção à saúde. Isso implica a atenção primária, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A única diferença entre essas redes está no papel da atenção primária. Nas redes de atenção às condições crônicas, a atenção primária funciona como centro de comunicação, enquanto nas redes de atenção às urgências e às emergências, ela é um dos pontos de atenção à saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes (Mendes, 2012).

A tradicional consulta médica de curta duração era um pilar que sustentava um sistema fragmentado. Portanto, para se ter sucesso no manejo das condições crônicas, é necessário estabelecer modificações profundas na forma como ocorrem os encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde (Mendes, 2012). Os atendimentos aos idosos frágeis, por exemplo, devem ser contínuos e visar à avaliação e monitoramento da capacidade funcional, dos medicamentos, na redução dos riscos de queda, no monitoramento do autocuidado e no trabalho dos cuidadores e da família (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) destaca a necessidade de uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde, incluindo o ambiente. Além disso, essa abordagem precisa ser adaptada às necessidades dessa população, considerando suas particularidades (Brasil, 2006).

Sendo assim, percebe-se que o restabelecimento da conexão entre a situação de saúde e um sistema integrado de saúde, voltado para a atenção às condições agudas e crônicas, exige a implantação das redes de atenção à saúde para ser eficaz (Mendes, 2012).

A partir deste entendimento das redes de atenção sob a perspectiva de uma lógica organizativa e estratégica descrita por Mendes, podemos refletir sobre as várias formas de construção dessas redes ao longo da história do SUS. A perspectiva de redes, sob uma lógica problematizadora que caminha pelos espaços de experimentações, torna-se evidente no estabelecimento de um cuidado qualificado.

O pensamento do gestor permeia sob um espaço estratégico e normativo visando a construção de políticas públicas de saúde. No entanto, torna-se necessário que estas estratégias

sejam tangíveis no campo das intervenções em saúde pública. Na construção do SUS, observamos nos Municípios as aplicações das políticas públicas de diversas formas, a partir de inúmeras experimentações, mesmo diante da mesma prática discursiva (Landim *et al.*, 2020).

A expansão da ESF nos remete a isso pois, como descrita na Norma Operacional Básica do SUS, de 1996 (NOB 96), passa a ser um marco de um grande sinalizador da mudança do modelo assistencial. No entanto, na prática, observa-se que não houve um rompimento com o que a biomedicina tinha em relação à construção do processo saúde-doença e cuidado. Sendo assim, observamos que a NOB 96 não conseguiu transcender o paradigma biomédico, levando à medicalização dos corpos e do cuidado para dentro das equipes de ESF (Merhy *et al.*, 2014).

Ao analisarmos a evolução paradigmática da medicina, é notória uma tendência de especialização em virtude do grande volume de conhecimento acumulado. Desta forma, esta relação de produção de saber gera uma prática de poder dentro do serviço de saúde. Durante a idade média, tratava-se a doença como expressão de alteração global do organismo em interação com o meio físico e social. Essa integração ficou para trás no século XVIII, quando se estabeleceu um método para se pensar no corpo humano como máquina. Essa ruptura entre saúde e medicina, já anunciada pelos tempos, culminou no paradigma da biomedicina, compatível com o momento capitalista da atualidade (Foucault, 2011).

Com o foco na “doença” e nos “processos biológicos”, os aspectos da dor e da subjetividade são, muitas vezes, menosprezados pelos profissionais da saúde, que muitas vezes desrespeitam a autonomia e a independência do usuário no seu processo de cuidar. Sendo assim, a PNH aponta a necessidade da renovação das relações entre profissionais da saúde e usuários, baseando-se na transversalidade, na coparticipação do usuário no seu processo saúde-doença, no acolhimento, na escuta acolhedora e no respeito às suas demandas (Brasil, 2004).

1.3 O papel da Atenção Primária à Saúde na RAS

Há quase 100 anos, o Ministro da Saúde do Reino Unido, estimulado por necessidades de reformas sanitárias pós-revolução industrial, criou o relatório Dawson (1920). Esse relatório apontava que a organização do sistema de atenção à saúde deveria acontecer em níveis variados e determinava a relação que deveria existir entre eles. A proposta é que as RAS fossem coordenadas pela APS, fazendo assim uma regionalização dos sistemas de atenção à saúde, que estariam organizados em populações previamente cadastradas. Tal fato exerceu influência sobre

os sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (Mendes, 2012).

No entanto, foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob organização da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que a APS foi aprovada como a principal estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” e definida pela OMS (1979) como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...] parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Desta forma a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser entendida como uma estratégia populacional que exige o comprometimento dos governos para atender às necessidades em saúde da população através de serviços de atenção primária e sua relação com outros níveis ou tipos de serviços, tanto de saúde como outros setores sociais (Starfield, 2002). Para Brasil (2013) a APS pode ser descrita como o nível primário do sistema de saúde, no qual se organiza e faz funcionar a porta de entrada do sistema, destacando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns.

A interpretação da APS deve ser feita como estratégia de reordenamento do sistema de saúde de uma forma singular de reorganização de todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, fazendo com que a APS se articule como parte de uma rede de atenção à saúde (OPAS, 2007).

Atuando como o centro de comunicação, é o elo intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde, sendo constituído pelos pontos da APS (Mendes, 2012). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a APS deve cumprir três papéis fundamentais: o de resolver grande parte dos problemas de saúde da população; o de comunicação, organizando os fluxos e contrafluxos dos sujeitos pelos diversos pontos de atenção à saúde e o de responsabilização, ao se corresponsabilizar pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais, 2006).

Desta forma, é possível apontar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS (Brasil, 2013), tais como:

- **Acessibilidade:** se operacionaliza ao permitir o acesso de primeiro contato do indivíduo e utilização do serviço de saúde a cada novo problema apresentado pelo indivíduo ou a recidiva do mesmo problema. Este acesso deve ser feito de forma universal e em horário adequado às necessidades do usuário;
- **Longitudinalidade:** deve existir um acompanhamento continuado da atenção ao longo do tempo. A relação entre a população e os profissionais do serviço de saúde deve ser íntima e estabelecida através do vínculo;
- **Integralidade:** Ações que as instituições de APS devem realizar para que os usuários cadastrados recebam atenção integral, adequadas ao contexto da APS na unidade e nos outros espaços do território;
- **Coordenação da atenção:** O nível de atenção da APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços, resultando em uma forma de continuidade da atenção ao cuidado de forma global.

Existem três outros atributos derivados que auxiliam na qualificação dos serviços de APS, conforme Brasil (2013):

- **Orientação familiar:** neste atributo deve-se levar em conta o contexto familiar que este usuário está inserido, seu possível cuidado e possíveis riscos à saúde. Para isso, orientar-se a utilização de ferramentas relacionadas a abordagem familiar na atenção integral;
- **Orientação comunitária:** neste atributo os serviços de saúde devem reconhecer as necessidades do território de abrangência utilizando dados epidemiológicos e do vínculo estabelecido com estes usuários;
- **Competência cultural:** adaptação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado às características culturais da população da área de abrangência, facilitando a relação e a comunicação com esta.

Assim, um serviço de atenção primária deve apresentar os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao oferecer também os atributos derivados.

Apesar de toda a efetivação de um modelo teórico que determina o papel da APS na RAS, observamos que algumas rupturas do modelo biomédico ainda são necessárias. A

construção da RAS e da APS como coordenadora desta rede deve ir além de uma lógica planejadora e organizativa, tornando-se existencial nos territórios. O que observamos é uma ideia de centralização do cuidado nos serviços de saúde, com uma consequente redução das formas de cuidado pelos profissionais de saúde, tornando-as propriedade deles através de uma relação de poder (Merhy *et al.*, 2014). Esta relação também pode ser vista sob a perspectiva Foucaultiana, na qual procedimentos e técnicas utilizadas em diferentes contextos institucionais para agir sobre o comportamento dos indivíduos, tomados isoladamente ou em grupo, formam, dirigem e modificam sua maneira de portar-se. Para analisá-la, é necessário observar o modo como ela opera, considerando o funcionamento diário, as micropráticas e as tecnologias políticas nas quais nossas práticas se desenvolvem (Foucault, 1993).

Entende-se que o cuidado na APS no território não deve ser uma atribuição de um único profissional, não deve ser medicalizado e não deve ser apenas responsabilidade do serviço de saúde. Deve ser territorial e envolver ativamente o sujeito e o agente comunitário na construção das redes vivas de atenção. Esses cuidados existenciais devem ir além dos protocolos. Hoje, são percebidos claramente nos espaços informais criados entre os profissionais. Torna-se importante compreender as tecnologias de cuidado e a micropolítica do trabalho vivo na construção do cuidado, pois não considerar essa perspectiva é permitir que o olhar biomédico sobre a saúde, doença e cuidado prevaleça. Portanto, os cuidados da APS não estão sendo prestados onde deveriam, pois esses espaços formais são vistos como locais que precisam disciplinar o cuidado (Weber, 2020). Assim, as redes de atenção à saúde só funcionarão e se efetivarão quando se aproximarem da maneira como estão sendo vividas. O cuidado deve estar conectado às redes construídas e sentidas (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

1.4 Linha de cuidado de saúde integral da pessoa Idosa na RAS

Para a organização e o planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa na RAS, deve-se considerar a diversidade nas condições de saúde e na capacidade funcional dos usuários. Sendo assim, torna-se necessária a estratificação da população idosa em três grandes grupos, que se diferenciam conforme os níveis de funcionalidade apresentados, sendo eles: pessoas idosas independentes e autônomas; pessoas idosas com alguma limitação funcional; e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas. Esta estratificação é útil tanto para a elaboração de estratégias de cuidado relacionadas a este público, contemplando

as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito individualmente (Brasil, 2018).

O primeiro passo para descobrir as necessidades de saúde da população idosa é o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população adscrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe da APS. Este reconhecimento pode ser estruturado através de um diagnóstico situacional ou organizacional do território que resulta de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar as ações através do mapeamento da comunidade e das suas necessidades de saúde (Papinutto, 2011).

Existem inúmeros instrumentos utilizados na avaliação inicial da pessoa idosa. Essa avaliação pode ser realizada com o auxílio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e de sua ficha espelho, ferramentas que devem estar associadas às capacitações dos profissionais de saúde. A partir dessa avaliação inicial, as pessoas idosas que necessitam do aprofundamento da avaliação podem ser identificadas e encaminhadas a uma avaliação multidimensional (Brasil, 2018).

A sistematização das informações obtidas por meio de uma avaliação multidimensional contribui para a coordenação da RAS, ao possibilitar a identificação de características de saúde das pessoas idosas do território e o compartilhamento de informações do atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da Atenção Básica e especialistas.

Segundo Lourenço *et al.* (2012), a avaliação multidimensional possibilita mensurar o estado clínico funcional da pessoa idosa no sentido de direcioná-lo para a assistência, bem como para a identificação da clientela e dos problemas de saúde que podem ocasionar o declínio funcional. Assim, para promover a atenção integral à população idosa na atenção primária é imprescindível que se efetive a avaliação multidimensional. Desse modo, podem-se definir estratégias de assistência à saúde da pessoa idosa com o objetivo primordial de retardar as incapacidades funcionais e a perda de autonomia destes indivíduos (Palma *et al.*, 2014).

A partir do uso destas ferramentas podemos construir de forma multidisciplinar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) desta pessoa idosa (Brasil, 2019). O PTS deve ser utilizado através de um conjunto de propostas e condutas multidisciplinares para um apoio matricial a um indivíduo, família ou grupo. Está dividido em várias fases, que se descrevem a seguir: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação

para melhoria da qualidade de vida. Desta forma, a utilização do PTS é imprescindível para o auxílio familiar de uma pessoa idosa com múltiplas queixas de âmbito psiquiátrico, físico e social. O PTS é desenvolvido de forma compartilhada entre todos os membros que atuam na APS, incluindo os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2011).

Vale destacar a importância do usuário como participante deste processo de construção do seu PTS, considerando-o como protagonista do seu cuidado. No estudo de Balbino *et al.* (2010), foi construído um PTS com um usuário e estudantes de medicina. Um PTS do paciente foi elaborado a partir de suas demandas e de sua rede de apoio. Assim, foi possível uma construção coletiva, reconhecendo as necessidades do usuário, com orientação de cuidados qualificados (Lopes, 2004).

Dessa maneira, foram criadas terapêuticas articuladas, que tiveram como finalidade o aperfeiçoamento dos cuidados e o acompanhamento longitudinal. As principais vulnerabilidades do usuário foram minimizadas, o que possibilitou a melhoria na qualidade de vida. O PTS mostrou-se potente para a educação permanente no trabalho em equipe interprofissional. O compartilhamento de saberes entre os integrantes e usuários torna o cuidado sustentável e, conseqüentemente, qualifica a assistência em saúde (Silva *et al.*, 2022).

Conforme Oliveira e Zanetti (2015), quando uma equipe ou um profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie na execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de intervenção em saúde.

As propostas de atuação da equipe do NASF são orientadas pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. De acordo com Brasil (2014), este apoio é um novo modo de produzir saúde, no qual duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Aplicado à APS, significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde mais organizada e resolutiva. O apoio matricial do NASF para a ESF acontece através do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais e da articulação pactuada de intervenções em saúde. Este serviço é implementado através da discussão de casos clínicos em tempo real com profissionais especialistas, que auxiliam na tomada de decisão diante de um caso complexo. Desta forma, existe a possibilidade de diminuição de encaminhamentos desnecessários para o nível secundário através da ampliação da resolutividade. A teleconsultoria também é utilizada como uma estratégia de educação permanente dos profissionais da APS, pois está baseada nos problemas reais da prática cotidiana (Brasil, 2019).

No entanto, cabe uma análise sobre a operacionalização prática da atuação do NASF. Questionamos se as estratégias de "discussão de casos", as "consultas compartilhadas" e o "monitoramento das ações referentes aos usuários" têm sido importantes na resolutividade das ações. Na prática profissional dos enfermeiros, observamos que os profissionais atuantes nas equipes do NASF, segundo o discurso dos profissionais das ESF, assumem uma postura de afastamento das equipes em relação ao detentor do conhecimento, prescrevendo soluções baseadas na literatura, sem avaliar os casos de forma individual e familiar, de acordo com a realidade vivenciada. Além disso, há restrição de acesso e burocratização do cuidado. Por outro lado, as equipes do NASF relatam a dificuldade de construção coletiva por parte dos profissionais que trabalham nas ESF, por não priorizar estas demandas devido à sobrecarga de funções.

Dessa forma, a proposta de promover a articulação entre a ESF e o NASF mostra fragilidades que precisam ser discutidas, sendo importante instituir processos de avaliação da APS que envolvam além das suas equipes, as do NASF de forma permanente, para identificar fragilidades, desafios e potencialidades.

Outro aspecto que merece ser discutido quando estudamos redes de atenção são as internações hospitalares e intercorrências que levam a pessoa idosa aos serviços de urgência e emergência. Essas pessoas idosas também devem ser acompanhadas pelas equipes da APS, para discussão do quadro clínico e intervenções necessárias para a recuperação. Em algumas situações, tendo em vista a dinâmica das mudanças no estado de saúde da pessoa idosa e do acompanhamento permanente das equipes da APS, poderá ser indicado o suporte das equipes da Atenção Domiciliar (AD) ou de Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), visando a uma recuperação mais rápida e efetiva.

A reabilitação é outro componente muito importante nos cuidados de saúde da pessoa idosa, principalmente, as frágeis. Os serviços de reabilitação podem ajudar a prevenir incapacidade permanente e dependência de cuidados, como a reduzir internações evitáveis. É um processo global e dinâmico com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa com deficiência ou com funções prejudicadas por doença ou evento traumático. Está associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psicológico e social, tendo como meta final a reintegração social do paciente. No caso da pessoa idosa especificamente, visa à recuperação da sua capacidade funcional (Perracini; Ramos, 2002).

Enquanto os hospitais devem ajudar a garantir a reabilitação adequada durante a hospitalização, é importante ressaltar que a maior parte das ações de reabilitação pode ser realizada na comunidade ou em casa, com o apoio e orientação dos profissionais pertencentes

às Equipes da APS e do NASF. Assim, a APS tem um papel primordial na reabilitação das pessoas idosas, com o suporte dos Centros Especializados de Reabilitação (CER) (Brasil, 2019).

Para a pessoa idosa dependentes que necessitam de reabilitação, a AD configura-se como uma das estratégias principais de cuidado. O programa de assistência domiciliar (PAD) tem como objetivo proporcionar, por meio de uma equipe interdisciplinar, melhores condições de saúde da pessoa idosa acamada, oferecendo meios para que possam ser tratadas no seu domicílio, na própria comunidade, junto de seus familiares e amigos (Carvalho *et al.*, 2015).

Outro ponto que merece atenção na RAS são os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, que foram normatizados pelo Ministério da Saúde em 2002 e passaram a compor as redes estaduais de atenção à saúde, sendo responsáveis pela atenção integral a pessoa idosa nas seguintes modalidades assistenciais: atendimento ambulatorial especializado, internação hospitalar, hospital dia e assistência domiciliar. Este acompanhamento também é feito de forma compartilhada com as equipes da APS, já que essa pessoa idosa se encontra em seu território de abrangência. Todo esse processo de regulação é realizado por meio de uma central de regulação, monitorada pela APS (Brasil, 2019).

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é outro ponto a ser discutido na rede de atenção. Tem como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (Brasil, 2006). Para isso, o acolhimento com classificação do risco, a qualificação profissional, a resolutividade, a informação e a regulação do acesso são requisitos de todos os pontos de atenção da RUE.

A RUE propõe o atendimento de diferentes condições, que variam desde as situações clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e relacionadas com as causas externas, como a violência, até gineco-obstétricas, psiquiátricas e pediátricas. Assim, a rede visa à ampliação e articulação dos serviços de urgência, de forma qualificada e resolutiva, articulando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2013).

A RUE é composta pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS (FNSUS); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Atendimento Hospitalar; Atenção Domiciliar e Atenção Básica, sendo esta última transversal a todos os pontos de atenção (Brasil, 2006).

Desta forma, a regulação desempenha um papel importante na organização dos serviços de maneira integrada, executando critérios de classificação de risco. A Central de Regulação das Urgências tem a função de manter uma escuta permanente e na definição da estimativa inicial do grau de urgência de cada caso, com o objetivo de gerar a resposta mais adequada a cada solicitação, garantir os meios necessários para tal resposta e monitorar continuamente o grau de urgência até a finalização do caso, de acordo com grades de serviços de referência e contra referência, pactuadas pelos gestores, sempre baseados nos conceitos de regionalização e de hierarquização do sistema (Brasil, 2016).

A organização das UCP é uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio (Brasil, 2006). Logo, percebe-se que a atenção integral à saúde das pessoas idosas depende de inúmeros setores que ultrapassam o setor da saúde.

Por fim, para estabelecer um plano de cuidados qualificado a pessoa idosa, é crucial considerar outros setores, dada a necessidade de ações em todos os campos que promovam o envelhecimento saudável. Esses setores podem ser exemplificados por aqueles que oferecem serviços socioassistenciais e estão vinculados à rede do Suas, proporcionando acesso aos cuidados de longa duração, tecnologias assistidas, reabilitação em saúde, reabilitação profissional, bem como a benefícios previdenciários e socioassistenciais. Diante dessa rede, a integralidade do cuidado destaca a importância do planejamento e da ação em parceria com as políticas de educação, trabalho, previdência social, direitos humanos, habitação, transporte, cultura, garantindo a proteção dos direitos e facilitando o acesso à moradia, mobilidade urbana, cultura, lazer e outros aspectos (Brasil, 2018).

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 A operacionalização das RAS da pessoa idosa no Brasil e no Mundo: uma revisão de escopo

Para abordar a operacionalização das redes de atenção à saúde do idoso no Brasil e no mundo, foi realizada uma revisão de escopo, *Scoping Review* (SR) em inglês, por ser mais adequada para construções teóricas.

2.2 Estratégia metodológica

Todos os métodos de revisão existentes são úteis em situações específicas, pois oferecem um conjunto de ferramentas para abordar a literatura. Neste estudo, optamos por realizar uma SR, pois essa abordagem visa mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa e as principais fontes de conhecimento disponíveis. O mapeamento consiste em resumir as informações para identificar evidências que proporcionem uma compreensão ampla e aprofundada de um determinado objeto.

As revisões de escopo têm objetivos diferentes das revisões sistemáticas, uma vez que não buscam avaliar a qualidade dos estudos disponíveis, mas sim mapear rapidamente os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa. Elas se diferenciam das revisões bibliográficas tradicionais quando incorporam um procedimento mais sistemático (Cordeiro; Baldini; Soares, 2020).

A primeira estratégia para planejar esta SR foi a construção de um protocolo composto por seis etapas, de acordo com o arcabouço metodológico preconizado pelo Instituto Joanna Briggs (Peters *et al.*, 2020):

- 1 Identificação da questão e objetivo de pesquisa;
- 2 Identificação de estudos relevantes, que viabilizassem a amplitude e abrangência dos propósitos da revisão;
- 3 Seleção de estudo, conforme os critérios predefinidos;
- 4 Mapeamento de dados;

- 5 Sumarização dos resultados, por meio de uma análise temática qualitativa em relação ao objetivo e pergunta;
- 6 Apresentação dos resultados, identificando as implicações para política, prática ou pesquisa.

O objetivo desta revisão de escopo é analisar as evidências científicas relacionadas ao cuidado de idosos com demência no contexto das redes de atenção à saúde. O protocolo estabeleceu a seguinte pergunta de pesquisa: "Quais evidências científicas existem sobre o cuidado de idosos com demência no contexto das redes de atenção à saúde?" Para a construção da pergunta de pesquisa, adotou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC) para a realização de uma *scoping review* (Peters *et al.*, 2020). Os elementos definidos foram os seguintes: P (*Population*) - idosos com demência; C (*Concept*) - cuidado do idoso; e C (*Context*) - redes de atenção à saúde.

Os critérios de inclusão englobaram estudos nos idiomas inglês, espanhol e português, independentemente da abordagem (quantitativa, qualitativa ou quanti-qualitativa). Foram considerados estudos primários, revisões sistemáticas, metanálises, metassínteses, livros ou diretrizes, desde que publicados ou disponibilizados até fevereiro de 2021, sem restrição quanto ao período e idioma de publicação. Também foram incluídos estudos que envolvessem idosos com demência como participantes ou como o grupo de interesse, desde que buscassem assistência nos serviços de saúde. Foram excluídos estudos que abordassem apenas as condições clínicas dos idosos com demência e que não descrevessem a rede de atenção à qual esses idosos recorriam.

Foi elaborado um protocolo de revisão de escopo, registrado no Open Science Framework (OSF) sob o DOI 10.17605/OSF.IO/ACQDF, com o título "A operacionalização das redes de atenção à saúde do idoso com demência no Brasil e no mundo: protocolo de revisão de escopo".

2.3 Estratégia de busca

Inicialmente, foi realizada uma busca bibliográfica para verificar a existência de revisões em andamento ou concluídas relacionadas à temática nas bases Prospero, Instituto Joanna Briggs e Cochrane. Observou-se que até o momento da pesquisa, nenhuma revisão sobre o cuidado de pessoas idosas com demência nas redes de atenção havia sido realizada. Após essa

etapa, a busca principal foi conduzida em três fases, realizadas por duas pesquisadoras independentes.

Na primeira etapa, foi realizada a busca, com os descritores “Idoso com demência”, “Cuidado” e “Redes de atenção à saúde” na base de dados *Scientific Electronic Library* (SCIELO) e “elderly” AND *dementia* OR Alzheimer AND “Patient Care” AND “Health services for the aged” na base de dados *National Library of Medicine* (PubMed).

Inicialmente, foram analisadas as palavras contidas nos títulos, resumos e descritores. Os estudos selecionados que respondiam à questão norteadora desta revisão foram lidos na íntegra e suas referências foram analisadas em busca de estudos adicionais, com a finalidade de ampliar a pesquisa. Essas bases de dados foram selecionadas por serem abrangentes, tendo ampla cobertura das publicações na área de saúde.

Na segunda etapa, houve a definição dos descritores, expandindo a busca para as bases de dados *Cinahl*, *Embase*, *Pubmed*, *Science Direct* e *Web of Science*.

Na terceira etapa, ocorreu o acesso às listas de referências dos artigos selecionados nas bases de dados, bem como às bases de literatura cinzenta: Banco de Teses de Dissertações da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, e Google Acadêmico.

Os títulos e resumos dos artigos encontrados na busca foram lidos e analisados por duas revisoras independentes para identificar os potencialmente elegíveis para o estudo e verificar a pertinência da publicação para a extração dos dados. Nos casos de dúvidas, os artigos foram mantidos para a próxima fase, que envolveu a leitura integral de cada artigo selecionado para:

- a) Confirmar a pertinência à pergunta de revisão e, quando relevante;
- b) Extrair os dados de interesse.

As divergências entre os revisores foram resolvidas por um terceiro revisor (orientador).

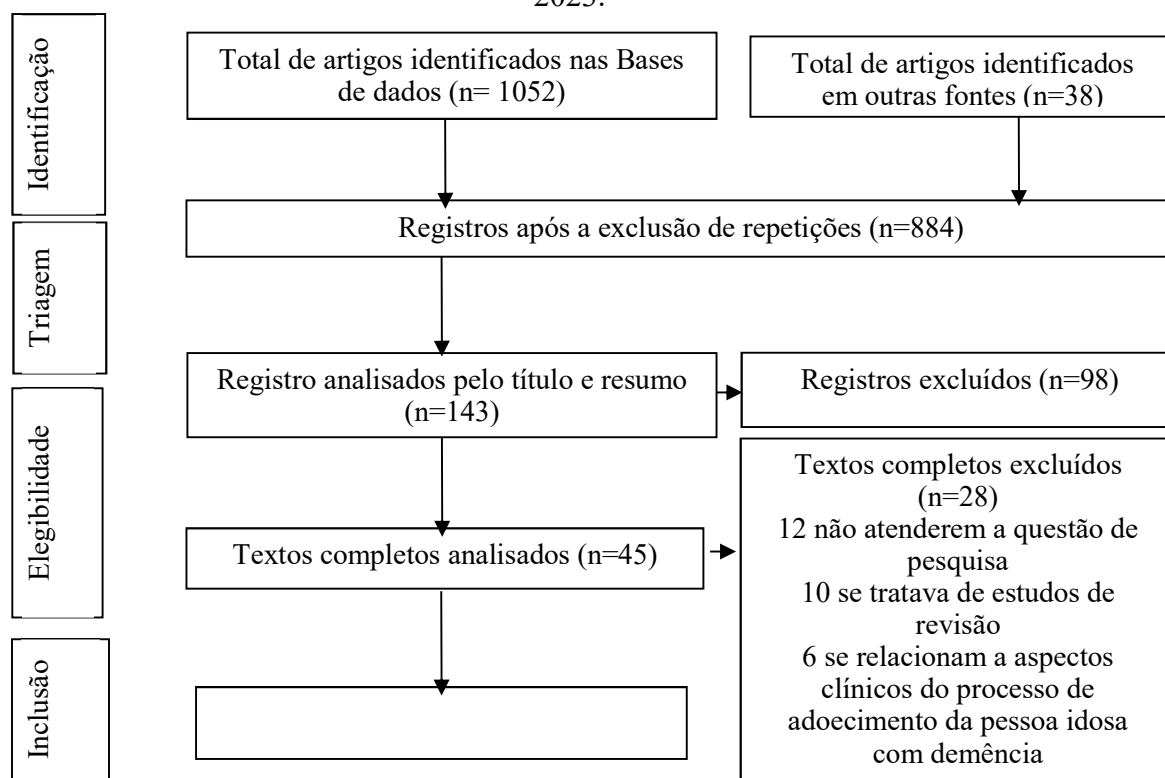
2.4 Seleção dos estudos

A estratégia de busca identificou um total de 1054 estudos e outros 38 foram incluídos de outras fontes. Depois de excluir 65 citações duplicadas e 884 estudos que não atendiam aos critérios de inclusão pela leitura do título, 143 estudos foram selecionados para leitura do resumo e determinação da relevância aos critérios de inclusão. Posteriormente, 98 artigos foram excluídos, uma vez que não cumpriram os critérios de inclusão. Finalmente, foi feita a leitura

na íntegra de 45 estudos, destes, 26 foram excluídos e 19 foram incluídos na revisão. Todos os estudos identificados foram agrupados e os duplicados foram removidos. Títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes para avaliação em relação aos critérios de inclusão para a revisão. Os estudos que atenderam aos critérios estabelecidos foram recuperados na íntegra e avaliados em detalhes em relação aos critérios de inclusão, sendo que os que não atenderam foram excluídos.

O processo de busca e seleção dos estudos desta revisão está apresentado no fluxograma (Figura 2), conforme recomendações do JBI, segundo checklist adaptado e traduzido do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Tricco *et al.*, 2018).

Figura 2 - Fluxograma PRISMA de processo de seleção de artigos e inclusão. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: Moher *et al.*, (2009).

2.5 Extração dos dados

Na fase de extração dos resultados, também chamada de mapeamento dos resultados, as informações da fonte, autor(es), ano de publicação, origem/país de origem (onde o estudo foi

publicado ou conduzido), objetivo/propósito, população do estudo e tamanho da amostra, metodologia/métodos, tipo de intervenção, e principais conclusões relacionadas à(s) pergunta(s) da revisão do escopo foram coletadas. Os principais focos foram analisados, e, quando necessário, os textos integrais foram consultados para identificar categorias de análise que permitissem a síntese narrativa dos achados.

2.6 Resultados

Os estudos foram publicados no período de 2016 a 2020, com uma distribuição equitativa ao longo desses anos, indicando um interesse constante e contínuo na discussão das redes de atenção ao idoso com demência.

A maioria dos estudos (n=10) concentrou-se em países desenvolvidos, o que pode ser atribuído ao fato de esses países já vivenciarem o envelhecimento populacional e suas implicações na organização das redes de atenção para idosos com doenças crônicas, principalmente a demência.

Em relação à abordagem dos estudos sobre a temática, a abordagem qualitativa predominou (n=17). Além disso, a grande maioria dos estudos (com exceção de um) baseou-se em dados de pesquisa em campo, em vez de se apoiar apenas na produção bibliográfica. Isso reflete a preocupação em relação à implementação de projetos e à reestruturação das redes de atenção devido ao aumento das demandas relacionadas ao processo de envelhecimento.

