



Redes sociais e cuidado de pessoas idosas com demência na Estratégia Saúde da Família^a

Social networks and care for older adults with dementia in the Family Health Strategy

Redes sociales y cuidado de personas mayores con demencia en la Estrategia de Salud de la Familia

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes¹

Célia Pereira Caldas¹

Esther Mourão Nicolí¹

Helena Maria Scherlowski Leal David¹

Tarciso Feijó da Silva¹

Tiago Braga do Espírito Santo¹

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: mapear as redes sociais de cuidado das pessoas idosas com demência na Estratégia Saúde da Família e identificar os atores centrais no processo. **Método:** trata-se de estudo de natureza descritiva com abordagem quantitativa, a partir da Análise de Redes Sociais. A coleta de dados foi realizada por questionário *online*, enviado a 23 profissionais de duas equipes (A e B) Saúde da Família e uma equipe multiprofissional de uma clínica da família do Rio de Janeiro, entre janeiro e março de 2021. Os *softwares* UCINET e *Netdraw* apoiaram a análise das métricas e a criação do sociograma. **Resultados:** observou-se que, na rede da equipe A, as relações bidirecionais foram estabelecidas por profissionais de nível superior, com o médico no centro como responsável principal do projeto terapêutico, revelando um cuidado biomédico com foco na queixa e prescrição. Na equipe B, os disparos efetuados em direção a "familiar", "usuário" e "comunidade" revelaram que todos os profissionais sinalizaram esses atores como importantes. **Considerações finais e implicações para a prática:** apesar de o estudo ter encontrado redes frágeis e medicalizadas, entende-se que existe força e potência nestas, desde que os princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam respeitados e praticados pelos profissionais.

Palavras-chave: Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Demência; Pessoa Idosa; Rede Social.

ABSTRACT

Objective: to map the social care networks for older adults with dementia within the Family Health Strategy and to identify the hubs in this process. **Method:** this is a descriptive study with a quantitative approach based on social network analysis. Data collection was carried out through an online questionnaire sent to 23 professionals from two Family Health teams (A and B) and a multiprofessional team from a family clinic in Rio de Janeiro, between January and March 2021. The UCINET and Netdraw software supported the analysis of the metrics and the creation of the sociogram. **Results:** in team A's network, bidirectional relationships were established by higher-education professionals, with the physician at the center, acting as the main person responsible for the therapeutic project, revealing a biomedical model of care focused on complaints and prescriptions. In team B, connections directed toward "family member", "user", and "community" indicated that all professionals identified these actors as important. **Final considerations and implications for practice:** although the study found fragile and medicalized networks, it is understood that there is strength and potential in these networks, provided that the principles of universality, comprehensiveness, and equity are respected and practiced by professionals.

Keywords: Patient Care; Primary Health Care; Dementia; Aged; Social Networking.

RESUMEN

Objetivo: mapear las redes sociales de cuidado a las personas mayores con demencia en la Estrategia de Salud de la Familia e identificar los actores centrales en el proceso. **Método:** se trata de un estudio de naturaleza descriptiva con un enfoque cuantitativo a partir del análisis de redes sociales. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario en línea enviado a 23 profesionales de dos equipos (A y B) de Salud de la Familia y un equipo multiprofesional de una clínica de la familia de Río de Janeiro, entre enero y marzo de 2021. Los programas UCINET y Netdraw apoyaron el análisis de las métricas y la creación del sociograma. **Resultados:** se observó que en la red del equipo A las relaciones bidireccionales fueron establecidas por profesionales de nivel superior, con el médico en el centro como principal responsable del proyecto terapéutico, lo que revela un cuidado biomédico enfocado en la queja y la prescripción. En el equipo B, las conexiones dirigidas hacia "familiar", "usuario" y "comunidad" mostraron que todos los profesionales señalaron a estos actores como importantes. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** a pesar de que el estudio identificó redes frágiles y medicalizadas, se entiende que existe fuerza y potencial en ellas, siempre que los principios de universalidad, integralidad y equidad sean respetados y practicados por los profesionales.

Palabras clave: Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Demencia; Anciano; Red Social.

Autor correspondente:

Esther Mourão Nicolí.

E-mail: esther.mnicoli@gmail.com

Recebido em 04/08/2025.

Aprovado em 03/12/2025.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0107pt>

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer é uma das principais causas de demência no mundo, afetando milhões de pessoas e impactando profundamente seus familiares e cuidadores.¹ No Brasil, estima-se que cerca de 1,5 milhão de indivíduos convivam com a doença, a maioria com idade superior a 65 anos.¹ Essa realidade ganha relevância diante dos dados do Censo de 2022, que apontam uma população idosa de 31,2 milhões de brasileiros, correspondendo a 14,7% da população total - um aumento de 39,8% em relação a 2012.²

O avanço das demências traz implicações que transcendem o campo biológico, refletindo-se no cotidiano familiar e social.³ A convivência com a doença provoca alterações objetivas e subjetivas nas relações familiares, gerando sobrecarga, impasses e conflitos.³ Nesse contexto, o cuidado da pessoa idosa com demência representa um desafio não apenas para os familiares, mas também para os profissionais de saúde, que precisam lidar com a complexidade e a continuidade do cuidado.³

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se configura como um dispositivo estratégico de saúde pública.⁴ No âmbito da saúde da pessoa idosa, a APS busca garantir uma atenção integral voltada à melhoria da qualidade de vida por meio do manejo de comorbidades, doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades funcionais.⁵ Entre as pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade, destaca-se também a responsabilidade da APS em orientar e capacitar os cuidadores e familiares, favorecendo a adesão às terapêuticas e a redução de riscos associados ao processo de cuidado.⁵

Ademais, recentemente, a Lei nº 14.878, de 4 de junho de 2024, instituiu a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências, reforçando a importância de um cuidado centrado na pessoa baseado em princípios éticos, e no respeito à autonomia dos indivíduos e de seus representantes legais.⁶ Essa política destaca a necessidade de considerar aspectos psicológicos, sociais e clínicos no cuidado, além de prever a oferta de uma rede de apoio às famílias, favorecendo a permanência da pessoa idosa em seu ambiente de vivência.⁶

