



REDES SOCIAIS E COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS

Ana Carolina Lopes Neves*
Helena Maria Scherlowski Leal David**
Tarciso Feijó da Silva***
Tatiana Cabral da Silva Ramos****
Rogério Bittencourt de Miranda*****
Magda Guimarães de Araújo Faria*****
Vagner Ferreira do Nascimento*****

RESUMO

Objetivo: compreender como as posições e interações de profissionais influenciam na coordenação do cuidado em saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Método:** estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, no qual participaram 12 profissionais de saúde de uma unidade de Atenção Primária à Saúde de um município da região do Médio Paraíba no Rio de Janeiro, delineado pela metodologia de análise de redes sociais. **Resultados:** apesar da presença de todos os atores no sociograma, a dinâmica entre eles emergiu como sendo baixa, o que pode acarretar em comunicação pouca efetiva e presença de interações externas à unidade de saúde na tentativa de garantir a coordenação do cuidado. Por sua vez, a maior ênfase identificada no sociograma dada aos médicos e enfermeiros pode estar relacionada ao lugar que ocupam na assistência, na organização e na gestão do serviço. **Conclusão:** a coordenação do cuidado está diretamente relacionada à assistência ao indivíduo de forma ininterrupta, com garantia de acesso e integralidade da atenção. A baixa dinâmica e a maior ênfase no sociograma sobre os atores de nível superior corroboram para necessidade de maior integração entre os profissionais e reflexão sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Redes Sociais. Longitudinalidade do Cuidado. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

Um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a garantia da qualidade da atenção e gestão⁽¹⁾. As ações de saúde que precederam o SUS tinham como características serem focalizadas, fragmentadas, isoladas e orientadas preferencialmente pelo modelo biomédico⁽²⁾. O advento do SUS, na década de 1990, possibilitou descortinar os problemas sanitários e sociais existentes, a partir de uma proposta de cuidado focado no conceito positivo de saúde, na equidade, na integralidade e no trabalho em equipe⁽³⁾.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se consolidou como modelo preferencial para a organização do SUS e gestão do cuidado, sendo

considerada, a partir da Norma Operacional Básica de 1996, como uma estratégia de indução voltada para a reestruturação do sistema de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽²⁾. Com a ESF, o cuidado em saúde passou a ter como objetivos a produção de vigilância em saúde, na perspectiva da promoção e prevenção de doenças, e intervenções com enfoque na família, na comunidade e nos problemas de saúde mais prevalentes⁽⁴⁾.

Na prática dos serviços na APS, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) é realizar a gestão do cuidado dos usuários acometidos por doenças crônicas, particularmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Essas patologias trazem a

*Enfermeira. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Hospital Adventista Silvestre. Email: anacarolina_lopes@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-9075-5952>.

**Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da UERJ. Email: helenalealdavid@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8002-6830>

***Enfermeiro. Faculdade de Enfermagem da UERJ. Email: tarcisofeijo@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5623-7475>

****Enfermeira. UERJ. Universidade Estácio de Sá. Email: taticabralsilva@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1385-2029>

*****Enfermeiro. Faculdade de Enfermagem da UERJ. Email: rogbitt@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6217-4650>

*****Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da UERJ. Email: magda.faria@live.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9928-6392>

*****Enfermeiro. Centro Universitário São Camilo. Universidade do Estado de Mato Grosso. Email: vagnerschon@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3355-163X>

exigência de um cuidado sistemático, que deve considerar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, o que demanda das eSF o conhecimento ampliado relacionado à população exposta ao risco de desenvolver HAS e DM, assim como competência técnica para orientar a gestão dos casos, que, por vezes, são singulares⁽⁵⁾.

O cuidado esperado na ESF para o usuário com HAS e DM, na convergência da produção de práticas capazes de produzir mudanças significativas, deve ser multiprofissional e interdisciplinar, onde cada ator, além de assumir responsabilidades específicas atreladas ao seu núcleo de conhecimento, responde por atividades comuns, que envolvem o coletivo de atores, e são necessárias para a organização do processo de trabalho e a integralidade do cuidado⁽⁶⁾.

A atenção aos usuários com diagnóstico de HAS e DM deve ser permanente, útil e duradoura, de forma que a produção do cuidado se reflita no controle dessas patologias e na redução da incidência de agudizações, internações e no aparecimento de outras doenças associadas a elas. Assim, a criação de vínculo e a coordenação do cuidado emergem como essenciais para a efetividade das ações e atividades planejadas pelas ESF⁽⁷⁾.

A coordenação do cuidado implica estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade⁽²⁾. Na APS, ela envolve cuidado assistencial e relação pessoal de longa duração (rede social) entre os profissionais de saúde e os usuários adscritos às eSF⁽¹⁾, tendo como benefícios melhor atenção preventiva à saúde, com consequente diminuição da incidência de doenças; maior controle das doenças e seus agravos, com atenção mais adequada e oportuna; aumento do reconhecimento dos reais problemas de saúde dos usuários; e melhor utilização dos serviços de saúde, com redução do número de internações hospitalares⁽⁸⁾. Observa-se que, quanto maior a multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos na provisão do cuidado e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado⁽⁴⁾, como no caso das condições crônicas que exigem o uso simultâneo de diversos serviços.