Quadro 1 - Caracterização das publicações quanto Autor (es), Nome, Ano de publicação, País de origem e desenho do estudo (continua)

	Autor(es)	Artigo	Ano de publicação	País de origem	Desenho do estudo
1	Wang M, Xu X, Huang Y, Shao S, Chen X, Li J, Du J	<i>Knowledge, attitudes and skills of dementia care in general practice: a cross-sectional study in primary health setting in Beijing, China</i>	2020	China	Estudo transversal, qualitativo
2	Damaceno M, Chirelli MQ	Análise temática acerca da saúde do idoso no cenário da estratégia da família em município brasileiro	2017	Brasil (São Paulo)	Estudo qualitativo e exploratório
3	Malta EMB, Araújo DD, Brito MFS, Pinho L	Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência	2020	Brasil	Estudo transversal, qualitativo e analítico
4	Derhun F, Scolari G, Castro V, Salci M, Baldissera V, Carreira L	O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde	2019	Brasil (Paraná)	Estudo exploratório e qualitativo
5	Pereira KCR, Lacerda JT, Natal S	Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso	2017	Brasil (Santa Catarina)	Estudo exploratório qualitativo e quantitativo
6	Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim HJ, Shin J, Park JM, Uhm KE, Oh YK, Byeon P, Lee K, Han SH, Choi J	<i>Development of a senior-specific, Citizen oriented healthcare service system in South Korea based on the Canadian 48/6 model of care</i>	2020	Coréia do Sul	Estudo exploratório e qualitativo
7	Mosca I, van der Wees PJ, Mot ES, Wammes JJG, Jeurissen PPT	<i>Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers</i>	2016	União Européia	Revisão Bibliográfica
8	Tam-Tham H, Nettel-Aguirre A, Silvius J, Dalziel W, Garcia L, Molnar F, Drummond N	<i>Provision of dementia-related services in Canada: a comparative study</i>	2016	Canadá	Exploratório e qualitativo

Quadro 2 - Caracterização das publicações quanto Autor (es), Nome, Ano de publicação, País de origem e desenho do estudo (continuação)

9	Nakanishi M, Yamasaki S, Nishida A	<i>In-hospital dementia-related deaths following implementation of the national dementia plan: observational study of national death certificates from 1996 to 2016</i>	2018	Japão	Estudo observacional
10	Lethin C, Giert L, Vingare EL, Hallberg IR	<i>Dementia care and service systems – a mapping system tested in nine Swedish municipalities</i>	2018	Suécia	Exploratório e qualitativo
11	Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS	<i>Forging a Frailty-Ready Healthcare System to Meet Population Ageing</i>	2017	Cingapura	Relato de experiência
12	Lin PJ, Shiue YC, Tzeng GH, Huang SL	<i>Developing a sustainable Long-Term ageing health care system using the DANP-mV Model: Empirical Case of Taiwan</i>	2019	China	Exploratório, descritivo e qualitativo
13	Landers S, Madigan E, Leff B, Rosati RJ, McCann BA, Hornbake R, MacMillan R, Jones K, Bowles K, Dowding D, Lee T, Moorhead T, Rodriguez S, Breese E	<i>The future of home health care: a strategic framework for optimizing value</i>	2016	Estados Unidos	Exploratório, descritivo e qualitativo
14	Bentur N, Sternberg SA	<i>Dementia care in Israel: top down and bottom-up processes</i>	2019	Israel	Estudo de caso
15	Hirakawa Y, Chiang C, Aoyama A	<i>A qualitative study on barriers to achieving high-quality, community-based integrated dementia care</i>	2017	Japão	Exploratório, descritivo e qualitativo

Quadro 3 - Caracterização das publicações quanto Autor (es), Nome, Ano de publicação, País de origem e desenho do estudo (conclusão)

16	Custódio N, Wheelock A, Thumala D, A Slachevsky A	<i>Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy</i>	2017	Chile	Exploratório, descritivo e qualitativo
17	Morgan D, Kosteniuk J, O’Cormell ME, Kirk A, Stewart NJ, Seitz D, Bayly M, Chow AF, Elliot V, Daku J, Hack T, Hoium F, Kermet-Russil D, Santer K	<i>Barriers and facilitators to development and implementation of a rural primary health care intervention for dementia: a process evaluation</i>	2019	Canadá	Pesquisa Participativa

Fonte: A autora, 2021.

No que se refere às estratégias de reorganização da rede de atenção no cuidado ao idoso com demência, as publicações destacaram a Atenção Primária como coordenadora das ações em saúde em vários países, como Alemanha e Inglaterra (Wilconk, 2009; Hughes, 2011; Wang *et al.*, 2020). No entanto, também salientaram a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais para a detecção precoce e diagnóstico de demência (Wang *et al.*, 2020; Hirakawa; Chiang; Aoyama, 2017). Estratégias de cuidado para idosos que residem em áreas geograficamente distantes foram consideradas importantes para apoiar as Equipes de Saúde da Família e as redes de atenção (Pereira *et al.*, 2017).

Nos países em que a Atenção Primária à Saúde (APS) possui baixa cobertura ou está ausente, a maioria dos diagnósticos é realizada por especialistas em hospitais, que enfrentam dificuldades na comunicação com a comunidade para garantir a continuidade dos cuidados. Para lidar com essa situação, algumas instituições hospitalares desenvolveram modelos de cuidados de transição. Kim *et al.* (2020) e Nalcanishi *et al.* (2017) descreveram um modelo de triagem que funciona 24 horas, iniciado na admissão hospitalar e que continua ao longo da internação e após a alta, envolvendo uma equipe multidisciplinar e garantindo a continuidade do cuidado ao incluir familiares no plano terapêutico. Outros estudos complementaram a necessidade de remuneração de cuidadores informais ou familiares como incentivo para a adesão aos cuidados pactuados (custodio *et al.*, 2017; Landres *et al.*, 2016; Bentur; Sternberg, 2019).

É relevante destacar a ausência de modelos voltados para idosos em estágios mais avançados de demência, que necessitam de cuidados de longa permanência, uma vez que a grande maioria dos modelos de atenção estava direcionada para idosos com demência em estágios iniciais (Lethin *et al.*, 2018; Lin *et al.*, 2019).

No que diz respeito aos problemas identificados na reorganização e estruturação da rede de atenção, esta categoria temática foi menos predominante. Observou-se que, independentemente do país de estudo, os obstáculos se repetiam e afetavam diretamente a qualidade dos serviços prestados e a organização das redes de atenção.

Entre os problemas identificados, o mais frequente foi a necessidade de investimentos na rede comunitária para cuidar de idosos que necessitavam de cuidados prolongados (Mosca *et al.*, 2017; Tam – Tham, 2016). No entanto, ressalta-se a necessidade de uma organização do sistema de saúde visando ao financiamento desses cuidados, o que serviria como estímulo para garantir um cuidado de qualidade e reduzir a sobrecarga.

A necessidade de capacitação dos profissionais da APS foi a segunda categoria mais evidenciada em todos os estudos que adotavam a APS como eixo ordenador do sistema. Foi sugerido a implementação de um programa de educação permanente para esses profissionais, abordando a detecção precoce, tratamento, diagnóstico adequado e a adoção de medidas não farmacológicas para retardar o avanço da doença (Damasceno; Chirelli, 2017; Malta, 2020).

Um terceiro ponto crítico, embora menos frequente, diz respeito à dificuldade de comunicação entre os profissionais da rede de atenção. A dificuldade de acesso, a ausência de encaminhamento e contrarreferência por parte de profissionais especializados para a APS muitas vezes prejudicou a continuidade do cuidado do idoso com demência, afetando diretamente o seu tratamento e a manutenção de sua capacidade funcional e cognitiva (Wang *et al.*, 2020; Hughes *et al.*, 2011).

2.7 Discussão

Mapear a literatura sobre as redes de atenção a pessoa idosa com demência permitiu identificar diversas formas de reorganização do Sistema de Saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como as dificuldades encontradas na implementação dessa reorganização.

A pesquisa de Wang *et al.* (2020), realizada com profissionais que atuam em ambientes de cuidados primários na China, revelou que o atendimento ao idoso com demência deve ser realizado no contexto da atenção primária, pois isso é mais benéfico para os pacientes com demência e seus cuidadores. Para melhorar as práticas de atendimento a essa população, várias diretrizes publicadas no Canadá, Estados Unidos e Austrália sugerem que o diagnóstico e tratamento da demência devem ser feitos pela Atenção Primária, enfatizando, no entanto, a necessidade de capacitação dos profissionais, visto que desempenham um papel importante na identificação precoce da demência.

Malta *et al.* (2020) analisaram a prática de profissionais da APS em Minas Gerais, Brasil, no cuidado a pessoa idosa com demência e sugeriram a implementação da educação continuada por meio de cursos de residência, especializações e educação permanente em serviço. Os autores observaram que o cuidado inadequado a pessoa idosa com demência na APS estava relacionada ao acesso limitado aos serviços de saúde, à escassez de opções de atendimento, à subutilização de recursos e à falta de preparo das equipes da APS para atender às necessidades específicas desses pacientes.

Diante das dificuldades de acesso a certos pontos da RAS, Damaceno e Chirelli (2017) analisaram a implementação de ações de saúde da pessoa idosa com demência no âmbito da ESF e destacaram a importância do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como suporte aos profissionais da ESF na articulação entre os diferentes pontos de atenção, que na prática muitas vezes se mostram fragmentados devido à falta de cooperação entre os serviços de saúde. Essa fragmentação é considerada um fator que dificulta a consolidação das redes de atenção à saúde da pessoa idosa. Esse problema de fragmentação do sistema também foi observado na Inglaterra (Hughes *et al.*, 2011).

Na China, Wang *et al.* (2020) relataram que a maioria dos diagnósticos de demência foi realizada por especialistas em hospitais terciários, porém não se mostraram eficazes em garantir a continuidade do cuidado com os usuários e suas famílias. Não havia uma comunicação eficaz entre a APS e os hospitais, o que dificultava o cuidado. Isso é diferente do estudo realizado na Inglaterra, onde 96% dos usuários foram diagnosticados na APS, e apenas 2/3 deles foram encaminhados para especialistas (Wilconk, 2009). Thyrian (2017) conduziu um estudo na Alemanha e relatou que a porcentagem de usuários diagnosticados pela APS era inferior, mas concordava com os autores em relação à necessidade de que o diagnóstico de demência fosse feito pela APS. Eles sugeriram que a percepção de um serviço de APS de baixa qualidade incentivava as pessoas a procurar atendimento em hospitais e com especialistas.

Refletindo sobre a necessidade de uma intervenção que reestruture a rede de atenção às pessoas idosas com demência, o estudo de Kim *et al.* (2020) propôs o desenvolvimento de um serviço de saúde integrado voltado para a pessoa idosa, abrangendo cuidados diários, profissionais e de reabilitação coordenados entre instituições e comunidades locais, a fim de atender às necessidades e ao bem-estar dos idosos.

Essa proposta de reestruturação surgiu devido ao colapso da atenção primária, que cobria apenas metade das necessidades de saúde na Coreia. O modelo adotado foi inspirado no sistema canadense, no qual ocorre uma triagem da pessoa idosa ao acessar o serviço terciário nas primeiras 24 horas após a admissão. Nesse momento, médicos e enfermeiros elaboram um plano de alta para a pessoa idosa e seus familiares, garantindo a comunicação entre os profissionais dos hospitais e da comunidade em questões de cuidado. Esse programa é direcionado a todas as pessoas com mais de 65 anos no momento da admissão e visa rastrear problemas de saúde comuns em idosos, incluindo a demência. A implementação dessa estratégia se deveu à superlotação de hospitais de pessoas idosas com diversas comorbidades não investigadas e a uma rede de atenção que não promovia a comunicação, resultando na interrupção dos planos de cuidados.

Na Coreia, os autores observaram uma grande quantidade de hospitais e clínicas competindo por pessoas idosas ambulatoriais. A aplicação do modelo canadense permitiu garantir a continuidade do acompanhamento das pessoas idosas na comunidade e envolver seus familiares (Kim *et al.*, 2017).

Morgan *et al.* (2019), que estudou o papel da APS nas áreas rurais como parte da rede de atenção a pessoa idosa com demência, destacou a necessidade de implementar uma Clínica da Memória com atuação interdisciplinar em uma província no Canadá, de acordo com as necessidades da população local. Os autores concordaram que essa estratégia funciona como um suporte para a APS, que é mais apropriada na coordenação dos cuidados no tratamento da demência. A decisão de implementar essa estratégia se baseou na dificuldade de acesso da população idosa com demência às RAS, devido aos desafios geográficos e à escassez de recursos na área rural.

Essas limitações geográficas também foram observadas no estudo de Pereira *et al.* (2017), que buscou avaliar a gestão municipal por meio de indicadores relacionados à atenção à saúde da pessoa idosa. O estudo apontou que a organização dos serviços em busca de uma atenção adequada era precária, especialmente para os que moravam a uma distância superior a 50 km. Isso resultava em um grande obstáculo ao acesso, prejudicando principalmente as frágeis, que apresentavam maior comprometimento funcional, cognitivo e familiar.

No Brasil, um estudo realizado com pessoas idosas, incluindo aqueles com diagnóstico de demência, em um centro de convivência revelou que esse espaço se configurou como uma Unidade Promotora de Saúde e uma importante alternativa de apoio e suporte nas RAS. O Centro de Convivência está vinculado à Rede de Proteção Social e destina-se à permanência diurna de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, oferecendo atividades físicas, recreativas, culturais e cognitivas (Stephen, 2017). No entanto, chama a atenção a necessidade de estratégias voltadas para a pessoa idosa com diagnóstico de demência avançada, em que suas capacidades funcionais e cognitivas já estejam comprometidas.

O cuidado a pessoa idosa com demência em estágios avançados também não foi contemplado no estudo de Nakanishi, Yamasaki e Nishida. (2016), que analisaram as mudanças no acompanhamento do idoso com demência após a implementação do plano nacional de demência e outras iniciativas públicas. Segundo os autores, o plano nacional de demência fornecia planejamento de cuidados e suporte às equipes da Atenção Primária apenas para idosos com diagnóstico de demência na fase inicial. Além disso, de acordo com o autor, no Japão, os cuidados a pessoa idosa com demência em estágios mais avançados precisam estar mais bem integrados na rede de atenção.

No estudo de Bentur e Sternberg (2019), que relatou a implementação de um Sistema de Apoio às RAS foi destacada a necessidade de proporcionar uma remuneração para os familiares e cuidadores de pessoas idosas fragilizadas. Isso se deve ao entendimento de que o idoso com demência pode causar danos físicos, mentais e financeiros para aqueles que cuidam dele, principalmente, nos estágios mais avançados da doença. A proposta é a implementação de um modelo de baixo para cima, baseado nas necessidades não atendidas das pessoas idosas com demência e seus familiares. Esse apoio deve ser fornecido por profissionais de saúde devidamente capacitados, a fim de integrá-los a várias outras instituições ou redes de apoio da comunidade em que a pessoa idosa está inserida. Trabalhando em equipe multidisciplinar, os profissionais podem se organizar, planejar e implementar ações de intervenção para o cuidado da pessoa idosa com demência.

A necessidade de remuneração dos cuidadores também é destacada no estudo de Custódio *et al.* (2017), que discutiu a demência na América Latina. Essa remuneração é considerada importante, pois qualifica e valoriza o cuidado prestado pela rede comunitária, além de reduzir consideravelmente os custos quando a pessoa idosa necessita de hospitalização.

Conforme o autor, o governo do Chile está investindo em instalações de cuidados diários para pessoas idosas com demência, facilitando o cuidado e fornecendo suporte à família. Essas ações foram descritas no Plano Nacional de Demência, que também incluiu a criação de

Clínicas da Memória e o treinamento dos profissionais. No entanto, essas iniciativas de investimento no cuidado de idosos com demência não foram encontradas em outros países, como a Bolívia, que aprovou leis específicas para a estruturação da RAS a pessoas idosas com demência, mas não efetuou nenhum compromisso financeiro.

O Governo Mexicano desenvolveu uma proposta de fortalecimento dos sistemas de saúde com o apoio de outras instituições responsáveis (Reyes Gutiérrez, 2015). Sinaliza-se a necessidade de criar um plano de reorganização da RAS que atenda às necessidades da população idosa, uma vez que a demência aparece como um problema a ser enfrentado emergencialmente devido ao envelhecimento populacional mundial.

Neste plano de ação e cuidados, deve-se considerar a inclusão de pessoas idosas com necessidade de cuidados de longo prazo, como os que têm demência em fase avançada, por exemplo. Portanto, o investimento em atender às necessidades dos cuidadores domiciliares deve ser planejado e realizado mediante um treinamento mínimo para esses cuidadores (Mosca *et al.*, 2017). Isso representa uma dificuldade, como apontado no estudo de Landers *et al.* (2016), que destaca que o Medicare nos EUA não cobre cuidados a longo prazo e serviços de AD.

De igual modo é importante ressaltar a importância do investimento nos cuidadores informais no tratamento de pessoas idosas com demência e doenças de longa permanência, pois esses cuidados podem proporcionar benefícios, como o aumento do tempo de permanência das pessoas idosas em suas casas, o que pode ser emocionalmente benéfico e reduzir os custos em comparação com a hospitalização (Tam-Tham *et al.*, 2016). O autor também ressalta a importância dos serviços de programas diurnos, pois são essenciais no tratamento da demência, oferecendo descanso para os cuidadores e permitindo a socialização das pessoas idosas.

Além disso, observou-se nos estudos diversos obstáculos que dificultam a consolidação das redes de atenção no cuidado as pessoas idosas com demência. Hirakawa Chiang e Aoyama (2017) identificaram barreiras para alcançar uma cooperação eficiente entre profissionais da APS e a gestão, barreiras essas que dificultavam a continuidade do cuidado nas RAS. Eles evidenciaram a necessidade de adotar uma abordagem holística e multiprofissional para o tratamento da demência, uma vez que os usuários com demência necessitam de atenção especial devido ao quadro cognitivo e à comunicação ineficiente. Portanto, os profissionais de saúde devem estar aptos a ouvir de forma qualificada para compreender essa problemática e traçar, junto aos familiares, o plano de cuidado mais adequado.

No estudo de Hirakawa Chiang e Aoyama (2017), a falta de tempo e a sobrecarga de funções levaram os profissionais de saúde a não oferecerem um serviço de acompanhamento de qualidade para as pessoas idosas com demência. Esse é um fator dificultador, uma vez que

a APS é responsável pela organização dos cuidados desses idosos na RAS, resultando em um cuidado fragmentado e ineficaz. Conforme o Ministério da Saúde (2006), a ESF, como uma política estruturante do SUS, deve priorizar a assistência a pessoas idosa de forma ascendente no sistema de saúde. Portanto, ela deve ser a coordenadora da rede assistencial, proporcionando acesso aos cuidados de saúde na RAS e garantindo a integralidade da assistência.

Nesse contexto, a capacitação dos profissionais da APS é apontada como prioritária, pois é considerada um ponto crítico que dificulta o acesso aos serviços da rede e a coordenação do cuidado. No estudo de Wang *et al.* (2020), os profissionais de saúde em Pequim relataram ter poucas habilidades e conhecimentos sobre a demência. Essa falta de conhecimento impacta diretamente nos cuidados com a pessoa idosa uma vez que os profissionais precisam estar preparados para capacitar as pessoas com demência e seus familiares em questões relacionadas à autonomia e independência.

Morgan *et al.* (2019) destacam, em seu estudo que avaliou a implementação de uma Clínica da Memória no Canadá, que a capacitação constante com especialistas é crucial para apoiar os profissionais na prestação de um atendimento mais qualificado a pessoa idosa com demência. Eles sugeriram um programa de capacitação contínua, especialmente nas áreas onde a distância geográfica representa um problema nos serviços de saúde. Nesse sentido, Bentur e Sterberg (2019) afirmam que o estímulo à capacitação dos profissionais de saúde é necessário para possibilitar a detecção precoce de fatores de risco, garantindo a qualidade dos serviços e a preservação da vida. A capacitação em serviço tem como objetivo reduzir os danos aos usuários, prevenindo o subdiagnóstico da doença, uma gestão de cuidados ineficaz e o estigma em relação as pessoas idosas com demência.

A sustentabilidade financeira das instituições que cuidam de usuários que necessitam de cuidados de longo prazo é enfatizada no estudo de Mosca *et al.* (2017) como algo importante, uma vez que impacta diretamente na organização dos serviços. Nos países investigados no estudo, existe uma proposta de utilização de cuidadores informais e apoio comunitário como alternativa para redução de custos e melhoria na qualidade do cuidado. Tanto Mosca *et al.* (2017) quanto Lethin *et al.* (2018) destacam que o cuidador informal traz vários benefícios para a pessoa idosa com demência, permitindo que ele permaneça mais tempo em casa. Além disso, são apontados benefícios financeiros que sustentam a capacidade do cuidador informal de fornecer assistência. Segundo Hirakawa Chiang e Aoyama (2017) e Bentur e Sternberg (2019), o apoio na vida diária dos cuidadores e familiares é essencial, uma vez que esse acompanhamento resulta em cuidados de qualidade que, por vezes, evitam hospitalizações e o rápido avanço da doença.

A dificuldade de comunicação entre os profissionais da rede também foi observada nos estudos como um obstáculo para a criação de um plano terapêutico eficaz para os idosos com demência, conforme destacado por Morgan *et al.* (2019).

2.8 Conclusão

A análise efetuada nas publicações incluídas nesta revisão de escopo permitiu concluir que a estruturação das RAS a pessoa idosa com demência é um tema que necessita de aprofundamento, considerando o aumento da prevalência de demência associada ao envelhecimento e suas repercussões econômicas e sociais.

Nos cenários estudados, observou-se que houve diversas tentativas de implementação de políticas e ações para a estruturação das RAS a pessoa idosa com demência, com equipes da APS atuando como coordenadoras dessa rede. Entre os principais obstáculos identificados para essa consolidação, destacou-se a falta de comunicação entre os profissionais que compõem essa rede.

As redes comunitárias surgem como uma estratégia prioritária visando o suporte às famílias com pessoas idosas com demência em fases mais avançadas. Essa integração deve ser estabelecida por meio das equipes da APS, com o intuito de treinar e qualificar cuidadores informais. Em alguns países, existe uma proposta de remuneração para esses cuidadores como incentivo aos cuidados e ao aumento do comprometimento profissional.

Em outros países onde a atenção primária não é prioritária, foram criadas estratégias para garantir os cuidados pós-internação de pessoas idosas com demência. O treinamento e o suporte aos cuidadores informais se mostraram necessários para reduzir as reinternações.

Além disso, destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam nas equipes de atenção primária no que diz respeito aos cuidados e ao diagnóstico precoce dos casos de demência em pessoas idosas residentes em suas áreas de abrangência.

A realização desta revisão de escopo possibilitou uma reflexão sobre os cuidados prestados a pessoa idosa com demência, especialmente, as pessoas idosas em fases mais avançadas da doença. Assim, uma abordagem multidisciplinar se revela importante para promover efetivamente uma melhor qualidade de vida e a manutenção de sua capacidade cognitiva e funcional. Observou-se a inclusão de estudos recentes, o que constitui um ponto favorável na revisão de escopo apresentada. Esse fato, por si só, aponta para a necessidade de

estruturar as das RAS a pessoa idosa com demência no Brasil e no mundo. Sendo assim, este estudo motiva e desafia a elaboração de novas pesquisas e aprofundamento temático.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 A produção de cuidado através do movimento de redes vivas

Este estudo se sustenta no referencial teórico-metodológico das Redes Vivas, desenvolvido por Emerson Elias Merhy. Este referencial tem como base a construção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, que é um dos fundamentos da Política Nacional de Atenção. A vinculação acontece quando o profissional consegue se colocar no lugar do usuário e se sensibilizar com seu sofrimento. Assim, o usuário deposita a confiança nesta relação, que se estabelece como um processo terapêutico (Brasil, 2017).

Em pesquisa que analisou a vivência com usuários guia e vínculo, Seixas *et al.* (2016, p.6) referem que:

Ao se estabelecer a simetria no reconhecer o outro como interlocutor válido - e assim se permitir ser afetado pela multiplicidade da vida em potência abre-se a possibilidade de produção de outros territórios existenciais a partir do desejo de voltar a andar, de ser mãe, de ter outras opções de cuidado: a aposta é que produzir vínculo é produzir mais autonomia para os sujeitos, em relação simétricas e na diferença.

Para o estabelecimento de vínculos é necessária construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador, facilitando assim o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde construído ao longo do tempo para o sucesso do processo terapêutico (Brasil, 2017). Concordando com a Política, Lima *et al.* (2009) refere que no encontro entre esse profissional de saúde e o usuário sempre existe alguma expectativa, pois se constitui um espaço de produção de saúde que tem brotamentos de grande riqueza. Quando essa relação não está pautada na escuta qualificada, no acolhimento e no estabelecimento de vínculos, surgem barreiras de acesso ao cuidado.

O acesso à saúde no Brasil é um tema muito discutido quando levamos em consideração as diretrizes da Constituição Federal, que revela o Estado como prestador do atendimento a toda a população brasileira. Jesus (2012) adverte que a legalidade das propostas citadas acima não garante os direitos estabelecidos nas políticas. Pois o que observamos é que o acesso ao SUS ainda é desigual e excludente, apesar de vários esforços, para alterar esta realidade no que se refere à ampliação do acesso da população a serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.

Vários teóricos estudaram o conceito de acesso com a finalidade de fornecer suporte teórico para caracterizar a organização do serviço de saúde. Donabedian (1973) caracterizou

acesso, tomando-o como acessibilidade e se referiu a um dos aspectos do serviço relativo à capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Esse autor também distingue duas dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional e geográfica. A primeira relacionada às características da oferta de serviços que constituem barreiras ou facilitadores da capacidade das pessoas no uso de serviços. Já a segunda dimensão está direcionada à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção.

Desta forma, compreendemos que acesso não é apenas a disponibilidade de serviço, equipe ou a entrada de um usuário no serviço, mas sim a produção do cuidado que, inclusive, pode acontecer na lógica da rede viva, fora dos dispositivos formais de saúde.

A metodologia adotada nos estudos do Professor Emerson Merhy define a necessidade de um acompanhamento de casos que demandam várias redes e que provocam dificuldades e impasses em seu cuidado, pois esses são os que mais vivenciam as barreiras no acesso (Merhy, 2011).

A proposta desses estudos é pensar a saúde sob a perspectiva da integralidade, aumentando a compreensão sobre as formas de cuidar, ao incluir as redes não formais do usuário no desenho de seu projeto terapêutico, convidando o pesquisador a estar no território e no cotidiano do usuário, a afetar e ser afetado (Merhy, 2011).

Neste tipo de estudo, o pesquisador se abre à experiência do encontro com o objeto e atua de maneira ativa em uma prática que se desenvolve no próprio processo, sem metas predeterminadas. Assim, tanto o pesquisador quanto o participante do estudo não ocupam posições neutras ou independentes. Em vez disso, eles se influenciam mutuamente, e a pesquisa está sempre em evolução (Abrahão *et al.*, 2014).

Esses estudos têm a cartografia como referência, que consiste em acompanhar o usuário e suas redes, incluindo as redes formais, familiares e existenciais. Isso permite ao pesquisador entender o movimento que o usuário realiza. Essa ampliação de perspectiva possibilita compreender o usuário em seus diversos contextos, oferecendo uma nova visão de como ele se relaciona com o mundo (Alvarez, 2009).

Cecílio (2001) afirma que as necessidades em saúde surgem dos encontros no trabalho em saúde, no diálogo entre as diversas vozes sociais que expressam suas necessidades. Isso gera uma demanda para os serviços de saúde, que também deve ser analisada considerando o território. Ouvir e dar voz a essas diferentes perspectivas potencializa o processo de identificação das necessidades de saúde. A compreensão das necessidades dos usuários requer

habilidades de escuta, respeito cultural e social, e vai além do mero entendimento do processo de saúde e doença.

É essencial identificar o usuário como um agente ativo na produção de sua própria saúde e entre os diversos agentes envolvidos no processo de cuidado, a fim de promover encontros que resultem em cuidados eficazes. A construção do vínculo entre usuário e profissional de saúde é um fator crucial para a coordenação do cuidado ao longo do tempo.

A longitudinalidade do cuidado é uma característica central e exclusiva desta política de saúde. Ela implica na continuidade da relação clínica, na formação de vínculos e na responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, direcionando as ações de saúde e revisando condutas clínicas conforme necessário. Isso ajuda a reduzir os riscos de iatrogenia resultantes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (Brasil, 2017).

Conforme Cunha e Giovanella (2015), o cuidado deve ser longitudinal, abrangendo o cuidado ao longo do tempo. Essa abordagem é estabelecida por meio do vínculo criado na relação terapêutica entre o usuário e o profissional de saúde. Ela possibilita a atuação nas ações de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação, resultando em diagnósticos e tratamentos mais precisos e na redução de encaminhamentos desnecessários na rede de atenção.

Merhy, Feuerwerker e Gomes (2010) afirmam que o mundo do cuidado é um espaço que engloba todos os envolvidos no cuidado, configurado a partir do trabalho vivo em ação e da integração de conhecimentos que vão além da razão concreta da clínica. É nesse contexto que ocorrem os encontros e a oportunidade de uma construção que é criada e permitida por interesses compartilhados. Isso desperta a autonomia dos usuários e a colaboração entre os profissionais de saúde.

O profissional de saúde opera em seu processo de trabalho de acordo com o que é chamado de "Trabalho Morto" (instrumental) e "Trabalho Vivo em ato". Ambos constituem a "Composição Técnica do Trabalho (CTT)", que pode ser dominada pelo "Trabalho Morto" quando o modelo assistencial segue uma abordagem biomédica centrada em procedimentos. A mudança proposta no modelo assistencial implica uma transição na forma de cuidar, com foco no "Trabalho Vivo" sobre o "Trabalho Morto". Esse modelo de saúde baseado no "Trabalho Vivo" utiliza tecnologias leves e relacionais, promovendo o cuidado integral organizado em "linhas de cuidado" (Merhy; Feuerwerker; Gomes, 2010).

Portanto, com base no "Trabalho Vivo em ato" e na resolução das necessidades de saúde percebidas e vivenciadas, os usuários traçam suas próprias jornadas na rede. Isso leva em consideração suas condições sociais, culturais e o acesso aos serviços. Essas redes, chamadas

"redes vivas", são dinâmicas e estão sempre em evolução, proporcionando aos usuários mobilidade e flexibilidade em várias entradas.

Merhy e Cecílio (2003) destacam que as RAS formam um campo por vezes informal, permeado por diversos circuitos e fluxos de usuários. Eles dependem de protagonismos e interesses diversos que não se encaixam necessariamente em uma única racionalidade institucional. As redes estão constantemente em evolução e oferecem diversas ações e serviços de saúde acessados de diferentes maneiras, dependendo das possibilidades e necessidades de cada indivíduo. Esses caminhos nem sempre são formais, pois os usuários os percorrem por meio de diversas entradas na rede, de acordo com suas necessidades.

As redes vivas assemelham-se a malhas, não possuindo um início nem um fim; apenas ligações e conexões. Essas conexões, denominadas "estações de cuidado," são circunstanciais e dependem de diversos fatores e situações favoráveis para se tornarem redes vivas. Elas possibilitam o protagonismo do usuário e garantem acesso e qualidade na assistência (Merhy; Gomes *et al.*, 2016).

A trajetória do usuário na busca pela produção do cuidado nem sempre segue um percurso linear. Em muitos casos, o usuário acessa o serviço que lhe oferece cuidados quando encontra a porta aberta, mesmo que isso signifique contrariar a hierarquia organizacional estabelecida. Portanto, é evidente que a atenção primária nem sempre atua como coordenadora do cuidado, uma vez que as necessidades direcionadas pelo usuário nem sempre se encaixam nos mecanismos regulatórios estabelecidos (Merhy; Cecilio, 2003).

Isso nos leva a questionar o papel da APS como coordenadora desse cuidado. Será que o modelo instituído atende às demandas dos usuários? Quando consideramos o ponto de vista dos instituintes (usuários e familiares), percebemos que eles muitas vezes são invisíveis perante a lógica das políticas de atenção primária à saúde.

O conceito de redes vivas enfatiza o protagonismo do usuário, demandando uma mudança na postura, no pensamento e na ação dos profissionais nos processos terapêuticos. Essa compreensão requer uma visão integral e holística por parte dos profissionais de saúde, que devem integrar o conhecimento do usuário e sua percepção sobre o processo saúde-doença.