Diante desse cenário, o cuidado da pessoa idosa com demência é construído coletivamente por meio das relações em rede estabelecidas entre profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF), usuários, familiares e comunidade que, ao se conectarem, compartilham saberes e responsabilidades.³ Tais relações podem ser analisadas sob a perspectiva da Análise de Redes Sociais (ARS), que permite compreender a estrutura e a dinâmica dessas interações, identificando os atores centrais, os elos e as conexões.⁷

Assim, compreender as redes sociais envolvidas no cuidado da pessoa idosa com demência na APS possibilita uma visão mais ampla e integrada do processo de cuidado.⁸ A relevância deste estudo reside na necessidade de compreender e fortalecer as redes de cuidado existentes no território, considerando que o envelhecimento populacional e o aumento das demências

representam um desafio crescente para o sistema público de saúde brasileiro.⁸ Investigar essas redes contribui para aprimorar o planejamento e a gestão do cuidado, promovendo maior integração entre os serviços, suporte aos cuidadores e familiares, e qualidade de vida às pessoas idosas.⁸ Além disso, este estudo alinha-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, como o ODS 3 ("Saúde e bem-estar: garantir acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades").⁹ Nesse sentido, o objetivo do estudo foi mapear as redes sociais de cuidado das pessoas idosas com demência na eSF e identificar os atores centrais neste processo.

MÉTODO

Trata-se de estudo de natureza descritiva com abordagem quantitativa a partir da ARS. Tal escolha se fundamentou na ênfase da ARS aos padrões e objetividade das relações, possibilitando o mapeamento do fluxo da informação e dos moldes de comunicação, e revelando os atores em posições de destaque.¹⁰

O cenário do estudo foi uma clínica da família (CF) da zona norte do Rio de Janeiro, RJ, localizada em uma área programática com 13 anos de atuação no território. A unidade de saúde se insere na RAS como APS, sendo responsável por cerca de 23.000 cidadãos cadastrados.¹¹ A CF é composta por cinco eSFs, tendo cada uma um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal (TSB), um auxiliar em saúde bucal (ASB), um auxiliar administrativo, auxiliares de endemias e uma equipe multiprofissional (e-multi), totalizando 45 profissionais atuantes.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2021, através de questionário *online*, estruturado, enviado para 19 profissionais de duas equipes (aqui denominadas A e B) das cinco pertencentes à unidade de saúde pesquisada, e quatro profissionais da e-multi que atuavam na unidade, totalizando 23 participantes. Todos os 23 profissionais convidados aceitaram participar da pesquisa, sem desistências. Das eSFs, participaram dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dez ACSs, um dentista, um ASB e um TSB. Da equipe e-multi, participaram um assistente social, um educador físico, um nutricionista e um fisioterapeuta. Os critérios de inclusão, que culminaram com a seleção das eSFs A e B, consideraram o tempo de atuação na unidade, a baixa rotatividade de profissionais e o perfil epidemiológico/representatividade de pessoas idosas cadastradas, isto é, as equipes que atendiam maior número de pessoas idosas com demência, permitindo maior experiência e vivências. Foram excluídas as eSFs que estavam incompletas (por motivos de férias ou afastamentos, por exemplo), visto que poderia ser um viés.

Quanto ao instrumento para coleta de dados, visando traçar e representar graficamente a rede social dos profissionais acionados para a gestão do cuidado das pessoas idosas com demência, bem com obter informações sociodemográficas e

pessoais, uma única pergunta foi disparada por um questionário eletrônico: “Quais pessoas você aciona no processo de prestação de cuidados à pessoa idosa com demência?”. O questionário foi executado utilizando a plataforma *Google Forms*®, e enviado via e-mail e por aplicativo de mensagem (*WhatsApp*®) para todos os participantes da pesquisa.

A análise de dados incluiu a caracterização sociodemográfica dos profissionais, realizada por meio de análise descritiva com uso de tabelas. Em seguida, os dados foram estratificados e agrupados por categoria. Para essa etapa, utilizou-se o programa *Microsoft Excel*®. A partir dessa análise, emergiram variáveis como sexo, faixa etária, ocupação e escolaridade.

O sociograma (representação gráfica da rede social) possibilitou identificar todos os atores citados a partir das respostas ao questionário. Foram identificados os atores mais centrais e os mais periféricos, evidenciando-se os papéis ocupados. Assim, foi possível compreender e explorar as interações sociais em uma perspectiva de produção de cuidado das pessoas idosas com demência. O *software* UCINET e sua extensão gráfica *Netdraw* foram utilizados para elaboração de métricas e criação dos sociogramas.

Para compreender e explorar as interações sociais, foram empregadas duas métricas relevantes da ARS. A primeira foi a medida de centralidade da rede (*network centrality*), que inclui a centralidade de grau, de proximidade e de intermediação, e tem como propósito identificar os atores detentores de maior prestígio e autoridade, bem como os diferentes papéis desempenhados na rede em relação ao acesso aos cuidados de pessoas idosas com demência, tais como os *hubs* (atores centrais), *information brokers* (atores intermediários), *peripheral people* (atores periféricos) e *briges* (pontes).^{12,13} A segunda foi a medida de densidade da rede (*network density*), com o objetivo de mensurar as conexões e comunicações existentes na rede, caracterizando-as como diretas, indiretas ou frágeis e suscetíveis a interferências externas.^{7,12} Através da ARS, buscou-se, então, dimensionar os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos e o mapeamento de suas configurações sociais.

O estudo foi conduzido respeitando os preceitos éticos (Resoluções nº 466/2012¹³ e nº 510/2016¹⁴), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 36307820.8.3001.5279).