As redes sociais são construídas a partir de um

capital social em constante movimento, constituídas a partir de relações vinculadas a um grupo de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, mas unidos por ligações permanentes e úteis⁽⁹⁾. A temática que envolve redes sociais e APS tem ganhado destaque na literatura científica, por permitir compreender a relevância da relação entre profissional-profissional e profissional-paciente para o cuidado em saúde. O foco dos estudos pautados em redes sociais é a interação entre os indivíduos/instituições, com relevo sobre os efeitos dessa interação para a estrutura social e vice-versa, os quais têm permitido medir os padrões de relacionamento e as inter-relações entre os atores/equipamentos de saúde em determinado momento/tempo, retratando as posições que ocupam e a influência/papel de cada ator na produção do cuidado em saúde^(10,11).

A coordenação do cuidado pressupõe a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos⁽²⁾. Assim, o estudo pautado nas redes sociais podem ser relevantes, na medida que permitem descrever a tipologia de conexão, o fluxo informacional e a força das ligações entre os diferentes atores (pessoas, grupos específicos, equipamentos de saúde)⁽¹²⁾.

Este artigo tem por objetivo compreender como posições e interações das redes sociais de profissionais influenciam na coordenação do cuidado em saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza descritiva com abordagem quantitativa. A Análise de Redes Sociais (ARS) foi adotada como método por focar os padrões de relacionamento, ressaltar 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^(12,13).

Buscou-se não só medir os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos. Antes, com a utilização de procedimentos específicos, foi possível avançar no mapeamento das configurações sociais e representação das conexões existentes entre os diferentes atores na estrutura social⁽¹³⁾.

A coordenação do cuidado envolve trabalho em

equipe, assim como modelagem de atenção em saúde em rede, na intenção de induzir ações mais resolutivas⁽¹⁴⁾. A lente da ARS pode contribuir para a identificação de atores-chaves, que tenham capacidade de construir relações de vínculo mais sustentáveis e revelar a influência de suas posições na rede para uma coordenação do cuidado que contribua para garantia da integralidade⁽¹³⁾.

Dessa forma, com foco na coordenação do cuidado de usuários com HAS e DM, buscou-se, apoiado na ARS, configurar o traçado das redes sociais dos profissionais da ESF e apresentar medidas que especificam os padrões de relacionamento entre eles, o que, na pesquisa, se mostrou relevante por evidenciar no contexto da APS o papel de cada profissional, assim como esclarecer que atores são relevantes para a garantia do trânsito dos usuários com HAS e DM, visando ter acesso ao cuidado em saúde.

O cenário escolhido foi uma unidade de saúde da família, situada em um município da região do Médio Paraíba no Rio de Janeiro. A escolha da unidade ocorreu pelo fato dela possuir 100% de usuários cadastrados; conhecimento por parte dos profissionais sobre os pacientes do território com diagnóstico de HAS e DM; proposta de atendimento e acompanhamento ao longo do tempo dos usuários com HAS e DM, com foco na promoção à saúde, prevenção de agravos e visitas domiciliares periódicas; e enfermeiro e médico vinculados à ESF há mais de 1 ano.

Visando manter o anonimato, convencionou-se chamar a unidade de U1. Essa possuía, no momento da coleta de dados, 13 anos de existência, dois eSF, com dois enfermeiros, duas médicas de família, oito técnicos de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde e dois auxiliares administrativos. Por solicitação da gestão da APS do município, o estudo se estendeu apenas a uma equipe desta unidade para que não houvesse prejuízos ao processo de trabalho e pelo entendimento, de sua parte, de que a pesquisa com uma equipe poderia retratar em parte o trabalho da outra, pelo compartilhamento dos fluxos e informações. Desta forma, participaram da pesquisa um total de 12 profissionais, sendo um enfermeiro, um médico, quatro técnicos de enfermagem, quatro ACS e dois auxiliares administrativos, que foram codificados com abreviações das suas funções.

A coleta de dados foi delineada pela entrevista

semiestruturada¹⁵. Elaborou-se um roteiro com dados sociodemográficos (idade, sexo, profissão e situação laboral); o tempo de atuação na APS; informações a respeito das estratégias adotadas para a coordenação do cuidado dos usuários com HAS e DM; levantamento acerca dos encaminhamentos dos pacientes acometidos por estas doenças para a atenção especializada; e a seguinte pergunta: quais os profissionais/equipamentos de saúde que você aciona para garantir a assistência e a coordenação do cuidado dos usuários com HAS e DM? Cabe salientar que, a pergunta era aberta e que os atores podiam sinalizar todos os profissionais/equipamentos que interagiam, na perspectiva da coordenação do cuidado dos usuários com HAS e DM.

As entrevistas com os profissionais duraram em média 30 minutos; foram realizadas de forma individual em consultório cedido dentro da unidade, com porta fechada, possuindo cadeira para o entrevistador e para o participante da pesquisa. As respostas foram registradas em um gravador de voz digital para posterior transcrição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado a todos os participantes no momento da entrevista, que após concordância e assinatura, receberam uma cópia destes.

Com base na resposta dos participantes acerca das pessoas que se relacionam, na perspectiva da coordenação do cuidado dos usuários com HAS e DM, fez-se uma planilha no Microsoft Excel com as informações coletadas. Na vertical, foram dispostos os atores do cenário e, na horizontal, todos os profissionais/equipamentos citados como relevantes para a coordenação do cuidado. Cada profissional/equipamento citado por determinado ator recebeu valor “1” e quando não citado valor “0”.