Os profissionais que atuam nas RAS estão habituados a orientar o PTS por meio de sistemas regulatórios e fluxos hierarquizados. Entretanto, essa abordagem fragmenta a rede, pois não há diálogo entre profissionais e usuários, e as necessidades destes últimos não são priorizadas. A rede é construída de forma rígida e formal, e os usuários são compelidos a seguir um itinerário terapêutico imposto pelo modelo de atenção estabelecido pela política de saúde. Além disso, os sistemas regulatórios podem fazer com que os profissionais de saúde não se

sintam comprometidos com o resultado do trabalho, resultando na descontinuidade do cuidado instituído. Em muitos casos, os usuários sentem a necessidade de criar sua própria RAS (Merhy; Cecilio, 2003).

Para além dos profissionais, é necessário repensar o modelo instituído, uma vez que os usuários, na busca por cuidados, nem sempre seguem os protocolos estabelecidos. Eles traçam suas próprias redes com base em suas necessidades. Vale salientar que existem redes primárias e secundárias, e as redes de cuidado do profissional de saúde são as secundárias.

Considerando isso, poderíamos questionar se qualquer serviço poderia ser a porta de entrada, reformulando a lógica das políticas para a APS?

Na área da saúde, não existe um único caminho a seguir, uma direção que possa ser aplicada a todas as pessoas, já que uma mesma queixa pode gerar necessidades distintas (Merhy; Cecilio, 2003).

4 METÓDO

4.1 Desenho do estudo

Foi delineada uma metodologia mista, conforme preconizado por Creswell e Clark (2013). Segundo esses autores, a descrição de estudos mistos requer a rigorosa consideração de quatro aspectos em relação às etapas qualitativas e quantitativas: a distribuição de tempo, a atribuição de peso, a combinação e a teorização

No que concerne à distribuição do tempo, neste estudo, os dados qualitativos e quantitativos foram coletados simultaneamente. Quanto à atribuição de peso, foi conferido igual peso aos dados provenientes das duas abordagens. A combinação dos resultados qualitativos e quantitativos foi efetuada por meio de meta inferências e *joint displays* (apresentação integrada). Essas estratégias de integração foram utilizadas para produzir informações inter-relacionadas e mutuamente sustentadas. A teorização, o quarto aspecto do método, foi realizada tanto na análise quanto na discussão dos resultados, utilizando o referencial abordado na seção de Fundamentação Teórica.

Em relação ao método, este estudo foi classificado como mistos com triangulação concomitante de dados. Essa estratégia permite a realização simultânea de estudos quantitativos e qualitativos, resultando em dados complementares e mais bem validados (Creswell; Clark, 2013).

Na etapa qualitativa, utilizou-se o método da Cartografia, enquanto na etapa quantitativa, empregou-se o método de Análise de Redes Sociais. Embora Creswell e Clark (2013) recomendem que na triangulação concomitante as análises das abordagens quantitativas e qualitativas sejam realizadas ao mesmo tempo, a metodologia precisou ser adaptada, uma vez que no método da Cartografia os dados são coletados e analisados imediatamente. Portanto, a coleta de dados foi concomitante, mas a análise qualitativa ocorreu durante a coleta de dados, enquanto a análise quantitativa foi realizada ao final da coleta de todos os dados. Dessa forma, a triangulação dos resultados foi efetuada ao final de ambas as análises.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi conduzido em uma Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro, inaugurada em 2011 e localizada na Área Programática (AP) 3.1, na zona norte do município do Rio de Janeiro/RJ. Esta unidade de saúde oferece atenção básica e faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), com um total de 22.359 cidadãos cadastrados em prontuário eletrônico (Esus, 2020). Seu horário de funcionamento é das 7h às 18h de segunda a sexta-feira e das 8h às 13h aos sábados.

Na área de abrangência da Clínica, existem quatro comunidades que vivem em condições de extrema pobreza. A unidade de saúde é composta por cinco equipes de Saúde da Família, cada uma contendo: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal, 1 auxiliar em saúde bucal e 1 auxiliar administrativo, além do NASF). Os NASFs são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades) (SMS, 2020).

Cada equipe tem a responsabilidade sanitária por cerca de 4.000 usuários, divididos em quatro microáreas, totalizando 20 microáreas em que os agentes comunitários são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento das linhas de cuidado.

Embora os dados tenham sido coletados com as cinco equipes, neste estudo, utilizamos os resultados das duas equipes que lidaram com os casos mais complexos. Essa escolha se deveu à quantidade expressiva de dados. Foi necessário selecionar os casos mais complexos para permitir uma análise aprofundada. Essas equipes foram denominadas Equipe A e Equipe B.

Tanto a Equipe A quanto a Equipe B atuam em territórios extremamente vulneráveis, dominados pelo poder paralelo do tráfico de drogas, com uma população majoritariamente composta por jovens, muitos dos quais são beneficiários de programas de transferência de renda do governo (Esus, 2019). Em ambos os territórios existem lideranças comunitárias comprometidas com a resolução dos problemas da população, bem como Organizações Não Governamentais (ONG) que fornecem insumos, alimentos e apoio à população mais vulnerável.

O território da Equipe A é uma comunidade com uma população de 3.594 pessoas. Já o território da Equipe B, com um contingente populacional de aproximadamente 3.620 pessoas, é composto por duas comunidades: Morro do Querosene e Morro da Prefeitura.

Quanto à estrutura física, a Clínica da Família em estudo dispõe de 20 salas para realização de atendimentos de saúde, conforme descrito no quadro 2:

Quadro 4 - Salas e atividades desenvolvidas na Clínica da Família (continua)

Tipo de sala	Quantidade	Atividades
Sala de observação	1	Realização de procedimentos tais como aplicação de medicação parenteral, nebulização, realização de exame de eletrocardiografia, terapia de reidratação oral e venosa, manejo de situações de urgência/emergência, observação clínica.
Consultórios	10	Consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde; procedimentos tais como medição antropométrica, verificação de pressão arterial e de glicemia capilar; coleta de material para exame colpocitológico; inserção de DIU.
Consultório de saúde bucal	1	Atendimentos clínico ambulatoriais, procedimentos de competência do cirurgião dentista e do técnico em saúde bucal, atendimentos de urgência
Sala de vacinas	1	Aplicação de imunobiológicos
Sala de curativos	1	Realização de curativos limpos e contaminados
Sala de coleta	1	Coleta de sangue e outros materiais para realização de exames laboratoriais
Sala de procedimentos	1	Realização de procedimentos tais como medição antropométrica, verificação de pressão arterial e de glicemia capilar, realização de pequenas suturas, retirada de pontos, drenagem de abscessos, dentre outros
Sala de raio X	1	Realização de radiografias
Sala de ultrassonografia	1	Realização de exames de ultrassonografia
Farmácia	1	Dispensação de medicamentos
Sala de administração	1	Fluxo administrativo da unidade

Quadro 5 - Salas e atividades desenvolvidas na Clínica da Família (conclusão)

Sala de esterilização	1	Acoplada a sala de expurgo para lavagem e processamento dos materiais
Centro de cultura e ideias	1	Espaço disponibilizado para reuniões e cursos.

Fonte: A autora, 2020.

4.3 População do estudo

Os participantes deste estudo são os profissionais de saúde da Clínica da Família. Considerando que o atendimento as pessoas idosas é atribuição de todos os profissionais da APS, a abordagem de todos os atores do campo se fez necessária para compreender como as relações entre os mesmos são conformadas e contribuem para a produção do cuidado. No quadro 3 é apresentada a distribuição dos participantes, de acordo com a etapa metodológica.

Quadro 6 - Participantes do estudo, de acordo com a abordagem metodológica.

Abordagem	Método	Participantes	Técnica
Qualitativa	Cartografia	48 Profissionais de saúde: Equipe A - 12 profissionais Equipe B - 12 profissionais Equipe C - 08 profissionais Equipe D - 08 profissionais Equipe E - 08 profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos focais para construção do Fluxograma • Analisador • Análise documental • Observação simples registrada em diário de campo
Quantitativa	Análise de Redes Sociais	40 Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário On-line

Fonte: A autora, 2020.

A cartografia foi desenvolvida por meio do FA, da análise documental e do diário de campo. Realizou-se um encontro com cada uma das cinco equipes de saúde da família para identificar a trajetória de um caso de usuário com demência em busca de atenção à saúde. Cada

equipe analisou o caso de uma pessoa com demência e construiu um FA totalizando 48 profissionais. As duas equipes, cujos fluxogramas apresentaram maior complexidade, foram escolhidas para o aprofundamento da análise - Equipe A (12 profissionais) e Equipe B (12 profissionais), com análise documental dos casos relatados.

Os critérios de inclusão dos profissionais de saúde foram: serem profissionais da Unidade de Saúde e estarem vinculados ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram excluídos todos os profissionais de saúde que estavam afastados do trabalho por licença médica ou férias, como os que não desejaram participar dos encontros.

Na etapa quantitativa, a população-alvo foi o total de trabalhadores que atuavam na Clínica da Família, independentemente de estarem atuando diretamente no território ou na unidade de saúde. O número de profissionais elegíveis era de 59, incluindo cinco enfermeiros, nove médicos, seis técnicos de enfermagem, uma assistente social, um educador físico, uma psicóloga, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, uma técnica de saúde bucal, uma farmacêutica, um auxiliar de farmácia, quatro profissionais administrativos, três profissionais de limpeza, quatro profissionais da portaria e 18 agentes comunitários de saúde.

Para garantir significância estatística, com base nesse número de profissionais, foi realizado o cálculo amostral, utilizando um nível de confiança de 95% e uma perda amostral de 10%. O tamanho da amostra (N=40) sujeitos foi determinado após o cálculo realizado no Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web (SestatNET), conforme demonstrado na figura 3:

Figura 3 - Cálculo amostral. Rio de Janeiro, 2020.



Estimação de Percentual	
Tamanho da População	59
Precisão da Estimativa	50 ± 10%%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	40
Perda Amostral	10%

Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	53
99%	48
90%	35

Fonte: Nassar; Silvia *et al.* (2020).

4.4 Etapa Qualitativa: experiência cartográfica

Foi adotado um percurso metodológico cartográfico com uma equipe-guia, fundamentado na esquizoanálise de Deleuze e Guattari (2011) e nas correntes da análise institucional, conforme Baremlitt (2012). Na abordagem cartográfica, as narrativas provenientes dos encontros e a produção do cuidado são enfatizadas em detrimento dos resultados, uma vez que possibilitam a expressão das intensidades (Blasco; Merhy, 2016). Um caso foi selecionado para a construção do FA utilizando técnicas de grupo focal. Além disso, foram realizadas análises documentais dos registros nos prontuários eletrônicos e em outros sistemas que evidenciam a trajetória do usuário, cujo caso foi discutido no grupo focal. Durante as reuniões dos grupos focais, a observação simples foi conduzida, com os registros sendo feitos em um diário de campo.

4.4.1 Coleta de dados

De início, estabeleceu-se um contato prévio com a coordenação local da CAP 3.1 para apresentação do projeto. Após a obtenção da autorização, através do Termo de anuência institucional (APÊNDICE A), deu-se início à abordagem dos profissionais de saúde para convidá-los a participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2021, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretária Municipal do Rio de Janeiro e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Todas as fases da pesquisa foram descritas de forma cronológica para o leitor até a fase final, indicando o período de realização (APÊNDICE C).

4.4.1.1 Grupos focais

O Grupo Focal é uma sessão grupal em que os participantes do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico (Iervolino; Pelicione, 2001). Essa técnica foi escolhida para a coleta de dados com o propósito de construir o FA.

O FA, desenvolvido por Franco e Mehry (2003) é uma ferramenta usada para a análise qualitativa do modelo de atenção. Ele consiste em uma representação gráfica das etapas do processo de trabalho, permitindo uma compreensão mais aprofundada da micropolítica de sua organização na prática da assistência à saúde. Esse diagrama expressa todas as ações que compõem as intervenções em saúde e possibilita a análise do fluxo do atendimento as pessoas idosas pelos profissionais da Clínica da Família, discriminando as ações que resultam na produção de serviços e nas ações de cuidado.

Seu objetivo principal é mapear os fluxos e os processos de trabalho por meio de representação gráfica, possibilitando a compreensão, a identificação dos pontos críticos, o planejamento e a reorganização do processo de trabalho. Os pontos críticos referem-se às lacunas identificadas, ou seja, aos problemas que surgem no fluxo de trabalho. Além disso, ele visa iniciar um processo de gestão compartilhada do trabalho e capacitar o trabalhador na gestão de seu próprio processo (Merhy, 1997). O FA é composto por três símbolos: uma elipse que representa a entrada ou saída, um losango que representa o momento de decisão e um retângulo que representa o momento de intervenção ou ação no processo assistencial (Merhy, 2007).

Figura 4 - Símbolos gráficos aplicados no fluxograma descritor. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

Vinte e quatro profissionais participaram dos grupos focais, sendo 12 em cada uma das equipes A e B, o que permitiu a identificação dos fluxos de cada equipe de APS e dos principais pontos críticos. Após a construção gráfica, o fluxograma foi apresentado e discutido com os participantes do estudo, a fim de validar a análise.

No grupo focal da Equipe A participaram médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal, assistente social e educador físico. No grupo focal da Equipe B participaram médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal, farmacêutico e psicólogo, sendo realizado um encontro por equipe.

A princípio as cinco equipes se reuniram no auditório da unidade durante a reunião de equipe. Apresentaram-se as estratégias, objetivos e metodologia do estudo, com a solicitação de que os profissionais preenchessem o TCLE. Os grupos focais foram agendados com cada equipe e duraram em média de sessenta a noventa minutos por equipe.

Durante os grupos focais, cada equipe selecionou um caso real de uma pessoa idosa com demência acompanhado pela equipe, que precisou ser encaminhado para a RAS. Os profissionais refletiram sobre os caminhos percorridos pelo usuário, utilizando as seguintes questões como guia: "Um usuário com mais de 60 anos e com diagnóstico de demência se muda para a sua área. Como ele se insere na Clínica da Família ou consegue atendimento? Descreva a trajetória desse usuário que a equipe escolheu para responder a essa questão."

Em seguida, foram discutidas as situações problemáticas relacionadas ao caso, como a solicitação de exames complementares, a necessidade de internação e a demanda por especialidades médicas, a fim de mapear as referências e contrarreferências estabelecidas, bem como identificar os obstáculos e facilitadores na organização da atenção, através de uma análise documental. Todo o encontro foi gravado em gravador de celular para posterior análise, e a pesquisadora principal observou e registrou suas observações em um diário de campo. Importante destacar que foram utilizados pseudônimos para os usuários cujas trajetórias de cuidados foram investigadas.

4.4.1.2 Diário de campo

Neste estudo, a técnica foi conduzida pela pesquisadora principal, que também desempenhava o papel de gestora na Unidade de Saúde. Dessa forma, considera-se importante reconhecer as percepções da pesquisadora-gestora como um elemento significativo na análise. Como gestora e pesquisadora na Unidade de Saúde escolhida, acredito que é fundamental estar imersa no contexto do estudo, explorando as diferenças nos estilos de vida e descobrindo os comportamentos observados. Isso envolve vivenciar pessoas, objetos, lugares, eventos, atividades e conversas, suas ideias, estratégias, reflexões e palpites.

O estudo de Merhy (2002) introduz o conceito de sujeito militante, enfatizando que os sujeitos envolvidos na construção do SUS devem investigar suas próprias práticas, para produzir conhecimento relacionado à situação. Ao questionar o significado das situações em

foco, eles questionam a si mesmos e sua própria significância como sujeitos envolvidos em todos esses processos.

Isso permite uma perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, "*in-mundo*", conjuntamente com o objeto de estudo, uma vez que a implicação é intrínseca à produção do conhecimento. O conceito de implicação consiste em questionar a própria prática do pesquisador no mundo real. Isso abre espaço para a experiência e a busca por conhecimento envolvido na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de viver a vida (Lourau, 2004).

4.4.1.3 Tratamento e análise dos dados

A construção do FA não se resume a um simples desenho gráfico; é dinâmico e se enriquece ao longo do estudo, durante os processos de reflexão do grupo. Esse processo dinâmico possibilitou uma análise mais aprofundada de todas as formas de cuidado fornecidas pela RAS, sob a perspectiva dos profissionais que atuam em um território específico. Trabalhar com o fluxograma analisador revela que não existe um protocolo rígido a ser seguido, mas é criado em conjunto com o estudo, sendo mais do que apenas uma ferramenta de investigação, tornando-se um poderoso analisador.

A análise começa no momento da construção do próprio fluxograma e se aprofunda, à medida que novas camadas são adicionadas. A própria ferramenta pode ser adaptada e refinada para enriquecer ainda mais a análise. O fluxograma em si não é uma verdade absoluta; é uma representação momentânea que evolui com as informações incorporadas (Reis; David, 2010). Destacamos a importância de considerar tecnologias capazes de capturar o trabalho em andamento e permitir seu redesenho.

O FA foi desenvolvido à medida que as discussões em grupo avançavam, revelando os pontos críticos. Dessa forma, emergiram diversas narrativas e encontros relacionados às experiências dos usuários atendidos pelas equipes de saúde. Essas narrativas e encontros foram incorporados à versão esquemática do fluxograma e posteriormente analisados.

Durante a construção do FA, os profissionais lembraram os encontros com pessoas idosas e suas famílias no território e na unidade de saúde, permitindo a identificação dos movimentos das redes de vidas tecidas pelos usuários. Conforme Emerson Merhy (2010) destaca, os movimentos ou momentos das redes vivas ressaltam a mobilidade, o protagonismo

do usuário e a desterritorialização, incentivando uma abordagem integral e holística por parte dos profissionais de saúde, que valorizam o conhecimento do usuário e sua percepção do processo saúde-doença, reconhecendo a existência de um 'agir leigo' que frequentemente é invisível ou desvalorizado por gestores e profissionais de saúde.

A análise dos dados provenientes dos grupos focais foi realizada pela técnica de processamento a quente, na qual o pesquisador registra imediatamente suas observações após as discussões, sem ouvir a gravação. Um segundo pesquisador analisou a transcrição da gravação para identificar discursos e questões que o pesquisador inicial possa ter perdido. De acordo com Merhy (2010), essa técnica permite o processamento coletivo das percepções coletadas durante o trabalho de campo.

Além dos encontros realizados, uma análise documental foi conduzida, examinando prontuários eletrônicos, receitas médicas, orientações da equipe multidisciplinar e documentos de alta hospitalar do ano anterior. Isso tinha como objetivo avaliar a relação entre as pessoas idosas selecionadas para o estudo e as Equipes de Saúde da Família da unidade de saúde pesquisada, como as ações de promoção da saúde ou tratamento relacionados às condições de saúde.

4.5 Etapa quantitativa: análise de redes sociais

O termo 'redes' na área da saúde tem sido muito debatido. Refere-se à forma de organização do sistema de saúde, que deve estar associada a ações coordenadas entre inúmeros serviços e setores, bem como às conexões estabelecidas no cotidiano, envolvendo familiares, vizinhos, colegas de trabalho e amigos. Quando acompanhado pelo qualificativo 'social', é utilizado em várias disciplinas para descrever as relações entre diversos atores (Ramos *et al.*, 2020).

Redes sociais podem ser definidas como as conexões que unem pessoas, grupos ou instituições, variando em termos de coesão, interatividade, sustentabilidade e outras características. Essas redes se formam a partir de relações sociais em constante evolução, compostas por indivíduos unidos por interesses e objetivos comuns (Marteleto, 2005).

Na área das ciências sociais, os usuários desse sistema são comumente denominados atores sociais. As redes estabelecidas pelos indivíduos exercem uma influência direta na acessibilidade aos serviços de saúde. As redes sociais primárias, que consistem nas relações

mais próximas, influenciam as escolhas e o uso de serviços de saúde, profissionais e práticas, fornecendo apoio emocional e informações sobre o funcionamento dos serviços (Portugal, 2005).

Portanto, a Análise de Redes Sociais (ARS) é um método quantitativo que tem como objetivo principal mapear e estudar as relações e posições dos atores nas redes. Isso permite analisar tanto as relações entre atores individuais quanto suas posições e interações na rede como um todo, possibilitando comparações com outras redes semelhantes.

A ARS pode ser aplicada para estudar redes sociais consideradas "invisíveis" (Grossetti, 2004), informais, espontâneas e não intencionais, resultantes das relações entre indivíduos ou aquelas formalizadas entre instituições. Essa análise ajuda a identificar pontos fracos e problemas nas conexões presentes nas redes sociais (Tomaél; Marteleto, 2013). Embora os estudos baseados em ARS tenham ganhado destaque nos anos 70, suas raízes remontam a décadas anteriores (Hannemann, 2000).

Um aspecto importante na ARS diz respeito à escolha do ponto de partida para mapear a rede. Pode-se partir de um indivíduo, de todos os elos ligados a uma instituição específica, a um local ou território ou ainda mapear as interações entre indivíduos junto com instituições/setores, neste último caso, chamadas de redes de dois modos (Hannemann, 2000).

A análise de ARS foi realizada neste estudo com o objetivo de compreender as relações entre os atores, por meio de inferências estatísticas entre variáveis, utilizando modelagem matemática para análise, além da visualização gráfica das redes fundamental para uma rápida e clara compreensão das estruturas de relacionamento. *Softwares* computacionais desempenham um papel importante na ARS, sendo os mais utilizados o UCINET ©, Pajek ©, GEPHI © e Egonet © (Borgatti; Everett; Johnson, 2013).

Esses *softwares* permitem a criação de representações gráficas que possibilitam a visualização da rede sob a forma de sociogramas, além de realizar análises estatísticas, como a avaliação da coesão e densidade da rede, a identificação da centralidade e intermediação de cada ator, entre outras categorizações descritivas (Fonseca, 2017).

A ARS oferece um “retrato” estático das relações em rede. Não sendo considerada desta forma um referencial teórico em si, sendo assim os sociogramas foram analisados através da lente teórica da teoria das Redes Vivas de Emerson Merhy.

4.5.1 Coleta de dados

A coleta dos dados quantitativos aconteceu no período de janeiro a março de 2021, em simultâneo com a aplicação dos instrumentos da fase qualitativa, após a aprovação do CEP. Nessa etapa quantitativa um questionário *online* foi administrado aos profissionais de saúde da instituição objeto de estudo.

4.5.1.1 Instrumento de coleta de dados

O questionário se concentrou em investigar os padrões de relacionamento e a objetividade das relações, com o propósito de mapear o fluxo de informações, os padrões de comunicação e identificar os atores que ocupam posições proeminentes na rede. Através do questionário, procurou-se avaliar os padrões de relacionamento e as interações entre os participantes, com base em seus contatos.

O questionário estruturado *online* incluiu informações sociodemográficas e outras características pessoais para caracterizar os participantes e determinar o papel que desempenhavam no campo. As perguntas iniciais solicitavam aos profissionais a descrição das pessoas acionadas no processo de prestação de cuidados às pessoas com demência (APÊNDICES D e E). O questionário foi enviado aos 40 profissionais selecionados para a amostra do estudo, no entanto, para esta pesquisa descreveremos os dados e as redes sociais produzidas no processo de trabalho das duas equipes escolhidas, totalizando 23 profissionais. O questionário foi exportado para a plataforma do *Google Forms* e enviado por e-mail e outras mídias digitais disponíveis (WhatsApp) para todos os profissionais.

4.5.1.2 Tratamento e análise dos dados

A princípio, efetuou-se a caracterização sociodemográfica dos profissionais. Em seguida, foi elaborado o sociograma, uma representação gráfica da rede social que retrata as relações e agrupamentos dos atores na estrutura social. Por meio desse sociograma, foi possível

identificar os atores, destacando os indivíduos mais centrais e menos centrais, revelando os papéis desempenhados por cada profissional na rede.

Nessa etapa foram utilizados dois *softwares*: o UCINET para a análise das informações e a criação dos sociogramas, e o NETDRAW para a geração e apresentação dessas representações em formato de imagens. Todos os dados obtidos pelo questionário *online* aplicado aos profissionais de saúde foram exportados para uma planilha no Microsoft Excel, que continha todas as informações necessárias para caracterizar os atores da rede, como as respostas à pergunta inicial, que visava desvendar quais profissionais eram acionados por cada participante na busca de acesso para o acompanhamento da pessoa idosa com demência na produção do cuidado.

A matriz no UCINET opera com uma lógica de variáveis dicotômicas, na qual valores "0" indicam a ausência de relação entre dois atores, enquanto valores "1" representam a presença de uma relação. Para construir essa matriz, foram utilizadas as informações da planilha do Excel, considerando as relações estabelecidas pelos atores no processo de acesso do idoso com demência para a produção do cuidado.

Na planilha do Microsoft Excel, cada ator participante do estudo foi listado na vertical e na horizontal, permitindo a análise das relações entre eles. Valores "0" ou "1" foram inseridos na planilha com base nas respostas negativas ou afirmativas à pergunta da coleta de dados. Posteriormente, essa planilha do Excel, contendo informações sobre as relações dos atores no campo, foi exportada para o software UCINET.

Para a geração das métricas no UCINET é importante escolher o tipo de métrica a ser utilizada no *software* e, em seguida, selecionar a matriz previamente gerada pelo UCINET e salva anteriormente. A visualização gráfica das redes foi realizada por meio da ferramenta NETDRAW, que está integrada ao UCINET.

No estudo foram empregadas duas ferramentas relevantes da Análise de Redes Sociais (ARS): a medida de centralidade da rede (*network centrality*) para explicitar a posição dos atores na rede e identificar quais atores possuem maior ou menor prestígio, ou seja, aqueles que detêm ou não recursos ou autoridade; e a medida de densidade da rede (*network density*) com o objetivo de mensurar a quantidade de conexões existentes em uma determinada rede.

As medidas de centralidade utilizadas incluem a centralidade de grau, de proximidade e de intermediação. O propósito dessas métricas foi identificar os atores principais e os diferentes tipos de papéis desempenhados na rede em relação ao acesso aos cuidados de pessoas idosas com demência, tais como *hubs* (atores centrais), *information brokers* (atores intermediários), *peripheral people* (atores periféricos) e *bridges* (pontes). Com a medida de densidade, buscou-

se compreender como ocorre o processo de comunicação entre os diferentes atores, se de forma direta ou indireta, se é frágil e suscetível a interferências externas à rede (Alejandro; Norman; 2005).

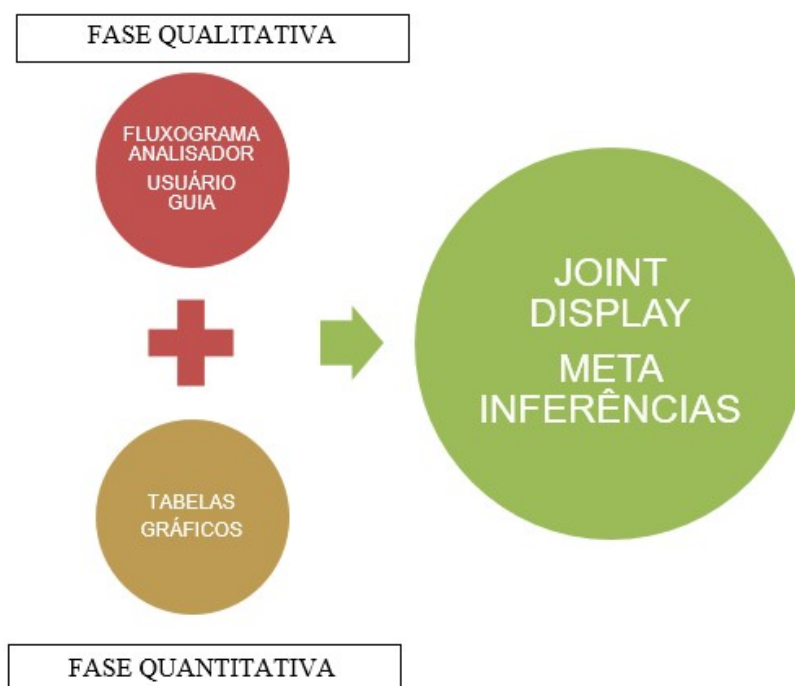
4.6 Integração dos dados qualitativos e quantitativos

Desenvolver um estudo baseado em uma metodologia mista requer analisar a complementaridade do produto em comum originado por mais de uma análise de investigação (Ingham – Broomfield, 2016).

Na análise de dados de estudos com triangulação concomitante é dada igual importância às partes quantitativa e qualitativa, sendo utilizadas metodologias distintas em cada fase. Em seguida, os dados provenientes de cada estudo são integrados para responder às perguntas ou hipóteses de pesquisa de métodos mistos (Creswell; Clark, 2013).

Neste estudo, os resultados integrados são apresentados na forma de metainferências, que consistem em interpretações decorrentes da análise dos dados qualitativos e quantitativos (Creswell; Clark, 2013), e *joint displays*, que representam a apresentação integrada dos dados e informações (Guetterman; Fetters; Creswell, 2015), conforme demonstrado na figura 5:

Figura 5 - Apresentação dos resultados das fases qualitativa, quantitativa e integração. Rio de Janeiro, 2023



Fonte: A autora, 2024, adaptado de Creswell; Clark (2013, p.78).

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas científicas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), bem como em conformidade com a Lei nº 510/2016, que estabelece as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos incluem o uso de dados diretamente obtidos dos participantes ou informações identificáveis que possam acarretar riscos maiores do que os encontrados na vida cotidiana. O estudo também atendeu ao OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021 – PDF, uma vez que houve coleta de dados online e WhatsApp.

Foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a aprovação do CEP da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O estudo recebeu aprovação em 20/05/2020, conforme protocolo CAE 36307820.8.3001.5279 (ANEXO).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os resultados e discussões das abordagens qualitativa e quantitativa. O subcapítulo 5.1 trata da cartografia, que compreende os resultados dos grupos focais, incluindo a descrição dos respectivos FA, bem como dados da análise documental e do diário de campo da Equipe A (trajetória da Dona Praiana) e da Equipe B (trajetória da Dona Aparecida).

Os resultados da abordagem quantitativa são discutidos no subcapítulo 5.2 e estão organizados de acordo com os resultados da Equipe A e da Equipe B, em cada subitem. No subitem 5.2.1, são apresentados os sociogramas; no 5.2.2, o indicador de densidade e, no 5.2.3, o indicador do grau de centralidade. Por fim, a integração dos resultados das abordagens qualitativa e quantitativa é apresentada no capítulo 5.3.

5.1 Cartografia e movimentos de redes vivas: os caminhos percorridos pelos usuários, na perspectiva dos profissionais

5.1.1 Desvendando os caminhos da Dona Praiana – O Fluxograma Analisador construído pela Equipe A

Com base nas informações coletadas na análise documental, o território atendido pela Equipe A abrange 3.594 pessoas, predominantemente jovens. A população idosa é composta por 448 indivíduos, e, de acordo com a planilha de acompanhamento da equipe, apenas 15 idosos possuem o diagnóstico de demência. Não foram registradas ações direcionadas a esse público pela equipe. Muitas pessoas idosas com demência estavam envolvidas em programas de promoção da saúde, como a Academia Carioca, e/ou eram acompanhados por doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Não havia um planejamento de visitas por parte dos ACS voltado para a população idosa, exceto para aqueles que apresentassem um “quadro vermelho”¹

¹Terminologia usada pelos profissionais de saúde da unidade estudada para caracterizar os casos agudos e vulneráveis que deveriam ficar sob uma vigilância maior da equipe de saúde.

em relação à demência, sendo que apenas esses tinham o diagnóstico registrado, conforme relatado no grupo focal.