RESULTADOS

No que tange à caracterização dos participantes, houve uma predominância de profissionais do sexo e gênero feminino (n = 21 participantes; 91,3%) em relação ao masculino (n = dois participantes; 8,7%), o que corrobora os achados de estudo prévio, evidenciando a feminização da área da saúde.¹⁰ Vinte e um (91,3%) profissionais são naturais do estado do Rio de Janeiro, e são, em sua maioria, casados (n = 15 profissionais – 65,2% casados; n = cinco profissionais – 21,7% solteiros; n =

três profissionais – 13,1% separados judicialmente). A faixa etária predominante na amostra é de 26 a 35 anos (n = 17 profissionais; 73,9%), seguida da faixa etária de 36 a 45 anos (n = seis profissionais; 26,1%), sendo, portanto, em maioria, adultos jovens.

Quanto à ocupação, há predomínio de ACSs (n = dez profissionais; 43,4%), enquanto quatro (17,3%) são profissionais da e-multi (um assistente social, um educador físico, um farmacêutico e um psicólogo); dois (8,7%) são médicos; dois (8,7%) são enfermeiros; dois (8,7%) são técnicos de enfermagem; um (4,3%) é cirurgião dentista; um (4,3%) é TSB; e um (4,3%) é ASB. No tocante à escolaridade, 11 (47,8%) atores possuem ensino superior completo, e 12 (52,2%) possuem ensino médio completo. Os profissionais, em geral (n = 18 profissionais, 78,2%), atuam na unidade há mais de três anos; no entanto, há representatividade importante (n = oito profissionais; 44,5%) de ACSs entre estes.

Redes sociais de cuidado da pessoa idosa com demência

Os atores foram codificados considerando a equipe à qual estavam vinculados, assim como a perspectiva na qual se encontravam na rede de cuidados à pessoa idosa com demência, conforme ilustrado nas Figuras 1 e 2.

Ao analisar a rede constituída pela equipe A, nota-se que o médico da unidade (MED PR) é o ator mais citado, seguido pelo técnico de enfermagem (TEC PR) e o gerente. A relação entre tais atores é bidirecional, ou seja, esses três profissionais se citam mutuamente. Um destaque deve ser dado aos ACSs, que estabelecem ligações unidirecionais, ou seja, não interagem de forma completa com os outros atores da rede. Alguns ACS não são citados, sendo, portanto, apenas integrantes da rede, assim como a comunidade e familiares.

Verifica-se que, na rede da equipe A, as relações bidirecionais são estabelecidas pelos profissionais de nível superior, sendo essas vistas como relevantes e positivas, particularmente tratando-se do cuidado da pessoa idosa com demência. Entretanto, essas carecem de dados qualitativos capazes de identificar a lógica do modelo de cuidado intuitivo, bem como se este considera os determinantes sociais da saúde e está pautado na integralidade do cuidado. Ademais, destaca-se a necessidade de construção, por parte dos responsáveis pela equipe, de estratégias que permitam maior participação e integração da e-multi na gestão do cuidado, além dos ACSs, familiares e a própria pessoa idosa. O médico no centro da rede pode revelar um cuidado pautado no modelo biomédico, com foco na queixa, na medicalização e na prescrição de condutas específicas, o que pode inibir a participação de outros profissionais e da família na tomada de decisão e discussão coletiva do projeto terapêutico.

Diferentemente do observado na equipe anterior, na rede da equipe B, percebe-se uma horizontalidade das relações e uma maior coesão entre os atores. Há o movimento do médico e do enfermeiro em direção aos atores de nível médio, na qual

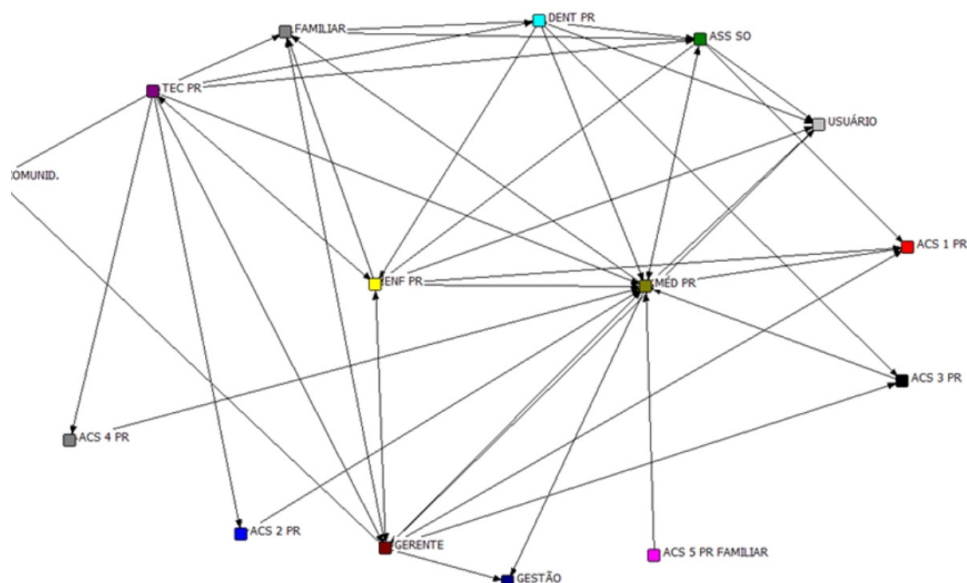


Figura 1. Rede de cuidado da pessoa idosa com demência – equipe A. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Legenda: COMUNID - comunidade; TEC PR - técnico de enfermagem; DENT PR - dentista; ASS SO - assistente social; ACS - agente comunitário de saúde; ENF PR - enfermeiro; MED PR - médico.

