

INTRODUÇÃO

Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde

PAULO HENRIQUE MARTINS
ROSENI PINHEIRO

Neste momento de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante perguntar sobre as razões que levam o usuário a tomar certas decisões na organização de suas práticas e cuidados de saúde que, aparentemente, contradizem as “boas intenções públicas” dos esforços de descentralização da ação estatal. Em outras palavras: por que os esforços intencionais de inclusão das populações desfavorecidas pelas políticas de descentralização, que constituem uma inovação muito importante, diga-se de passagem (LUZ, 2001), não têm levado necessariamente ao aumento da participação popular e de responsabilização dos usuários na gestão dos programas, como seria de se esperar?

Para avançar nesta discussão, a pesquisa “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde”,¹ que é a base do presente livro, considerou ser necessário repensar os motivos e causas que levam o usuário a não responder adequadamente às expectativas do planejador, do gestor e do profissional da saúde. Parte-se do princípio de que a inação não é prova de desinteresse ou irresponsabilidade dos atores locais, mas sintoma de uma série de bloqueios estruturais (culturais, psicológicos, organizacionais etc.) que contribuíram, ao longo das décadas, para suprimir as energias criativas e transformadoras do sujeito social.

Nesta perspectiva, a rede de pesquisadores que gera o presente livro levou em conta a importância de se desconstruir certos reducionismos da teoria social que levam a distorções sobre a natureza da prática do ator social, como já o demonstraram autores que aprofundaram os estudos sobre a dádiva (CAILLÉ, 2002) e sobre o reconhecimento (CAILLÉ, 2008; HONNETH, 2003). Um desses reducionismos é a identificação da demanda do usuário a uma função do serviço público sem consideração dos contextos complexos da ação social. Neste sentido, é importante se desconstruir a representação funcional corrente do usuário, isto é, a compreensão do usuário como mera categoria estatística ou de planejamento, para se avançar em um entendimento relacional do cuidado em saúde. Outro reducionismo é aquele da leitura individualista e utilitarista

¹ Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de parceria institucional entre o NUCEM-UFPE e LAPPIS-UERJ, com o apoio de redes de pesquisas de várias universidades públicas (Acre, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco), de unidades hospitalares e de serviços (Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, Prefeitura Municipal do Recife) e da Fiocruz, recebendo apoio financeiro de instituições como CNPq e Fapece (Pernambuco).

pela qual o usuário é concebido como alguém que apenas se preocupa consigo mesmo, sem consideração de sua codependência com relação aos condicionantes comunitários. Nesta leitura, o usuário apenas usufruiria unilateralmente do serviço público a partir dos cálculos que produz sobre sua condição de saúde pessoal.

Deste modo, tanto a visão funcionalista – que exalta a organização funcional – como a leitura individualista – que consagra o interesse individual sem consideração do todo – são modalidades conceituais restritivas que foram objeto de críticas ao longo da pesquisa, de modo a fazer emergir a importância das redes de mediação na organização das esferas públicas locais em saúde. Somente tais redes revelam a dinâmica processual do cuidado e o caráter dos impactos que as intervenções externas (políticas, administrativas e jurídicas) geram sobre a trama social, impedindo muitas vezes uma compreensão mais aprofundada da relação entre usuário cidadão e esfera pública democrática.

Ao longo da pesquisa, observou-se que a reflexão sobre o tema do “usuário do serviço público em saúde”, a partir do cotidiano, permite entender que as modalidades de sua presença como copartícipe dos cuidados são definidas não apenas a partir de normas técnicas, mas igualmente de seu empoderamento como ator envolvido na trama da esfera pública. No caso brasileiro, pode-se dizer que a visibilidade cultural e linguística do “usuário do serviço público” resulta do confronto de vivências e percepções que colocam frente a frente o ator comunitário e o gestor estatal. No Brasil, tal processo é também enriquecido pela presença do agente de saúde, na medida em que a posição ambivalente deste ator institucional – entre a comunidade e o serviço público – termina exercendo papel relevante na organização do acesso e na redistribuição dos bens públicos na saúde.

