

Potências do CiberespaSUS: redes sociais como dispositivos de políticas públicas de saúde no Brasil

Potentialities of ciberespaSUS: social networks as devices of public health policies in Brazil

Sabrina Helena Ferigato ¹

Ricardo Rodrigues Teixeira ²

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti ³

Bárbara de Fátima Depole ⁴

Abstract *This paper examines two experiences of social networks developed as a space for strengthening public health policies in the Brazilian context. Objective: To describe and analyze some possibilities of using social networks as devices linked to public health policies based on the experience of two comparative cases currently underway in Brazil: The HumanizaSUS Network and the Community of Primary Care Practices. Methods: This is qualitative research with a comparative case study approach, with emphasis on the exploitation of data available in the public platform of both networks and publications around these two experiences. Results: Webometric data of the cases studied will be shown, pointing out aspects of differentiation and similarity between them from three axes of analysis: (1) theoretical-conceptual framework; (2) the design of the platform, its functionalities and its daily support process; (3) the singularities of the related policies. The discussion of these points indicates that social networks can function as devices for education, production of a collection of experiences, clinical collaboration and especially a collaborative creation of spaces for sharing experiences and collective reflection on the daily construction of public policy.*

Key words *Public policies, Social networks, Collective health*

Resumo *Este artigo examina duas experiências de redes sociais desenvolvidas como espaço de fortalecimento das políticas públicas de saúde no contexto brasileiro. O objetivo é descrever e analisar algumas possibilidades de uso das redes sociais como dispositivos vinculados às políticas públicas de saúde, a partir da experiência de dois casos comparados em curso no Brasil: a Rede Humaniza SUS e a Comunidade de Práticas da Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que parte da abordagem de estudo de caso comparados, com ênfase na exploração de dados disponíveis na plataforma pública de ambas as redes e em publicações em torno destas duas experiências. Serão apresentados dados webométricos dos casos estudados, apontando aspectos de diferenciação e semelhança entre eles, a partir de três eixos de análise: (1) marco teórico-conceitual; (2) o design da plataforma, suas funcionalidades e seu processo de sustentação cotidiana; (3) as singularidades das políticas vinculadas. A discussão desses pontos indica que as redes sociais podem funcionar como dispositivos para a formação, para a produção de acervo de experiências, para a colaboração clínica e, especialmente, para a criação colaborativa de espaços de compartilhamento de experiências e reflexão coletiva sobre a construção cotidiana de uma política pública.*

Palavras-chave *Políticas públicas, Redes sociais, Saúde coletiva*

¹ Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. Rod. Washington Luis, km 235. 13565-905 São Carlos SP Brasil.

sabrinaferigato@gmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília DF Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, UFSCAR. São Carlos SP Brasil.

Introdução

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro que levou à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi historicamente marcado pelo compromisso ético-político com a defesa da vida e com a construção de um sistema de saúde universal e, orientado por esse compromisso, também tem sido profícuo em produzir inovações no plano das práticas de cuidado. As experimentações práticas de outros arranjos assistenciais (que já vinham se dando há várias décadas antes da reforma) tiveram um papel decisivo em todo esse processo, constituindo as bases para a proposição de inovações nos modos de produção de cuidado em saúde no Brasil¹⁻⁴.

Evidentemente, essa potência das experiências só pode ser liberada quando elas são compartilhadas e se oferecem à produção de conhecimento e à reflexão coletiva. E isso pode se dar de múltiplas formas, todas elas podendo ser ditas de diferentes formas de se agenciar a inteligência coletiva (IC)⁵, isto é, de se agenciar aquilo que define a potência de ação coletiva num campo. Por isso, não surpreende que, nestes quase 30 anos de existência do SUS e, desde antes, em todo o processo que antecedeu e conduziu à reforma sanitária, tenha sempre sido possível identificar inúmeros dispositivos que desempenharam esse papel de viabilizar, facilitar ou intensificar o compartilhamento de experiências e a reflexão coletiva: diferentes formas de organização social e política (associações profissionais, movimentos sociais organizados, fóruns etc.), espaços formais da gestão pública e da vida acadêmica (reuniões técnicas, comissões, grupos de trabalho, comitês intergestores, conselhos, conferências, congressos, seminários etc.), veículos de comunicação social (publicações relacionadas aos diferentes grupos de articulação política, relatórios e outros documentos técnicos, publicações tecnocientíficas, mostras, exposições etc.), entre outros.

A história da invenção desses múltiplos processos, tecnologias, dispositivos, instituições e outros aparatos relacionais e coletivos pelos quais a experiência humana pode cada vez mais se fazer comum (uma riqueza comum) corresponde, em grande medida, à história dos modos pelos quais a humanidade tem desenvolvido formas de IC cada vez mais potentes, conforme a concepção de Lévy⁵.