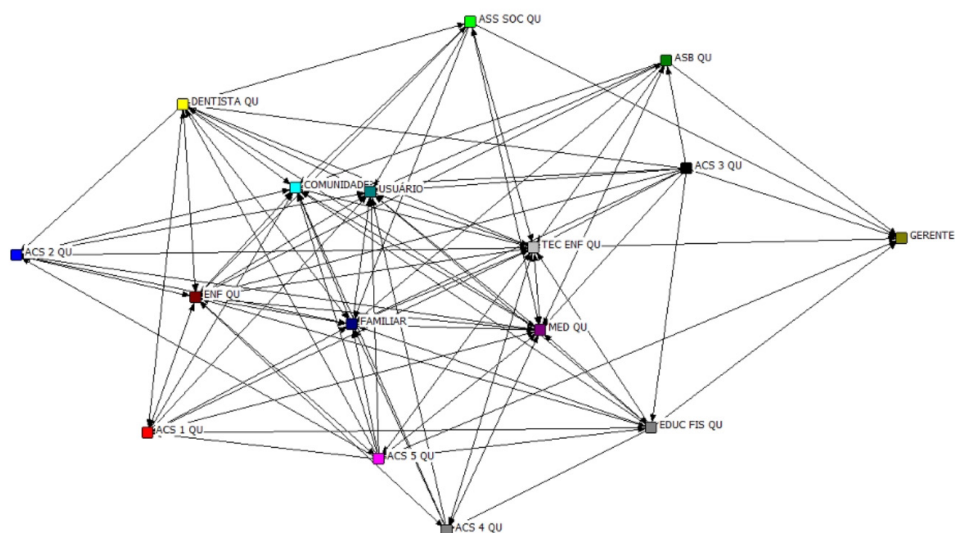


Figura 2. Rede de cuidado da pessoa idosa com demência – equipe B. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Legenda: ACS QU - agente comunitário de saúde; ASS SOC QU - assistente social; ASB QU - auxiliar de saúde bucal; TEC ENF QU - técnico de enfermagem; ENF QU - enfermeiro; MED QU - médico; EDUC FIS QU - educador físico.

destacam-se o ACS1 QU e ACS2 QU, que mantêm relação de reciprocidade.

Na equipe B, o enfermeiro (ENF QU) é acionado por todos os atores, estabelecendo entre eles uma relação bidirecional, exceto com o ACS3 QU. O ACS3 QU também não é acionado pelo médico (MED QU), que estabelece relações bidirecionais com todos os demais ACSs, bem como com o ENF QU. Entretanto, apesar de ACS3 QU não ser acionado por MED QU e ENF QU, este está

em contato com eles, o que sugere envolvimento e ação do ator diante de pessoas idosas com demência no território. Entender o fluxo unidirecional do ACS3 QU para o MED QU e ENF QU da equipe é necessário, posto ser o único membro não mencionado pelos profissionais. Depreende-se que uma relação bidirecional poderia potencializar as ações deste ator, favorecendo a produção do cuidado. Destacam-se também os disparos efetuados em direção aos atores familiar, usuário e comunidade.

Observa-se ainda o fato de o gerente não aparecer como o mais citado pelos atores. O dado revela que a equipe consegue, de alguma forma, gerenciar os casos de pessoas idosas com demência sem a intervenção da gerência local, ainda que este tenha conhecimento ampliado dos fluxos internos da unidade e diálogo estreito com atores de outros pontos da RAS.

Densidade das redes sociais de cuidado da pessoa idosa com demência

A densidade, enquanto métrica utilizada no estudo, avalia a conectividade dos nós dentro das redes sociais, indicando o quão próximo o grafo está de ser completo, com todas as possíveis arestas vinculadas a ele.⁵ No UCINET, a métrica de densidade é representada por porcentagem: quanto mais próximo de 100%, maior a conectividade da rede. A equipe A apresentou grau de densidade de 18%, enquanto a equipe B, de 38%.

O maior grau de densidade da equipe B indica uma comunicação mais aberta à participação de todos os integrantes, bem como um compartilhamento de informações mais difuso, embora a conexão ainda seja frágil. Na equipe A, ao contrário, ocorre uma tendência de centralização das informações. No contexto da eSF, é mister destacar a importância da comunicação, sendo o trabalho em equipe necessário para alcançar a integralidade e resolutividade esperadas, conforme preconizado pelas normativas e protocolos que orientam o cuidado nesse ponto da RAS.

Centralidade das redes sociais de cuidado da pessoa idosa com demência

A medida de centralidade dos atores pertencentes às equipes A e B foi apresentada na Tabela 1.

Conforme Figura 3, tratando-se da equipe A, os atores representados pelos nós com maior centralidade de grau são os que aparecem com os símbolos maiores na rede (médico, familiar, gerente e técnico de enfermagem).

A centralidade de grau dos atores familiar ($n = 42$) e médico ($n = 57$) pode ser expressa pela percepção dos profissionais da equipe A acerca da importância da participação dos familiares no cuidado da pessoa idosa com demência. O processo de trabalho dessa equipe é centrado na figura do médico, que assume a coordenação do cuidado. Ele é buscado devido ao seu grau de entrada, e é ativo pelo fato de mobilizar novos atores, haja vista o seu grau de saída.

O técnico de enfermagem é ativo ao buscar outros atores (grau de saída 8), para que se envolvam no processo e amparem o médico na gestão do cuidado. Entretanto, não é possível esclarecer qual a colaboração prestada: técnica e pautada em procedimentos? Permeada por discussões e análise de casos complexos? Ademais, observa-se que o técnico de enfermagem apresenta baixo grau de entrada, ou seja, apenas busca, não sendo procurado. Esta busca frequente por apoio pode indicar a necessidade de educação permanente ou continuada.

Os familiares são acionados a todo momento nessa rede, talvez pela própria característica de dependência que o processo demencial acarreta. No entanto, é necessário, além de analisar

os atores centrais, abarcar as práticas prescritivas e protocolares utilizadas no direcionamento do cuidado.

Destaca-se ainda a centralidade de saída do gerente (08), sendo o ator mais buscado pela equipe. A figura do gerente surge como norteadora de casos mais complexos, sendo acionado frequentemente, particularmente diante da necessidade de disparos em direção a outros pontos da RAS, o que lhe concede a percepção de resolutividade. O enfermeiro é percebido com algum grau de entrada (3) e saída (4).

A centralidade de grau dos ACSs é baixa, colocando-os em uma posição periférica, exceto o ACS 01, que se destaca. Atribui-se a centralidade de ACS 01 à sua vinculação à equipe, conhecimento acerca das demandas das pessoas idosas com demência e por ser referência para os familiares do território.