Os *Softwares* Ucinet e Netdraw foram utilizados, respectivamente, para análise das suas informações/criação dos sociogramas e geração/apresentação em formato de imagens¹⁶. O Ucinet trabalha com a lógica de variáveis dicotômicas e reconhece para o valor “1” a presença de relação e para o “0” a ausência de relação.

A matriz criada no Microsoft Excel foi exportada para o Ucinet. Num primeiro momento, identificou-se o total de relações possíveis ($RP = NTA \times (NTA - 1)$), sendo RP = relações possíveis e

NTA = número total de atores; e a densidade ($D = RE/RP \times 100$), sendo D = densidade, RE = relações existentes e RP = relações possíveis.

Em seguida, aplicou-se as medidas de centralidade de grau e de intermediação. A primeira tem por objetivo explicitar a posição dos atores na rede e identificar quais os que detêm maior ou menor prestígio, ou seja, aqueles que dispõem ou não de recursos ou autoridade e são vistos como relevantes para longitudinalidade do cuidado^(16,17); já a segunda visa esclarecer a capacidade de coordenação e controle de determinados atores na rede, que, pela posição intermediária que ocupam, são considerados como atores-pontes^(16,17).

A partir do Netdraw, que já vem integrado ao Ucinet, foi possível exportar as redes sociais construídas em formato de imagem, com as respectivas medidas em realce. O sociograma é a representação gráfica de uma rede social, consistindo em um tipo de retrato de como os atores sociais se relacionam e se agrupam. A representação se faz por pontos e linhas; os pontos representam os atores e as linhas a ligação entre eles^(16,17).

A análise dos sociogramas permitem identificar os indivíduos mais centrais, bem como os mais periféricos; e possibilita evidenciar os papéis de cada nó na rede, o que contribui para explorar à luz do referencial teórico como as interações sociais podem ser relevantes para a coordenação do cuidado⁽¹²⁾.

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, exigências éticas e científicas fundamentais foram atendidas, sendo a pesquisa realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos⁽¹⁸⁾. O estudo teve anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde da região e aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob nº 728.664.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sociogramas que serão apresentados foram obtidos a partir da pergunta disparada aos atores da unidade de saúde acerca dos profissionais/equipamentos de saúde que eles acionam para garantir a assistência e a coordenação do cuidado dos usuários com HAS e DM. Dos 12 profissionais que atuam na unidade,

todos foram citados, mesmo que não diretamente pelo nome, mas de forma genérica a partir das suas categorias profissionais, o que deixa subentendido que eles têm a percepção da relevância do trabalho em equipe para coordenação do cuidado (Figura 1). Ressalta-se, no entanto, que os atores realizaram contatos com profissionais de outras unidades e/ou serviços, criando redes “extraoficiais” para obtenção de apoio no tocante à coordenação do cuidado.

O sociograma dos profissionais da U1 possui 26 nós e 71 interações de um total de 650 relações possíveis, sendo sua densidade de 10,92% (de um total de 100% de conexões possíveis). Quanto maior a densidade de uma rede, melhor o fluxo informacional e material; já o baixo valor é creditado à ausência de comunicação direta entre todos os atores⁽¹⁹⁾. A frágil densidade tem sido observada em estudos realizados na APS, apoiados pela ARS. Nesses, observam-se como fatores que cooperam para isso o processo comunicativo deficiente, a rotatividade do profissional médico da eSF pela dificuldade de sua fixação em territórios hostis e de difícil acesso, o fato das equipes serem incompletas, a ausência de reuniões de planejamento e discussão de casos, os conflitos interpessoais, os interesses distintos e a falta de conhecimento sobre o papel da APS na Rede de Atenção em Saúde (RAS)⁽⁶⁻⁸⁾.

A coordenação do cuidado pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas². A densidade das redes clarifica processos de trabalho pouco coesos, caracterizados por pouca integração entre os profissionais e os equipamentos de saúde. Na prática dos serviços de saúde na APS, a baixa densidade pode acarretar na falta de entendimento por parte dos profissionais das necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade; fragilizar o conhecimento sobre os hábitos e costumes, e por consequência, impedir a possibilidade de ações que valorizem a mudança de comportamento; e contribuir para o planejamento e produção do cuidado em saúde distante da realidade das pessoas^(13, 20).

maioria dos técnicos de enfermagem e dos ACS. A centralidade de grau dos primeiros se deve ao fato delas ocuparem espaços estratégicos na unidade, assumindo a maioria dos procedimentos técnicos (coleta de exames de rotina, curativos, triagem de usuários, verificação de sinais vitais, glicemia

capilar, observação clínica). Quanto aos ACS, estes são responsáveis por estabelecer contato direto com os usuários nos domicílios, por conhecerem a realidade ao qual estão submetidos e por serem a ponte entre esses e os serviços ofertados pela unidade.