Só os seres humanos, no reino animal, são capazes de aprender enquanto espécie. É o próprio significado da cultura. Porque é cultural, a inteligência coletiva humana se aperfeiçoa. Ela trabalha,

e cada vez mais deliberadamente, para sua própria melhoria. As grandes religiões éticas e universalistas, as filosofias, os movimentos de emancipação política, a inventividade econômica, o direito e o empreendimento tecnocientífico trabalham todos, cada um de uma maneira diferente, para aumentar a potência humana ou, dito de outra forma, suas capacidades de inteligência coletiva⁶.

A perspectiva de Levy nos interessa por fazer sobressair uma dinâmica cognitiva nessas diferentes invenções dos coletivos humanos, ou seja, por nos fazer ver o modo como essas invenções agenciam uma inteligência que é determinante para a potência de ação coletiva desses coletivos. É por isso que este autor pode compreender a história dessas diferentes invenções como a história da constituição e ampliação da IC. Uma história cujo capítulo mais recente corresponde àquele em que essa ampliação dá o seu salto mais vertiginoso, num momento em que já nos está dado trabalhar deliberadamente para aumentá-la⁶.

Assim, quaisquer que sejam os dispositivos “tradicionais” de agenciamento da IC num dado campo de práticas, todos eles foram profundamente modificados pelo advento da comunicação eletrônica em rede. A constituição de uma rede mundial de computadores em escala planetária, que passou a gerir e/ou intermediar praticamente todos os aspectos da nossa existência, provocou uma profunda transformação cultural, em grande medida decorrente de uma expansão e intensificação das possibilidades de compartilhamento e produção coletiva de conhecimento sem precedentes, caracterizando um autêntica “cultura do compartilhamento” - expressão aqui utilizada num sentido propositalmente impreciso e ambíguo, para designar tanto um certa compulsão coletiva a compartilhar os mais variados registros da sua existência através de diferentes formas de mídia social, quanto o fato de que, independente de qualquer vontade de compartilhamento, quase tudo que (nos) acontece deixa algum tipo de registro virtualmente *déjà-compartilhado*.

Essa “forma sociocultural que modifica os hábitos sociais, práticas de consumo cultural, ritmos de produção e distribuição da informação, criando novas relações no trabalho e no lazer, novas formas de sociabilidade e de comunicação social” tem sido chamada por alguns autores de cibercultura⁷.

Seus impactos específicos no campo da saúde são múltiplos e profundos. É frequente que se aponte mudanças na relação com a informação e o conhecimento, tanto de usuários, quanto de

profissionais de saúde, seja na figura do paciente que já chega na consulta sabendo tudo sobre a sua doença, seja na figura do trabalhador de um setor de atividade conhecimento-intensiva que precisa recorrer à internet para estar permanentemente atualizado. Mas podemos identificar impactos mais extensos, inclusive, pela forte incidência dessas tecnologias de informação e comunicação nos processos de trabalho (prontuário eletrônico online, e-SUS, Telessaúde, como exemplos rápidos), lançando, cotidianamente, novos e complexos desafios para as práticas de cuidado.

O novo ambiente tecnológico e cultural trouxe novas possibilidades para práticas já existentes, como a formação, a difusão do conhecimento, a gestão, o monitoramento e avaliação das práticas em saúde, mas também inaugurou novos modos de se produzir saúde, com a criação de espaços de troca e reflexão sobre as práticas ou a constituição de dispositivos para a educação permanente dos profissionais, entre outras possibilidades que vêm sendo exploradas. Não se trata, portanto, apenas de uma questão incremental, de incorporação de “tecnologias de ponta” para aperfeiçoamento e efficientização de processos já dados, mas de inaugurar novas relações e novos modos de produzir saúde que, sobretudo, representam novas potências de ação coletiva, para colocarmos as coisas na perspectiva da IC. Afinal, é nessa perspectiva que nos interessa examinar os limites e as potencialidades de alguns usos específicos dessas novas tecnologias, destacando, nesse cenário múltiplo, experiências que envolvam o uso de ferramentas colaborativas e a constituição de redes sociais.

Cabe ressaltar que, no presente trabalho, utilizamos a expressão “rede social” no sentido restrito que esta adquiriu no contexto da cibercultura, que é o de uma rede social virtual, isto é, um espaço para todo tipo de troca e compartilhamento intensivo de informações, que se tornou a mais utilizada ferramenta de internet na atualidade. Não estamos falando apenas em plataformas como o FacebookTM, ainda que a importância adquirida por esta e algumas outras mídias sociais nos obrigue a compreender suas especificidades. Em outras palavras, o interesse pelas potências das redes sociais nos conduz, inexoravelmente, no presente estado de coisas, a ter que levar em conta plataformas como FacebookTM, YouTubeTM, InstagramTM etc., mas a levá-las em conta, sobretudo, enquanto um problema, qual seja: o da imposição massiva de seus “algoritmos” que, regidos por uma lógica de negócios oriunda da propaganda comercial, passam, segundo essa

lógica, a reger nossas interações com outros conteúdos e pessoas.

Isto posto, pode-se dizer que nosso interesse se volta para algumas “redes menores”, para algumas experimentações singulares com ativação de redes sociais através de ferramentas colaborativas, que vêm sendo realizadas na última década na saúde. Sem deixar de estarem articuladas com as grandes redes sociais, estas experimentações procuraram construir espaços com propósitos bem definidos, desenho e funcionalidades próprias e amigáveis, capazes de produzir um valor de uso para os diferentes atores da saúde de modo a estimular a participação.