A Figura 4 representa a equipe B, sendo os atores representados com maior centralidade de grau os que aparecem com símbolos maiores na rede: enfermeiro e médico.

Os enfermeiros ($n = 48$) e médicos ($n = 36$) se destacam como líderes e norteadores de casos complexos na equipe B, possivelmente pelo tempo de permanência na equipe e pela capacidade resolutiva. O processo de trabalho não se concentra em um único profissional, o que pode ser observado ao analisar o grau dos demais membros da equipe, seja de nível superior ou médio. Todos apresentam valores semelhantes, sugerindo um fluxo mais facilitado das informações. A figura do gerente não foi destacada.

DISCUSSÃO

Centralização do cuidado e horizontalidade das ações em saúde

A rede social que emergiu é considerada completa, simétrica e monomodal. É completa por envolver todos os atores da instituição e por ser possível identificar os tipos de vínculos existentes entre os profissionais. É simétrica porque o fluxo de comunicação é bidirecional. É monomodal porque as relações entre os atores acontecem no mesmo espaço e na mesma estrutura social.¹⁵ Quanto à equipe A, considerando as relações bidirecionais estabelecidas pelos profissionais de nível superior, a centralidade do médico na rede, a dependência do gerente da unidade e a participação periférica de outros profissionais e da família, convém refletir, na perspectiva da ARS, sobre os “laços fracos” e “laços fortes” que podem ser identificados na rede.¹⁶

A força dos laços está relacionada ao número de vezes que um ator é acionado e aciona outros – à medida que o processo se repete, o laço se fortalece. Ao contrário, se um ator só é acionado e não interage com os demais, a tendência é que este se torne periférico na rede.¹⁷

As redes com “laços fracos” são essenciais para a disseminação do novo; são redes constituídas por pessoas com experiências diversificadas e que ainda não foram exploradas, sendo potenciais para gerir situações complexas e desafiadoras.¹⁷ Na equipe A, portanto, cabe aproximar os atores pouco acionados das

Tabela 1. Medidas de centralidade dos atores pertencentes às equipes de Saúde da Família A e B. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Equipe	Ator	Grau de entrada	Grau de saída	Grau
Equipe A	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
Equipe B	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	00
	Usuário	0	0	20
	Assistente social	4	4	26
	Dentista	3	6	20
	Auxiliar de saúde bucal	7	4	26
	Familiar	6	0	40
	Técnico de enfermagem	1	6	06
	Comunidade	6	0	00
	Médico	4	5	36
	Enfermeiro	7	9	48
	Educador físico	3	2	20

Fonte: os autores.

discussões e processos, de modo a ampliar as possibilidades terapêuticas.

Já a equipe B apresenta horizontalidade das relações e uma maior coesão entre os atores, com maior participação dos atores de nível médio. Além disso, os disparos efetuados em direção aos atores familiar, usuário e comunidade merecem destaque, além do fato revelado pela ARS que a equipe não é

dependente do gestor da unidade para gerenciar os casos. A coesão da equipe, independente da categoria profissional, e o reconhecimento dos referidos atores são elementos fundamentais para um cuidado comprometido com as necessidades e particularidades da pessoa idosa com demência, sobretudo na implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e adesão ao tratamento.¹⁸

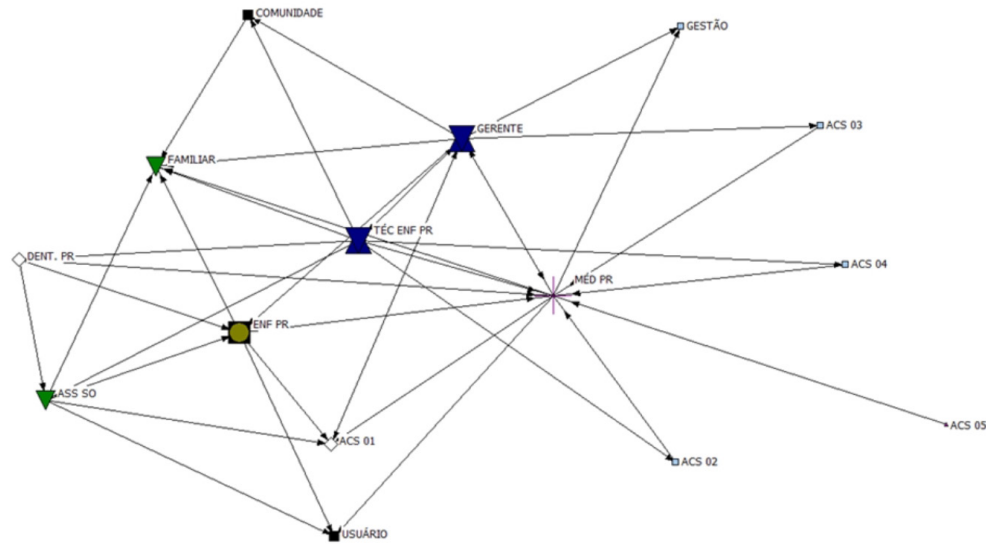


Figura 3. Rede social dos profissionais da equipe A segundo a centralidade de grau. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Legenda: ACS - agente comunitário de saúde; ENF PR - enfermeiro; ASS SO - assistente social; DENT PR - dentista; TEC ENF PR - técnico de enfermagem; MED PR - médico.