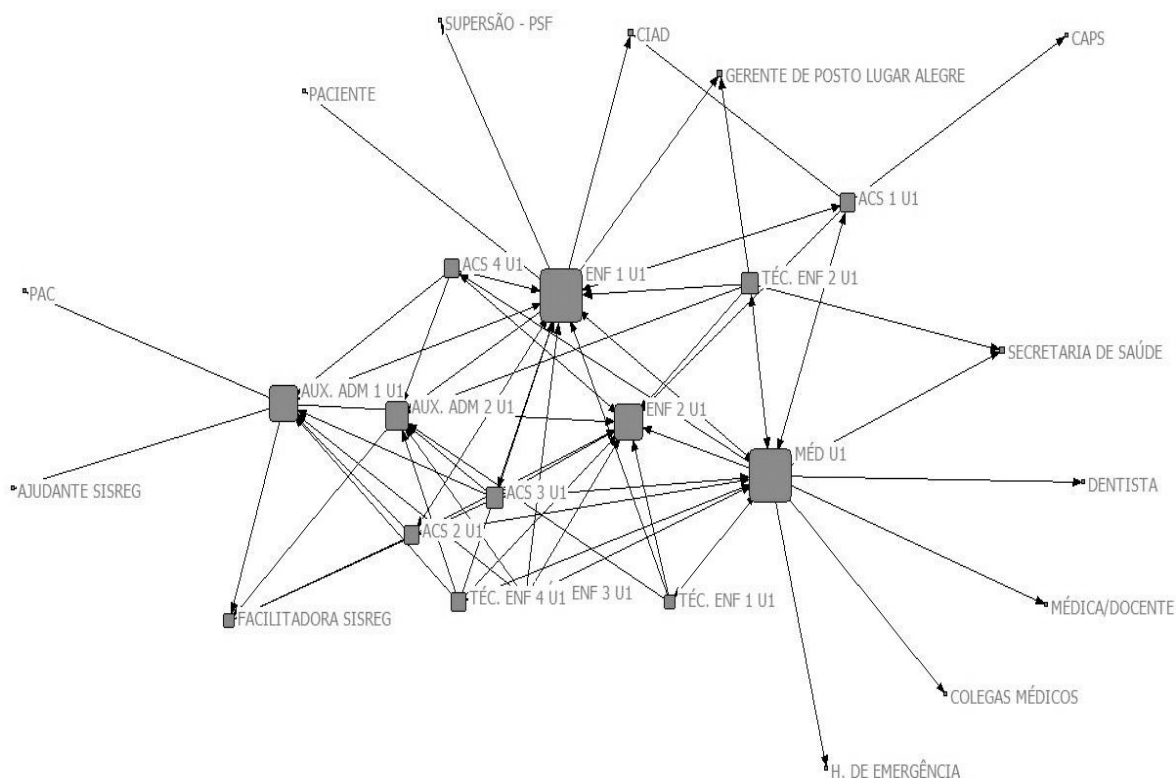


Figura 2. Sociograma da U1: centralidade de grau.

Legenda: ENF – enfermeiro; MÉD – médico; TÉC. ENF - técnico de enfermagem; ACS – agente comunitário de saúde; AUX. ADM – auxiliar administrativo; SUPERVISÃO DE PSF – supervisão do Programa de Saúde da Família; CIAD – Centro Integrado de Atendimento ao Diabético; PAC – Programa de Atenção Continuada; SISREG – Sistema de Regulação.

Fonte: os autores, 2023.

A atuação efetiva no desenvolvimento dos procedimentos na unidade é elemento que permite pressupor que os técnicos de enfermagem apresentam certo grau de capital cultural, já que esse está atrelado ao conhecimento prévio adquirido a partir de processos formativos que permitem atuação profissional²². No entanto, caberia refinar o dado (o que não foi possível neste estudo) a partir de observação ou entrevista, na perspectiva de apreender o nível de conhecimento acerca dos procedimentos realizados.

A livre circulação dos ACS pelo território, sua autorização para ocupar diferentes espaços a depender do grau de vínculo (unidade de saúde,

residências, escolas, igrejas, comércio) e a sua integração com a equipe fazem deles atores sociais por excelência. O capital social que detêm os tornam capazes de intercambiar informações que facilitam o conhecimento sobre as necessidades de saúde e as vulnerabilidades dos sujeitos pelos demais profissionais, assim como contribuem para o acesso dos usuários aos diferentes serviços ofertados pela unidade de saúde e RAS⁽²²⁾. Na tabela 1, seguem as medidas de centralidade de grau dos atores da rede, com respectivos os graus de entrada (conexões recebidas por determinado ator na rede) e saída (conexões que saem de determinado ator em direção a outros atores)⁽²³⁾.

Tabela 1. Medidas da Centralidade de grau da U1.

Atores	Grau de entrada	Grau de saída	Grau	Atores	Grau de entrada	Grau de saída	Grau
MÉD U1	8*	15**	23***	ENF 1 U1	10*	11**	21***
ENF 2 U1	10*	0	10***	TÉC. ENF 1 U1	1	4	5
TÉC. ENF 2 U1	1	6**	7	TÉC. ENF 3 U1	1	5	6
TÉC. ENF 4 U1	1	5	6	ACS1 U1	2	5	7
ACS 2 U1	2	5	7	ACS 3 U1	2	6**	8
ACS 4 U1	2	4	6	AUX. ADM 1 U1	6*	5	11***
AUX. ADM 2 U1	7*	1	8	H. de emergência	1	0	1
Colegas	1	0	1	Médicos	1	0	1
Médica/docente	1	0	1	Dentista	1	0	1
Paciente	1	0	1	Gerente - posto Lugar Alegre	2	0	2
CIAD	2	0	2	Supervisão - PSF	1	0	1
Secretaria de Saúde	2	0	2	Facilitadora SisReg	4	0	4
Ajudante SisReg	1	0	1	CAPS	1	0	1
PAC	1	0	1				

Legenda: *Atores com maior grau de entrada/**Atores com maior grau de saída / ***Atores com maior centralidade de grau.