As redes que iremos examinar, por meio de um estudo comparado de casos, se destacam por essas características, mas também por estarem organicamente articuladas a políticas específicas e pelo fato de virem apresentando uma atividade expressiva e contínua há vários anos: a Rede HumanizaSUS (RHS)⁸ e a Comunidade de Práticas da Atenção Básica (CdP)⁹.

Metodologia

Segundo Bartlett e Varvru¹⁰ a abordagem por estudo de caso comparado (ECC) permite analisar como processos similares se desenrolam em contextos diversos, com ênfase nas interações sociais e seus efeitos identificáveis. Para os mesmos autores, o contexto não deve ser definido como lugar ou localização, mas deve ser conceituado como algo espacial e relacional. Do mesmo modo, essa abordagem está voltada à análise não de estados de coisa, mas de processos socialmente construídos, como nos casos da RHS⁸ e CdP⁹, processos ainda em curso que guardam similaridades, ao mesmo tempo em que guardam naturezas, modos de funcionamento e efeitos singulares.

Os ECCs incentivam a comparação entre três eixos: (a) um olhar horizontal que contrasta um caso com outro; (b) uma comparação vertical em diferentes níveis de influência; e (c) uma comparação transversal temporal¹⁰.

Procuramos realizar essa comparação, incluindo a preocupação de explicitar o potencial comum entre os dois casos em acompanhamento, com ênfase no potencial das redes sociais quando vinculadas a uma política pública.

O campo do estudo: o ciberespaço

A “natureza” do campo em que se desenvolvem os dois casos a serem estudados pode ser tra-

tada como a de um certo tipo de “espaço” (espaço virtual), em que se daria toda uma série de acontecimentos ontológicos e semióticos produzidos na interação homem-máquina. Nesse sentido, pode ser chamado de um ciberespaço, isto é, um espaço relacional capaz de colocar em contato, através de técnicas de computação eletrônica, pessoas do mundo todo, um espaço midiático de comunicação e compartilhamento. Mais do que a somatória dessas partes, o ciberespaço expressa a composição que advém desse encontro entre máquina, pessoas, saberes, culturas, informações e espaços virtualizados¹¹.

No caso das redes sociais selecionadas, ambas têm em comum o fato de estarem vinculadas a políticas públicas de saúde, referidas ao SUS. Por esse motivo, podemos chamar nosso campo de estudo de ciberespaSUS, destacando com essa expressão - que não disfarça seu caráter trocadilhesco - o sentido de uma “demarcação das terras” dessa gigantesca política pública no ciberespaço, suas “zonas de ocupação” pelas forças e formas constituintes do SUS. Nossos casos sob estudo constituem componentes importantes do ciberespaSUS.

Para Lévy⁵ um ciberespaço pode ser considerado uma virtualização da realidade, que estabelece uma nova relação com o espaço-tempo a partir de uma ampla gama de possibilidades de interações virtuais que, muitas vezes, partem das mesmas estruturas do mundo “não virtual”, mas sem possuir uma correspondência total com este, já que o mundo virtual engendra seus próprios códigos e estruturas, suas formas de sociabilidade e de subjetivação. E é nesse sentido que se pode dizer que o ciberespaSUS amplia, compõe e recria o próprio SUS.

Procedimentos e análise dos dados

Para a realização desse ECC¹⁰, foram seguidas as seguintes etapas: (1) seleção e apresentação descritiva de cada um dos casos, incluindo a apresentação dos dados webométricos disponíveis em ambas as plataformas; (2) Identificação e análise comparada dos aspectos contrastantes e semelhantes entre ambos, segundo os três eixos de análise do ECC referidos anteriormente, redigidos a partir de categorias temáticas; (3) Produção de correlações teórico-práticas entre os achados e a literatura

Resultados e discussão

Caso 1: A Rede HumanizaSUS⁸

A Rede HumanizaSUS (RHS) - (<http://re-dehumanizsus.net>)⁸, é uma rede social criada e desenvolvida como dispositivo da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde¹², com o intuito de ampliar a capilarização da Política e ofertar à sociedade brasileira um espaço colaborativo inteiramente livre e aberto, que permitisse a divulgação e a troca de experiências em torno do chamado “SUS que dá certo”, tendo como público-alvo trabalhadores, gestores e usuários do SUS agregados em torno do tema da humanização do SUS.

De acordo com a descrição que consta na própria plataforma da RHS⁸

A rede social dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, que atuam cotidianamente com o desejo de fazer um SUS com equidade, acesso universal e cuidado integral a saúde [...] um espaço de compartilhamento de narrativas sobre modos diversos de fazer acontecer o SUS, um lugar para compartilhar suas experiências, ampliar o diálogo bem como o caráter público e democrático da saúde^{8,12}.