Por outro lado, é importante lembrar que o interesse de aprofundamento teórico das redes de mediação não é casual, mas constitui o desdobramento de uma pesquisa anterior, desenvolvida pela mesma rede multicêntrica, intitulada “Redes, Saúde e Determinantes Sociais” (Ministério da Saúde/ CNPq), na qual se buscou apreender os critérios e determinantes a partir do olhar do usuário. Ao se repensar o valor dos determinantes em saúde a partir dos usuários, compreendeu-se a importância de se ampliar o entendimento da integralidade desde as mediações de redes e de dádivas do cotidiano (MARTINS, 2010a). Constitui, assim, uma verticalização de algumas conclusões observadas na pesquisa sobre determinantes, em particular o de melhor compreensão das redes de mediadores, pois tais indivíduos aparecem como estratégicos para as possibilidades de organização da esfera pública e na territorialização dos programas em saúde.

A partir do que foi observado, não há uma solução simples para o tema da participação social e da corresponsabilização da ação pública. O alargamento da compreensão das determinações é importante mas não basta para se entender a complexidade das motivações da ação social. Há que se entender as causalidades da prática mas há, sobretudo, que se desenvolver uma empatia teórica com a prática dos atores, o que leva a pensar em metodologias que permitam compreender as tramas do cotidiano dos usuários. E tais tramas são sempre redes de convívio que se reproduzem não somente por determinações contextuais, mas por dispositivos de trocas e mediações experienciais que tanto podem liberar as práticas dos atores como condicioná-las e inibi-las. Assim, as razões

que levam o usuário a participar mais ativamente da “gestão compartilhada em saúde” dependem não apenas do entendimento teórico das determinações, mas de métodos que permitam o avanço teórico e, igualmente, a desconstrução de crenças e dispositivos que fragmentam as redes e isolam os atores sociais. Para isso, as metodologias de intervenção em espaços de exclusão social devem considerar a perspectiva de integralidade e do cuidado como valor (PINHEIRO, 2007) e da dádiva como sistema de mediação das práticas (MARTINS, 2009; LACERDA; MARTINS, 2009).

A base da reflexão sobre a perspectiva do cuidado como valor tem sido desenvolvida ao longo dos últimos dois anos, a partir da pesquisa “Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: construções teórico-práticas sobre o cuidado como direito humano à saúde”, que, com apoio de CNPq e FAPERJ,² possibilitou diálogos interdisciplinares entre Justiça, direito e cuidado na saúde.

A dignidade, a reciprocidade e o sentimento de pertença pública reforçam a base teórica e metodológica deste livro, ao definir o cuidado como valor dos valores do direito à saúde como direito humano. A centralidade do usuário nas análises de demanda por cuidado constitui nexos imperativos para compreensão dos circuitos de dádivas e mediações das práticas sociais em saúde. Por isso, o presente livro não é apenas a soma de bons textos, mas principalmente um esforço de integralizar a teoria e a prática, rearticulando a reflexão e a intervenção desde a pesquisa, a incubação e a formação na saúde.

O avanço em metodologias desconstrucionistas é importante para trazer esclarecimentos sobre uma série de pontos que expomos a seguir, sob a forma de questões:

- 1) Quem é de fato o usuário? Trata-se de uma categoria pronta definida pelo planejador ou é o usuário uma categoria complexa, processual e aberta a diversos entendimentos, e que se forja numa esfera pública compartilhada?
- 2) As noções prevaletentes de determinantes sociais em saúde bastam para delimitar as condições de vida adequadas do usuário na perspectiva da promoção? Ou há que se considerar as representações e as redes de solidariedade e de mediação de que dispõe o usuário para organizar sua prática de saúde?
- 3) Se considerarmos os usuários na perspectiva de redes interativas, como é possível identificarmos os mediadores? Ou seja, aqueles indivíduos ou recursos que têm importâncias singulares tanto na reprodução como na articulação das redes, permitindo que as ações de saúde possam contar efetivamente com apoios solidários no interior da vida comunitária?