Inicialmente, no grupo focal, notou-se uma maior participação da equipe de nível superior (médico e enfermeiro), enquanto os demais observavam a discussão. Os profissionais apresentaram certa dificuldade em organizar seus pensamentos e descrever a rede formal e a rede percorrida pelo usuário. No entanto, quando se tratava de informações sobre os caminhos percorridos pela usuária, o agente comunitário se destacava como o primeiro vínculo no que se refere ao acesso, assumindo um papel de maior protagonismo na discussão.

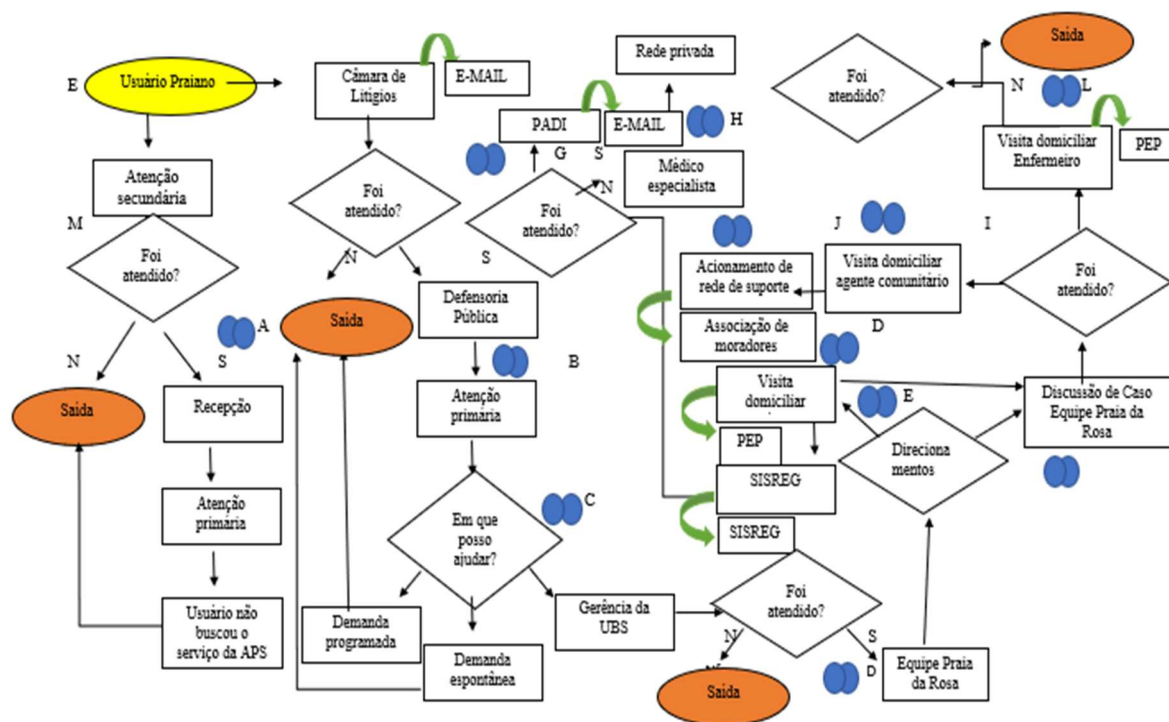
Os profissionais demonstraram disposição para participar e mostraram envolvimento e preocupação em discutir o tema. Foi relevante estarem em um ambiente familiar, no qual se sentiam confiantes o suficiente para admitir lacunas em seu conhecimento sobre o assunto. A partir das perguntas iniciais, um quadro branco foi utilizado para criar e organizar o fluxo. Nessa equipe, um dos agentes comunitários assumiu o papel de organizador e consolidador de ideias.

A seguir, são apresentadas as narrativas oriundas do grupo focal, abordando os encontros e desencontros estabelecidos entre os participantes da Equipe A, os familiares e o usuário, por meio das RAS. Essas informações provêm das discussões gravadas, dos registros em diário de campo durante o acompanhamento do grupo focal e das informações obtidas nos registros documentais.

Os analisadores extraídos das narrativas encontradas nos discursos dos profissionais durante o grupo focal foram registrados no fluxograma apresentado na figura 6, ampliado para melhor compreensão no APÊNDICE G

- Acolhimento, vínculo e judicialização na saúde;
- Trabalho vivo/trabalho morto;
- Acesso e barreira à produção do cuidado;
- Rede viva instituinte;
- Disputa de projeto de cuidado.

Figura 6 - Fluxograma do caminho da usuária Dona Praiana. Rio de Janeiro, 2023



Fonte: A autora, 2023.

5.1.1.1 Narrativa A

A história da usuária Dona Praiana, conforme relatada pela equipe A, começa com a tentativa de acesso à atenção secundária em um hospital universitário, de acordo com o que os familiares contaram ao agente comunitário da equipe. Ao chegar ao hospital, a idosa foi recebida pela equipe de atendimento, mas não foi agendada para uma consulta de acompanhamento. A recepcionista do hospital orientou a família a buscar atendimento e encaminhamento da APS. A filha da idosa ficou muito contrariada, respondendo à recepcionista que o médico da APS não cuidava de pacientes com diagnóstico de demência e que ela tinha o direito de escolher onde gostaria de tratar sua mãe. Ela disse que procuraria um amigo que trabalhava no hospital e que poderia facilitar o acesso ao serviço. A recepcionista a encaminhou ao setor de assistência social do hospital. No entanto, de acordo com a filha, conforme relatado pela equipe, nada foi resolvido e ela decidiu não buscar atendimento na APS, mas de buscar alternativas judiciais.

O registro no diário de campo indica que, neste momento, ocorreu uma discussão acalorada. Alguns profissionais não concordavam com a indignação da filha, enquanto outros

a apoiavam. Os argumentos eram defendidos de forma veemente, com muitos gestos e demonstrações de insatisfação em relação às opiniões dos colegas.

A tentativa frustrada da filha de obter acesso ao serviço revelou uma RAS fragmentada, sem estratégias claras por parte dos profissionais de saúde para orientar adequadamente os usuários sobre os caminhos a serem seguidos. Embora o encaminhamento para a APS fosse apropriado, o acolhimento da usuária não foi eficaz. Por outro lado, é evidente que a filha buscou acessar a rede de forma não convencional, contrariando o protocolo estabelecido, que sugere a entrada pela APS.

Nesse momento, podemos refletir sobre como os profissionais de saúde estão inseridos em um mundo institucionalizado e protocolar, que é constantemente desafiado pelos processos cotidianos de micropolítica no ambiente de trabalho, impulsionados pelos usuários que expressam suas preocupações. A filha da usuária desafiou o estabelecido, recorrendo a recursos externos e judiciais para garantir o direito ao atendimento e à escolha da produção de cuidados para si e sua família.

Portanto, podemos questionar o papel da APS como coordenadora desse cuidado: será que esse modelo institucionalizado atende às necessidades dos usuários? Quando consideramos o ponto de vista dos usuários e de suas famílias, percebemos que eles muitas vezes são invisíveis dentro da lógica das políticas de Atenção Primária à Saúde (APS).

Dessa forma, as práticas de atenção dos profissionais de saúde devem transcender as barreiras protocolares e estar em sintonia com as vivências e preocupações das pessoas, não se assumindo como os únicos coordenadores do cuidado. Parece que esses profissionais de saúde devem treinar seu olhar para enxergar não apenas o mundo institucionalizado (instituído) mas também os mundos que estão se formando (instituintes) (Merhy, 2010).

Também podemos abordar a temática das barreiras de acesso ao cuidado enfrentadas pela usuária Dona Praiana, que está cadastrada em uma área de cobertura de uma equipe que opera com uma lógica predominantemente biomédica. Fica evidente que as ações orientadas pelos profissionais de saúde, quase sempre, baseiam-se em conhecimentos segmentados e especializados, com foco na doença, o que nem sempre resulta na efetiva prestação de cuidados. Nesse sentido, é fundamental reconsiderar essas abordagens, partindo do entendimento dos acessos e barreiras criados pela equipe de saúde, pois a ausência de uma visão abrangente do usuário pode criar obstáculos para o estabelecimento de cuidados completos.

Outra questão que surge nos relatos dessas narrativas é a do acolhimento, sobre a qual Tesser (2010) enfatiza a necessidade de uma postura ética e de cuidado, marcada pela empatia e respeito ao usuário, incluindo a avaliação de riscos, vulnerabilidades, prioridades e

necessidades. Segundo o autor, o acolhimento é uma iniciativa voltada para melhorar a relação entre os serviços de saúde e os usuários, baseada no encontro entre o usuário que busca o serviço espontaneamente e os profissionais de saúde, que devem ouvir, entender sua demanda e buscar uma solução, sempre que possível.

Ao refletir sobre essa temática, percebemos que a equipe levantou a questão de como a abordagem deveria ter sido conduzida, já que as necessidades da filha não foram atendidas. A médica da equipe explicou que a filha procurou o atendimento de nível terciário porque estava buscando acesso e, por isso, estava nervosa. Ela acrescentou que a filha acreditava que, como a idosa já estava no local para o atendimento, o acesso seria garantido, mesmo que fosse necessário realizar encaminhamentos subsequentes para a atenção primária, com possível inclusão nas redes de atendimento secundário e terciário.

Nesse momento, percebemos o que pode ser chamado de uma disputa por projetos de cuidado: de um lado, a equipe elaborou um PTS de forma protocolar para a usuária, identificando os encaminhamentos necessários. No entanto, a usuária não foi reconhecida como parte desse discurso.

De acordo com Merhy *et al.* (1997), existem diferenças na prestação de cuidados realizada pelos profissionais de saúde, dependendo do uso de tecnologias rígidas, baseadas em procedimentos, em comparação com tecnologias leves-duras, que se baseiam em conhecimento estruturado, com pouca margem para escuta e criatividade. A construção compartilhada do plano de cuidado e a possível resolução de conflitos dependem do uso dessas tecnologias e do reconhecimento mútuo e respeito entre os atores, contribuindo assim para a melhoria do cuidado ao usuário.

Na continuação da discussão da equipe, o enfermeiro questionou a médica, expressando a opinião de que os usuários mais alterados, que desrespeitam os profissionais de saúde, frequentemente não conseguem acesso, uma vez que acreditam que seus interesses devem se sobrepor aos dos demais. Ele também mencionou que não concordava com a ideia de que a usuária Praiana deveria ter recebido atendimento além do acolhimento prestado pela recepção. No entanto, ele estava de acordo que a recepcionista deveria ter demonstrado mais empatia ao lidar com o caso e ter buscado alternativas para orientar os familiares. O grupo chegou à conclusão de que o caso da idosa Praiana era complexo e exigia grande dedicação por parte dos familiares e dos serviços de saúde. Isso se deve ao estado de saúde da idosa, que sofria de uma doença crônica e à situação da família, que estava sobrecarregada e desejava cuidar da idosa, explicando assim a atitude exigente da filha.

Baduy *et al.* (2016) relata o desafio de acolher o que é complexo para o profissional de saúde. Os casos conhecidos como "complexos" são frequentes nos diferentes serviços de saúde, pois exigem a mobilização e discussão do caso por parte dos trabalhadores, além de demandar a coordenação de vários serviços da rede em torno do cuidado.

Nesse contexto, a agente comunitária descreveu suas dificuldades em lidar com essa família, pois as maneiras como eles enfrentavam os problemas eram estranhas ao seu mundo, tornando o manejo difícil. Ela relatou que conhecia o caso da usuária Praiana, mas os familiares sempre se recusaram a se cadastrar na atenção primária, e era prática comum nessa família acionar os meios judiciais.

Seixas (2016). menciona a tendência de rotular casos complexos, nos quais os profissionais de saúde muitas vezes rejeitam as formas como os outros organizam suas vidas, pois essas formas podem ser insuportáveis para os profissionais de saúde ou, na melhor das hipóteses, toleráveis apenas para aqueles que seguem um roteiro prescrito de como viver a vida. Além disso, as ações podem se tornar classificatórias, apontando quais vidas merecem ser vividas ou não.

5.1.1.2 Narrativa B

Segundo o agente comunitário de saúde, alguns dias após a negativa de acesso e encaminhamento à APS, a filha decidiu judicializar o processo, acionando o órgão de câmara de litígios, que atua como conciliador de demandas judiciais na área de saúde. Ela foi atendida por um defensor público que, entre várias orientações, encaminhou a usuária de volta para a APS e emitiu um ofício com diretrizes para a inserção do caso nos sistemas de regulação. Essa inclusão ocorreria após uma avaliação realizada pela médica da equipe de referência, que deveria classificar o caso de acordo com a condição clínica da usuária e estratificá-lo por cores, indicando o grau de urgência do atendimento.

Neste ponto, outra agente comunitária interveio para destacar que a usuária estava sob a responsabilidade da equipe e que esses encaminhamentos deveriam ter sido feitos diretamente pelos profissionais da equipe nos sistemas de regulação, como parte da rotina de trabalho da equipe. A médica da equipe sugeriu a necessidade de realizar uma visita domiciliar para atender ao caso.

Isso ressalta a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde como um dos principais desafios do SUS. A indisponibilidade de vagas no sistema de regulação gera "filas invisíveis". Além disso, a distância entre a localização da unidade de saúde e o território do usuário contribui para o absenteísmo. A falta de comunicação eficiente entre a APS e a RAS, devido à ausência de mecanismos de referência e contrarreferência, também dificulta o acesso. Portanto, os usuários muitas vezes buscam a judicialização para conseguir acesso à rede de atenção à saúde (Gawryszewski; Oliveira; Gomes, 2012).

Na prática, observamos que os usuários são encaminhados para especialidades/procedimentos pelos médicos reguladores da unidade de saúde. Eles, então, aguardam em uma fila que, frequentemente, não é visível para o cidadão comum, sendo acessível apenas aos gestores que utilizam o sistema. Os usuários podem verificar sua posição na fila de espera por meio do Portal da Transparência do Município do Rio de Janeiro.

Em relação ao absenteísmo, é evidente que o alto número de faltas nas unidades de saúde que fornecem consultas/procedimentos está relacionado à distância entre o local de residência do usuário e a unidade de saúde. Embora os reguladores geralmente tentem agendar o usuário para uma unidade próxima à sua residência, nem sempre há disponibilidade de vagas.

O SISREG (Sistema Nacional de Regulação) é online criado para gerenciar todo o Complexo Regulatório, desde as unidades básicas até a rede hospitalar. Seu objetivo é organizar os serviços, proporcionar maior controle e otimizar o uso dos recursos (Brasil, 2020). As solicitações de consultas e procedimentos são feitas pelos profissionais atuantes na APS e as marcações são realizadas pelos médicos reguladores na própria unidade, com alguns procedimentos centralizados na Central de Regulação Municipal.

Na prática das equipes da APS, o uso adequado do SISREG é crucial, pois sua eficácia depende de uma descrição clínica detalhada e qualificada do quadro do usuário. Essa descrição é essencial porque, a partir dela, o profissional médico classifica o usuário seguindo uma sequência de cores que indica a gravidade do caso. Em seguida, é fornecido ao usuário um número de registro para acompanhamento online na lista de espera pela vaga. No entanto, surge uma dificuldade adicional quando a equipe não faz essa solicitação em tempo real e ela se perde. Muitos usuários acreditam erroneamente que estão na lista de espera, supondo que sua solicitação foi registrada. Mais tarde, ao questionar as demoras na obtenção da vaga, descobrem que a equipe falhou em inserir a solicitação no sistema.

Outro fator que prejudica o funcionamento do sistema é o grande número de solicitações feitas pelos médicos da APS que são devolvidas pelo regulador devido à falta de informações

completas e qualificadas. As equipes precisam desenvolver um sistema de vigilância para reinserir essas solicitações no sistema, garantindo a busca pela vaga.

Devido a todos esses obstáculos, observamos na prática a interferência direta da judicialização dos casos na área da saúde. As famílias buscam na judicialização como um caminho para resolver suas necessidades de forma mais rápida quando enfrentam dificuldades no acesso a consultas/procedimentos disponíveis nos sistemas de regulação. Elas, frequentemente, questionam os prazos estabelecidos por meio da judicialização e, quando informadas de que há uma fila de usuários aguardando o mesmo procedimento, muitas vezes com queixas clínicas mais graves, discordam e questionam o papel do judiciário.

Alguns estudos apontam que o judiciário é mais acionado quando há necessidade de medicamentos essenciais ou insumos que não são fornecidos pelo SUS. Dessa forma, o Estado passa a atender um número crescente de ordens judiciais que garantem diversos benefícios aos usuários. Essa judicialização da saúde tem causado um impacto significativo nas finanças públicas e tem suscitado vários questionamentos sobre o papel do judiciário nesses processos (Oliveira *et al.*, 2015).

De acordo com a médica da equipe, as ações conciliadoras da câmara de litígios são resolutivas, pois desempenham um papel educativo ao esclarecer aos usuários os procedimentos para acessar as vagas de regulação. No entanto, esse papel deveria ser desempenhado pelos profissionais de saúde que falharam em sua responsabilidade de garantir uma comunicação eficaz nas redes de atenção, levando os usuários a buscarem na Justiça algo que poderia ser obtido na porta de entrada do sistema de saúde.

No caso da usuária Praiana, conforme o relato da médica, se a filha tivesse aceitado o cadastramento na Clínica da Família, a judicialização teria sido desnecessária, uma vez que os fluxos de encaminhamento seriam estabelecidos. Apenas orientação e uma comunicação mais efetiva teriam sido suficientes para promover a mudança de postura da usuária.

Portanto, durante a discussão, a equipe demonstrou dificuldades em acolher as demandas das pessoas que acompanham a usuária. É evidente a tendência a responsabilizar a usuária pelas dificuldades encontradas na rede, sem demonstrar uma corresponsabilização pelo cuidado por parte da equipe. A equipe parece assumir que o que está determinado e instituído é o procedimento adequado.

5.1.1.3 Narrativa C

Os familiares da idosa Praiana buscaram acesso na Clínica de Família de referência. Ao chegarem na recepção, foram abordados por uma agente comunitária que questionou sobre a necessidade do serviço, conforme relatou a técnica de enfermagem que estava na recepção e participou do grupo focal. Ela mencionou a atitude ríspida da filha da idosa, que exigiu atendimento devido a uma demanda judicial, afirmando que o juiz havia solicitado que procurassem a gerente da unidade. A usuária estava sem a companhia de sua mãe e disse que havia vindo apenas para exigir seus direitos, sendo então direcionada à sala da gerência. A gerente solicitou que o agente comunitário da família estivesse presente para uma breve reunião.

A filha da idosa começou a relatar os caminhos percorridos com sua mãe na busca de cuidados e explicou que nunca havia aceitado o cadastramento de sua mãe na atenção primária, pois acreditava que sua mãe precisava de um especialista, não de um médico clínico. Ela chegou a buscar auxílio na rede privada por meio de consultas com neurologistas e psiquiatras. No entanto, devido ao alto custo, não conseguiu manter o acompanhamento. Muito nervosa e chorosa, a filha da idosa foi convidada a sentar, ofereceram-lhe um copo de água e explicaram que o papel da APS era ajudá-la, assegurando que todos os esforços necessários seriam feitos para ajudar Dona Praiana a ter acesso aos serviços de saúde. Gradualmente, a filha se acalmou, ficou mais receptiva e, segundo a agente comunitária, até esboçou um leve sorriso. A gerente enfatizou a importância de um acompanhamento contínuo da família pela APS e afirmou que, se necessário, os encaminhamentos pelas RAS seriam realizados com a participação da família nas decisões.

Vale ressaltar que esse tipo de acolhimento foi uma resposta à pressão causada pela judicialização. Na prática, nem sempre esse acesso ocorre de maneira espontânea e eficaz.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade de uma relação clínica, o que envolve a construção de vínculos e a responsabilização entre profissionais de saúde e usuários ao longo do tempo. Isso permite o acompanhamento das intervenções realizadas, com ajustes quando necessário, visando a redução de riscos iatrogênicos resultantes do desconhecimento da história de vida (PNAB, 2011). Portanto, a construção do vínculo implica o conhecimento dessas histórias de vida por meio de uma confiança mútua, de modo que o cuidado seja prestado de maneira mais existencial (Merhy; Gomes, 2010).

Naquele momento, percebia-se a possibilidade de iniciar a criação de um vínculo. Foi oferecido à usuária a oportunidade de conhecer sua equipe de referência e a sua unidade de

saúde. A usuária expressava que a agente comunitária nunca explicou qual era o papel da APS em saúde para ela; sempre viu como apenas um "postinho" composto por médicos clínicos inexperientes.

Refletindo sobre a formação do vínculo na relação entre o agente comunitário e a usuária/familiares, compreende-se que muitas vezes as portas de uma relação se fecham quando a abordagem dos profissionais de saúde não é acolhedora. No entanto, a agente comunitária relatou que a usuária sempre teve uma postura agressiva em suas falas, afastando qualquer possibilidade de relação entre as partes. E que o respeito ao profissional e o seguimento de protocolos municipais eram necessários.

Usuários difíceis e questionadores incomodam muito as equipes, porque os profissionais muitas vezes querem construir um vínculo unilateralmente, no exercício do controle sobre a vida do outro de forma prescritiva. Nesse sentido, o vínculo é algo que só se constrói se o outro estiver aberto e quiser, permitindo que ambas as partes sejam interlocutores nesse processo na pactuação do cuidado. É uma relação complexa que envolve a entrega e desconstrução de poderes em uma relação profissional de saúde/usuário através da corresponsabilização Seixas *et al.* (2016 apud Feuerwerker; Bertussi; Merhy, 2016)

A corresponsabilização deve ser entendida como uma troca entre profissional/equipe e usuário. Nesse modelo de cuidado, o usuário não é apenas parte do processo ou figurante; ele passa a ocupar o seu lugar de direito, que é o de centro do cuidado, tanto em estratégias quanto na tomada de decisões.

Permitir e aceitar que o usuário exerça sua autonomia e busque os serviços de saúde e cuidados que lhe parecem mais adequados é algo por vezes dificultado pelos profissionais que se empoderam em seu papel de coordenadores do cuidado. É exigido que o usuário aceite o controle sobre o seu caminho pelas redes de atenção. No entanto, muitas vezes as redes estão fragmentadas.

A rede de cuidados é frequentemente pautada pelo conceito de centralidade em suas próprias lógicas de saberes, enxergando o outro, o usuário, como seu objeto de ação e desprovido de experiências e conhecimentos. Nesse envolvimento, existe uma relação de soberania e poder sobre o outro, através de condutas e modos de vida que o profissional de saúde considera adequados para aquela relação. Esse encontro assimétrico transforma as diferenças em desigualdades de saber e formas de vida (Merhy *et al.*, 2014).

5.1.1.4 Narrativa D

A gerência levou o caso para discussão da equipe, solicitando uma visita domiciliar de urgência, tendo em vista o prazo de resposta solicitado no ofício do órgão judicial e as necessidades da usuária Praiana e seus familiares que deveriam ser atendidas. Neste momento, o médico relatou que colocaria a família nos sistemas de regulação e que a classificaria como um caso de quadro vermelho devido à solicitação judicial. A educadora física questionou a fala do médico, citando que, primeiramente, a usuária deveria ser vista e acompanhada pela equipe, tendo em vista que residia na área adscrita da Unidade de Saúde. Independente de futuramente estar inserida em outros níveis de atenção, a responsabilidade pela coordenação do cuidado da idosa continuava sendo da equipe. Desta forma, e em comum acordo com a equipe, o médico agendou a visita domiciliar para sete dias, conforme a programação de sua agenda, e solicitou que o agente comunitário entrasse em contato com a família para informar a data e hora da visita domiciliar.

Na ocasião, o agente comunitário demonstrou preocupação com a demora na realização da visita e com a reação da filha da usuária Praiana, que certamente questionaria o prazo. Neste momento, o médico reforçou que o ideal seria fazer somente o que o juiz estava pedindo, assim a filha ficaria satisfeita.

Ao deliberar sobre a visita domiciliar (VD), o médico não a fez pensando na produção do cuidado, mas sim na resposta judicial e em como isso daria um certo contorno à demanda da usuária. No entanto, a VD deveria ser compreendida como parte de uma prática de produção do cuidado no território de pertencimento da usuária.

Assim, a VD não foi pensada para valorizar a usuária como uma cidadã, alguém que tem suas verdades, saberes, expectativas e demandas em relação a esse atendimento, o que é um desafio para os profissionais e usuários. A marcação de uma VD e seu prosseguimento já estava estabelecida no imaginário deste familiar quando foi agendada e proposta como o marco inicial de um acompanhamento pela gerente da unidade. Entende-se que uma oportunidade foi perdida de deslocar o usuário para o centro do cuidado.

É necessário que o usuário se sinta protagonista do cuidado, alguém que deve assumir a decisão sobre o enfrentamento de seus problemas de saúde. Atualmente, observa-se uma certa passividade nessa relação de ambas as partes: o profissional que não se importa e o usuário/familiar que nem sabe que poderia ocupar outro papel. Por outro lado, quando o usuário

e seus familiares questionam as condutas dos profissionais de saúde, gera-se desconforto e sensação de perda de poder por parte desses profissionais.

Torna-se necessária uma mudança de atitude por parte dos profissionais no que se refere a se colocar no lugar do outro, entendendo que esse outro possui ideias, desejos e uma trajetória de vida em busca de cuidados. E assim, vivenciar e se envolver com as situações dos usuários de seu território de abrangência para que se constitua um plano terapêutico eficaz e resolutivo.

5.1.1.5 Narrativa E

A visita domiciliar da médica aconteceu no dia marcado. A médica e a ACS foram recebidas pela filha e neta da idosa Praiana. A neta iniciou a conversa justificando que, devido ao quadro clínico, os cuidados estavam bastante precários, pois muitas vezes precisaram deixá-la sozinha para poderem trabalhar.

Dona Praiana estava deitada em um sofá, com as fraldas sujas e um odor fétido. Ela se expressava pouco, apesar da agitação, mas a médica percebeu que ela ficava muito mais calma quando o passarinho da casa cantava e ali encontrou uma forma de estabelecer uma relação com a idosa. Neste momento, a filha observava o exame clínico e o atendimento da médica. Aquela relação entre usuária, médica e agente comunitária durou horas. Trocaram a fralda e a roupa de cama que estavam sujas desde a noite anterior. Os familiares demonstraram surpresa com a reação da idosa, pois ela costumava ser agressiva quando era necessário algum cuidado e, no entanto, com as profissionais de saúde, permitia o cuidado de forma leve e calma.

Neste momento, ao ver o atendimento da equipe, a filha começou a chorar pedindo ajuda, pois percebia que a mãe estava morrendo, porque sozinha não estava conseguindo cuidar adequadamente dela. A neta, que ainda era adolescente, não podia ajudar muito devido às suas responsabilidades escolares.

A médica apontou a necessidade de um cuidado mais especializado na atenção secundária e propôs encontrar uma solução para a situação, diminuindo a sobrecarga. Neste momento, convidou a filha para participar do cuidado com a mãe, pedindo que ela se permitisse envolver com o momento e com o som dos passarinhos. A filha, neste momento, sorriu e agradeceu. Ela se dirigiu à cozinha e preparou uma jarra de suco de caju para a equipe. Ao término da visita, a idosa estava dormindo de forma tranquila, e a filha pediu um abraço dos profissionais.

Os profissionais de saúde saíram de lá satisfeitos, com a sensação de que fizeram a diferença na vida daquela idosa, de seus familiares e que aquele momento poderia ser o início de uma relação eficaz e resolutiva entre a usuária, o profissional de saúde e os familiares. A família foi informada de que a idosa precisaria de acompanhamento por uma equipe multiprofissional e que o caso seria colocado nos sistemas de regulação para o acompanhamento do Programa de Atendimento Domiciliara ao Idoso (PADI), além do encaminhamento para o geriatra no serviço especializado e da equipe de referência.

Experenciarmos aquele momento e se deixar envolver naqueles cuidados foi fundamental para os profissionais de saúde, porque se permitiram vivenciar uma forma diferente de se aproximar daquela idosa e familiares. A idosa Praiana através do som dos passarinhos se expressou e conduziu a equipe para os cuidados que necessitava. A médica e ACS foram sensíveis ao fato de que independente do quadro demencial. A idosa era um ser existencial e foi capaz de ensinar naquela manhã que os profissionais de saúde e familiares precisavam se permitir cuidar do outro como um ser vivo provido de desejos. Assim, estabeleceu-se um encontro, uma relação de entrega entre todos os envolvidos. Os profissionais de saúde perceberam com clareza que era possível proporcionar qualidade de vida e cuidado à idosa. Tal vivência é o que Rios (2011) denominou de experiência cartográfica. É um momento em que as ações mais significativas ocorrem no tempo e no espaço, criando-se a oportunidade para o encontro dos interlocutores. A doença cede a sua “função guia” à vida vivenciada, em suas diferentes formas de existência.

Entendeu-se que os profissionais de saúde envolvidos na cena acima experienciaram um novo modo de compreender saúde; um modelo de relação construída a partir do reconhecimento da necessidade de uma aproximação do cuidado na vida real. Estas relações na APS, por vezes, não são permitidas pelos profissionais, reforçando assim a ideia da APS como mera porta de entrada. Assim, não se desenvolve a necessária complexificação das tecnologias de cuidado, nem os dispositivos para sua construção em redes vivas.

Nesse sentido, percebemos que o modelo biomédico, que ainda determina os processos de trabalho das equipes da ESF, tem se revelado um fracasso por privilegiar o trabalho desintegrado dos profissionais, isolado de uma rede ampliada e desconectado dos territórios existenciais.

Assim, sinalizamos a necessidade de um sistema universal de saúde que articule as tecnologias de cuidado – leves, leve-duras e duras – em um arranjo tecnológico que torne mais efetivas as ações de cuidado proporcionadas pelas equipes da ESF aos idosos com demência (Merhy, 2010).

Essas ações oferecidas por um profissional de saúde a um usuário são realizadas por meio de um trabalho vivo em ato, ou seja, um ato relacional. Nessa relação dupla, cria-se uma série de expectativas deste encontro, expressadas através de falas, escutas e interpretações. O resultado deste encontro é influenciado pelo acolhimento do momento, pela compreensão da necessidade de responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado e pela confiança. Se isto for satisfatório, existirá o início da produção de relações de vínculo e aceitação, ou seja, os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a resolutividade de sua questão de saúde e a certeza de que tudo o que puder ser feito para melhorar sua saúde será o foco principal das ações dos profissionais e serviços de saúde (Merhy, 2004).

O mesmo autor complementa que quando nos encontramos com o outro que é diferente e foge ao que está instituído nos protocolos, este é visto como ameaça e naturalmente estabelecemos uma relação de dominância sobre este outro, colocando-os em uma postura de passividade no processo de produção de seu cuidado em saúde (Merhy *et al.*, 2014), influenciando-os a se esquecer de suas próprias potencialidades (Brasil, 2013).

5.1.1.6 Narrativa F

Foi comentada durante o grupo focal a experiência vivenciada naquele encontro com a idosa e seus familiares, e a situação foi compartilhada na reunião de equipe. Parte dos participantes criticava a conduta da equipe de cuidar da idosa (troca de fraldas e de roupa de cama), pois entendiam que era uma obrigação da filha. Outro grupo demonstrou sensibilidade ao escutar essas novas formas de cuidado e como a equipe conseguiu se aproximar dessa idosa e seus familiares de um jeito "diferente".