ENF – enfermeiro; MÉD – médico; TÉC. ENF - técnico de enfermagem; ACS – agente comunitário de saúde; AUX. ADM – auxiliar administrativo; SUPERVISÃO DE PSF – supervisão do Programa de Saúde da Família; CIAD – Centro Integrado de Atendimento ao Diabético; PAC – Programa de Atenção Continuada; SISREG – Sistema de Regulação. *Como critério para destaque dos atores com maior centralidade de grau, **destacou-se aqueles que apresentam grau com valor até metade do maior grau apresentado.**

Fonte: os autores, 2023

Os fatores de entrada e saída da tabela 1 confirmam a centralidade do grau da alta da médica, dos enfermeiros e dos auxiliares administrativos. No entanto, a análise apenas do grau de entrada permite concluir que os enfermeiros são os mais acionados, seguidos da médica e dos auxiliares administrativos. O dado revela maior prestígio, influência, popularidade e expansão dos enfermeiros na rede social⁽²¹⁾.

A presença do enfermeiro na APS ocupando centralidade de grau alta aparece em outras pesquisas apoiadas na ARS^(10, 11, 24). Tal fato, como apontado, se deve às funções assistenciais e gerenciais por ele assumidas, o que o torna um líder em potencial e o coloca numa posição de destaque. No entanto, cabe repensar o valor social das ações deste profissional, que mesmo emergindo como ator-chave para a coordenação do cuidado em HAS e DM, por vezes é alvo de discursos contrários ao exercício de práticas de cuidados validados por protocolos clínicos e órgãos fiscalizadores da profissão.

A médica desponta como aquela que mais aciona os demais profissionais da unidade (grau 15), seguida do enfermeiro 1 (grau 11) e dos auxiliares administrativos (grau 6). Os dois primeiros atores são aqueles que, na rotina diária, atendem individualmente os pacientes sob suspeita ou confirmados com HAS e DM, além de serem

responsáveis pelo atendimento das demandas agudas e por planejarem/direcionarem as atividades/ações de promoção e prevenção em saúde, o que justifica os disparos na maior parte do tempo em direção aos demais atores, na perspectiva de obterem êxito na produção do cuidado. Com relação aos auxiliares administrativos, observa-se que apesar de possuírem formação não atrelada ao campo da saúde, acabam por ocupar papel de relevo na APS, ao assumirem funções estratégicas e possuírem acesso aos sistemas de informação, logística e agendamentos. Compete a eles acionarem os demais profissionais da eSF para comunicar sobre novas rotinas instituídas pela gestão, avisar sobre critérios estabelecidos para agendamentos, assim como comunicar de marcações autorizadas para serviços especializados.

Centralidade de intermediação da Unidade 1

A centralidade de intermediação avalia a importância de um ator na rede e o quanto ele intermedeia as relações. Ela expressa o controle exercido sobre as informações e a comunicação por determinado ator e é obtida contando-se as vezes que certo ator aparece nos caminhos (geodésicos) que ligam todos os atores da rede, o que faz desses atores pontes⁽¹⁶⁾.

Um ator com uma alta centralidade de

intermediação possui potencial de controle do fluxo de informações na rede; podendo influenciar na comunicação da rede de forma positiva ou negativa, a depender do seu envolvimento e das visões de mundo e concepções de saúde e de trabalho; já,

como ator-ponte, ele pode contribuir na conexão com diferentes grupos ou para a total desconexão da rede, no caso de ser excluído desta ^(12,21). Na Figura 3, em destaque, estão os atores com maior centralidade de intermediação.