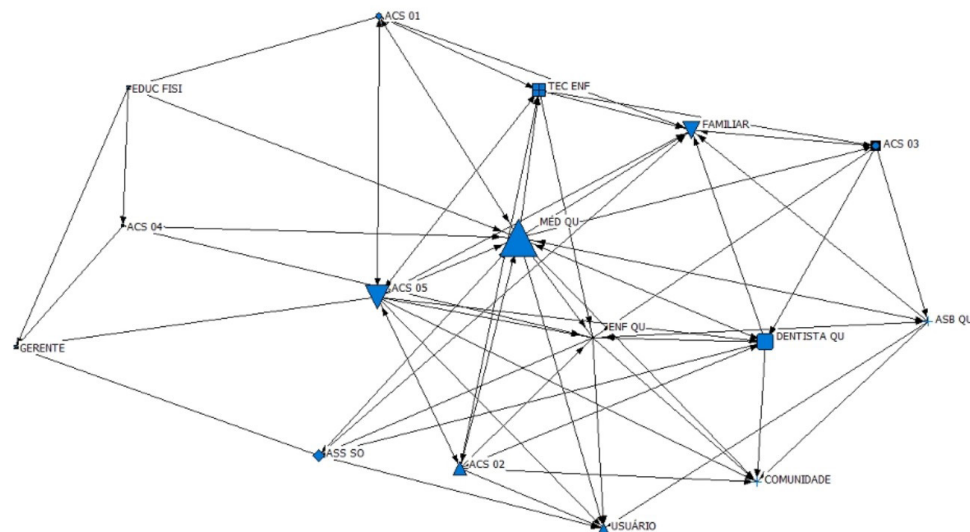


Figura 4. Rede social dos profissionais da equipe B segundo a centralidade de grau. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Legenda: EDUC FISI - educador físico; ACS - agente comunitário de saúde; ASB QU - auxiliar de saúde bucal; ENF QU - enfermeiro; MED QU - médico; ASS SO - assistente social; TEC ENF - técnico de enfermagem.

A adoção da perspectiva da ARS permite não apenas mapear quem se conecta com quem, mas também compreender as “posições estruturais” dos atores, os “fluxos de comunicação” e a “força dos laços” como dimensões centrais da dinâmica de cuidado. A rede social representa um campo relacional dinâmico em que a centralidade de determinados nós e a densidade dos vínculos condicionam a capacidade de cooperação e inovação no cuidado. Em contextos de regulação de serviços de saúde, os atores mediadores, com elevada centralidade, desempenham papel estratégico ao articular o acesso aos

fluxos assistenciais.¹⁵ Essa lente teórica permite interpretar as configurações da rede das equipes A e B, evidenciando como determinados profissionais, ao ocuparem posições centrais, podem influenciar a coordenação do cuidado e, simultaneamente, como atores periféricos podem emergir ou serem negligenciados.¹⁵ Assim, o conceito de rede social fortalece a análise do cuidado como fenômeno relacional, e não apenas profissional, oferecendo suporte teórico para pensar em intervenções que promovam redes mais densas, horizontais e integradas.¹⁵

Comunicação entre os profissionais para organização de processo de cuidado qualificado

Embora o percentual de densidade da equipe B seja superior ao da A, este ainda é considerado baixo, indicando uma rede de conexões frágeis, de acordo com a ARS. Nem todos os membros da equipe estão em contato direto uns com os outros, sugerindo uma coesão limitada entre os integrantes e uma fragmentação dos processos de trabalho.

Tal fato também foi observado em estudo prévio, o que resultou em ações pouco coordenadas e integradas, influyendo diretamente na produção do cuidado para os usuários.¹⁹ A configuração das redes sociais dentro das eSFs impacta diretamente a eficácia do cuidado prestado, evidenciando a importância de uma comunicação eficaz e de vínculos sólidos entre os membros da equipe.¹⁵ Considerando o tempo de vínculo empregatício e a experiência dos profissionais da equipe B, esperava-se uma densidade maior, o que indica que tais elementos não garantem, necessariamente, uma coesão eficaz do grupo. A comunicação organizacional é um fator crucial para o fortalecimento das relações intraequipe, sendo que a ausência de uma comunicação humanizada pode contribuir para a desarticulação e fragilidade das redes sociais dentro da equipe.¹⁵

Desse modo, é necessário reconhecer a necessidade de organização do processo de trabalho das equipes para o atendimento à pessoa idosa com demência, considerando as demandas desse usuário e seus familiares.²⁰ Para tal, o cadastramento territorial e o reconhecimento dessas pessoas idosas são estratégias importantes para estratificação de riscos e criação de um PTS, respeitando sua autonomia e protagonismo.²¹ Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, atividades em grupo na unidade de saúde e espaços comunitários ou no domicílio, com o apoio familiar e dos dispositivos sociais, configuram-se como elementos importantes na gestão do cuidado.²¹

A implementação de estratégias de comunicação eficazes pode facilitar a integração dessas atividades, promovendo uma abordagem mais coordenada e centrada no paciente.¹⁵ Destaca-se ainda a necessidade de atividades de educação permanente para os profissionais da APS que atuam com usuários portadores de síndromes demenciais, particularmente do ACS, tendo em vista seu papel de mediação com a comunidade, cujo trabalho possibilita a identificação precoce de riscos, fragilidades e incapacidades.²² O compartilhamento de saberes garantido pela interprofissionalidade e as reflexões possibilitadas pela educação permanente são ações transformadoras que podem potencializar a qualidade de vida, independência e autonomia de pessoas idosas com demência.²²

A centralidade de grau é definida pelo número de contatos diretos que um ator possui com os demais membros da rede.⁷ Essa medida pode ser dividida em grau de entrada e de saída, a depender da direção dos fluxos de informação.⁷ O grau de entrada (*indegree*) refere-se a todos os contatos que os atores estabelecem com o ator principal – um ator que recebe numerosas conexões ou vínculos torna-se central e prestigiado no contexto do grupo estudado.¹⁹ O grau de saída (*outdegree*), por outro lado,

representa a quantidade de interações que o ator possui com os demais membros – o número de *links* que saem de um nó –, indicando a expansividade da rede e o quanto ela está aberta a novas conexões.²³

Rede de cuidados à pessoa idosa de forma ampliada e multiprofissional

A análise da centralidade da rede da equipe A mostrou que, apesar de os familiares serem acionados a todo momento, a centralidade do médico aponta que as práticas de cuidado profissional tendem a ser prescritivas e protocolares. Estudo prévio corroborou os achados, evidenciando a predominância da prática biomédica, com ações voltadas à demanda espontânea e acompanhamentos pontuais.²⁴