A fala reativa do grupo que se viu contrariado com a forma de cuidado prestada naquela VD pode estar associada ao desconforto causado pela perda de poder na relação usuário/profissional de saúde. A ideia de permitir que o usuário seja protagonista neste cuidado é difícil, pois as práticas dos profissionais tendem a ser prescritivas, sem considerar o outro no processo de cuidar.

As práticas em saúde estão inseridas em uma instituição dentro de um contexto chamado por Merhy e Onocko (2002) de "trabalho morto". Para os autores, a produção do cuidado ocorre no "trabalho vivo", através da utilização de tecnologias leves que acontecem nos encontros entre profissionais de saúde e usuários. Desta forma, percebe-se que o "trabalho vivo" é a potência

que permite a construção de novos saberes e formas de cuidar. Esta mudança de atitude por parte do profissional deve acontecer após entender o real sentido desta palavra, para que assim possa realmente ressignificar suas práticas em saúde. Logo, o profissional poderá permitir o empoderamento dos usuários e familiares para serem os protagonistas desta relação. Através da corresponsabilização, eles podem reivindicar mudanças e melhorias para si e a sociedade, sem ficar esperando que o outro ou a instituição assumam este papel.

5.1.1.7 Narrativa G

Segundo relatos da agente comunitária, alguns dias após a reunião da equipe, a consulta do PADI foi regulamentada. A marcação da consulta e a guia de encaminhamento foram entregues na residência da usuária Praiana. Na guia, havia uma descrição que orientava os familiares a comparecerem ao hospital base do PADI, levando laudos, exames e encaminhamentos fornecidos pela clínica da família. Posteriormente, a equipe do PADI realizou uma VD para avaliação da fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudióloga. Os profissionais do PADI examinaram a usuária e relataram a dificuldade da equipe em manter os acompanhamentos, devido à grande demanda. Diante desse relato, a técnica de enfermagem enfatizou a dificuldade de acesso à RAS.

A reabilitação é um componente muito importante nos cuidados de saúde da pessoa idosa, principalmente, aquelas consideradas frágeis. Os serviços de reabilitação podem ajudar a prevenir incapacidades permanentes, dependência de cuidados e reduzir as internações evitáveis (Perracini; Ramos 2002).

Para pessoas idosas dependentes que necessitam de reabilitação, a atenção domiciliar configura-se como uma das estratégias principais de cuidado. O PADI tem como objetivo proporcionar, por meio de uma equipe interdisciplinar, melhores condições de saúde aos idosos acamados, oferecendo meios para que possam ser tratados em seu domicílio, na própria comunidade, junto de seus familiares e amigos (Carvalho *et al.*, 2015). Os estudos que avaliam a assistência domiciliar em um contexto de saúde pública sempre convergem em um mesmo ponto: os resultados permitem afirmar a importância do serviço de Internação Domiciliar como estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado (Silva *et al.*, 2005).

5.1.1.8 Narrativa H

A médica da equipe também regulou as consultas para neurologista e geriatra. Houve uma alteração na classificação de risco da usuária no sistema de regulação e a coordenação geral de regulação foi acionada, através de e-mail para enfatizar a urgência do caso em questão. No entanto, o retorno recebido foi que não havia vagas disponíveis para atendimento pelo sistema. Diante disso, devido à falta de resolutividade com o PADI e à demora no encaminhamento para especialistas na rede, a família optou por arrecadar dinheiro entre os vizinhos moradores da comunidade para pagar uma consulta e avaliação com médicos na rede privada.

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso desempenham um papel importante na RAS, sendo responsáveis pela atenção integral a pessoas idosas. Essa atenção é realizada de forma compartilhada com as Equipes da APS e o processo de regulação de vagas é por elas conduzidos (Brasil, 2019). No entanto, na prática, observamos dificuldades de acesso a essa RAS, com alguns usuários aguardando por longos períodos para conseguir uma vaga.

Na narrativa I, a agente comunitária compareceu à residência da usuária praiana dois dias após a reunião da equipe, como havia sido acordado. Ela foi recebida pela filha da idosa, que estava limpa e havia tomado banho, sentada no sofá e apreciando o canto dos passarinhos. A filha ofereceu um pedaço de bolo e uma xícara de café, e a visita de cadastramento durou várias horas. Durante esse tempo, a filha compartilhou todas as necessidades de cuidados e dificuldades que estavam enfrentando. A agente comunitária lembrou-se de uma ONG no território que poderia ajudar familiares com dificuldades para cuidar de pessoas acamadas.

Durante o grupo focal, os agentes comunitários de saúde levantaram a questão da necessidade de a equipe de saúde avaliar as famílias e cuidadores, pois muitas vezes eles se mostram perdidos e com dificuldades para lidar com a situação. Isso representa uma ampliação do olhar sobre o cuidado ao reconhecer a família e os cuidadores como protagonistas na criação de suas redes de cuidado.

A médica da equipe trouxe à discussão a mudança de postura da filha em relação aos profissionais de saúde, a agente comunitária relatou que, naquela ocasião, a filha estava muito prestativa e simpática, tornando a abordagem mais fácil.

Destacamos o comentário da agente comunitária que responsabiliza o usuário pelas dificuldades no processo de cuidar, como se houvesse uma divisão entre aqueles que detêm o

conhecimento e a responsabilidade exclusiva pelo cuidado, e aqueles que têm o papel de desviar do protocolo, causando rupturas no sistema estabelecido.

Merhy (1997) destacou que para seguir as diretrizes de reorientação do modelo assistencial, os serviços de saúde precisaram adotar práticas centradas nas necessidades do usuário, o que envolve o desenvolvimento de habilidades como acolhimento, criação de vínculos, responsabilização e resolutividade. Isso requer a incorporação de mais tecnologias leves no trabalho em saúde, que se manifestam por meio de práticas relacionais.

Quando a equipe estabelece essa relação com os familiares e a usuária durante a visita domiciliar, ela se torna mais receptiva para entender as necessidades do outro e construir uma rede de cuidados mais eficaz. A comunicação empática busca trazer consciência, afeto, respeito e generosidade, transformando essas relações. Essas mudanças de postura não se aplicam apenas aos usuários, mas se estendem a todos os membros da família. Dessa forma, os profissionais de saúde podem criar um plano de cuidados que envolve todos os membros da família, observando e propondo estratégias para reduzir a sobrecarga de cuidados e conflitos.

No estudo de Cruz *et al.* (2015), que buscou entender a influência da estimulação cognitiva em pacientes com Alzheimer, observou-se que os cuidadores usavam o momento do encontro para expressar sentimentos de tristeza, perda de paciência e abandono pelos outros membros da família. Esses sentimentos, muitas vezes, surgem devido ao próprio processo de adoecimento da pessoa com demência, tornando os cuidadores mais suscetíveis à depressão e à ansiedade. Essa sobrecarga física e emocional vivenciada pelo cuidador pode afetar a assistência a pessoa idosa resultando em aumento no número de hospitalizações, institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores.

5.1.1.9 Narrativa I

A agente comunitária acionou o presidente da associação de moradores durante a visita e, com a permissão dos familiares, solicitou a presença dele para pensar em estratégias de cuidados. Juntos, desenvolveram as seguintes estratégias: buscar moradores da comunidade voluntários para auxiliar nos cuidados; doação de cestas básicas, cama e colchão adequados, cadeira de rodas etc. Desta forma, uma rede de suporte imediata foi montada, visando apoiar aquela família e promover o bem-estar da idosa.

Observou-se que vivenciar essa experiência de cuidado foi marcante na trajetória dos profissionais de saúde envolvidos. Gradualmente, percebeu-se uma ampliação do olhar sobre os cuidados, incluindo o usuário como direcionador das redes vivas traçadas e apontadas por ele. Dessa forma, a equipe experimentou uma nova abordagem no cuidado.

Em casos de doenças incapacitantes, observa-se a necessidade de cuidado contínuo e suporte formal e comunitário. Em um estudo que buscou compreender o processo vivenciado pela família cuidadora de parentes idosos doentes e fragilizados, Bussato *et al.* (2001) encontraram como resultado que, nos casos em que as relações de amizade foram valorizadas e faziam parte da rede de apoio no cuidado aos idosos, a mobilização de um sistema informal de apoio comunitário favorece a permanência do pessoa idosa em sua casa, proporcionando mais qualidade de vida e cuidados, tanto para o idoso quanto para seus familiares.

5.1.1.10 Narrativa J

Após o relato sobre a visita da médica e do agente comunitário, percebeu-se uma sensibilização da equipe em relação ao caso. O enfermeiro da equipe foi o único que demonstrou estar contrariado. Ele relatou que o caso da usuária deveria ser acompanhado no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), e alguns agentes comunitários concordaram que usuários com esse tipo de diagnóstico eram difíceis de lidar. Diante disso, o enfermeiro cancelou a VD que faria, pois não a considerava importante, uma vez que o médico já havia ido à casa da usuária alguns dias antes. A dentista da equipe relatou que não concordava com o cancelamento da consulta pelo enfermeiro, pois, como membro da equipe, considerava importante o relato dele, a consulta de enfermagem e sua avaliação multidimensional. Essa conduta seria valiosa para auxiliar a equipe na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Destacamos aqui a fala equivocada do enfermeiro e o desconhecimento sobre a rede de saúde mental. O papel do CAPS não estava claro e definido para o profissional, ressaltando assim a ausência de apoio matricial com esta equipe, especificamente com o enfermeiro.

A atual política de saúde mental brasileira, direcionada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, propõe a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção em saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, emergências psiquiátricas, enfermarias em hospitais

gerais e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde (Ministério da Saúde, 2005). Esta rede tem como mandato o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e, embora possa ser acionada para compor a produção de cuidado da usuária e de sua família, não é o espaço estabelecido por excelência para o acompanhamento do caso em questão.

Assim, destaca-se uma estratégia conhecida como apoio matricial, que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada e processos de formação em serviços às equipes e profissionais da atenção básica para os casos que demandam cuidados de saúde mental. Tem por objetivo qualificar o cuidado, a responsabilização entre as equipes, auxiliar na construção dos PTS e coletivos, as inúmeras possibilidades de reflexão e composição entre dispositivos, além de problematizar as ofertas terapêuticas, através de uma equipe de profissionais que acompanha as unidades de APS. Deste modo, o matriciamento facilita o reconhecimento e a qualificação dos casos de saúde mental (usuários, famílias e território) que chegam na APS, propondo a responsabilidade compartilhada e sinalizando aqueles que precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelas ESF (Campos; Domitti, 2007).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS) recomenda o uso do PTS como uma ferramenta para auxiliar na transição da clínica tradicional médico-biologista para a clínica ampliada humanizada, construindo, assim, estratégias que visem a produção do cuidado e a assistência integral ao usuário. As propostas de um PTS devem resultar de uma discussão coletiva do caso e dos vários olhares e saberes sobre a situação (Brasil, 2009). Além disso, a Política Nacional Humaniza SUS acrescenta que tanto o paciente como seus familiares também devem participar e estar junto à equipe no processo de planejamento do PTS (Brasil, 2009).

Carvalho *et al.* (2019) realizaram um estudo com o objetivo de descrever as etapas que constituíram a construção de um PTS entre profissionais, familiares e usuários. Os resultados apontam que o PTS proporcionou a transformação da realidade dos usuários e familiares, que após essa experiência passaram a reconhecer sua participação como fundamental na construção de seu próprio plano de cuidados, vivenciando assim a experiência do empoderamento em saúde.

As narrativas acima nos levaram a concluir que a construção do PTS não é uma prática incorporada pelos profissionais da APS. A sobrecarga de funções é um obstáculo que impede a disponibilidade para a discussão destes casos. Apenas durante as reuniões de equipe tem sido possível abordar os casos que geraram tensões aos gestores ou que chegam através de cobranças

judiciais. Assim, poucos casos complexos são discutidos adequadamente, devido às inúmeras demandas administrativas que surgem.

Estes dados corroboram com os resultados encontrados no estudo de Bispo Junior e Moreira (2017), no qual foi evidenciada a ausência da educação permanente nas discussões entre os profissionais. As tentativas de organização eram feitas de forma pontual e fragmentada, prevalecendo o uso de metodologias tradicionais, verticalizadas com pouca ou nenhuma conexão com a realidade local. A sobrecarga dos profissionais também pode ser evidenciada em uma pesquisa com profissionais de enfermagem, que revela que as cargas horárias exaustivas e a falta de recursos materiais dificultaram a participação dos profissionais nas atividades de discussão de casos (Nogueira; Baldissera, 2018).

Neste sentido, torna-se necessário ampliar as possibilidades de atuação no mundo do cuidado em saúde, conforme as diretrizes do SUS. Além disso, é essencial desejar mudar os modos de cuidar para poder pensar na possibilidade de estabelecer medidas que contribuam para uma efetiva produção de cuidado.

Vale destacar, na finalização desta discussão sobre o fluxograma, a importância das ONGs e da Associação de Moradores. Isso reflete o caminho real percorrido pela usuária na busca de seus cuidados fora do mundo institucionalizado e protocolar. Neste momento, a rede viva se destaca, e o usuário ganha voz ao assumir o protagonismo de seu cuidado.

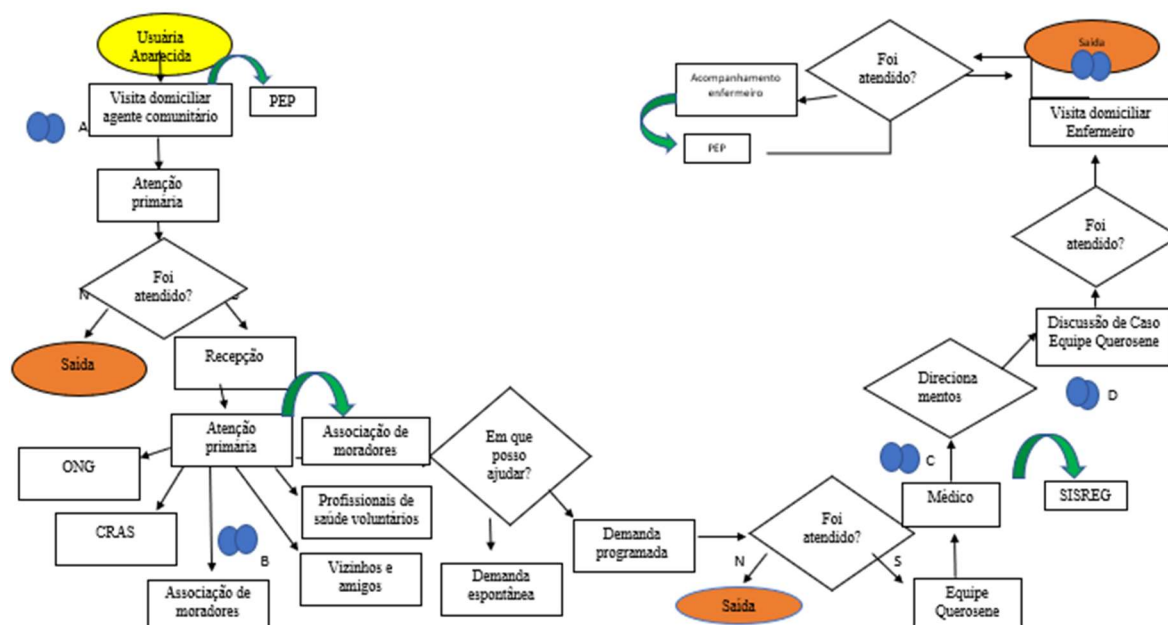
5.1.2 Desvendando os caminhos da Dona Aparecida (Cida) – O Fluxograma Analisador construído pela Equipe B

O território atendido pela Equipe B possui duas comunidades com alta vulnerabilidade social e um contingente populacional majoritariamente jovem, totalizando 3.620 pessoas, das quais 184 são idosas. Conforme a planilha de acompanhamento da Equipe B, oito idosos possuíam o diagnóstico de demência. A Equipe B não desenvolvia nenhuma atividade voltada à população idosa; apenas incentivava a frequência das atividades promovidas pela academia carioca. A enfermeira da equipe realiza o planejamento, orientação e supervisão das visitas realizadas pelos agentes comunitários aos idosos frágeis.

No grupo focal, houve maior participação do médico, enfermeiro, psicólogo e um agente comunitário de saúde, enquanto os demais observavam mais. A partir das perguntas disparadoras, foi criado e organizado o fluxo em um quadro branco.

A seguir, apresenta-se o Fluxograma da Equipe B (Figura 7 e no APÊNDICE H para melhor visualização) seguido pelas narrativas resultantes dos encontros estabelecidos entre os participantes da equipe de saúde, familiares e Dona Aparecida, por meio das redes de atenção. Essas informações foram registradas em um diário de campo durante o acompanhamento do grupo focal. Para este fluxograma, trabalharemos com alguns analisadores extraídos das narrativas encontradas nos discursos dos profissionais durante a realização do grupo focal, sendo eles: Visita domiciliar como instrumento relacional e Rede Viva, Educação Permanente e Projeto Terapêutico Singular.

Figura 7 - Fluxograma a distância nos aproxima de DNA Aparecida. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

5.1.2.1 Narrativa A

A usuária Dona Aparecida acessou o serviço através do cadastramento do agente comunitário de saúde durante uma visita domiciliar, após solicitação do CRAS. O agente relatou que, ao chegar à residência da idosa, observou a organização do local. Ela estava acompanhada de seu filho de 38 anos, que afirmou não morar com a mãe, mas oferecia todo o suporte necessário e demonstrou muito interesse no cadastramento e acompanhamento pelo SUS. Durante esse cadastramento, a ACS questionou dados da vida de Dona Aparecida

relacionados a como ela conseguiu criar toda uma rede de suporte para lidar com as necessidades de saúde dela. O filho da usuária, de forma muito atenciosa e gentil, detalhou para a profissional.

Dona Cida, moradora antiga da comunidade, fundou uma Associação que auxiliava mães e famílias que tinham dificuldades para cuidar de suas crianças ou idosos. Ela mantinha uma lista de pessoas cadastradas, moradoras da comunidade, que eram profissionais de saúde ou voluntárias que cuidavam nos seus tempos vagos. Alguns serviços eram oferecidos gratuitamente para a comunidade, como reforço escolar, alfabetização para adultos, creche, curso de cuidador de idosos e auxiliar de creche, acompanhamento psicológico, fonoaudiologia, assistência social, entre outros. Para se inscrever, era necessário apenas ser morador do local e comprovar a necessidade. A partir da procura da família ou dos usuários, Dona Cida avaliava a necessidade e, juntos, traçavam a melhor forma de auxílio.

O filho, muito emocionado nesse momento, relatou que quando sua mãe iniciou o processo de adoecimento, os próprios profissionais e voluntários da associação se reuniram com ele e criaram um mutirão de ajuda.

Dona Cida, como gostava de ser chamada, apresentava uma fala confusa, relatando que morava em outro município e que seu filho que a acompanhava era muito pequeno para lidar com essas questões de saúde. Neste momento, o filho relatou que a mãe tinha o diagnóstico de demência de Alzheimer há cinco anos e que contava com a ajuda de parentes, vizinhos e amigos para cuidar dela, já que ele era filho único. O agente comunitário demonstrou muito interesse e levou o caso para discussão em equipe, tendo em vista que, apesar do adoecimento, a família conseguiu criar uma articulação própria na organização de cuidados. Essas estratégias apontadas fazem parte da rede viva construída por Dona Cida.

Segundo a PNAB (2017), é atribuição dos Agentes Comunitários o cadastramento de todas as pessoas de sua microárea e a manutenção de seus dados atualizados. Acreditamos que este é um momento que possibilita a inclusão do usuário e da família no sistema de saúde, bem como a identificação dos dilemas que estão presentes naquele núcleo familiar.

A visita domiciliar é uma ferramenta poderosa que permite ao profissional entrar em contato com a realidade do usuário. No entanto, para que isso ocorra de maneira eficaz e para estabelecer um relacionamento de vínculo entre as partes, é necessário o engajamento por parte do profissional. Isso envolve o reconhecimento do usuário como protagonista na construção de sua rede de cuidados. Na prática, observamos que o agente comunitário é a categoria que mais permite essa interação na construção da rede viva delineada pelo usuário, provavelmente devido ao fato de ser um morador do território e já conhecer as dificuldades e potencialidades do local.

Merhy *et al.* (2014) destacam que a construção de redes vivas de cuidado envolve a conexão dos vários serviços existentes nos territórios, promovendo o encontro entre trabalhadores e usuários. Isso permite a elaboração de projetos terapêuticos singulares de maneira mais qualificada, indo além da estruturação da rede física e do que está estabelecido.

Entre os dilemas encontrados na casa de Dona Cida, o adoecimento por uma doença crônica como o Alzheimer implica que os profissionais estejam preparados para oferecer cuidados e atender às demandas desses idosos, além de promover o desenvolvimento e adaptação às atividades de vida diárias, visando maior autonomia e independência (ALVES, 2014). Destacamos, assim, a necessidade de capacitação dos profissionais para compreender a doença, suas repercussões na vida do idoso e a sobrecarga familiar relacionada aos cuidados.

Portanto, a visita domiciliar se configura como uma oportunidade única de cuidado, pois ao adentrar o ambiente onde o usuário reside, podemos estabelecer relações por meio de uma escuta qualificada, do estabelecimento de vínculos e do acolhimento, favorecendo o empoderamento dessa família como protagonista de seu próprio cuidado de saúde (Ferreira; Bansi; Paschoal, 2014).

Nesse sentido, entendemos que as visitas são as atividades realizadas com mais frequência pelas equipes, principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e podem ser utilizadas como uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado.

Lopes (2004) também confirma que as visitas domiciliares podem ser consideradas como tecnologias no cuidado à saúde da família, pois permitem a construção de uma rede de relações sociais em que os agentes articulam sua prática em uma totalidade social. Considerando a visita domiciliar como uma tecnologia leve, entendemos que ela pode promover relações de interação, proporcionando espaços de intercessão entre profissionais e usuários. O cuidado à saúde da família não pode prescindir dos elementos das tecnologias leves, pois são eles que favorecem a comunicação dialógica e a integralidade do cuidado (Merhy, 2002).

5.1.2.2 Narrativa B

Dois dias após o cadastramento de Dona Cida, ela acessou a clínica da família com a vista turva e dor de cabeça, acompanhada por uma vizinha. Foi direcionada para a sala de observação clínica e, após exames, observou-se um aumento em sua pressão arterial, enjoo e vômito. Foi atendida pela médica e medicada para urgência hipertensiva. Naquele momento,

foi possível conhecer melhor a história de Dona Cida. A vizinha que a acompanhava se colocou como responsável para resolver as questões de saúde da usuária e relatou que a comunidade onde elas residiam era muito organizada e que cuidavam muito bem de todos os idosos que necessitavam. Outra vizinha levava quentinha todos os 14 dias para todas as refeições da idosa. Outra ainda era responsável pela limpeza no local, e havia uma escala em que três pessoas se revezavam para acompanhar e cuidar diariamente de Dona Cida.

Uma Associação da comunidade forneceu uma cadeira de rodas, fraldas e providenciava a compra de alimentos para a idosa. O CRAS estava acompanhando o caso, garantindo o recebimento de algum benefício social. As profissionais do CRAS se colocavam à disposição também na articulação entre os profissionais da ESF e os voluntários. Uma terapeuta ocupacional moradora do território acompanhava e fazia atividades de estimulação cognitiva diária com a idosa, assim como uma educadora física realizava atividades coletivas na praça principal da comunidade e ia buscar Dona Cida em casa. A vizinha relatou que Dona Cida era muito bem cuidada e que o filho auxiliava sempre como podia, principalmente na compra de medicamentos.

Após duas horas na Clínica, Dona Cida foi liberada, com a prescrição de vários medicamentos e com uma consulta médica marcada com a sua equipe de referência. Ao tomar conhecimento da história, a técnica de enfermagem chamou a agente comunitária do território para relatar a rede criada por Dona Cida e familiares para proporcionar seus cuidados. A agente anotou todas as possibilidades de ajuda do território para outros casos de pessoas que precisavam de apoio no cuidado em sua área.

Assim, nos deparamos com redes vivas apoiando a criação de outras redes, de forma compartilhada pelos profissionais de saúde com os usuários moradores do território.

A constituição de redes de atenção de forma regionalizada e integrada é vista desde a Constituição Federal de 1988. No entanto, as ações propostas são pautadas em uma estrutura rígida e a partir de uma racionalidade biomédica, que é insuficiente para dar conta das necessidades de saúde. Assim, não é levada em consideração a possibilidade de o usuário traçar as suas próprias redes em um território não instituído. E por essas redes vivas não serem consideradas, não dialogam com a rede instituída, pois os profissionais de saúde não conhecem esse usuário em sua integralidade e não a consideram importante (Merhy *et al.*, 2014).

Considerar o usuário como condutor do seu processo de cuidado em saúde permitiria valorizar suas ações em prol de uma RAS mais efetiva. Um exemplo disso é a história de Dona Cida, que traçou a sua rede de cuidados em conjunto com seu filho, produzindo cuidado em cada relação com os profissionais que a auxiliavam.

Esses usuários em movimentos de redes vivas vão produzindo cuidado através da construção de conexões em suas vidas. São redes vivas que são capazes de se movimentar por territórios muitas vezes não percebidos pelos profissionais de saúde (Gomes; Merhy, 2014).

No caso da nossa usuária, pudemos perceber a inserção do CRAS como um Dispositivo das Redes de Atenção dialogando com a Rede Viva construída por ela. As assistentes sociais do CRAS estabeleceram um elo com os profissionais voluntários e os da ESF que atuavam nos cuidados de Dona Cida, auxiliando nessas redes vivas. Assim, destacamos a importância do protagonismo do usuário na busca de seus cuidados e um processo de “aceitação” por parte dos profissionais da ESF dessa rede existencial. O reconhecimento dessa rede viva por parte dos profissionais da APS foi notório, sendo observado na ampliação da escuta por parte do ACS e provocando a discussão dessa articulação em reuniões como uma experiência bem-sucedida a ser levada para outros usuários no que se refere aos cuidados.

Em um estudo com profissionais da ESF de Maceió, foi observado que, embora as tecnologias duras e leve-duras sejam as mais legitimadas pelos trabalhadores como instrumentos do seu cotidiano, as relações apareceram de forma discreta na construção do vínculo entre profissionais e usuários, tornando esse contato mais horizontal e abrindo espaço para as redes vivas de produção de existências (Santos; Uchôa-Figueiredo; Lima, 2017).

5.1.2.3 Narrativa C

Durante a consulta médica, Dona Cida estava acompanhada de sua vizinha, responsável pelos cuidados de saúde. A médica realizou uma avaliação minuciosa de Dona Cida e prescreveu exames laboratoriais e de imagem. Durante a discussão em grupo, a médica expressou as dificuldades na abordagem de idosos com demência. Portanto, iniciou inicialmente o tratamento para hipertensão e indicou que as demais medidas seriam tomadas após a obtenção dos resultados dos exames. Ela encaminhou a paciente via SISREG para a especialidade de neurologia e optou por manter a prescrição do neurologista da rede privada que a havia tratado cerca de três anos atrás.

Nas equipes de saúde da família, é evidente a necessidade de capacitação dos profissionais que lidam com idosos com demência. A falta de conhecimento pode levar a encaminhamentos desnecessários na rede de atenção. Um estudo conduzido por Malta *et al.* (2020), que analisou a prática de médicos e enfermeiros que atuam em equipes de APS,

destacou a importância de uma abordagem preventiva e da intervenção precoce na detecção de distúrbios cognitivos, comprometimento funcional e suas complicações. Portanto, é fundamental que esses profissionais estejam devidamente qualificados para cuidar de pacientes com demência e seus cuidadores. Estratégias para aprimorar a qualidade do atendimento a idosos, por parte dos profissionais de saúde, podem incluir programas de formação contínua e o envolvimento de especialistas por meio do apoio matricial.

Ressalta-se também a necessidade de capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam no território para a detecção precoce de sintomas de demência. Esses profissionais desempenham um papel crucial como a ligação entre o território e a unidade de saúde. Caso os sinais e sintomas não sejam identificados a tempo, quando chegam à equipe técnica, a demência pode já estar em estágios mais avançados.

A falta de conhecimento sobre a demência apontou a necessidade de investimento em educação permanente dos ACS, dados encontrados em um estudo que visou avaliar o processo de educação permanente na capacitação de ACS para a detecção de pessoas com demência na fase leve (Mattos; Barbosa; Mendes, 2019).

5.1.2.4 Narrativa D

O caso foi discutido na reunião da equipe, e o enfermeiro ressaltou a importância de uma avaliação multidisciplinar da idosa, incluindo testes cognitivos e funcionais, a fim de identificar possíveis síndromes geriátricas. A equipe ficou surpresa com o conhecimento do enfermeiro e pediu que ele promovesse uma sessão de educação permanente para aprimorar o entendimento de todos no campo da gerontologia. Ele orientou a equipe a fazer uma leitura prévia dos manuais de atenção básica relacionados ao envelhecimento e à saúde do idoso, que serviriam como base para discussões posteriores. Em um segundo encontro, planejaram abordar questões relacionadas a síndromes geriátricas, capacidade funcional e demência de Alzheimer.

O treinamento da equipe e a análise de casos são fundamentais para garantir assistência de qualidade a idosos com diagnóstico de demência. A partir do cadastro de pacientes, é crucial avaliar todos os idosos em busca de sinais e sintomas que possam impactar sua independência e autonomia. Na Atenção Primária à Saúde (APS), os guias de atenção básica relacionados ao envelhecimento e saúde do idoso desempenham um papel orientador. Esses guias apresentam procedimentos para avaliação da capacidade funcional e cognitiva, tecnologias essenciais para

diagnóstico e planejamento de intervenções para essa população. Essa abordagem deve envolver a família e a rede de apoio social do idoso (Brasil, 2006).

A educação permanente é uma prática adotada no Brasil como parte do desenvolvimento profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseada na abordagem pedagógica da educação problematizadora, a educação permanente busca proporcionar aprendizado significativo e promover a transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica (Ministério da Saúde, 2005). De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente desempenha um papel essencial na reformulação das práticas de gestão, formação e controle social, enfatizando a natureza participativa do processo de aprendizado.

No entanto, apesar de todas as diretrizes destacarem a funcionalidade e a necessidade da educação permanente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para aprimorar as práticas profissionais, muitas vezes, devido à sobrecarga de tarefas, a educação permanente não se estabelece como política institucional. As ações realizadas ainda são insuficientes diante das transformações desejadas na área de saúde. Quando ocorre, tende a ser pontual e fragmentada, adotando metodologias tradicionais e verticalizadas, com pouca ou nenhuma conexão com a realidade local.

Esses resultados são consistentes com o estudo de Pinheiro, Azambuja e Bonamigo (2018) com profissionais da ESF que identificou a falta de participação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, problemas de infraestrutura, desvalorização de certos conhecimentos e falta de compreensão em relação aos métodos utilizados como obstáculos para a implementação da educação permanente. No entanto, o estudo de Silva e Viana (2015), assim como nosso fluxograma, destacam a validação do conhecimento da enfermagem e uma maior conscientização desses profissionais sobre a importância da educação permanente para a prestação de assistência de qualidade.