Apresentada como um dos dispositivos oferecidos pela PNH¹² para fomentar a constituição de redes, ativar a IC³, a ampliação da potência colaborativa, a RHS⁸ tem como objetivo funcionar como um espaço aberto para dar visibilidade à riqueza que se inventa Brasil afora para criar o SUS e promover uma rede de apoio mútuo para o enfrentamento dos desafios colocados a humanização da gestão e do cuidado no SUS. Com dez anos de existência, já recebeu mais de 4,8 milhões de visitas (média de 40 mil acessos mensais) de cerca de 3,6 milhões de indivíduos, que visualizaram cerca de 9,5 milhões de páginas. Com quase 35 mil usuários cadastrados e 14 mil posts publicados que receberam cerca de 35 mil comentários, ela se afigura como uma das mais potentes e perenes experiências de desenvolvimento de uma rede social vinculada a uma política pública de que temos conhecimento em nosso país⁸.

Caso 2: A Comunidade de Práticas da Atenção Básica

A Comunidade de Práticas da Atenção Básica (CdP) - (<https://novo.atencaobasica.org.br/>)⁹ é uma rede social criada como dispositivo da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹³, com o intuito de oferecer um espaço online onde gestores e trabalhadores da saúde se encontram

para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho, através de uma plataforma que possibilita a constituição de comunidades virtuais entre trabalhadores e gestores da atenção básica a favor do fortalecimento, da colaboração e do compartilhamento de experiências da atenção primária em saúde. O público-alvo principal da CdP⁹ são os trabalhadores e gestores da atenção básica à saúde, além de pesquisadores, formadores e estudantes cujo trabalho tem como vínculo principal a atenção básica. Apresentada em sua plataforma como um “espaço virtual de construção de conhecimento e aprendizado a partir das experiências de cada profissional da Atenção Básica”⁹.

A ideia que norteia esse projeto é a que “ao dividir uma vivência, o participante desta rede pode inspirar outros trabalhadores, seja seu relato reflexo de um enfrentamento com resultados positivos ou não. O espaço é de encontro e aprendizado mútuo, reconhecendo que cada trabalhador tem algo a ensinar e a aprender”⁹.

Com 7 anos de existência, a CdP⁹ recebe uma média de 63 mil acessos mensais, agregando mais de 63 mil usuários cadastrados, mais de 8 mil relatos de experiência, distribuídos por 168 comunidades temáticas e 11 cursos de formação em andamento, constituindo-se como um espaço de referência para a Educação Permanente em Saúde na atenção básica¹⁴.

Zonas de comunidade e de singularidade de cada experiência

Procuraremos realizar a discussão dos resultados desse estudo comparado a partir de 3 eixos de análise dos casos: (1) o marco teórico-conceitual; (2) o design da plataforma, suas funcionalidades e seu processo de sustentação cotidiana; (3) as singularidades das políticas vinculadas.

O marco teórico-conceitual

Os referenciais teórico-conceituais que instruem os projetos da RHS⁸ e da CdP⁹ são, respectivamente, os da Inteligência Coletiva (IC)⁵ e os da Educação Permanente em Saúde (EPS)¹⁴, sendo que, embora ambos encontrem expressão nas duas experiências, identificamos um maior peso dos conceitos-ferramentas da EPS¹⁴ na CdP⁹ e da IC⁵ na RHS⁸.

A proposta da EPS¹⁴ vincula diretamente os processos de educação à reflexão sobre o cotidiano do trabalho. Tal proposta está, assim, diretamente

relacionada ao sentido que ganha projetos como a CdP⁹, na medida em que tem como questão principal colocar em evidência os modos de fazer e os conhecimentos não estruturados, que nem sempre têm lugar nos espaços institucionalizados de registro e circulação do conhecimento¹⁴⁻¹⁶.

Relacionar competências dos trabalhadores historicamente não reconhecidas com os conhecimentos e saberes estruturados a partir da cena do cotidiano do trabalho é um aspecto relevante na proposta da EPS¹⁴ e informa explicitamente o projeto da CdP⁹, ainda que faça parte do sentido ético-político de ambos os projetos analisados conforme os mesmos se apresentam.

Esse referencial recebe fortes influências da Pedagogia da Libertação de Paulo Freire¹⁷ e da Análise Institucional de Lourau e Lapassade¹⁸ inserindo-se em uma necessária construção de relações e processos pedagógicos que partem do interior das equipes em atuação conjunta.

Nos espaços analisados no interior da CdP, como nas comunidades temáticas e nos cursos de formação à distância, identifica-se a operatória de uma prática freiriana, como no incentivo aos usuários da rede a reconhecerem sua situação ou experiência como problema a ser refletido com consciência crítica e na radicalização de uma perspectiva dialógica.

Assim, citamos como ponto central na EPS¹⁴ e que se faz presente em ambos os casos analisados - a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento crítico e experimentação.