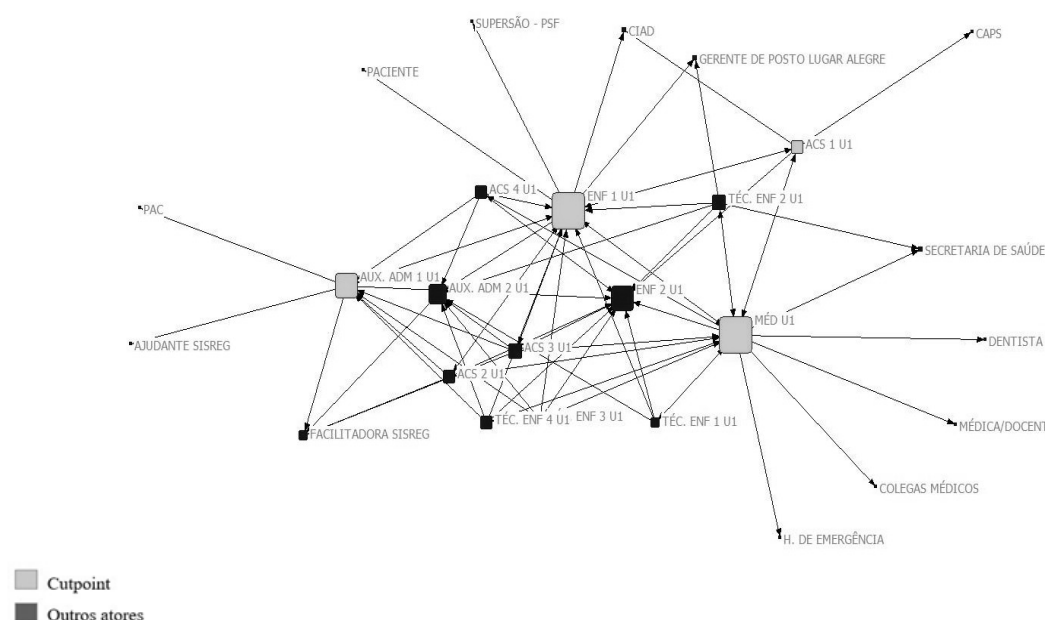


Figura 3. Rede social da U1: centralidade de intermediação

Legenda: ENF – enfermeiro; MÉD – médico; TÊC. ENF - técnico de enfermagem; ACS – agente comunitário de saúde; AUX. ADM – auxiliar administrativo; SUPERVISÃO DE PSF – supervisão do Programa de Saúde da Família; CIAD – Centro Integrado de Atendimento ao Diabético; PAC – Programa de Atenção Continuada; SISREG – Sistema de Regulação.

Fonte: os autores, 2023.

Os atores que aparecem com tamanho em destaque são aqueles que possuem maior centralidade de intermediação. A tabela 2 apresenta as medidas geradas pelo Ucinet e confirma os dados do sociograma, sendo os 3 atores com maior

potencial de intermediação: a médica (101), o enfermeiro (94,81) e o auxiliar administrativo 1 (22,08). Com menor valor de intermediação, aparecem o ACS 1 (10,66) e auxiliar administrativo 2 (3,91).

Tabela 2. Medidas de centralidade de intermediação na U1.

Atores	Centralidade de Intermediação	Atores	Centralidade de Intermediação
Médica	101	Auxiliar administrativo 2	3,91
Enfermeiro 1	94,81	ACS 3	1,89
Auxiliar administrativo 1	22,08	ACS 2	1,75
ACS 1	10,66	ACS 4	0,81

Legenda: ENF – enfermeiro; MÉD – médico; TÊC. ENF - técnico de enfermagem; ACS – agente comunitário de saúde; AUX. ADM – auxiliar administrativo; SUPERVISÃO DE PSF – supervisão do Programa de Saúde da Família; CIAD – Centro Integrado de Atendimento ao Diabético; PAC – Programa de Atenção Continuada; SISREG – Sistema de Regulação.

Fonte: os autores, 2023

Os “nós” que aparecem na Figura 3 e não constam na tabela acima obtiveram o valor zero para centralidade de intermediação, não possuindo na ocasião do estudo potencial para controlar a informação e a comunicação na rede. No entanto,

como o processo de trabalho na APS é dinâmico e a rede não é estática, estudo utilizando a mesma metodologia poderia na atualidade demonstrar outra configuração e, por consequência, outros atores ocupando grau de intermediação.

Observa-se, como encontrado para a centralidade de grau, que os atores com maior centralidade de intermediação foram a médica, o enfermeiro e o auxiliar administrativo. O achado clarifica a relevância destes três atores para a coordenação do cuidado dos usuários com HAS e DM.

É relevante reiterar que o enfermeiro não estava atuando, na ocasião do estudo, diretamente no atendimento individual através de consultas de enfermagem de pacientes com HAS e DM, e que, mesmo assim, ele despontou como o segundo profissional com maior centralidade de intermediação na rede. Acredita-se que uma maior autonomia para este profissional no atendimento de usuários com estas patologias, assim como no direcionamento de ações e condutas, poderia ser oportuno para qualidade da assistência prestada aos pacientes com HAS e DM e coordenação do cuidado. Esses profissionais na APS têm emergidos como atores-chave e articuladores comprometidos com a integralidade das ações e com as necessidades de saúde dos usuários⁽⁹⁾.

O potencial de articulação dos enfermeiros em diversas áreas e trabalhos faz com que esses profissionais tenham a possibilidade de serem capazes de atuar como um instrumento de mudança em prol da consolidação de novas práticas de saúde⁽²⁵⁾. O enfermeiro na ESF é o responsável por integrar ações/serviços entre os vários atores da equipe de saúde, sendo este acostumado a lidar com diversos instrumentos e sujeitos no seu trabalho⁽²⁶⁾. Sendo assim, mesmo o enfermeiro no município não realizando consultas de enfermagem diretas aos usuários com HAS e DM, fica evidente sua participação direta na coordenação do cuidado, pela sua capacidade de integrar recursos e servir de elo/ponte entre os demais atores.

Outro profissional reconhecido como articulador e mediador é o ACS. Com seu trabalho pautado nas relações e na interatividade, ele atua mediando a comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade na qual está inserido, intermediando interações e facilitando a comunicação entre os usuários e os serviços de saúde. O papel de articulador que possui, pelo fato de viver no território e próximo dos usuários, possibilita a reflexão e a compreensão ampliada da realidade ao qual está inserido, o que contribui para discussão dos casos e dos problemas identificados com maior propriedade de elementos e informações. Não

obstante, a inter-relação entre ACS e usuário é bastante vantajosa e imprescindível, possibilitando maior diálogo e aproximação entre a unidade de saúde e a população⁽²⁷⁾.