5.1.2.5 Narrativa E

Durante a VD do enfermeiro, acompanhado pela médica da equipe, realizou-se uma avaliação abrangente da idosa. A avaliação funcional incluiu a aplicação de testes para identificar possíveis comprometimentos na autonomia e independência nas atividades da vida diária. Testes cognitivos revelaram desafios cognitivos, e sintomas de depressão foram

identificados. Além disso, foram identificados riscos de quedas na residência de Dona Cida, tornando evidente a necessidade de treinamento de um cuidador.

Foi elaborado um plano de cuidados para a idosa, que inicialmente envolvia acompanhamento semanal da equipe e uma exploração mais aprofundada da rede de apoio da paciente.

A literatura científica tem enfatizado a importância de uma avaliação multidimensional de idosos para compreender plenamente suas necessidades e permitir intervenções personalizadas, contribuindo assim para uma melhoria na resolução de problemas identificados e na prevenção de comorbidades (Brasil, 2006). Embora esses testes sejam adequados para implementação na atenção primária à saúde, é importante considerar que, devido ao tempo necessário para sua aplicação e à alta demanda por atendimentos, eles devem ser priorizados para pacientes com maior risco de incapacidade (Gil *et al.*, 2018).

A atuação do enfermeiro em nosso estudo parece ser uma exceção. No estudo de Marques *et al.* (2018), os profissionais de enfermagem, no geral não se sentiam preparados para realizar avaliações multidimensionais em pessoas idosas devido à falta de treinamento e capacitação para atender a clientela.

5.2 Redes sociais e caracterização dos participantes

As configurações de rede social apresentadas neste estudo foram obtidas a partir das respostas ao questionário dirigido a todos os funcionários da Clínica da Família. Foi realizada uma única pergunta sobre os contatos que esses profissionais realizavam para a produção do cuidado a pessoa idosa com demência. As respostas foram exportadas para o *software* UCINET, sendo gerada uma microrrede de cuidado por equipe a pessoa idosa com demência.

Desta forma, foi considerada do tipo completa, simétrica e monomodal. Tipo completa por envolver todos os atores de uma Instituição e pelo fato de se identificar os tipos de vínculos existentes entre estes profissionais. E simétrica devido o fluxo de comunicação ser considerado como bidirecional (Hatala, 2006) e pelo fato de demonstrar as relações entre atores pertencentes ao mesmo espaço e mesma estrutura social (Borgatti, 2009). Quando se faz o uso deste percurso metodológico, a informação sobre o padrão dos laços entre os atores demonstra subgrupos reticulares com maiores níveis de coesão interna (Raider; Krackhardt, 2001).

Foi aplicado o questionário semiestruturado *on line* visando identificar características sociodemográficas e características do processo de trabalho que produzam as redes sociais da pessoa idosa com demência e seus familiares. Com relação aos dados sociodemográficos, participaram 23 profissionais de saúde das equipes A e B. Algumas variáveis foram exportadas, tratadas e analisadas, visando caracterizar os participantes e identificar as suas trajetórias acadêmicas e profissionais: sexo, gênero, faixa etária, município de nascimento, escolaridade, tempo de atuação na unidade de saúde, função/cargo que ocupa na unidade de saúde.

Quadro 7 - Categorização dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família Equipe A e B segundo as variáveis qualitativas demográficas e ocupacionais. Rio de Janeiro, 2019.

Sexo			Gênero		
Feminino	21	86,9%	Feminino	21	91,3%
Masculino	2	8,7%	Masculino	2	8,7%
Faixa Etária			Estado Civil		
De 18 a 25 anos	0	0	Casadas	15	65,2%
De 26 a 35 anos	17	73,9%	Solteira	5	21%
De 36 a 45 anos	6	26%	Separadas	3	13%
Mais de 45 anos	0	0			
Município de Nascimento					
Rio de Janeiro			21		86,9%
Demais Estados			2		8,7%

Fonte: A autora, 2024

Dos participantes pesquisados, a maior parte (86,9 %) eram sexo e gênero feminino e 8,7% do sexo e gênero masculino. Este dado corrobora com os achados do estudo realizado no Estado de Tocantins analisou o perfil dos profissionais de saúde que atuavam na APS e que identificou que 83,9% dos trabalhadores eram do sexo e gênero feminino (Sousa *et al*, 2021).

O Estado do Rio de Janeiro foi informado como local de nascimento por 86,9% dos sujeitos, sendo que 9,7% nasceram em outros Estados do Brasil. Quanto ao estado civil, 15 (65,2%) declararam serem casados e 5 (21,0%) que declararam estarem solteiros. E 03 (13,0%) responderam estarem separados judicialmente. A faixa etária dominante dos atores é de 26 a 35 anos (17), seguida da faixa etária de 36 a 45 anos (6). Dessa forma, estes dados revelam que a que a maior concentração de atores está compreendida na faixa etária equivalente à idade adulta jovem.

Os profissionais ACS são a maioria dos participantes (10=43,4%), seguidos dos profissionais do NASF (04=17,3%), médicos (2=8,7%), enfermeiros (2=8,7%), técnicos de enfermagem (2=8,7%), cirurgião dentista (1=4,3%), auxiliar de saúde bucal (1=4,3%) e técnico

de saúde bucal (1=4,3%). Os profissionais que compõem a equipe do NASF foram: Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico e Psicólogo. Com relação à variável nível de escolaridade, 11 (47,8%) dos entrevistados possuem ensino superior completo, 12 (52,1%) ensino médio completo. Do total de profissionais, 78,2% (18) atuam na unidade há mais de 03 anos, destes a maior parte 8 (34,7%) são ACS.

Acredita-se que o maior tempo de atuação do profissionais ACS esteja relacionado ao fato de serem moradores do território facilitando a sua permanência, criação de vínculos e dedicação profissional por trabalhar próximo a sua moradia. Estes dados foram encontrados no estudo de Secco (2020), com ACS de uma Unidade Básica, localizada na região norte de um município do Rio Grande do Sul.

No sociograma os atores foram AS-- relações por traços. A clínica da família estudada possuía cinco equipes de saúde, duas equipes de saúde bucal, uma equipe NASF e a gerente da unidade. No entanto, para este estudo, apresentaremos os dados de apenas duas equipes, A e B. As equipes e os atores que as integram foram representados no diagrama de redes por códigos, conforme descrição do quadro 5:

Quadro 8 - Significado dos rótulos dos atores da rede, segundo as áreas de atuação.

	Equipe A	Equipe B	Equipe NASF	Equipe de Saúde Bucal
Médico	MED PR	MED QU		
Enfermeiros	ENF PR	ENF QU		
Técnicos de enfermagem	TEC ENF PR	TEC ENF QU		
ACS 1	ACS 1PR	ACS 1 QU		
ACS 2	ACS 2 PR	ACS 2 QU		
ACS 3	ACS 3PR	ACS 3 QU		
ACS 4	ACS 4PR	ACS 4 QU		
ACS 5	ACS 5 PR	ACS 5 QU		
Psicólogo			PSICÓLOGO	
Assistente social			ASS. SOCIAL	
Farmacêutico			FARMACEUTICO	
Educador físico			EDUC FISICO	
Dentista				DENTISTA
Auxiliar de Saúde Bucal				ASB
Técnico de Saúde bucal				TSB

Fonte: A autora, 2022

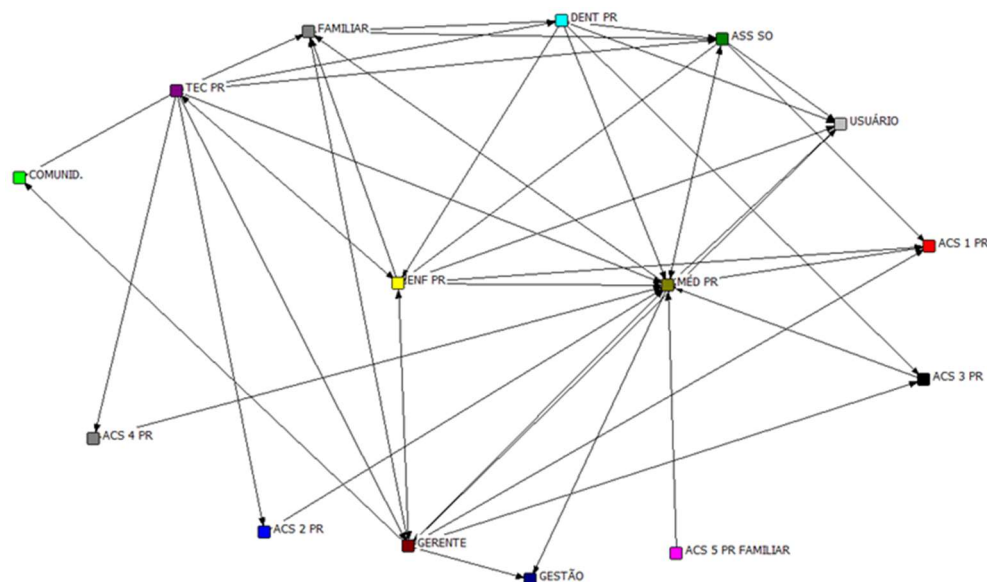
Visando identificar as micro relações nas equipes pertencentes à unidade de saúde estudada, analisamos os questionários respondidos pelos profissionais de cada equipe, visando

entender estas relações de forma mais específica; foi o que chamamos de micro redes de pessoas idosas com demência.

Analisar as redes sob uma óptica mais central, ou seja, as micro redes, nos permitiu revelar as inúmeras conexões existentes, através das relações interpessoais que os atores desenvolvem em seus espaços (Marqués-Sánchez *et al.*, 2014; Carrington; Scott, 2011).

5.2.1.1 Equipe A

Figura 8 - Rede de cuidado da pessoa idosa com demência – Equipe A. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2022.

Ao observar a rede constituída pela Equipe A, percebemos que o médico da equipe é o ator mais citado em comparação com os outros atores, como MED - PR, seguido pelo TEC ENF – PR e GERENTE. É notório que a relação entre eles é bidirecional, ou seja, esses três atores citam uns aos outros. Um destaque deve ser dado aos atores ACS da rede que estabelecem ligações unidirecionais, ou seja, não interagem de forma completa com os outros atores da rede. Alguns profissionais desta categoria não são citados, apenas fazem parte da rede.

Percebe-se que na rede da Equipe A, as relações bidirecionais são estabelecidas pelos profissionais de nível superior. A comunidade e os familiares são citados como integrantes da rede por apenas alguns profissionais.

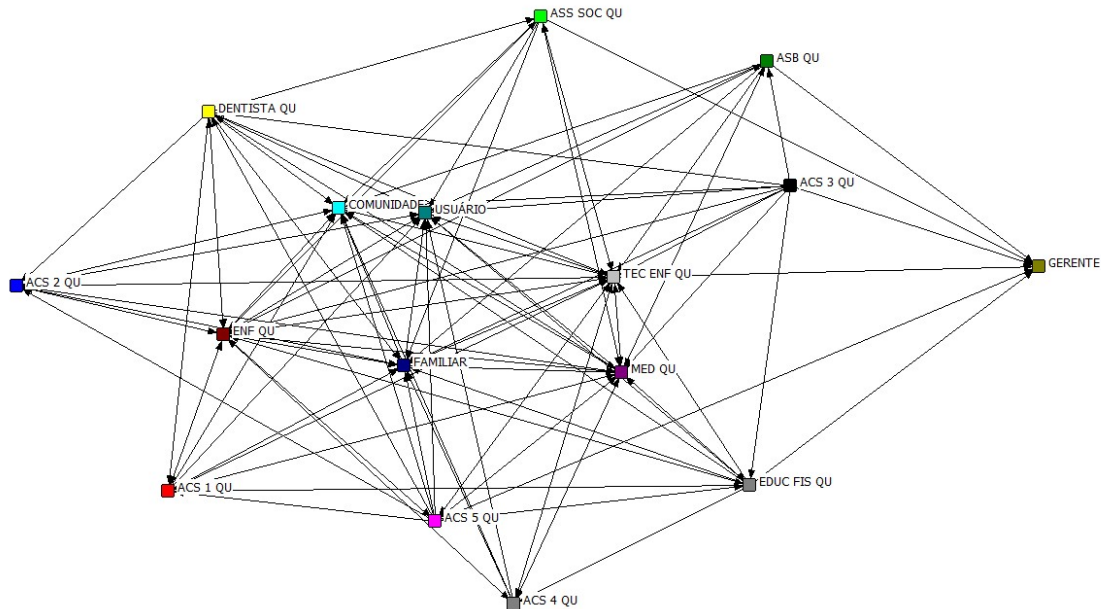
Acreditamos que a relação bidirecional estabelecida entre os profissionais de nível superior poderia ser mais potente e resolutiva, em especial ao pensar no cuidado da pessoa idosa

com demência. Se eles desenvolvessem estratégias para permitir a participação da equipe multidisciplinar neste processo, a construção de um PTS do usuário, incluindo a equipe NASF, ACS, familiares e o próprio usuário, poderia ser mais resolutiva. O médico no centro da rede revela um cuidado embasado no modelo biomédico, com foco na queixa e na prescrição da conduta a ser seguida por todos, centralizando esse profissional como o responsável principal do projeto terapêutico do usuário.

Vale uma reflexão sobre o que consideramos “laços fracos” e “laços fortes” encontradas em uma rede. A força dos laços está relacionada ao número de vezes que eles são acionados e acionam outros atores na rede. Quanto mais é acionado e aciona os demais atores, seu laço fica mais forte com o grupo estudado. Ao contrário, se o profissional na maioria das vezes só é buscado e não aciona muito os demais atores ele tende a ficar de forma periférica nesta rede. As redes com “laços fracos” são essenciais para a disseminação do novo para o externo, são redes constituídas de pessoas com experiências diversificadas. Nas redes com “laços Fortes” espera-se uma característica comum entre os atores, com interações necessárias para a tomada de decisão; são relações com alto nível de credibilidade e influência. Pessoas que experenciam “Laços Fortes” costumam compartilhar do mesmo círculo social, ao contrário dos indivíduos de relações de “Laços Fracos” porque possibilita a conexão com outros grupos, assumindo a configuração de rede social (Kaufman, 2012).

5.2.1.2 Equipe B

Figura 9 - Rede de cuidado da pessoa idosa com demência – Equipe B. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2022.

O ator ENF QU é acionado por todos os atores, estabelecendo relação bidirecional com eles, com exceção do ator ACS 3 QU. Este também não é acionado pelo ator MED QU, que está em contato com os demais atores e em relação bidirecional com todos os atores ACS e com o ator ENF QU.

Na rede da Equipe B, percebe-se movimento dos atores MED e ENF em direção aos atores de nível médio, diferente das redes anteriores apresentadas. Destacamos os atores ACS1 QU e ACS 2 QU que estão em relação de reciprocidade com estes.

Nota-se que a rede da Equipe B se diferencia das demais redes das outras equipes pela horizontalidade das relações entre os atores e maior coesão entre os envolvidos. O ator ACS 3 QU, apesar de não ser acionado pelos atores MED QU e ENF QU, está em contato com eles, o que sugere envolvimento e ação do mesmo diante das pessoas idosas com demência cadastrados no território. Entender o fluxo unidirecional do ACS QU para o MED QU e ENF QU da equipe é necessário, pois é o único membro que não foi citado pelos profissionais. Entendemos que esta relação bidirecional poderia potencializar as ações desse ator, contribuindo para a produção do cuidado.

Os disparos efetuados em direção aos atores familiar, usuário e comunidade são outro ponto que merece ser destacado, pois todos os profissionais sinalizaram esses atores como

importantes na rede. A coesão da equipe, independente da categoria profissional, e o reconhecimento desses membros citados acima como fundamentais para a construção de um cuidado a pessoa idosa com demência são essenciais para a construção coletiva de ações qualificadas e resolutivas.

Chama-nos a atenção o fato de o gerente não ser muito citado pelos atores, o que difere das demais redes. Esta relação pode nos revelar que a equipe consegue, de alguma forma, gerenciar seus casos de pessoas idosas com demência sem a intervenção da gerência local que são conhecedores dos fluxos internos da unidade, na qual a equipe tem autonomia para dialogar com representantes da atenção secundária e terciária e gestão.

Nos estudos de Redes sociais é importante que algumas variáveis sejam compreendidas. Estas variáveis permitem mensurar o potencial de alguns atores que compõem um ou mais redes, são os chamados indicadores de redes. Para este estudo analisaremos o indicador de densidade e grau de centralidade.

5.2.2 Indicador Densidade

A densidade foi a primeira métrica utilizada neste estudo, avaliando a conectividade dos nós dentro de uma rede social (Bez; Faraco; Angeloni, 2011). A medida de densidade indica o quão próximo o "grafo está de ser completo, com todas as arestas possíveis, tendo uma densidade igual a 1, o que significa que todos os componentes da rede estão conectados" (Bastian; Heymann; Jacomy, 2009). No UCINET, essa medida "representa a Densidade da Rede em percentagem, ou seja, a conectividade alta ou baixa da Rede" (Alejandro; Norman, 2005, p. 20).

Portanto, a densidade está relacionada ao número de conexões entre os nós da rede, sendo que "quanto maior o número de ligações entre os atores, maior a densidade da rede" (Marteleto; Tomaél, 2005). Bez, Faraco e Angeloni (2011) afirmam que a densidade é uma medida de conectividade na rede e, quanto maior essa medida, maior é a coesão do grupo. No quadro 6, é possível conferir o grau de densidade das redes sociais por equipe.

Quadro 9 - Grau de densidade por equipe

Equipes	Grau de densidade
Equipe A	18%
Equipe B	38%

Fonte: A autora, 2022.

A rede da Equipe A demonstrou menor conectividade em comparação com a Equipe B. Isso indica que na Equipe B há uma comunicação mais ampla entre todos os profissionais envolvidos, embora ainda haja um nível relativamente baixo de conectividade. Na Equipe A, a tendência é centralizar as informações em alguns profissionais específicos, enquanto a Equipe B compartilha as informações de forma mais difusa.

No contexto da saúde da família, é fundamental ressaltar a importância desse fluxo de informações mais amplo, considerando as ações em equipe necessárias para alcançar a Integralidade das ações, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Embora o percentual de densidade da Equipe B seja superior ao da Equipe A, ainda pode ser considerado baixo, indicando uma rede de conexões frágeis, de acordo com a análise das redes sociais. Nem todos os membros da equipe estão em contato direto uns com os outros, sugerindo uma coesão limitada entre os integrantes. Em estudos anteriores na APS observamos que a interação entre os profissionais das equipes é limitada e a baixa densidade entre esses atores resulta em ações não coordenadas e integradas para proporcionar um cuidado eficaz aos usuários (Farina *et al.*, 2012; Neves, 2019).

Esses valores de densidade evidenciam a fragmentação dos processos de trabalho das equipes. Esperávamos que a densidade na Equipe B fosse maior, considerando o tempo de vínculo e a experiência dos profissionais nessa equipe. No entanto, isso nos mostra que o tempo de atuação e o vínculo não garantem uma coesão eficaz no grupo.

5.2.3 Indicador Grau de centralidade

A centralidade de grau (*Centrality Degree*) foi a segunda medida de análise utilizada neste estudo e pode ser definida pelo número de contatos diretos que um ator possui com os outros membros da rede. Sendo um canal direto de informação central, essa medida pode ser

dividida em grau de entrada e de saída, dependendo da direção dos fluxos (Alejandro; Norman, 2005).

O grau de entrada (*indegree*) refere-se a todos os vínculos que outros atores estabelecem com o nó principal. Em outras palavras, se um ator recebe numerosas conexões ou vínculos direcionados a ele, isso o torna importante e central no contexto do grupo estudado e possui prestígio nesta rede.

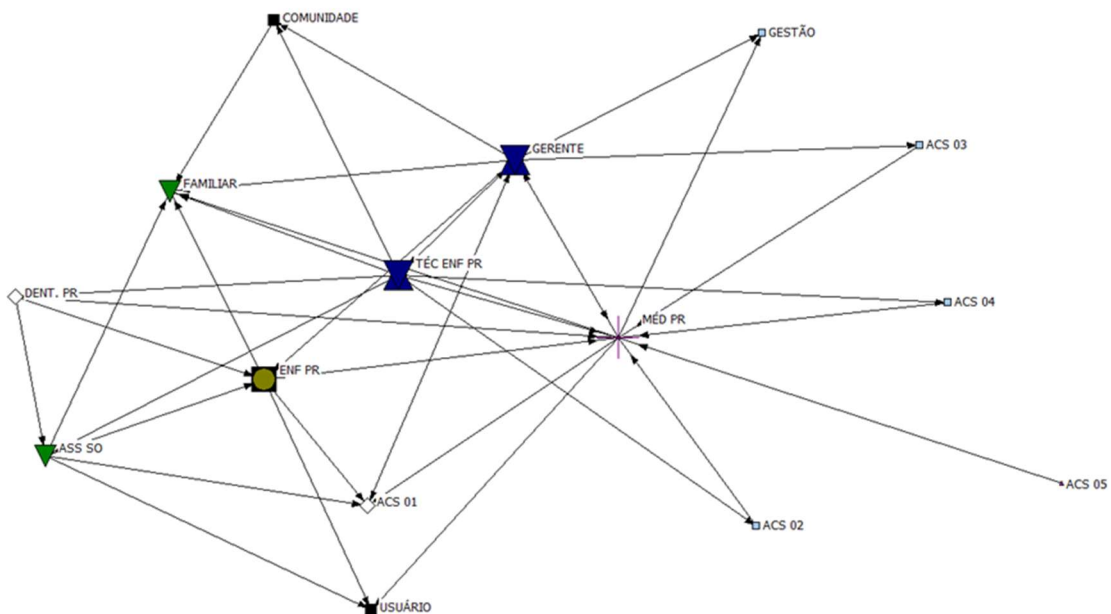
Quadro 10 - Medidas de centralidade dos atores pertencentes a Equipe de saúde da Família A. Rio de Janeiro, 2023

Atores	Grau de entrada	Grau de saída	Grau
ACS 01	4	1	28
ACS 02	1	1	07
ACS 03	1	1	07
ACS 04	1	1	07
ACS 05	0	1	00
Gerente	3	8	35
Gestão	2	0	14
Usuário	3	0	21
Assistente Social	2	4	14
Dentista	1	3	07
Familiar	6	0	42
Técnico de Enfermagem	1	8	35
Comunidade	2	1	14
Médico	8	5	57
Enfermeiro	3	4	21

Fonte: A autora, 2022.

Por outro lado, o grau de saída (*outdegree*) representa a quantidade de interações que o ator possui com os outros membros - é o número de links que saem de um nó. Sendo assim, é o grau que indica a expansividade desta rede. (Bastian; Heymann; Jacomy, 2009; Marteleto; Tomaél, 2005).

Figura 10 - Rede social dos profissionais da Equipe A, segundo a centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2022.

Os atores representados pelos nós com maior centralidade de grau, conforme a figura 10 acima, são os que aparecem com os símbolos maiores na rede. Sendo eles: médico, familiar em destaque, seguido do gerente e técnico de enfermagem.

A centralidade de grau dos atores FAMILIAR (42) e MÉDICO (57) pode ser expressa pela percepção dos profissionais das equipes sobre a importância da participação dos familiares no cuidado da pessoa com demência. O médico como um ator neste processo é buscado, devido ao seu grau de entrada e é ativo ao mobilizar novos atores devido a possuir grau de saída.

As ações do processo de trabalho desta equipe estão centradas na figura do médico no que se refere ao acompanhamento desta pessoa idosa. Este profissional assume o papel de coordenador deste cuidado, compartilhando com os demais membros desta equipe o plano terapêutico. O técnico de enfermagem é ativo ao buscar outros atores (grau de saída 8), para que se envolvam no processo, fazendo com o médico esta articulação da equipe. Os familiares são chamados a todo momento nesta rede quando são buscados pela equipe, talvez pela própria característica de dependência que o processo demencial apresenta. No entanto, apesar desta integração e dos atores médico e técnicos serem os coordenadores dos cuidados da equipe, é necessário analisar as práticas prescritivas e protocolares utilizadas no direcionamento deste cuidado.

No estudo de Silva (2019), que analisou o processo de trabalho de profissionais pertencentes a equipes de saúde da família, no que se refere ao acolhimento de unidade de APS,

a prática biomédica aparece em destaque, com ações voltadas para a demanda espontânea e acompanhamentos pontuais. Destacamos também a centralidade de saída do GERENTE (08), sendo um ator mais buscado pela equipe. A figura do gerente aparece como norteador da resolução dos casos complexos, sendo acionado frequentemente pela equipe, principalmente se envolver as redes de atenção. Para as equipes, a figura deste profissional possui prestígio e influência nesta rede sob a ótica da resolutividade dos casos complexos.

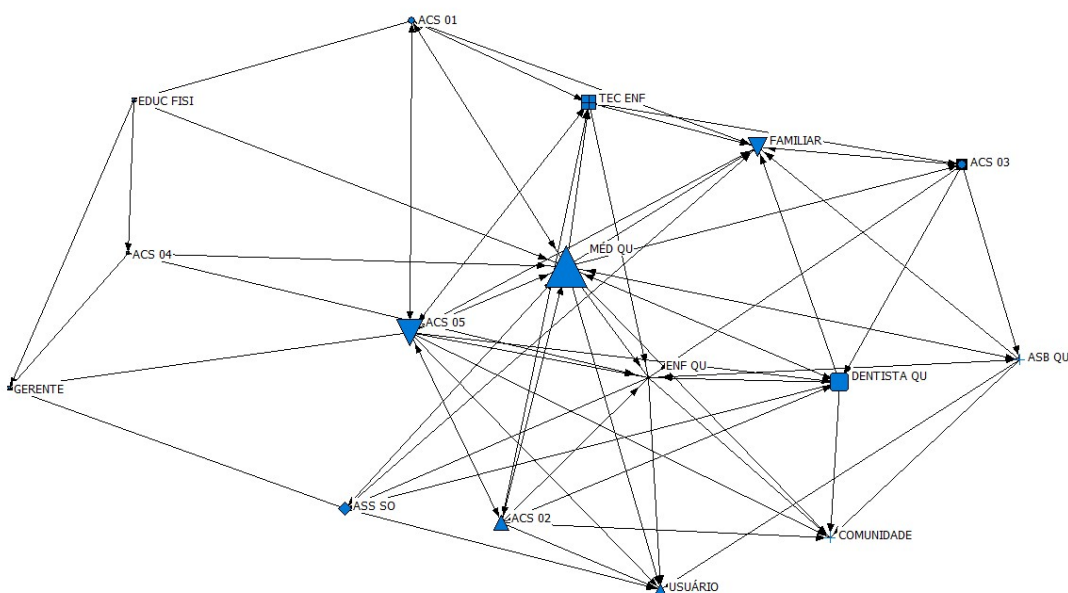
Percebe-se que o enfermeiro tem algum grau de entrada (3) e saída (4), já o técnico de enfermagem apenas de saída – ou seja, ele busca os outros, mas não é buscado, o que indica um perfil ativo para buscar informações e recursos. O enfermeiro é mais buscado, mas não tanto quanto o médico.

A centralidade de grau apontada pelos ACS é baixa, colocando-os na periferia, exceto pelo ACS 01, que se destaca, consideravelmente, em termos de grau de centralidade. Acreditamos que isso esteja relacionado à sua vinculação à equipe e a ser visto no território como uma figura de referência de uma realidade instituída. Os demais ACS assumem uma posição mais de coadjuvante no cuidado ao idoso com demência, destacando a necessidade da incorporação destes profissionais em atividades mais participativas, relacionadas ao processo de trabalho. Por outro lado, sendo “laços fracos”, os ACS podem ter um papel importante na comunidade, devido a possibilidade de conexão com outros nós. Entendendo assim a importância e a riqueza de conhecimentos.

Entendendo assim a importância e a riqueza de conhecimentos que esses profissionais, como moradores do território, podem trazer para a discussão de casos e processos de trabalho voltados para a participação popular e coletiva.

É de extrema importância o investimento na potência do ACS no que se refere a um cuidado em saúde mais qualificado, processos de trabalhos com o uso de tecnologias leves, e considerá-lo como promotor da saúde, com apoio da clínica ampliada e organização popular (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Figura 11 - Rede social dos profissionais da Equipe B segundo a centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2023



Fonte: A autora, 2022

Os atores representados pelos nós com maior centralidade de grau, segundo figura acima, são os que aparecem com os símbolos maiores na rede. Sendo eles: a figura do enfermeiro como principal seguindo da médica.

Quadro 11 - Medidas de centralidade dos atores pertencentes a Equipe de saúde da Família B

Atores	Grau de entrada	Grau de Saída	Grau
ACS 01	3	5	20
ACS 02	3	7	20
ACS 03	2	5	13
ACS 04	1	3	06
ACS 05	3	7	46
Gerente	3	0	13
Gestão	0	0	0
Usuário	0	0	20
Ass so	4	4	26
Dentista QU	3	6	20
ASB QU	7	4	26
Familiar	6	0	40
Téc. enf. QU	1	6	06
Comunidade	6	0	0
Méd. QU	4	5	36
Enfer. QU	7	9	48
Educ. Fís.	3	2	20

Fonte: A autora, 2022.

Os atores MÉD QU (36), ENF QU (48) e FAMILIAR (40) destacam-se nesta análise de centralidade de grau. Ao contrário da Equipe A, a Equipe B centraliza o papel dos profissionais médico e enfermeiro como norteadores do cuidado ao idoso com demência. Isso demonstra que o processo de trabalho da Equipe B não está tão concentrado em um único profissional, como a figura do médico. Isso também pode ser observado ao analisar o grau dos demais membros da equipe, sejam de nível superior ou de nível médio; todos apresentam valores semelhantes, sugerindo uma circulação mais facilitada das informações entre os membros da equipe.

Muito provável, devido ao tempo de permanência na equipe e à sua resolutividade nos processos internos, o enfermeiro e o médico se destacam como figuras centrais. No estudo de Peduzzi *et al.* (2012), o enfermeiro também aparece como responsável pela gestão do cuidado, mas muitas vezes acaba assumindo um papel de solucionador de problemas com tarefas fragmentadas, o que contradiz a ideia de um modelo integral de cuidado. O autor observa que o enfermeiro que atua na APS assume um papel multiprofissional, intermediando entre o usuário e a resposta dos serviços. Acredita-se que a centralidade do profissional médico pode estar ligada ao fato de ser o profissional que prescreve os medicamentos e por isso assume uma postura de ser acessado (grau de entrada) e ativo (grau de saída) na resolução de casos complexos que envolvam condutas médicas.

A figura do gerente não se destaca com expressão. E assim como na Equipe A, observa-se que os profissionais da Equipe B mencionam os familiares como importantes no processo de trabalho da equipe no que diz respeito ao cuidado de pessoas idosas com demência.

Um dado notável é que o ACS 05 se destaca em termos de centralidade, possivelmente, devido ao seu maior tempo de serviço e vínculo mais sólido com o território, tornando-o uma referência para os outros membros da equipe.

5.3 Integração dos resultados das abordagens qualitativa e quantitativa

A integração dos dados das duas etapas é fundamental nos métodos mistos, pois permite uma visão ampla e mais completa do objeto de estudo. A Figura 12 representa a dualidade encontrada no processo de trabalho dos profissionais das ESF, entre as redes instituídas e instituintes. A integração dos resultados qualitativos e quantitativos demonstra claramente que as redes instituídas são rompidas pelo movimento das redes vivas dos usuários.

Para os profissionais que direcionam seus processos em redes instituídas e protocolares, há uma intensa produção de redes invisíveis que se desenvolvem nos espaços vazios dessas redes instituídas. Os sujeitos que mais contribuem para esse processo são os ACS, profissionais com um vínculo mais forte no território e, portanto, maior disponibilidade relacional para construir as redes vivas dos usuários.