Esse ponto também adquire centralidade no projeto da RHS⁸, não tanto por uma influência do referencial da EPS, mas em consonância com os próprios referenciais (princípios, diretrizes, métodos e dispositivos) da Política Nacional de Humanização¹² que incorporam elementos do método Paideia¹⁹ e, igualmente, da Análise Institucional¹⁸. Contudo, o referencial teórico-conceitual que informa de maneira basililar o projeto da RHS⁸ é o da IC⁵, nos termos em que foi proposto e desenvolvido por Lévy⁵ e abordado na introdução deste texto, constituindo, ademais, o referencial teórico que embasa as análises do presente estudo.

O conceito de Inteligência Coletiva foi proposto por Lévy⁵ a partir de formulações construídas na intersecção de diferentes campos do saber, como a Biologia, as Ciências Cognitivas, as Ciências Sociais e principalmente na Antropologia e na Filosofia.

Para Costa²⁰, a inteligência coletiva opera essencialmente na dimensão da micropolítica do

trabalho, na medida em que se potencializa a percepção por cada indivíduo de que, em suas ações de trabalho, existe interdependência em relação às ações de outros indivíduos. Em outros termos, o que permite a emergência da inteligência coletiva é o fato de se perceber dentro de uma rede de relações que evidencia essa interdependência e a necessária composição com outros indivíduos no processo de trabalho, percepção facilitada no contexto nas redes sociais estudadas.

O cerne dessa abordagem é o problema da potência da ação coletiva, tendo como hipótese principal que esta potência depende fundamentalmente da capacidade de indivíduos e grupos interagirem, pondo-se em relação para, desta forma, produzirem, trocarem e utilizarem conhecimentos²¹.

Por isso, é importante que não apenas a intenção ou os conteúdos dessa rede expressem essa potência, mas que, sobretudo, as próprias ferramentas e o desenho da plataforma favoreçam a prática colaborativa e autoanalítica.

Ainda que seja possível reconhecer as problemáticas próprias de cada marco teórico-conceitual presentes nas soluções buscadas em ambos os projetos, as diferenças entre eles também explicam algumas características singulares de cada um: a ênfase no referencial da IC⁵ redundou na produção de uma ferramenta bastante aberta a invenções de uso no caso da RHS⁸ e de um ambiente com um elevado coeficiente de transversalidade, uma vez que todas as conversas, que se estruturam de forma simples ao redor de posts, independentemente do assunto, são compartilhadas num único espaço comum e público, ou seja, uma ênfase na maior intensificação possível das trocas, ainda que a variabilidade de usos e assuntos compartilhados acabe sendo maior; a ênfase no referencial da EPS¹⁴, por outro lado, aguçou a relação com o cotidiano do trabalho e a valorização dos conhecimentos não-estruturados para o trabalho em saúde, ampliando as trocas a partir de relatos de experiências do trabalho, organizados por comunidades e cursos que tendem a garantir mais o foco temático e a profundidade, ainda que diminua as chances das trocas transversais. Ressaltamos que essas diferenças nas duas plataformas são expressões mais tendenciais do que exclusivas, ainda que sejam fortemente marcadas.

O design da plataforma, suas funcionalidades e seu processo de sustentação cotidiana

A Rede HumanizaSUS⁸ é uma plataforma colaborativa com a estrutura de um blog que agrega um coletivo de blogs (de sujeitos individuais, coletivos ou instituições) desenvolvida com um sistema de gerenciamento de conteúdos (CMS) de código aberto e uso livre, em um processo de desenvolvimento tecnológico realizado a partir de uma metodologia de design colaborativo, em que os desenvolvedores e usuários estabelecem prioridades e soluções de maneira conjunta e interativa, apoiados por uma das maiores comunidades globais de desenvolvimento de *software* livre, permitindo uma resposta rápida às demandas da comunidade²².

Com recursos simples, a plataforma possui um fluxo claro de funcionamento: qualquer usuário que se cadastre no site pode enviar conteúdos (posts e comentários), sem que seja necessária uma aprovação prévia. Os posts recém-publicados vão inicialmente para uma área chamada “fila de votação”, acessível somente aos usuários cadastrados, onde permanecem por uma semana ou até que recebam o número de votos necessários para serem promovidos à página principal. Esses dois recursos principais, o blog coletivo e essa fila de moderação em que os posts são validados pela própria comunidade de usuários, caracterizam sucintamente os recursos pensados e construídos para colocar em movimento a Rede HumanizaSUS^{8,22}.

Além desse modo de funcionamento central referente aos posts publicados individualmente em cada blog, a plataforma também disponibiliza espaço para comunidades temáticas, webinários e outras transmissões *online* (sala de eventos) e o acervo digital da Humanização.

Na CdP⁹, o desenvolvimento tecnológico das ferramentas e soluções utilizadas também se baseia nos princípios do *software* livre.

A primeira versão da plataforma foi ao ar em março de 2011 e, desde então, cada usuário possui um perfil individual a partir do qual é possível disponibilizar informações pessoais sobre sua inserção institucional, formação profissional e experiências de trabalho. A interação se dá de forma aberta nas comunidades temáticas e, principalmente, por meio dos relatos de experiência, narrativas onde os usuários da plataforma discorrem sobre as práticas que realizam, sistematizando conhecimentos sobre as ações de trabalho no SUS.