Ainda discutindo a equipe A, o fato de os ACSs assumirem posição coadjuvante (com exceção de um deles) e sua baixa centralidade mostra que esse grupo possui “laços fracos” na rede. No entanto, o conhecimento acumulado sobre os problemas e desafios das famílias e da comunidade e a capacidade de atuarem em uma lógica intersetorial podem contribuir para o fortalecimento de sua posição. Mas, para isso, seria importante investir em relações de trabalho mais plurais e horizontais, incluindo discussões de casos e de processos de forma coletiva.²⁵

Sob a perspectiva das redes sociais, o papel dos ACSs como agentes que estabelecem vínculos com a comunidade e articulam atores dentro da rede de cuidado se mostra fundamental para qualificar o acolhimento e a produção do cuidado na APS.¹⁵ O fortalecimento dos laços sociais e a articulação entre os diversos profissionais e a comunidade ampliam o fluxo de informações, permitindo uma atuação mais integrada e resolutive, potencializando o cuidado ampliado.¹⁵ O acolhimento, entendido como um processo que valoriza o vínculo e a escuta, favorece a co-construção das práticas de cuidado e fortalece as redes intersetoriais, essenciais para responder às demandas complexas da população idosa.¹⁵

Assim, investindo na potência do ACS enquanto promotor de saúde, com o apoio da clínica ampliada e com a organização popular, o cuidado pode ser melhor qualificado a partir de processos que empregam tecnologias leves.²⁵

Já na equipe B, os resultados sugerem um fluxo mais facilitado das informações, pois o processo de trabalho não se concentra em um único profissional, sendo que os enfermeiros e médicos se destacam como norteadores de casos complexos. Também se observa grande fluxo de informações com os familiares, como na equipe A.

Ocorre que, quando o enfermeiro desponta como gestor do cuidado, por vezes este acaba assumindo o papel de solucionador de tarefas fragmentadas, bem como de multiprofissional, intermediando o usuário e a resposta do serviço. Já os médicos são envolvidos por uma lógica biomédica e prescritiva, com visão limitada acerca das atividades no território ou visitas domiciliares, sendo essas tidas como atribuições impostas pela gestão e que não são possíveis de serem realizadas devido à sobrecarga de atendimentos.²⁶

Sob a ótica das redes sociais, a organização mais horizontalizada e a circulação facilitada das informações observadas na equipe

B indicam um potencial maior para a produção do cuidado compartilhado e intersetorial. As redes sociais atuam como estruturas dinâmicas que facilitam a articulação entre os atores e o fluxo de informações, favorecendo a construção coletiva do cuidado e a gestão participativa, o que pode ser potencializado por reuniões de equipe mais funcionais e espaços de diálogo ampliados.¹⁵

Em uma perspectiva de cuidado ampliado e multiprofissional, destaca-se a importância de aproximação dos demais atores que compõem a rede de cuidados à pessoa idosa, que podem ser favorecidas com a utilização de salas de reunião para discussão da rede e apresentação das potencialidades da microárea, além de encontros de colegiados gestores nas unidades de saúde, reuniões de equipe funcionais e mais horizontalizadas.²⁵

Ademais, a educação permanente se apresenta como importante demanda. Apesar do envelhecimento populacional mundial, pouco tem se investido na formação dos profissionais.³ O conhecimento hipossuficiente afeta a compreensão da evolução clínica da doença, além de postergar o diagnóstico e o tratamento, que são fundamentais para amenizar seus sintomas e avanço.²⁷ Por fim, a criação do PTS ampara o acompanhamento da pessoa idosa, contribuindo para a redução da sobrecarga dos cuidadores formais ou informais, que são suscetíveis ao adoecimento.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A partir das análises descritas, o objetivo inicial foi de mapear as redes sociais de cuidado das pessoas idosas com demência na Estratégia Saúde da Família e identificar os atores centrais no processo foi alcançado. Uma análise sociodemográfica, além da criação e interpretação das redes sociais, permitiu caracterizar que o envelhecimento populacional é um desafio para o Sistema Único de Saúde e, particularmente, para as eSFs, sobretudo quando o processo está associado a doenças crônicas, como as síndromes demenciais. Nesse sentido, os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família devem estar aptos a reconhecer, tratar e gerenciar os cuidados.

Entretanto, na prática, foi possível constatar uma rede que produz cuidados fragmentados e medicalizados, criando barreiras de acesso ao cuidado integral. As relações das equipes se mostram frágeis, centralizadas em uma categoria profissional e com pouca mobilização de atores externos. Ainda assim, entende-se que existe força e potência nessas redes, desde que os princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam respeitados e colocados em prática pelos profissionais de saúde.

Uma limitação do estudo foi a delimitação da amostra, que incluiu apenas profissionais de saúde. Entrevistar usuários e familiares, reconhecendo de forma gráfica os elos estabelecidos por eles no território, complementaria o estudo. Outra limitação metodológica foi o reduzido tamanho da amostra. Ainda que o recorte tenha permitido uma análise mais aprofundada das interações entre atores e vínculos no contexto específico, essa limitação compromete a generalização dos resultados para outras unidades ou realidades da APS. Destarte, este estudo

deve ser compreendido como exploratório e servir de base para investigações futuras com amostras maiores e realidades distintas, devendo os resultados aqui apresentados ser interpretados com cautela e vistos como subsídio para aprofundamentos em escalas ampliadas.

Como contribuições e recomendações do estudo, destaca-se a necessidade de investimento em educação permanente aos profissionais sobre a temática para que possam interagir e se conectar de forma mais horizontal com usuários e a rede externa, gerando, assim, um PTS qualificado que coloca o usuário como protagonista do seu cuidado.