Figura 12 - Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre os Movimentos de Redes Viva em uma rede Instituída e fatores que contribuem para esta percepção

"A filha na ocasião ficou muito contrariada relatando que o médico da atenção primária não cuidava de paciente com diagnóstico de demência e que ela teria o direito de escolher aonde gostaria de tratar sua mãe" (Rede viva).

"Sua filha começou a relatar os caminhos percorridos na busca de cuidados e que nunca aceitou o cadastro na atenção primária por entender que sua mãe precisava de um especialista" (Rede viva).

"É notório também que a filha buscou acesso a rede de uma forma não protocolada e definida pelas redes de atenção, contrariando o que está instituído" (Instituído x Instituinte).

"Entendeu-se que os profissionais de saúde envolvidos na cena experienciaram de uma forma inovadora de compreender a saúde, de necessidade de uma aproximação do cuidado na vida real" (Visita domiciliar e experiência cartográfica).

A visita domiciliar é um instrumento de potência que permite ao profissional mergulhar no mundo do outro". (Visita domiciliar).

Conexões na rede social que contribuem para este processo

·Percebeu-se que a equipe B se difere das demais redes pela horizontalidade das relações entre os atores e maior coesão entre os envolvidos, sobretudo, os agentes comunitários de saúde" .

Os disparos feitos em direção aos atores familiares, usuário e comunidade é outro ponto que merece ser destacado.

"O Agente comunitário 01 se destaca no que se refere ao grau de centralidade. Acredita-se que esteja relacionado a sua vinculação à equipe e de ser visto no território como uma figura de referência".

Fonte: A autora, 2023.

A figura 13 representa as barreiras de acesso a produção de cuidado pautada em um modelo biomédico, no qual se reproduz em um processo de trabalho morto, centrado no saber de um único profissional, de forma prescritiva, sem a participação do usuário e demais membros da equipe. Esta medicalização do cuidado é expressa, através da representação gráfica a partir

da percepção dos próprios profissionais da ESF, que reproduzem um cuidado pobre e não relacional.

Figura 13 - Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre as barreiras de acesso à produção de cuidado pautada em um modelo biomédico e fatores que contribuem para esta percepção.

"Barreiras de acesso são enfrentadas pela usuária Praiana, cadastrada em uma equipe que trabalha em lógica biomédica" (Modelo biomédico).

"Percebeu-se uma disputa de projeto de cuidado entre a filha da idosa e os profissionais da rede. De um lado a equipe elaborou um PTS e por outro a usuária não foi reconhecida como interlocutora deste discurso" (Disputa de projeto de cuidado).

"As necessidades da filha da idosa não foram atendidas, mas para a atenção secundária sim, pois a redirecionou nas redes de atenção e encaminhou para a assistente social" (Tecnologia branda - dura x leve e relacional).

"A idosa Praiana através dos sons da natureza expressou e conduziu a equipe para os cuidados da mesma e que mesmo diante de um quadro demencial ela era um ser existencial. Estas ações oferecidas por um profissional de saúde são realizadas através de um trabalho vivo em ato, é um ato relacional. Expresso por falas, escutas e interpretações" (Trabalho vivo e tecnologia leve).

Conexões na rede social que contribuem para este processo

"A centralidade de grau do ator Médico pode ser expressa em ações centradas na figura deste profissional, no que se refere ao acompanhamento do idoso" .

" Destaca-se a importância da aproximação dos usuários com menor grau de centralidade, com o objetivo de trazer os usuários para diálogo e discussão conjunta e cuidado ampliado com uma equipe multidisciplinar".

Fonte: A autora, 2023

A figura 14 representa a pluralidade que a construção das redes vivas proporciona no território, através do caminhar do usuário guia, diante de uma rede fragmentada. É expressa através de uma representação gráfica na qual os ACS interagem mais entre si, citam a comunidade e usuário como importantes no processo de cuidar e estão dispostos na periferia

destas redes sociais. Estas redes podem se conectar a outras redes, sendo a força dos elos fracos como rotas de fuga.

Além disso, a figura 14 representa a figura central do gerente local da Unidade de saúde como norteador no direcionamento do cuidar, diante uma rede de atenção com casos “complexos”. Desta forma, esta figura gerencial impulsiona o trabalho das equipes de saúde da família visando a corresponsabilização do cuidado e responsabilização. O gerente, também, é representado de forma gráfica como central na equipe, quando ela é médico centrada, fragmentada e com baixa comunicação.

Figura 14 - Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre ser o gerente local da unidade de saúde o norteador no direcionamento do cuidar de casos “complexos” e fatores que contribuem para esta percepção.

"A técnica de enfermagem apontou a fala rude da filha da idosa ao falar, exigindo atendimento porque estava com uma demanda judicial e que o juiz solicitou que fosse procurada a gerente da unidade" (Casos complexos).

"A gerente levou o caso para reunião de equipe solicitando visita domiciliar de urgência" (coordenação do cuidado).

"O enfermeiro relatou que o caso da usuária deveria ser acompanhado pelo CAPS devido a sua complexidade e que não visualizava a necessidade do seu acompanhamento" (responsabilidade territorial).

Conexões na rede social que contribuem para este processo

Destacamos a centralidade de grau do gerente e do médico, quando comparado as demais categorias. A figura do gerente é acionado frequentemente pela equipe, em especial, se envolver encaminhamentos para as redes de atenção".

Fonte: A autora, 2023.

A figura 15 representa a pluralidade que a construção das redes vivas proporciona no território, através do caminhar do usuário guia, diante de uma rede fragmentada. É expressa por uma representação gráfica na qual os ACS interagem mais entre si, citam a comunidade e usuário como importantes no processo de cuidar e estão dispostos na periferia destas redes sociais. Elas podem se conectar a outras redes, são a força dos elos fracos como rotas de fuga.

Figura 15 - Integração dos resultados da Cartografia com a Análise de Redes Sociais sobre a pluralidade da construção das redes vivas no território, através do caminhar do usuário guia e fatores que contribuem para esta percepção.

"Dona Luciola queria o apoio da associação de moradores, através de um projeto na comunidade de cuidadoras voluntárias para pessoas idosas acamados. Estava na lista de espera! O Acs fez contato com o presidente da associação de moradores para entender como funcionava o serviço. Após a conversa foi conseguido uma cuidadora de segunda a sexta" (Redes Vivas).

"Uma ONG, indicada pelo presidente da associação, que doava alimentos, colchão, cadeiras de rodas e fraldas tinha sido acionada para ajudar aquela família (Redes Vivas).

"A funcionária do hospital, não avaliou e acolheu o caso da Dona Mariazinha e a responsabilização por aquela vida e história não foi evidenciada" (Rede Fragmentada).

Conexões na rede social que contribuem para este processo

"Destaque deve ser dado para os atores ACS da equipe A que realizam ligações unidirecionais, ou seja, não interagem de forma completa com outros atores da rede, estão à margem das mesmas"

Fonte: A autora, 2023

A análise integrada permitiu inferir que os dados encontrados nas análises se complementam e se validam. As meta-inferências e interpretações oriundas dos dados quantitativos e qualitativos são apresentadas a seguir:

- a) Os profissionais de saúde estão imersos em um mundo institucionalizado e, frequentemente, se confrontam com os processos da micropolítica em seu processo de trabalho, à medida que os usuários expressam suas vozes ao tentar desfazer esse instituído.
- b) Permitir e aceitar que o usuário exerça sua autonomia e busque o serviço de saúde que lhe parece mais adequado é um desafio, pois, por vezes, os profissionais assumem o papel de coordenadores do cuidado.
- c) A APS, operando em uma lógica medicalizada, muitas vezes não assume o papel de coordenadora do cuidado, uma vez que os profissionais baseiam suas ações em práticas estabelecidas em suas próprias lógicas e saberes. O usuário é frequentemente visto como um objeto de ação vazio e desprovido de experiências.
- d) A VD é um instrumento relacional para a construção do vínculo e os agentes comunitários desempenham um papel importante nesse processo.

- e) O cuidado é um evento e não um percurso a ser definido. Ele surge a partir das necessidades percebidas pelo usuário, que traça suas próprias redes de cuidado. Esse cuidado não deve ser protocolado e definido pelo profissional de saúde; o usuário deve ser o protagonista de sua própria história.
- f) As redes vivas traçadas pelos usuários em busca de cuidados fora das instalações da instituição de saúde possibilitam inúmeras conexões que são invisíveis aos olhos dos profissionais de saúde. Os ACS se destacam como figuras importantes, devido ao seu vínculo territorial, auxiliando os usuários na construção dessas redes.
- g) Existem potencialidades da equipe multidisciplinar e das Redes Vivas através de uma intensa articulação com seus respectivos protagonismos facultando a importância de cada membro visando sua atuação autônoma como relevante através da horizontalidade das atividades e integração dos cuidados que de fato beneficiam o usuário e a própria comunidade. Apesar das dificuldades vislumbradas na equipe A e a equipe B com relação as próprias dificuldades sociais e institucionais ainda assim é notório a importância das redes invisíveis descritas. Estas sim ajudam a potencializar as ações integradas de cuidado.
- h) As relações encontradas nos “laços fracos” em uma rede social, são essenciais e potentes para a disseminação do novo para o externo, por serem redes constituídas de profissionais que podem ter experiências mais diversificadas com o território e estarem mais abertos as redes vivas traçadas pelo usuário.
- i) O gerente atua como coordenador dos fluxos nas equipes em que o trabalho é medicalizado, e muitas vezes não há responsabilização pelos casos complexos.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é um desafio para o SUS, sobretudo, quando esse processo está relacionado ao acometimento de doenças crônicas, como as demências. A síndrome demencial afeta, prioritariamente, os processos cognitivos e resulta na perda da capacidade funcional das pessoas idosas, o que compromete a qualidade de vida deles e de suas famílias. Portanto, os profissionais que atuam na ESF devem estar preparados para reconhecer, diagnosticar, tratar e gerenciar os cuidados prolongados de pessoas idosas com síndromes demenciais e cuidadores. No entanto, na prática, lidamos com uma rede de atenção que produz cuidados fragmentados e medicalizados e que cria barreiras de acesso a esse cuidado integral.

Incluir a pessoa idosa com demência e seus familiares na produção desse cuidado, considerando-os protagonistas na construção dessa rede, abre espaço para a integralidade em saúde. A construção de suas próprias redes em um território existencial deve estar aliada a um conjunto de ações oferecidas pelos profissionais de saúde, por meio de um trabalho vivo em ato, com espaço para diálogo, escuta, interpretação e readequação de condições inadequadas ou criação de novas estratégias de cuidado.

Diante do exposto, confirma-se que a construção de redes vivas feitas pela pessoa idosa com demência e seus familiares na produção de cuidados sob a ótica dos profissionais de saúde da APS permite o estabelecimento de várias conexões e serviços no território e fora das instituições de saúde. Quando essas redes são visíveis para os profissionais de saúde, possibilita o encontro entre trabalhadores e usuários de forma relacional. Assim, o PTS do usuário com demência se torna mais qualificado, indo além do que está instituído nos protocolos das equipes de saúde da família, mas considerando a capacidade funcional atualizada da pessoa idosa e a complexa demanda de quem cuida, próprias do ambiente domiciliar.

Nesse contexto, o objetivo principal deste estudo, que consistia em analisar a produção de cuidados para pessoas idosas com demência e seus cuidadores por meio dos Movimentos de Redes Vivas (MRV) e da Análise de Redes Sociais (ARS) em uma unidade de Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro foi atingido, pela integração dos dados das etapas qualitativa e quantitativa, conforme previsto na metodologia proposta. A metodologia mista se mostrou eficaz para elucidar a complexidade do tema. O desenho do estudo com a triangulação concomitante, atendeu ao propósito de explicar os resultados com profundidade e produzir inferências congruentes.

Quanto aos primeiros e segundos objetivos específicos, foram alcançados quando as equipes de saúde, por intermédio de grupos focais, construíram FA que descreveram os caminhos percorridos pelas pessoas idosas com demência e seus familiares na busca de cuidados, e discutiram os movimentos de redes vivas das pessoas idosas com demência graças as conexões existenciais estabelecidas.

As redes vivas traçadas pelo usuário produzem cuidados que vão muito além do que os profissionais de saúde se permitem envolver. Todos os participantes, incluindo profissionais de saúde, pessoas idosas, familiares, vizinhos e membros da comunidade, desempenham papéis cruciais na construção efetiva de um plano de cuidados liderado pelo usuário guia. Esses encontros e experiências ocorrem no território, com respeito mútuo pelas perspectivas individuais, visto que todos são seres pensantes e acumuladores de experiências de vida e cuidado. Foi reescrito como "Esses dados são relatados nos grupos focais pelas equipes guia".

O terceiro e quarto objetivos específicos foram alcançados, a partir das análises dos questionários com os profissionais atuantes nas ESF sobre o processo de trabalho determinado para que se estabeleça uma rede de cuidados de pessoas idosas com demência e seus familiares. Estes resultados foram colocados em forma de representação gráfica ficando claro as relações e vínculos existentes entre os profissionais das ESF. Estas relações aparecem de forma frágil, com centralidade de condução dos processos de trabalho em uma categoria profissional; pouca participação da equipe multidisciplinar, pouca sinalização por parte da equipe de ESF sobre importância de atores extra muros da instituição, como elos fortes nesta rede, na produção do cuidado; necessidade do envolvimento do agente comunitário de saúde nos diálogos na construção compartilhada do cuidado e direcionamento de ações promotoras de cuidado nos territórios.

Nos deparamos com redes frágeis e medicalizadas, e com o empobrecimento da APS, quando direciona seus processos de trabalhos de forma prescritiva, soberana e sem humanização. No entanto, o modelo biomédico foi importante e esteve presente na maioria das práticas de saúde durante o século passado. Sendo entendido ao passar dos anos que a saúde não depende apenas de questões orgânicas, ela depende também além da existência da própria doença, da morte, do sofrimento, da alegria, das emoções etc. Sendo assim entendemos que existe força e potência nestas redes, desde que os princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam respeitados e colocados em prática pelos profissionais de saúde.

Em parte da rede observamos encaminhamentos para os centros de referência de assistência ao idoso e serviços de reabilitação que não atendem as necessidades de acompanhamento da referida população transferindo a responsabilidade por este cuidado única

e exclusivamente aos familiares das pessoas idosas, que buscam apoio através de redes invisíveis, muitas das vezes, para os profissionais de saúde.

Neste estudo não foi identificada a realização de diagnóstico situacional sobre as necessidades da população idosa cadastrada no território de abrangência das ESF. Não foi observada a prática da avaliação multidimensional da pessoa idosa para estratificação de riscos, conforme as diretrizes da Política Nacional de saúde do Idoso (PNSI). Desta forma, a construção de um PTS qualificado e integral não é realizado, impactando os direcionamentos oportunos para as redes de atenção, quando resolutivas.

Pode-se apresentar como uma das limitações do estudo a ausência de participação do usuário e seus familiares, vizinhos, associações de moradores, entre outros na construção do FA. Foram incorporados apenas relatos do prontuário eletrônico e encaminhamentos nos Sistemas de regulação, além de entrevistas com algumas pessoas pertencentes a rede construída pelos usuários. Outra limitação foi a aplicação das entrevistas das análises de redes sociais apenas aos profissionais de saúde. Entrevistar os usuários e familiares para reconhecer de forma gráfica os elos estabelecidos por eles no território, complementaria o estudo.

Entender e reconhecer que o usuário e seus familiares têm voz e são protagonistas na construção de suas próprias redes na produção do cuidado é essencial para os profissionais de saúde, como experienciar encontros produzidos na realidade destes usuários. Tal ação só ocorre quando os profissionais de saúde não se percebem como direcionador principal dos processos de cuidar da vida do outro e detentor de um conhecimento soberano.

Para tanto, a mudança do direcionamento dos seus processos de trabalho pautados sob uma lógica biomédica e prescritiva é relevante para que exista uma mudança de atitudes por parte dos profissionais de saúde, quanto à humanização e à qualidade do cuidado. Acreditamos no investimento em educação permanente para os profissionais de saúde, a fim de que estejam mais capacitados para atender a pessoa idosa com demência. É importante a mudança de postura no que se refere a aceitação de que os usuários também podem guiar a sua própria trajetória e nem sempre precisam ser guiados no percurso das suas redes na produção de cuidados.

É nesta lógica que acreditamos ter contribuído de fato para a prática dos profissionais participantes deste estudo que experienciaram esta nova forma de cuidar através da ótica do usuário. Pois demonstraram estar mais sensíveis na escuta e abertos a novas formas de cuidar menos protocolares e prescritivas.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o ensino, a assistência e a pesquisa, uma vez que aponta fragilidades na coordenação do cuidado feita pela APS. Reconhecer o usuário como o coordenador do seu próprio cuidado é essencial para uma assistência mais resolutiva,

real e qualificada. Entender isso faz com que o profissional de saúde experiencie uma nova lógica de cuidados, pautados no respeito, humanização e diálogo.

REFERÊNCIAS

- ALEJANDRO, Valentina; NORMAN, Adriano. **Manual introdutório à análise de redes sociais:** medidas de centralidade. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, 2005. Disponível em: <https://docplayer.com.br/4895662-Manual-introdutorio-a-analise-de-redes-sociais.html>. Acesso em: 27 out. 2023.
- ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. *In:* **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 131-150.
- ALVES, Kisna Yasmin Andrade; NASCIMENTO, Camila Priscila Abdias do; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. A visita domiciliar como tecnologia de cuidado, ensino e pesquisa na enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE Online** [Internet]. 2014(Supl. 2): 3776-3783. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10120/10604>. Acesso em: 27 out. 2023.
- ALVES, Líndia Kalliana da Costa Araújo *et al.* **Capacitação de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família:** análise do processo de educação permanente para o Sistema Único de Saúde. *Nursing* (São Paulo), São Paulo, v. 21, n. 247, p. 2506-2512, 2018.
- ANDRADE, Daniel Marques; DAVID, Helena Maria. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 852-855, 2015.
- ASSIS, Maria Alice Alves de; JESUS, Washington Luiz Assunção de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, novembro de 2012.
- BADUY, Ricardo S. *et al.* "Mas ele não adere!" - o desafio de acolher o outro que é complexo para mim. *In:* MERHY, Eliana Elisa *et al.*, org. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** Surpreendendo o instituído nas redes. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 220-227.
- BALBINO, Ana Cristina *et al.* Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde** [Internet]. 2010 Jul; 8(2): 249-266. DOI: 10.1590/S1981-77462010000200005.
- BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 6ª ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

BASTIAN, Mathieu; HEYMANN, Sebastien; JACOMY, Mathieu. Gephi: An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks. *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 361-362, 2009. DOI: 10.1609/icwsm.v3i1.13937. Disponível em: <https://ojs.aaai.org/index.php/ICWSM/article/view/13937>. Acesso em: 30 out. 2023.

BENTUR, Netta; STERNBERG, Sergio A. Dementia care in Israel: top down and bottom-up processes. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2019 Feb 20; 8(1): 22. DOI: 10.1186/s13584-019-0290-z. PMID: 30782215; PMCID: PMC6381731. Disponível em: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-019-0290-z>. Acesso em: 30 out. 2023.

BEZ, Gustavo S.; FARACO, Renata A.; ANGELONI, Maria T. Uma proposta de utilização da técnica de análise de redes sociais na Universidade do Sul de Santa Catarina. *Perspectivas Contemporâneas*, v. 6, n. 2, p. 53-79, 2011.

BISPO JÚNIOR, José P.; MOREIRA, Danielle Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2017; 33(9): e00108116. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8dTstJy4fjXWTKTPNkMTgrn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2023.

BLASCO, Maria Beatriz; MERHY, Emerson Elias; PLA, María. *Devenir cartógrafa*. Athenea Digital, 2016, v. 16, n. 3, p. 229-243.

BORGATTI, S. P. 2-Mode concepts in social network analysis. *In*: MEYERS, R. A. (Ed.). *Encyclopedia of complexity and system science*. Heidelberg: Springer, 2009.

BORGATTI, Steve P.; EVERETT, Martin G.; JOHNSON, Jeffrey C. *Analyzing Social Networks*. London: SAGE, 2013. 312 p. ISBN: 978-1446267361

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas** (PEAD 2009-2011). Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 34 – Saúde Mental**. Brasília: Editora MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. **Regulação de Exames e Consultas.** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/regulacao-de-exames-e-consultas-1>. Acesso em: [Inserir a data de acesso]. Acesso em: 27 out. 2023.

CALDAS, Cláudia Pires *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>. Acesso em: 25 jun. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Claudia. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007; 23(2):399-407.

CARRINGTON, Peter J.; SCOTT, John. **The SAGE Handbook of Social Network Analysis.** London: SAGE Publications Ltd, 2014. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446294413>. Disponível em: <https://methods.sagepub.com/book/the-sage-handbook-of-social-network-analysis/n1.xml>. Acesso em: 27 out. 2023.

CARVALHO, Daniela Pereira. *et al.* Caregivers and implications for home care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 2015; 24(2):450–8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>.

CARVALHO, Nathália Ribeiro; *et al.* Percepções e práticas do técnico de Enfermagem sobre a Visita Domiciliar na Atenção Primária. **Revista de Enfermagem da UFJF**, 2019; 5(1):1–17. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2019.v5.26768>.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde.** 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. 160 p.

CORDEIRO, Luciane; BALDINI SOARES, Claudia. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 37–43, 2020. DOI: 10.52753/bis.2019.v20.34471. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34471>. Acesso em: 30 out. 2023.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. **Plano de Pesquisa de Métodos Mistos**. 2ª Ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 276p.

CRUZ, Thayse Juliana Pereira. **Personalidade de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer e funcionalidade familiar: contribuições para a prática de enfermagem**. 116f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

CRUZ, Thayse Juliana Pereira; *et al.* Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 510–516, maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B59Tg7fsFpNdPNnS68vCzyP/#>. Acesso em: 27 out. 2023.

CUNHA, Elenice Mendes; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(sup11), 1029-1042, 2011.

CUSTODIO, Nilton *et al.* Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. **Frontiers in Aging Neuroscience**, vol. 9, 221, 13 Jul. 2017 DOI: 10.3389/fnagi.2017.00221.

DAMACENO, Maria José Camelo Fávero; CHIRELLI, Mara Cristina. **Análise das ações de saúde do idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família em município do interior do estado de São Paulo** [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2017.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Boston: Harvard University Press, 1973.

ESSER, C. D. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3515-3624, 2010.

ESUS. **Prontuário eletrônico da Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira**. Rio de Janeiro, RJ: SMS/RJ, 2020. Disponível em: <https://10.92.88.20:8080/static/index.html>. Acesso em: 24 jan. 2024.

FARINA, Modesto C. *et al.* Uma investigação da centralidade e da densidade de uma rede de empresas que atuam na realização de festas e de casamentos. **Revista Alcance**, v. 20, n. 2, p. 170-185, 2012.

FERREIRA, Felipe P. C.; BANSI, Luiz O.; PASCHOAL, Sérgio M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13053.

FONSECA, José S. **Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, p. 135-160.

GAWRYSZEWSKI, Alcides Rogério Becker; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Ana Maria Tavares. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>. Acesso em: 16 jan. 2019.

GROSSETTI, Michel. Sociologie de l'imprevisible. **Dynamiques de l'activité et des formes sociales**. Paris: PUF Collection, 2004. 225p.

GUETTERMAN, Timothy C.; FETTERS, Michael D.; CRESWELL, John W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint display. **Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 554-561, Nov. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33892334/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

HANNEMANN, R. A. **Introducción a los métodos del análisis de redes sociales**. Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside, 2000. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/webredes>. Acesso em: 10 dez. 2019.

HATALA, John. P. Social network analysis in human resource development: a new methodology. **Human Resource Development Review**, v. 5, n. 1, p. 45-71, 2006.

HIRAKAWA, Yoshihisa; CHIANG, Chifa; AOYAMA, Atsuko. A qualitative study on barriers to achieving high-quality, community-based integrated dementia care. **Journal of Rural Medicine**, v. 12, n. 1, p. 28-32, 2017.

HUGHES, John; *et al.* Emergent approaches to care coordination in England: exploring the evidence from two national organizations. **Care Management Journal**, v. 12, n. 4, p. 194-201, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022: panorama**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama> – Censo 2022. Acesso em: 24 jan. 2024.

IERVOLINO, Sueli Aparecida; PELICIONE, Maria Cristina A. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

INGHAM-BROOMFIELD, Rebecca. A nurse's guide to mixed methods research. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 4, p. 46-52, 2016. Disponível em: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol33/Issue4/5Broomfield.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

KAUFMAN, Danilo. **A força dos "laços fracos" de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço**. Galaxia (São Paulo, Online), n. 23, p. 207-218, jun. 2012

KIM, W. S. *et al.* Forging a Frailty-Ready Healthcare System to Meet Population Ageing. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, p. 1448, 2017. DOI: 10.3390/ijerph14121448.

KIM, Young Soon *et al.* Development of a senior-specific, citizen-oriented healthcare service system in South Korea based on the Canadian 48/6 model of care. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 32, 2020. DOI: 10.1186/s12877-019-1397-3.

LANDERS, Sue *et al.* The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. **Home Health Care Management and Practice**, v. 28, n. 4, p. 262-278, 2016. DOI: 10.1177/108482231666636

LANDIM, Edivânia Lucia Araujo Santos; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 161-173, 2020.

LETHIN, Christine *et al.* Dementia care and service systems – a mapping system tested in nine Swedish municipalities. **BMC Health Services Research**, v. 18, p. 778, 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3592-x.

LIMA, Rosiane Campos Della Giustina *et al.* Significando os sentidos da vida na formação dos profissionais de saúde: com a palavra os estudantes de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. **Cogitare Enfermagem**, 2009; 16(1): 167-170.

LIN, P. J. *et al.* Developing a Sustainable Long-Term Ageing Health Care System Using the DANP-mV Model: Empirical Case of Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 8, p. 1349, 15 de abril de 2019. DOI: 10.3390/ijerph16081349.

LOPES, Juliana Silva. **Equipe de Enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde: o trabalho fora da Unidade** [monografia]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

LOURAU, René. **Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004

LOURENÇO, Thaís Martins. *et al.* Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/25.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

MALTA, Denise C.; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MALTA, Ellen Mara Braga Reis *et al.* Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 24, supl. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190449>. Acesso em: 13 dez. 2022.

MARQUES, Giselda Castro Silva *et al.* Profissional Enfermeiro: Competências e habilidades para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 307-326, 2018. DOI: 10.23925/2176-901X.2018v21i2p307-326.

MARQUÉS-SÁNCHEZ, Pilar *et al.* El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. **Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**, v. 25, n. 2, p. 140-162, 2014.

MARTELETO, Regina Maria. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Ciência da Informação**, [S.l.], v. 39, n. 1, p. 27-46, 2010. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/view/26/56>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MARTELETO, Regina Maria; TOMAÉL, Maria Inês. A metodologia de análise de redes sociais. *In*: VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005. p. 81-100.

MATTOS, Emanuela Bezerra Torres; BARBOSA, Mariana de Castro; MENDES, Rosilda. Capacitação de agentes comunitários de saúde para a detecção da demência na fase leve. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 27, p. e42244, 2019. DOI: 10.12957/reuerj.2019.42244. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/42244>. Acesso em: 30 out. 2023.

MATTOS, Ruben (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC: Abrasco, 2015

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 1. ed. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 549 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 15 abr. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. (org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C. **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MERHY, Emerson Elias (Org.). **Pesquisa Saúde Mental: acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas**. Campinas, 2011. Relatório final CNPq, Processo 575121/2008 4.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg Saúde Debate**, 2014; (52): 153-164.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 2014; 52: 153-164.

MERHY, Emerson Elias. “As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas”. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. v. 14. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf. Acesso em: 19 maio 2016.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (organizadores). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. v. 1, p. 21-45.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, *In*: MERHY, E. E e ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p. (Saúde em debate,145).

MERHY, Emerson Elias.; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SES, MG, 2006. Linha Guia. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?op>. Acesso em: 28 out. 2023.

MORGAN, D. *et al.* Barriers and facilitators to development and implementation of a rural primary health care intervention for dementia: a process evaluation. **BMC Health Serv Res** 19, 709 (2019). DOI: 10.1186/s12913-019-4548-5.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, 2018, p. 11-24. DOI: 10.1590/0103-1104201811601.

MOSCA I, *et al.* Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. **Int J Health Policy Manag.** 2017 Apr 1;6(4):195-205. DOI: 10.15171/ijhpm.2016.109.

NAKANISHI, M; YAMASAKI, S; NISHIDA, A. In-hospital dementia-related deaths following implementation of the national dementia plan: observational study of national death certificates from 1996 to 2016. **BMJ Open**, 2018 Dec 16; 8(12): e023172. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023172.

NAKATA, Liliane Cristina *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020

NOGUEIRA, I.S., BALDISSERA, V.D.A. Continuing Health Education in elderly care: difficulties and facilitators of the Family Health Support Center. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: [URL]. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0028>.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, 2021.

OLIVEIRA, Karoline de Castro; ZANETTI, Maria Lúcia. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jan. 2019.

OLIVEIRA, Márcia dos Reis Marques *et al.* Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? *Saúde debate*, v. 39, n. 105, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002019>.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2010.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde. In: **Relatório sobre a Conferência Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, realizada de 6 a 12 setembro de 1978. Brasil, 1979.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 120 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Série Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: **Documento de Posicionamento da OPAS**. Washington: OPAS, 2007.

PALMA Rafael *et al.* Functional capacity and its associated factors in the elderly with low back pain. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 295-299, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v22n6/1413-7852-aob-22-06-00295.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

PAPINUTTO, Adriana de S. Thiago. **O território na construção do conhecimento local na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis/RJ**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PEDUZZI, Marina *et al.* Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2012. p. 217-243.

PEREIRA, Keila Cristina Rausch *et al.* Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00208815.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002. DOI: 10.1590/S0034-89102002000700008.

PETERS, MDJ *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBIManual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: 10.46658/JBIMES-20-12.

PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de; BONAMIGO, Andrea Wander. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 187-197, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S415.

RAIDER, H.; KRACKHARDT, D. Intraorganizational networks. In Baum, J. A. C.(Ed.), **Companion to organizations**. Oxford: Blackwell, 2001.

RAMOS, T.C.S. *et al.* Redes sociais de gestantes de risco habitual na Atenção Primária à Saúde: a influência das relações no cuidado pré-natal. **J Manag Prim Health Care**, 2020. Acesso em: 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/994/911>.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, 2010. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Legislação e políticas públicas sobre drogas. Brasília (DF): SENAD; 2010

REYES GUTIÉRREZ, A. Models of Palliative Care Service and Social Determinants of Health: Setting Integration Service in the National Health System of Mexico. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3, 2015, México City. Anais eletrônicos. London: **International Journal of Integrated Care**, 2015. Disponível em: [inserir o URL aqui]. Acesso em: 14 jun. 2016.

RIOS, Ariane Goim *et al.* A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 08, pp. 3077-3086, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.12972020>

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de esf e nasf. : experiência de profissionais de ESF e Nasf.Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 114, p. 694-706, set. 2017.