A plataforma que entrou no ar em dezembro de 2012 também utiliza *software* de código aberto, tendo como norteadores para o seu desenvolvimento: (1) o acesso aos conteúdos baseado no relacionamento com as pessoas e assuntos/temas, (2) colaboração clínica (realizado a partir da postagem de problemas concretos e no compartilhamento de situações de trabalho que demandam ajuda ou reflexão de outros usuários da rede), (3) divulgação de processos e produtos ou (4) articulação com projetos/propostas de ensino à distância interativos.

O funcionamento da CdP⁹ está concentrado especialmente (1) no espaço para inserção de relatos de experiências; (2) nas comunidades criadas pelos participantes e/ou facilitadores, com temas específicos e coletivos que se agregam em torno desse tema; (3) nos cursos gratuitos online, com um viés formativo e interativo em torno de temas estratégicos para a PNAB¹³ e (4) no chat disponível na plataforma. Além disso, estão disponíveis também ferramentas como um calendário colaborativo de eventos e um espaço denominado “blog amostrado”, caracterizado como um canal mais direto de comunicação entre a equipe de facilitadores da CdP⁹, vinculados ao Departamento da Atenção Básica (DAB) do MS e os usuários da rede.

O desempenho de redes sociais do tipo que estamos analisando depende não apenas do *design* tecnológico e das funcionalidades disponibilizadas (o que poderíamos chamar de uma dimensão de *software*), mas também diretamente do processo de trabalho *online* que sustenta essas plataformas (dimensão de *peopleware*). Em especial, a forma como seus desenvolvedores, seus editores/curadores (como são chamados na RHS)⁸ ou facilitadores (como são chamados na CdP)⁹ sustentam as relações entre si, com os usuários da rede, a partir de um conjunto de recursos sociotécnicos produtores da engenharia dos laços sociais e ações de cuidado/gestão em saúde que podem ali se produzir. Os arranjos de mediação/curadoria humana que se dão nos post, nos relatos de experiência ou comentário são determinantes e condicionantes da vida em rede.

Ou seja, isso implica dizer que, o próprio *design* da plataforma e a curadoria de seu conteúdo já são estratégicos e produzem efeitos específicos. Assim como na rede de serviços de saúde, a estrutura/*design* da rede social pode facilitar ou dificultar a dinâmica da sociabilidade em rede.

Para o trabalho ativo dos facilitadores ou editores/apoiadores das redes, em ambos os casos, tanto a CdP⁹ quanto a RHS⁸ contam com uma

equipe interdisciplinar (composta por profissionais do campo da comunicação, das ciências humanas, da saúde e das tecnologias da informação) para dar suporte ao cotidiano do trabalho em rede.

Na RHS⁸, em consonância com os princípios da PNH¹², a principal metodologia que norteia o trabalho é a função apoio, trabalhada com as especificidades e singularidades do ciberespaço e incrementada com os conceitos da curadoria originadas no campo museológico. Entre as funções de apoio dos editores, inclui-se o apoio no uso das ferramentas da plataforma e recursos digitais, o apoio afetivo (acolhimento de novos usuários, novos posts, comentários etc...), o apoio à mediação de encontros e conexões e o apoio enquanto curadoria dos conteúdos e ações em rede²².

No caso da CdP⁹, os facilitadores seriam pessoas contratadas para exercer o papel ativador de redes a partir de intervenção na plataforma ou em outras esferas das redes sociais a ela relacionadas, com a função de realizar o acolhimento de novos usuários na rede, mediar e articular as redes de conversa nas comunidades, alimentar as comunidades com assuntos atuais dentro de suas temáticas, fomentar assuntos relevantes para a Atenção Básica e/ou estratégicos para o DAB, além de facilitar a participação dos usuários nos cursos *online*, promover a articulação entre comunidades e entre a CdP⁹ e o ciberespaço.

Na experiência da CdP⁹, o método da curadoria também é incorporado, aprimorado e experimentado em sua radicalidade, especialmente a partir do evento da IV Mostra Nacional da ABS, em 2014²³.

A curadoria, em ambas as experiências, tem a função central de ampliar a força expressiva e estratégica de um post, de um relato de experiência, de um usuário, etc., que se expressam de múltiplas maneiras na rede, além de praticar uma política de relevância^{22,23}.

Em outras palavras, em uma perspectiva da Inteligência Coletiva, não se pode esperar que a oferta de conectividade por si produza comum entre usuários, trabalhadores e gestores. As tecnologias disponíveis em uma rede social em particular podem promover um menor ou maior potencial de reconhecer e se conectar com as principais questões surgidas no cotidiano do trabalho em saúde, com os pontos que tecem as dinâmicas dos coletivos na rede de saúde, de modo que a oferta de conectividade venha fortalecer/fomentar dinâmicas de cooperação já instaladas, além de criar novas. E dentro de uma mesma rede, podem coexistir ofertas de aproveitamento

mais individual e efêmero ou dispositivos socio-técnicos ativadores da potência de ação coletiva, que se refletem, entre outras coisas, suas ofertas e funcionalidades por meio do design da plataforma.