Com relação aos profissionais ACS inseridos na rede, percebe-se que eles não estão na mesma posição e grau de centralidade de intermediação. Com exceção do ACS 1, que possui grau maior que 10, os demais aparecem com grau inferior. Cabe sinalizar que todos os ACS da unidade possuem o mesmo tempo de atuação na ESF (um ano e três meses). No entanto, o ACS 1, que emergiu com valor elevado de centralidade de intermediação, possui experiência prévia na ESF em outra unidade de saúde.

Os atores com maior centralidade tendem a desconectar a rede caso sejam excluídos desta e, por esta característica, são denominados como “pontos de corte” (cutpoints). Sua remoção divide o grafo em subgrafos desconectados, podendo um ator identificado como cutpoint ser crucial, por exemplo, na disseminação de informação, com sua remoção, podendo significar um corte na comunicação entre dois subgrupos da rede⁽²⁸⁾.

Esta relevância estrutural pode ser visualizada na Figura 3, em que se utilizou a opção cutpoint na análise gerada pelo *Software* Netdraw, utilizando a matriz da rede realizada no Ucinet. De acordo com a análise, os atores com o potencial de desconectar a rede de profissionais (cutpoint) da U1 são o Enfermeiro 1, a médica, o auxiliar administrativa 1 e o ACS 1. Conforme análise, no que tange à rede social da U1, observa-se que recai sobre estes quatro profissionais relevantes capital cultural e social, tornando-os fundamentais na produção do cuidado e coordenação do cuidado em HAS e DM.

CONCLUSÃO

A coordenação do cuidado em HAS e DM é imprescindível para a promoção da saúde e prevenção de agudizações e novos agravos. Como diretriz da APS, a coordenação do cuidado está diretamente relacionada à assistência ao indivíduo de forma ininterrupta, com construção de vínculo, respeito à singularidade, avaliação de risco e vulnerabilidades constantes e garantia da integralidade.

A Análise de Redes Sociais dos atores permitiu concluir que o fato de determinado ator possuir elevado valor quanto à centralidade de grau, não

necessariamente significa que este mesmo ator se destacará com valor elevado no que tange à centralidade de intermediação. Pelo contrário, há a possibilidade de que as posições de um mesmo ator quanto a estas centralidades sejam inversamente proporcionais, como é o caso do enfermeiro da unidade, que possui centralidade de grau alta e de intermediação baixa. A justificativa pode estar no fato deste ator, apesar de ser muito acessado pelos demais atores e ter centralidade de grau alta, não ser visto como um intermediador de processos e de informação. O que se pode afirmar é que ter na rede profissionais com ambas centralidades elevadas pode ser potente para a coordenação do cuidado, que deve ser pautada na vigilância em saúde, na integralidade e ter como prerrogativa o atendimento das reais necessidades de saúde dos usuário, família e comunidade.

É possível concluir, a partir dos resultados, que a centralidade dos atores está muito atrelada ao capital

cultural (formação, competências) e social (vínculos, amizades), assim como ao conhecimento sobre papel da APS na RAS. Na prática, os atores, por afinidade/necessidade, tendem a se aproximar daqueles que de alguma forma têm recursos, capacidade ou disposição de tornar suas rotinas menos densas e que estão abertos ao diálogo, a parcerias e atuação interdisciplinar, na perspectiva de pensarem/construírem juntos estratégias voltadas para atendimento das demandas dos usuários.

Outrossim, cabe ressaltar que o campo da APS é dinâmico e que a rede social exportada retrata o momento presente. Se estudos posteriores forem realizados no mesmo cenário, certamente identificarão outra realidade. Aponta-se como limitação do artigo o fato dele não ter envolvido estratégias de coordenação do cuidado, a qual, em associação com a rede social gerada, poderia trazer novos elementos de análise possibilitando achados mais significativos.

SOCIAL NETWORKS AND COORDINATION OF HEALTH CARE FOR USERS WITH HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

Objective: to understand how the positions and interactions of professionals influence the coordination of health care of users with hypertension and diabetes mellitus. **Method:** a descriptive study with a quantitative approach with the participation of 12 health professionals from a Primary Health Care unit in a municipality in the Middle Paraíba region of Rio de Janeiro, outlined by the methodology of social network analysis. **Results:** despite the presence of all actors in the sociogram, the dynamics between them emerged as low, which may result in ineffective communication and the presence of interactions external to the health unit in an attempt to ensure care coordination. In turn, the greater emphasis identified in the sociogram for physicians and nurses may be related to the place they occupy in the care, organization and management of the service. **Conclusion:** the coordination of care is directly related to uninterrupted assistance to the individual, with guaranteed access and comprehensiveness of care. The low dynamics and greater emphasis in the sociogram on higher education actors corroborate the need for greater integration among professionals and reflection on the role of Primary Health Care in the coordination of health care.

Keywords: Primary health care. Social networks. Longitudinality of care. Hypertension. Diabetes mellitus.