SECCO, Ana Caroline *et al.* Educação Permanente em Saúde para Agentes Comunitários: um Projeto de Promoção de Saúde. Gerais, **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 1-17, jan. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000100009&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130108>. Acesso em: 21 jan. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Regimento interno da Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira**. Rio de Janeiro, RJ: SMS/RJ, 2016. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/clinicas-da-familia-inauguradas/ap-3.1/clinica-da-familia-maria-sebastiana-de-oliveira>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SEIXAS, Cláudia Tavares *et al.* Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Daniela Costa; MERHY, Emerson Elias (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 391-407.

SILVA VIANA, D. M. *et al.* A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro**. Publicado online. DOI: 10.19175/recom.v0i0.470, 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005.

SILVA, Tarciso Feijó. **Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica**. 2019. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS), 2002.

STEPHEN, R. *et al.* Physical Activity and Alzheimer's Disease: A Systematic Review. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 72, n. 6, p. 733-739, 2017. DOI: 10.1093/gerona/glw251.

TAM-THAM, H. *et al.* Provision of dementia-related services in Canada: a comparative study. **BMC Health Services Research**, 2016 Mai 17; 16:184. DOI: 10.1186/s12913-016-1435-1.

THYRIAN, J. R. Pessoas com demência na atenção primária: prevalência, incidência, fatores de risco e intervenções. **Z Gerontol Geriatr**, v. 50, Suppl 2, p. 32-38, maio 2017. DOI: 10.1007/s00391-017-1223-5.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 2021, p. 4769-4782.

TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais. **Transinformação**, v. 25, n. 3, p. 245–253, set. 2013.

TRICCO, A. C. *et al.* A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Medical Research Methodology**, 2018; 16:15. DOI: 10.1186/s12874-016-0116-4.


WANG, M., *et al.* Knowledge, attitudes and skills of dementia care in general practice: a cross-sectional study in primary health settings in Beijing, China. **BMC Fam Pract**, 2020; 21, 89. DOI: 10.1186/s12875-020-01164-3.

WEBER, Mônica Ludwig *et al.* Melhores práticas na perspectiva de enfermeiros da rede de atenção à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, 2020.

WILCOCK, J. *et al.* Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. **Aging Ment Health**, 2009; 13(2): 155-161

WONG, TKS *et al.* Desenvolvimento de um programa de aprendizagem integrativa para idosos com demência residentes na comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021, p. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4794.3486>

APÊNDICE A – Termo de anuência institucional



Clinica da Família Maria Sebastiana de Oliveira

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O/A Coordenação da Área Programática da 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Movimento de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia: o cuidado ao paciente idoso com demência, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Fernanda Maria da do Vale Martins Lopes da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), curso de doutorado, tendo como orientadora Profª Drª Célia Pereira Caldas.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

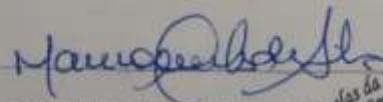
Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 14/05/2020


Assinatura e Carimbo do Diretor da Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira

Marcia Diniz da Silva
Coordenadora Geral
S / SUBINIV / CAP 3.1
MML 11 / 207.307-0

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “Movimento de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia: o cuidado ao paciente idoso com demência”, conduzida por Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Este estudo tem por objetivo: Analisar a produção do cuidado aos idosos com demência e seus cuidadores a partir dos Movimentos de Redes Vivas (MRV) e da Análise de Redes Sociais (ARS) em uma unidade Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) pelo fato de ser profissional pertencente à Clínica da Família citada no estudo e estar com vínculo ativo no Cadastro nacional estabelecimento de Saúde (CNES) e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízos como profissional atuante na referida Unidade de Saúde.

Os riscos são mínimos e podem estar associados a prejuízos em suas rotinas diárias do trabalho na Unidade de Saúde, desta forma, os participantes do estudo serão recrutados em horários que não atrapalhe suas atividades laborais respeitando a vontade do participante em não fazer parte da pesquisa. Além da garantia do anonimato, sigilo e confidencialidade das informações cedidas para o preenchimento do questionário e na participação dos grupos focais. Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, assim me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa. **Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda que ficará sob posse do pesquisador principal em ambiente seguro e domiciliar sendo os dados de internet em rede local assim como os bancos de dados utilizados em computador próprio. Com relação ao descarte das informações acessadas e/ou coletadas acontecerá após 5 anos. Os dados digitais serão deletados dos e-mails e banco de dados utilizados pelo pesquisador e os dados em papel serão picotados e desprezados em lixo domiciliar, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.** Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com dupla abordagem, qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa utilizará o método da Cartografia. A

abordagem quantitativa utilizará o método de Análise de Redes Sociais. Sendo assim, sua participação no estudo acontecerá nestes dois processos.

Na etapa dos estudos cartográficos serão utilizadas técnicas que permitem conhecer todo o acompanhamento do usuário e de suas redes, ou seja, os caminhos que o idoso com demência percorre em busca de seu cuidado. O processo cartográfico que será estruturado com os profissionais de saúde utilizando-se a técnica de grupo focal que dará origem a construção de um fluxograma descritor e diário de campo.

Na etapa dos estudos de Análise de Redes Sociais (ARS), objetivamos focar os padrões de relacionamento, a objetividade das relações, a possibilidade de mapeamento do fluxo da informação e dos padrões de comunicação, e revelação dos atores em posições de destaque na rede. Nesta fase utilizaremos um questionário *online* construídos a partir dos achados encontrados nos grupos focais, fluxograma descritor e diário de campo.

Os grupos focais serão utilizados como estratégia para se aproximar do campo de pesquisa, na perspectiva de elucidar como a lógica de organização se estabelece no cotidiano e como as relações/interações dos atores para produção do cuidado aos idosos com demência. Com a utilização do fluxograma descritor buscar-se-á compreender como o cenário de pesquisa está configurado; os diferentes serviços existentes e disponíveis para atendimento aos usuários; identificar a totalidade dos atores e seus papéis no campo; as relações/interações existentes entre eles a partir do acolhimento; os diferentes recursos que estão em circulação e o uso que os profissionais fazem desse para produção do cuidado. Na técnica de diário de campo, serão descritas as observações do pesquisador responsável, captadas durante todo o processo do estudo em que tiver contato com seu familiar idoso com demência. Desta forma, podem-se criar várias percepções das diferenças dos modos de vida e dos comportamentos observados. Ressalto que as informações coletadas serão mantidas em sigilo e podem ser acessadas pelo participante em qualquer momento que achar necessário. O questionário estruturado online será desenvolvido com os achados dos grupos focais, complementado com itens relacionados aos dados sociodemográficos e outras características pessoais que contribuam para caracterizar os participantes e definir o papel que ocupam no campo.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. As informações o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para a criação de políticas públicas mais adequadas e direcionadas para os idosos com Alzheimer que acessam os serviços de saúde em busca de cuidados. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do

pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Fernanda Maria do Vale Martins Lopes, enfermeira, endereço: Avenida dos Magistérios, s/n – Ilha do Governador – Rio de Janeiro, RJ, e-mail: fernandalopescfmso@gmail.com- Telefone: (021) 98652-0406. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Além do Comitê da UERJ, o Sr (a) pode tirar alguma dúvida quanto à ética do estudo, com o Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, **no telefone (21) 2215-1485 ou através do E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br**.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, _____ concordo em participar do estudo intitulado (título da pesquisa). Eu fui completamente orientado pelo _____ que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele / ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador. Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) familiar: _____

Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) responsável: _____

Assinatura: _____

MES/ETAPAS	2022												2023												2024		
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	
Produção final do texto	X																										
Entrega para Qualificação		X																									
Texto final			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Pré - Banca																									X	X	X
Defesa																											X

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados – Grupo focal com profissionais de Saúde



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem



Movimento de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia: o cuidado ao paciente idoso com demência

ROTEIRO DE ENTREVISTA DE GRUPO FOCAL

CONCEITO: é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões grupais, em que as pessoas compartilham algo em comum.

DICAS: não intervir o tempo todo, somente quando houver necessidade. Realizar questões adicionais, se necessário. Prestar bastante atenção no vocabulário, ao tom e a comunicação não verbal utilizados pelos participantes. Encorajar os participantes a “problematizar” conceitos.

Pesquisadoras responsáveis pela condução dos grupos focais: Fernanda Lopes (enfermeira)

Questões norteadoras para discussão em grupo:

- 1- Qual sua percepção sobre os caminhos em busca de cuidados o idoso com demência percorre no sistema de saúde?
- 2- Qual o fluxo e redes de atenção que você aciona durante o acompanhamento do idoso com demência?

APÊNDICE F – Instrumento de coleta de dados – Questionários profissionais de Saúde



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 Centro Biomédico
 Faculdade de Enfermagem



Movimento de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia: o cuidado ao paciente idoso com demência

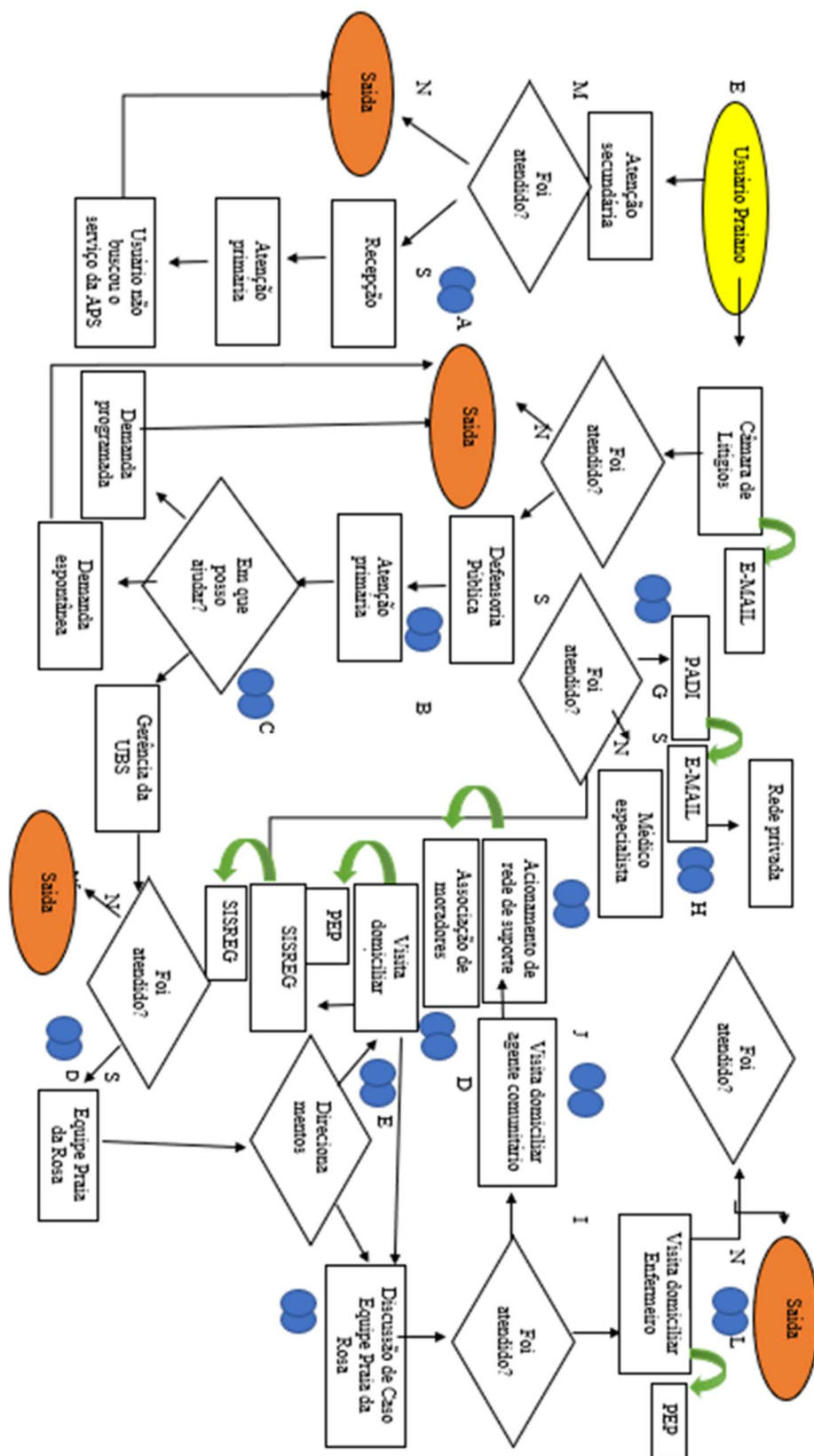
1-Dados demográficos

Nome:	Idade:
Sexo:	Gênero:
Município de nascimento:	Estado civil:
Grau de escolaridade:	
Tempo de atuação na unidade de saúde:	
Função/cargo que ocupa atualmente na unidade de saúde:	

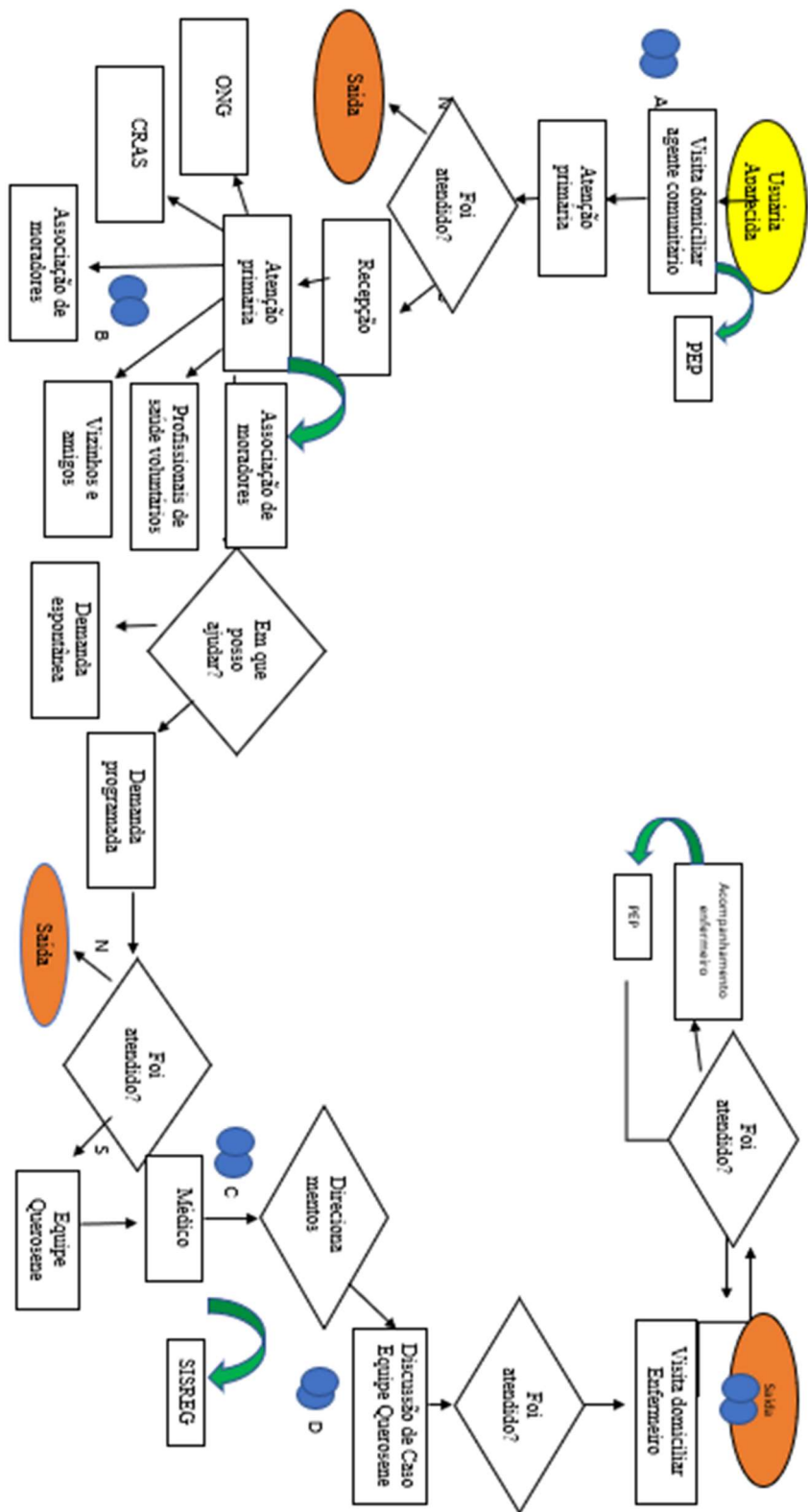
2-Pergunta disparadora:

Pergunta disparadora a partir dos achados do grupo focal: Selecione todos os profissionais que você aciona acolhimento na produção do cuidado do idoso com demência.

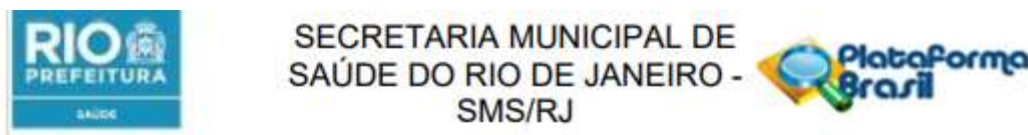
APÊNDICE G – Fluxograma do caminho da usuária Praiana com diagnóstico de Demência



APÊNDICE H – Fluxograma a distância nos aproxima de DNA Aparecida



ANEXO – Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Movimento de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia: o cuidado ao paciente idoso com demência

Pesquisador: FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36307820.8.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.446.917

Apresentação do Projeto:

Em resposta às pendências solicitadas no Parecer consubstanciado deste CEP, nº 4.402.107, de 16 de novembro de 2020, a pesquisadora apresenta esta versão.

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas do documento contendo as Informações Básicas sobre a Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1636718.pdf, gerado em 21/11/2020).

RESUMO:

Trata-se de estudo primário, longitudinal e de natureza descritiva com dupla abordagem, qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa utilizará o método da Cartografia. A abordagem quantitativa utilizará o método de Análise de Redes Sociais.

O estudo cartográfico será estruturado a partir de um usuário-guia e utilizará também as técnicas de grupo focal, fluxograma descritor e diário de campo. A segunda etapa será quantitativa com a aplicação de um questionário online estruturado a todos os profissionais e será realizada através da Análise de Redes Sociais (ARS), para focar os padrões de relacionamento, a objetividade das relações, possibilitar o mapeamento do fluxo da informação e os padrões de comunicação, e revelar os atores em posições de destaque na rede. Através da mesma, buscar-se-á medir os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.446.917

METODOLOGIA:

Trata-se de estudo de natureza descritiva com dupla abordagem, qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa utilizará o método da Cartografia. A abordagem quantitativa utilizará o método de Análise de Redes Sociais. O estudo cartográfico será estruturado a partir de um usuário guia e utilizará também as técnicas de grupo focal, fluxograma descritor e diário de campo. A segunda etapa será quantitativa com a aplicação de um questionário online estruturado a todos os profissionais e será realizada através da Análise de Redes Sociais (ARS), para focar os padrões de relacionamento, a objetividade das relações, possibilitar o mapeamento do fluxo da informação e os padrões de comunicação, e revelar os atores em posições de destaque na rede. Através da mesma, buscar-se-á medir os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos. Campo de pesquisa O estudo acontecerá em uma Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro localizada na Área Programática (AP) 3.1, zona norte do município do Rio de Janeiro/RJ. Quanto aos modelos de atenção, a unidade de saúde pode ser classificada em tipo A, que seriam as unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família. Foi inaugurada em 2011 nos moldes de Clínica da Família. Seu horário de funcionamento é de 7 as 18h de segunda a sexta feira e de 8h a 13h aos sábados (SMS, 2016). O serviço de saúde prestado nesta unidade situa-se no nível da atenção básica e integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como responsabilidade a ordenação e coordenação do cuidado as pessoas nas áreas de abrangência. Assim, as ações de saúde são ofertadas integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território. O cenário escolhido foi uma Clínica da família situada no Bairro da Ilha do Governador que tem como área de abrangência os Bairros do Tauá, Jardim carioca e Moneró. Nestas localidades encontramos quatro comunidades: Comunidade do Querosene, Comunidade da Praia da Rosa, Morro da Prefeitura e Morro do Dendê, constituindo áreas com cidadãos que possuem um nível sócio econômico de extrema pobreza em que muitos são beneficiários de programas de transferência de renda do governo. A Clínica da Família tem um total de 22.359 cidadãos cadastrados em prontuário eletrônico (MS/RJ, 2020). A Unidade de saúde possui um total de cinco equipes de saúde da família compostas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal, 1 auxiliar em saúde bucal e 1 auxiliar administrativo e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ NASF (os NASFs são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades) (REGIMENTO INTERNO 2020). Estes profissionais atuam em cinco equipes da ESF e tem a responsabilidade sanitária de 4000 usuários aproximadamente e prestam cuidados de saúde

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

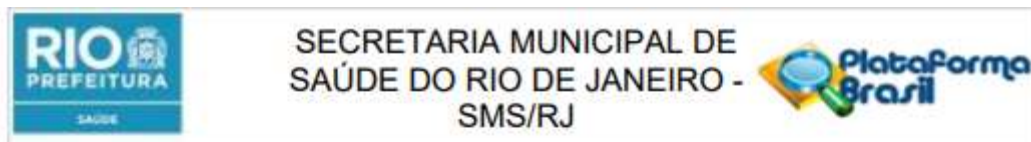
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.446.917

a este grupo de usuários inscritos. Cada equipe possui uma demanda de 04 micro áreas, totalizando 20 micro áreas, aonde os agentes comunitários atuam em suas atividades de cadastramento e acompanhamento de linhas de cuidado.

Critério de Inclusão:

FAMILIARES DE IDOSOS COM DIAGNOSTICO DE DEMÊNCIA, DE AMBOS OS SEXOS, MAIORES DE 18 ANOS, LÚCIDOS. PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ESTUDADA, SENDO ELES: MÉDICOS, ENFERMEIROS, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, AGENTES COMUNITÁRIOS, PROFISSIONAIS DA LIMPEZA, PORTARIA, SAÚDE BUCAL.

Critério de Exclusão:

MENORES DE 18 ANOS, PESSOAS QUE NÃO SAIBAM LER E ESCREVER, IDOSOS COM DEMÊNCIA COM COMPROMETIMENTO.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar a produção do cuidado aos idosos com demência e seus cuidadores a partir dos Movimentos de Redes Vivas (MRV) e da Análise de Redes Sociais (ARS) em uma unidade Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

- analisar os movimentos de redes vivas nas relações entre usuários, familiares e profissionais de saúde que atendem idosos com demência em uma Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro, na perspectiva do usuário;
- analisar os fluxos de atendimento dos idosos com demência e seus cuidadores descritos pelos profissionais da Clínica da Família;
- descrever a configuração do atendimento ao idoso com demência e seus cuidadores, segundo a Análise de Redes Sociais destacando a posição dos diferentes profissionais na Atenção Básica em Saúde;
- caracterizar as relações/interações existentes na Atenção Básica em Saúde conformadas em rede pelo atendimento aos idosos com demência e seus cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos e podem estar associados ao acesso a informações dos usuários aos serviços de saúde. Mediante ao aceite em participar os pesquisadores contactarão este

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.446.917

colaborador (familiares de idosos com demência) para agenda a entrevista em local e horário adequados para o alinhamento, treinamento e explicação do estudo. Será respeitado o direito a recusa em participar da pesquisa, bem como será assegurado ao participante o sigilo, anonimato e confidencialidade. Para os profissionais de saúde e gerente os riscos também serão mínimos visto que também será respeitado a vontade do participante em não fazer parte da pesquisa. E como anteriormente explicitado será garantida o anonimato, sigilo e confidencialidade das informações cedidas para o preenchimento do questionário e na participação dos grupos focais. Os participantes do estudo serão recrutados em horários que não atrapalhe suas atividades laborais. os dados da pesquisa também respeitarão os termos da confidencialidade quando publicados em revistas científicas.

Benefícios:

Não haverá benefícios individuais para os participantes do estudo. Os resultados subsidiarão a estruturação e organização do processo de trabalho, com o intuito de qualificar o cuidado dos serviços prestados a clientela e no desempenho dos serviços de saúde. Conhecimento das redes informais traçadas pelo usuário em busca de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa com vistas à obtenção de título de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O estudo pretende acontecer em uma Clínica da Família da Ilha do Governador, localizada na Área Programática (AP) 3.1, zona norte do município do Rio de Janeiro/RJ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, satisfatoriamente, os Termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após apreciação ética deste Comitê, foram identificadas as seguintes pendências:

1. Esclarecer como será o acesso aos dados pessoais dos participantes da pesquisa, tais como prontuários, tendo em vista a vigência da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, LEI nº 13.709/2018, a qual regula as atividades de tratamento de dados pessoais, a fim de preservar a integridade e a intimidade dos participantes da pesquisa e usuários da Rede de Saúde;

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.446.917

RESPOSTA À PENDÊNCIA: Inicialmente será realizada uma análise documental através de prontuários eletrônicos, receitas médicas, orientações da equipe multidisciplinar e documentos de alta hospitalar do ano anterior, a fim de analisar a vinculação com as Equipes de Saúde da Família da unidade de saúde pesquisada, assim como as ações de promoção da saúde ou tratamento relacionadas às suas condições de saúde. Todos os dados dos usuários envolvidos serão preservados tendo em vista ao determinado pela Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade dos participantes da pesquisa. O acesso se dará na unidade de saúde em base local no prontuário eletrônico E-SUS, após autorização de login dado pela gerência local.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA. A pesquisadora deverá apresentar Termo de autorização expressa do gestor responsável pelo banco de dados a ser acessado. E deverá somente acessar os dados dos participantes da pesquisa, após o consentimento desses participantes, sabendo que os prontuários são de responsabilidade da Instituição e pertencem aos pacientes. Assim como, também, deverá descrever como será realizada a visita, após o devido consentimento do participante da pesquisa, tendo em vista a pandemia do Coronavírus. As alterações realizadas na metodologia deverão constar no projeto detalhado

2ª análise das pendências: A pesquisadora anexou Termo de Compromisso de Utilização dos Dados, devidamente assinado pela gestora da Unidade de Saúde em que ocorrerá a pesquisa.

A pesquisadora esclarece que:

O acesso se dará na unidade de saúde em base local no prontuário eletrônico E-SUS e Sistemas de Regulação SER e SISREG, após autorização de login dado pela gerência local. Importante ressaltar que este acesso aos bancos de dados acontecerá após o consentimento dos participantes da pesquisa. Ao escolher os sujeitos do estudo em acordo com as equipes de atenção primária, será solicitado a algum profissional desta equipe que faça contato com os familiares e idosos para que seja feito o convite para a realização do estudo. Após este consentimento via telefone será solicitado uma visita domiciliar visando a assinatura do TCLE e explicação sobre o estudo. Somente depois desta autorização é que os dados cadastrais e de acompanhamento clínico destes idosos serão acessados na Unidade de Saúde. Diante do cenário de pandemia do COVID -19, a pesquisadora atenderá todos os critérios cabíveis para evitar a disseminação do vírus durante a visita domiciliar. A utilização de equipamentos de proteção individual tais como máscara e capote, assim como a utilização do álcool gel e lavagem das mãos se tornam necessárias para reduzir o

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.446.917

risco de transmissão. Estes cuidados também serão comunicados previamente as famílias e idosos durante a ligação do profissional da equipe de referência com o objetivo de convidá-los a participar do estudo.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Justificar, nos modelos dos TCLE's e dos questionários, a necessidade de inclusão do "campo: endereço" para o preenchimento pelos participantes da pesquisa, a saber que a privacidade do participante da pesquisa deverá ser preservada;

RESPOSTA À PENDÊNCIA: O campo endereço foi retirado dos anexos citados, foi colocado de forma equivocada. Foi retirado do instrumento de pesquisa diário de campo para familiares e dos TCLE's, aonde exigia esta informação.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA

4.1 Incluir, nos modelos dos TCLE's, como será a guarda, o local, o tempo de armazenamento e o descarte do material coletado na pesquisa.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA

2ª análise das pendências: A pesquisadora apresentou nos modelos de TCLE's as exigências que foram solicitadas.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Apresentar Termo de Anuência Institucional devidamente assinado pelo gestor/diretor da Clínica da Família que ocorrerá a pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 580/18, a anuência para realização do estudo deverá ser do gestor local.

RESPOSTA À PENDÊNCIA: A pesquisadora descreve que foi inserido o Termo de Anuência Institucional.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA. A pesquisadora deverá inserir o Termo de Anuência Institucional da Clínica da Família onde será realizado o estudo.

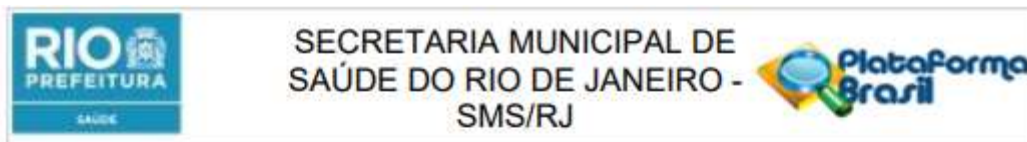
2ª Análise das pendências: A pesquisadora inseriu nesta plataforma o Termo de Anuência Institucional, conforme solicitado.

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar	CEP: 20.031-040
Bairro: Centro	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485	E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.446.917

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

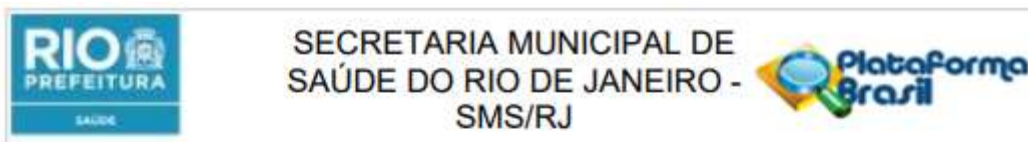
Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber,

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.446.917

as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1636718.pdf	21/11/2020 11:28:26		Aceito
Outros	termoutilizacaodosdados.pdf	21/11/2020 11:23:47	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	21/11/2020 11:17:55	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS_DE_SAUDE.doc	21/11/2020 11:17:25	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FAMILIARES.doc	21/11/2020 11:17:10	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	Arquivo_resumo_de_alteracoes_de_comite.docx	21/11/2020 11:16:40	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_atualizada.docx	21/11/2020	FERNANDA MARIA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

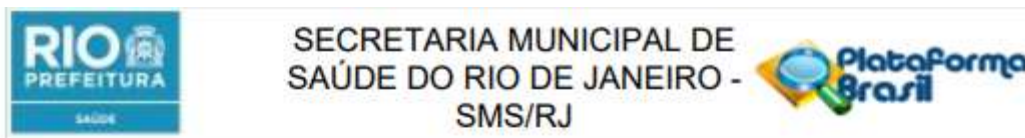
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.446.917

Brochura Pesquisa	BROCHURA_atualizada.docx	11:16:17	DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	Documentocartacomalteracoessugeridas peloComite.docx	26/08/2020 16:01:29	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS GRUPOFOCALCOMPROFISSIONAISDES AUDE.docx	26/08/2020 15:58:39	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS USUaRIOGUIA.docx	26/08/2020 15:57:43	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS QUESTIONARIOPROFISSIONAIS.docx	26/08/2020 15:53:59	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS DIARIODECAMPoPROFISSIONAIS.doc x	26/08/2020 15:53:02	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS DIARIODECAMPoFAMILIARES.docx	26/08/2020 15:51:41	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONAISDESAUDE.doc	26/08/2020 15:49:24	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFAMILIARES.doc	26/08/2020 15:48:00	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.docx	20/05/2020 17:05:13	FERNANDA MARIA DO VALE MARTINS LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br