A RHS⁸ e a CdP⁹, por conta de características comuns como a adesão aos princípios do software livre, são projetos de relativo baixo custo, mas que, de todo modo, demanda apoio financeiro da política pública para as atividades de manutenção e desenvolvimento tecnológico continuado e para a equipe de editores/curadores ou facilitadores que sustentam cotidianamente seus dispositivos sociotécnicos.

A singularidade das políticas vinculadas

Estamos analisando duas experiências de redes sociais vinculadas cada qual à uma política de saúde com características próprias e singulares, estratégias tecnopolíticas distintas, com fonte/volume de recursos próprios e diferentes, portanto, atendendo a interesses político-institucionais próprios, embora, ambas estejam agregadas na “pasta comum” do Ministério da Saúde. É importante sinalizar sinteticamente algumas das diferenças entre as políticas que se expressam no modo de funcionamento de cada rede social.

A RHS⁸, vinculada a uma política transversal que é a PNH¹² incorporou fortemente em seu *ethos* de trabalho um conjunto de práticas, arranjos e dispositivos da própria política, entre eles, o acolhimento, o apoio matricial/institucional, a gestão participativa/colaborativa, o método da tríplice inclusão e a participação social de gestores, trabalhadores da saúde e usuários do/ no SUS. Assim como na PNH¹², a produção da diferença e a transversalidade funcionam como um princípio ético-político da RHS⁸.

A CdP⁹, vinculada a PNAB¹³, se relaciona com um conjunto de características da atenção básica em saúde, entre as quais, destacamos: A extensão e capilaridade da rede básica; sua atuação referida às demandas de saúde diretamente relacionadas com a complexidade das relações sociais; a importância que adquire neste espaço as “tecnologias de conversa” ou tecnologias leves, a importância da ação interdisciplinar e intersetorial; a valorização da formação de trabalhadores²⁴.

Entre os muitos exemplos de que poderíamos partir para mostrar essa vinculação das políticas com o dispositivo das redes, partiremos de um exemplo concreto, facilmente mapeável nas respectivas redes sociais e com ampla visibilidade de seus efeitos dentro e fora da plataforma virtual

que foi a realização de eventos, estratégia compartilhada singularmente entre ambos os casos estudados.

No caso da vinculação RHS⁸ e PNH¹², foi significativo o impacto da Semana Nacional de Humanização (SNH), em 2014²⁵.

Em comemoração aos 10 anos de existência da PNH¹², o Ministério da Saúde (MS), promoveu a SNH²⁵, um evento descentralizado, que apostou na mobilização social como forma de organização, em diferentes cidades brasileiras, tendo a RHS como locus privilegiado para ativação/ divulgação e agregação dessa mobilização que se deu de forma simultânea durante cinco dias. Foram realizadas 847 atividades, em 202 cidades brasileiras, mobilizando mais de 40 mil pessoas. A RHS⁸ disparou e aglutinou o resultado de todas essas experiências virtualmente e deu visibilidade georeferenciada às atividades de humanização realizadas Brasil a fora.

No caso da vinculação CdP⁹ e PNAB¹³, ganhou destaque à IV Mostra Nacional de experiências em atenção básica/saúde da família²³, um evento histórico para a Atenção Primária brasileira, que instaura de maneira radical a curadoria virtual como uma estratégia de organização de um evento nacional por meio de uma rede social. A CdP agrega ainda hoje o acervo dessas experiências, disponíveis na plataforma. A IV Mostra aconteceu em 12 meses, em várias etapas, com momentos presenciais e virtuais, com a participação de muitos atores em constante interação, incluindo gestores, trabalhadores e usuários do SUS, participação esta refletida em suas 3.454 experiências divulgadas na CdP como parte da Mostra. O evento em si, foi parte importante desse processo, mas o impacto processual, certamente extrapolou a importância de um grande evento com começo, meio e fim tradicionalmente marcados.

Esses eventos, assim como um conjunto de práticas que se desenrolam em ambas as experiências fazem da vinculação rede social-política de saúde um dispositivo importante para valorizar a dimensão da experiência do processo de trabalho/cuidado em saúde; para produzir praças virtuais de discussão sobre temas de interesse; constituir repositórios vivos de relatos de experiências cotidianas; proporcionar um espaço de diálogo entre o Estado, trabalhadores e gestores; possibilitar a expressão e a troca da singularidade de cada território onde o SUS acontece em um país continental, possibilitando a sistematização e o estudo de facetas das diversas realidades culturais, sociais, existentes no território brasileiro.

Neste sentido, em uma perspectiva comunicacional, podemos considerar que as redes sociais analisadas e vinculadas às políticas públicas podem ter um potencial mais diretamente identificado à comunicação dialógica. Seu maior potencial não está na difusão, mas sim na possibilidade de instauração de outra ecologia comunicacional entre o Estado e a sociedade civil, ecologia essa focada na criação colaborativa de espaços de trocas de experiências e reflexão coletiva sobre o cotidiano da rede de saúde, bem como seus tensionamentos macro e micropolíticos.