REDES SOCIALES Y COORDINACIÓN DEL CUIDADO EN SALUD DE USUARIOS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo las posiciones e interacciones de profesionales influyen en la coordinación del cuidado en salud de los usuarios con hipertensión arterial y diabetes mellitus. **Método:** estudio de naturaleza descriptiva, con enfoque cuantitativo, en el cual participaron 12 profesionales de salud de una unidad de Atención Primaria de Salud de un municipio de la región del Médio Paraíba en Rio de Janeiro/Brasil, trazados por la metodología de análisis de redes sociales. **Resultados:** pese a la presencia de todos los actores en el sociograma, la dinámica entre ellos se presentó como siendo baja, lo que puede acarrear en una comunicación poca efectiva y presencia de interacciones externas a la unidad de salud en el intento de garantizar la coordinación del cuidado. A su vez, el mayor énfasis identificado en el sociograma dado a los médicos y enfermeros puede estar relacionado con el lugar que ocupan en la asistencia, la organización y la gestión del servicio. **Conclusión:** la coordinación del cuidado está directamente relacionada a la asistencia al individuo de forma ininterrumpida, con garantía de acceso e integralidad de la atención. La baja dinámica y el mayor énfasis en el sociograma sobre los actores de nivel superior corroboran para la necesidad de mayor integración entre los profesionales y reflexión sobre el papel de la Atención Primaria de Salud en la coordinación del cuidado en salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Redes Sociales. Longitudinalidad del Cuidado. Hipertensión Arterial. Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Nova Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Lacerda RST, Almeida PF. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2023; 27: e220665. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220665>
3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate* [Internet]. 2018; 42 (spe1):18–37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
4. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde debate* [Internet]. 2018; 42 (spe4): 249-260. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S420>
5. Bezerra HMC, Gomes MF, Oliveira SRA, Cesse EAP. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2020; 18 (3): 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00277>
6. Guimaraes BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde* [Internet]. 2020; 12 (1): 143-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
7. Lucena ACRM, Rêgo AS, Charlo PB, Rodrigues TFCS, Salci MA, Radovanovic CAT, Carreira L. Performance of primary health care services: satisfaction of persons with hypertension. *Cienc. Cuid. Saude*. 2021; 2021; 20:e53086. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.53086>
8. Labegallini CMG, Aguirre HC, Peruzzo HE, Christinelli HCB, Souza RR, Marcon SS, Costa MAR. Health care for hypertensive and diabetic people: nurses' perception. *Cienc. Cuid. Saude*. 2022; 21: e61580. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.61580>
9. Silva TF, Ramos TCS, David HMSL, Vieira ACT. Características e especificidades da Metodologia de Análise de Redes Sociais. *Research, Society and Development*. 2021; 10 (3): e465103136. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13622>
10. Ramos TCS, David HMSL, Silva TF, Leite CN. 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*. 2021; 12:1-16. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.994>
11. Silva TF, David HMSL. Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. 2021; 32 (1): 67-81. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/redes.879>
12. Resende CAS. Análise de redes sociais: o método e sua utilização nas Ciências Sociais brasileiras. *Ciências Sociais Unisinos*. 2020; 56 (1): 94-103. DOI: <https://doi.org/10.4013/csu.2020.56.1.09>
13. David HMSL, Faria MGA, Dias JAA, Silva TF, Souza VMD, Dias RS. Social network analysis in primary health care: an integrative review. *Acta paul enferm* [Internet]. 2018; 31(1):108-115. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800016>
14. Anel Rodríguez RM, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev. Clin. Med. Fam.* [Internet]. 2022; 15 (2): 75-76. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es
15. Minayo MCS. Origem inusitada da pesquisa qualitativa em ciências sociais no Brasil. *História, Ciências, Saúde*. 2020; 27 (3): 919-932. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000400012>
16. Borgatt SP, Everett MG, Freeman LC. *Analyzing social network Using*. Sage, 2022.
17. Lemieux V, Quimet M. *Análise Estrutural de Redes Sociais*. Instituto Piaget, 2012.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Silva TF, Ramos TCS, David HMSL. Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate* [internet]. 2021, 45 (130): 618-632. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113005>
20. Oliveira LGF, Fracoli LA, Castro DMCL, Gryschek ALFPL, Pina-Oliveira AA, Silva LA, Santos JC, Lico FMC, Campos DS, Geraldo DC. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2023; 27 (7): 3385-3395. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i7.2023-009>
21. Silva CAL, Oliveira MC, Baldissera R. Comunicação organizacional e empregados: entre a participação manipulatória e a humanização. *Comun. & Inf.* 2021; 16:1-20. DOI: <https://doi.org/10.5216/ci.v24.62552>
22. Fialho J, Dias E, Macedo V. O Capital Social na Teoria das Redes Sociais. *Latitude*. 2022; 16 (2): 8-28. DOI: <https://doi.org/10.28998/te.2022.n.2.13594>
23. Laghridata C, Essalih M. Set of Measures of Centrality by Level for Social Network Analysis. *Procedia Computer Science*. 2023; 219: 751–758. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.01.348>
24. Silva TF, David HMSL, Romano VF. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15 (42):2326. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2326](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2326)
25. Mateus LC, Condeles PC, Bracarense CF, Parreira BDM, Simões ALA, Goulart BF. Management in the Family Health Strategy: nurses' perceptions. *Rev enferm UERJ*. 2021; 29 (1): e57262. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.57262>
26. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competences of nurses in the Family health Strategy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020; 24 (2): e20190145. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>
27. Faria CCMVP, Assunção CH. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trab. educ. saúde* [online]. 2020; 18 (suppl 1): e0025183. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00251>
28. Souza QR, Quandt CO. Metodologia de Análise de Redes Sociais. In: Duarte F, Quandt C, Souza Q. (Org.). *O Tempo das Redes*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

Endereço para correspondência: Tarciso Feijó da Silva. Boulevard 28 de setembro, nº. 157, Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20551-030. E-mail: tarcisofeijo@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 26/05/2023

Data de aprovação: 21/01/2024