AGRADECIMENTOS

Não há.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. SBGG chama a atenção para a importância do diagnóstico precoce e faz campanha sobre os fatores de risco do Alzheimer [Internet]. Rio de Janeiro: SBGG; 2023 [citado 2025 Nov 29]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/sbgg-chama-a-atencao-para-a-importancia-do-diagnostico-precoce-e-faz-campanha-sobre-os-fatores-de-risco-do-alzheimer/>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022: panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 2025 Nov 29]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama>
3. Nascimento HGD, Figueiredo AEB. Family health strategy and older adults with dementia: care provided by health professionals. *Cien Saude Colet*. 2021;26(1):119-28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.40942020>. PMID:33533832.
4. Lacerda MA, Silva LLT, Oliveira F, Coelho KR. Care for fragile elderly people and the family health strategy: perspectives of caregivers. *Rev Baiana Enferm*. 2021;35:e43127. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43127>.
5. Lourenço MP, Silva PA, Costa MAR, Brito IS, Baldissera VDA. Permanent education in health: systematization of experience in the process of constructing indicators. *Sustinare*. 2025;13(1):143-65. <https://doi.org/10.12957/sustinare.2025.76242>.
6. Lei n. 14.878, de 4 de junho de 2024 (BR). Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências; e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social). *Diário Oficial da União* [periódico na internet]. Brasília (DF), 4 jun 2024 [citado 2025 Nov 29]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14878.htm.
7. Andrade DC, David HMS. Social network analysis: a research methodology for health and nursing. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(6):852-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14861>.

8. Silva TF, Ramos TCS, David HMS. Social networks and team configurations in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro. *Saude Debate*. 2021;45(130):618-32. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113005>.
9. Nações Unidas no Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Nações Unidas Brasil; 2025 [citado 2025 Out 25]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
10. Silva TF, David HMS, Romano VF. Reception analysis based on relationships in Primary Care in the city of Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2326. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2326](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2326).
11. Brasil. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 Out 25]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
12. Silva TF, Ramos TCS, David HMSL, Vieira ACT. Characteristics and specificities of the Social Network Analysis Methodology. *RSD*. 2021;10(3):e46510313622. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13622>.
13. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 12 dez 2012 [citado 2025 Nov 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BR). Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 7 abr 2016 [citado 2025 Nov 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
15. Silva TF, David HMS. Acolhimento, Redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica em Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. 2021;32(1):67-81. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.879>.
16. Secco AC, Rodrigues PM, Ledur CS, Zanatta E, Mozzaquatro CO, Arpini DM. Continuing education in health with community workers: a project of health promotion. *Rev Interinst Psicol*. 2020;13(1):e130108. <https://doi.org/10.36298/gerais2020130108>.
17. Kaufman D. A força dos "laços fracos" de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço. *Galáxia* [Internet]. 2012 [citado 2025 Nov 29];23:207-18. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/galaxia/article/view/5336/7580>
18. Coelho P, Vargas J, Profeta Z. Territory, social participation, and health: identification of key actors in a community network in Betim, Minas Gerais, Brazil. *Physis: Rev Saude Colet*. 2025;35(1):e350111. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312025350111pt>.
19. Motta MCS, Souza MHN, Zeitoune RCG, Andrade EGR, Rodrigues ILA, Oliveira APR et al. People with pulmonary tuberculosis in primary health care: social networks and repercussions of illness. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024;45:e20230302. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230302>. pt. PMID:39417502.
20. Sousa LG, Casarino MAA, Miranda VKS, Silva MH, Kokudai RLN. The role of the family health strategy nurse in assisting the elderly with alzheimer's. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro* [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 29];9:1-17. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/1388>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2025 Nov 29]. (Cadernos de Atenção Básica; 39). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
22. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 21 set 2017 [citado 2025 Nov 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
23. Wajahat A, Nazir A, Akhtar F, Qureshi S, ullah F, Razaque F, et al. Interactively visualize and analyze social network Gephi. 3rd International Conference on Computing, Mathematics and Engineering Technologies (iCoMET); 2020 jan. 29-30; Sukkur, Pakistan. New York: IEEE; 2020. p. 1-9. <https://doi.org/10.1109/iCoMET48670.2020.9073812>.
24. Moura RM, Henriques BD, Ferreira DC, Caçador BS. Attendance to spontaneous demand in the Family Health Strategy: practices and reflections in under construction process. *Physis*. 2022;32(1):e320103. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312022320103>.
25. Morosini MVG, Fonseca AF, Lima LD. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. *Saude Debate*. 2018;42(116):11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
26. Terra LSV, Campos GWS. Alienation of the medical work: tensions about the biomedical model and the managerialism in primary health care. *Trab Educ Saude*. 2019;17(2):e0019124. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>.
27. Li X, Feng X, Sun X, Hou N, Han F, Liu Y. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2019. *Front Aging Neurosci*. 2022;14:937486. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.937486>. PMID:36299608.
28. Lazzari C, Kotera Y, Green P, Rabottini M. Social network analysis of Alzheimer's teams: a clinical review and applications in psychiatry to explore interprofessional care. *Curr Alzheimer Res*. 2021;18(5):380-98. <https://doi.org/10.2174/1567205018666210701161449>. PMID:34218779.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Célia Pereira Caldas. Esther Mourão Nicoli. Helena Maria Scherlowski Leal David. Tarciso Feijó da Silva. Tiago Braga do Espírito Santo.

Aquisição de dados. Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Célia Pereira Caldas. Esther Mourão Nicoli. Helena Maria Scherlowski Leal David. Tarciso Feijó da Silva. Tiago Braga do Espírito Santo.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Célia Pereira Caldas. Esther Mourão Nicoli. Helena Maria Scherlowski Leal David. Tarciso Feijó da Silva. Tiago Braga do Espírito Santo.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Célia Pereira Caldas. Esther Mourão Nicoli. Helena Maria Scherlowski Leal David. Tarciso Feijó da Silva. Tiago Braga do Espírito Santo.

Aprovação da versão final do artigo. Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Célia Pereira Caldas. Esther Mourão Nicoli. Helena Maria Scherlowski Leal David. Tarciso Feijó da Silva. Tiago Braga do Espírito Santo.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. Célia Pereira Caldas. Esther Mourão Nicoli. Helena Maria Scherlowski Leal David. Tarciso Feijó da Silva. Tiago Braga do Espírito Santo.

EDITOR ASSOCIADO

Márcia de Assunção Ferreira 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

*Extraído da tese "Movimentos de redes vivas na produção de cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores: a perspectiva de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2024.