Em uma perspectiva pragmática, isso pode se dar por meio de dispositivos de formação, de produção de comunidades, de diálogo, de ativação de redes que se constroem a partir do motor da experiência.

Considerações finais

A abertura de espaços como a RHS⁸ e a CdP⁹, vinculados a uma instância estatal como o MS, inova no sentido de valorizar a produção coletiva e cotidiana de sujeitos individuais e coletivos atuantes nas políticas públicas de saúde, o conhecimento local, carregado pela dimensão da experiência, promovendo um deslocamento da compreensão de que apenas o Estado transfere conhecimento para seus servidores e usuários.

Um dos aspectos mais relevantes de projetos dessa natureza é dar visibilidade à malha elementar que compõe a complexidade da rede de saúde, colocando experiências e saberes em conexão. Produzir redes sociais digitais cujo substrato são os problemas e potências do cotidiano do trabalho em saúde, partindo-se dos casos analisados,

tem se mostrado um dispositivo potente para o fortalecimento do senso de comunidade e partilha entre os profissionais, gestores e usuários de saúde, por meio do encurtamento das distâncias físicas e da coletivização das zonas de singularidade e de comunidade que o campo da saúde produz entre os sujeitos que nele orbitam.

Somam-se a isso as oportunidades abertas para aprofundar a compreensão das mudanças nos processos de trabalho promovidas pelas tecnologias contemporâneas, oferecendo uma possibilidade real de se mensurar e cartografar dinamicamente a ação coletiva das redes de saúde²².

A análise realizada evidencia que as redes sociais podem funcionar como dispositivos para a formação em saúde, para a produção de acervo de experiências/conhecimentos, para a colaboração clínica, para a difusão, para a indução e, especialmente, para a criação colaborativa de espaços de compartilhamento das experiências que emergem do processo de implementação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

Esses resultados se deram em contextos específicos em que os referenciais teóricos e as tecnologias computacionais/comunicacionais adotados pelos projetos em análise propiciam e incorporam a potência de ação coletiva como um princípio central de seu funcionamento, ao mesmo tempo em que tem sua ativação como objetivo.

Os resultados apontam ainda para o caráter ilimitado de expansão criativa que experiências como essas têm o potencial de atingir, tanto do que se refere aos aspectos técnicos quanto em relação aos aspectos ético-políticos que derivam da dimensão das experiências compartilhadas de usuários, trabalhadores e gestores do SUS.

Colaboradores

SH Ferigato trabalhou na concepção e na redação de todas as etapas do artigo, coordenando o processo de escrita; RR Teixeira contribuiu para a concepção, redação e revisão final do texto; FOL Cavalcanti trabalhou na produção de dados e na redação do texto; BF Depole atuou na etapa de produção dos dados e formatação do texto.

Referências

1. Campos GWS. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec; 1994.
2. Fleury S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):307-317.
3. Escorel S. Movimento sanitário: revirada na saúde. *Tema* 1988; (11):5-7.
4. Merhy EE. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Lévy P. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. São Paulo: Loyola; 1998.
6. Lévy P. *Ethique de l'intelligence collective*. 2002. [2017 Dez 14]. Disponível em: <http://corposem.org/sinc/levy.pdf>
7. Lemos A, Lévy P. *O futuro da Internet: em direção a uma ciberdemocracia planetária*. São Paulo: Paulus; 2010.
8. Rede HumanizaSUS. [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/>
9. *Comunidade da Prática da Atenção Básica*. [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/>
10. Baertlet L, Vavrus F. Estudos de Caso Comparado. *Rev Educ & Realidade* 2017; 42(3):899-920.
11. Lemos A. *Cibercultura: tecnologia e vida social na cultura contemporânea*. Porto Alegre: Sulina; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: MS; 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Editora MS; 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A Educação Permanentemente Entra na Roda*. Brasília: Editora MS; 2005.
15. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev. Saúde Colet*. 2004; 14(1):41-65.
16. Motta JI, Nunes TCM. A educação permanente como ferramenta de gestão para a integralidade no SUS. In: *VI Congresso Nacional da Rede Unida*; 2005; Belo Horizonte.
17. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
18. Lourau R, Lapassade G. *Chaves da Sociologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1972.
19. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
20. Costa R. Inteligência coletiva: comunicação, capitalismo cognitivo e micropolítica. *Revista FAMECOS* 2008; 15(37):61-68.
21. Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária na saúde na perspectiva da Inteligência Coletiva. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):219-234.
22. Teixeira RR, Ferigato S, Lopes DM, Matielo DC, Sardenberg ML, Silva P, Martins LR, Pedroza RG. Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(57):337-348.
23. *IV Mostra Nacional de experiências em atenção básica/saúde da família* (2016). [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/memorial_IVMostra.pdf
24. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizador. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-141.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Semanal Nacional de Humanização* (2014). [acessado 2018 Jan 14]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/ministerio-promove-semana-nacional-de-humanizacao>

Artigo apresentado em 31/01/2018

Aprovado em 06/03/2018

Versão final apresentada em 25/05/2018