Guardando as devidas proporções, as dificuldades de se entender a categoria do usuário do serviço público são próximas daquelas de cidadania, na medida em que, à primeira vista, usuários e cidadãos parecem ser “condições naturais” dos indivíduos humanos que vivem em sociedades com Estado organizado. Isso configura um erro de interpretação, pois tais categorias são, na verdade, crenças produzidas por intervenções sobre a realidade, como o

² O projeto de pesquisa “Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: construções teórico-práticas sobre o cuidado como direito humano à saúde” faz parte da 3ª fase do Projeto Integralidade, Saberes e Práticas nas Instituições de Saúde, que, com apoio do CNPq, UERJ e FAPERJ, estabelece movimentos sinérgicos de construção de conhecimento na parceria entre LAPPIS e NUCEM.

demonstrou convincentemente Simmel, ao estudar o tema da pobreza (SIMMEL, 2002). Assim, nem a palavra cidadania reflete um direito natural do ser humano, ao contrário do que se pensa comumente,³ nem o termo “usuário do serviço público” constitui uma referência funcional e automática do indivíduo consumidor dos bens e serviços públicos. Há que se problematizar criticamente tal noção para tirá-la de sua aparente obviedade nominal, e demonstrar que, sob sua aparência mórfica homogênea, esconde-se uma pluralidade de representações moldadas nas fronteiras administrativas, políticas e jurídicas construídas entre os espaços do Estado e da Sociedade Civil (MARTINS, 2008).

Nesta perspectiva, a discussão sobre o que seja saúde e sobre os determinantes ou condicionantes de organização do bem-estar do usuário depende do modo como as mobilizações associativas, por um lado, e os interesses corporativos e utilitaristas, por outro, interferem na organização da esfera pública e colocam o usuário numa posição de centralidade (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). A organização dos indicadores que condicionam a ação do usuário é resultado da correlação de forças dominantes, que podem se diferenciar de uma situação para outra e até mesmo de um distrito sanitário para outro, se tomarmos o caso da saúde.

Quando quem “fala” o que são determinantes em saúde são os planejadores e estrategistas, há uma tendência a se enfatizar indicadores abstratos, aqueles condicionantes institucionais gerais como educação, meio ambiente, trabalho, habitação, renda, entre outros. No lado contrário, quando quem “fala” o que são determinantes em saúde são os atores comunitários e suas redes familiares e associativas, há uma tendência a se ressaltar indicadores concretos ligados a experiências religiosas, memórias de automedicação ou de visitas hospitalares, conselhos de pessoas de confiança (familiares, amigos etc.). No primeiro caso, os condicionantes do cotidiano são minimizados em favor de uma consciência discursiva utilitarista e tecnocrática. No segundo, os condicionantes abstratos são revistos pelo ator social mediante sua consciência prática e mundana e a favor da organização dos itinerários terapêuticos.

Em outras palavras, pode-se dizer que, no plano macrossociológico – usualmente valorizado pelos epidemiólogos e por observadores externos às práticas diretas da saúde –, o usuário é *condicionado* por dispositivos sociais como renda, trabalho, educação, habitação, segurança, epidemias, entre outros. Ao contrário, no plano microssociológico – valorizado pelos que entendem a significação da experiência vivida na organização dos cuidados –, ele é *copartícipe* na produção de determinantes sociais. Neste caso, as injunções produzidas pelas crenças e vivências construídas no seio da família, dos vizinhos, do trabalho, da igreja, da política, da cultura e do sistema de saúde, entre outros, são revalorizadas pelos usuários a partir de suas trajetórias de vida. Aqui, pode-se observar que o usuário refaz sua prática a partir da tomada de consciência de sua condição de existência pessoal e de sua posição como mediador de diversos planos de interatividade, mais conhecidos como redes sociais.

³ A cidadania é um constructo moral, político e jurídico que apenas surge em sociedades complexas nas quais se cria e se sanciona um direito público, que garante ao mesmo tempo os valores da liberdade e da igualdade e as perspectivas de justiça social entre os membros da comunidade (MARTINS, 2010b).

Se considerarmos, diferentemente, o modo concreto de produção das sociabilidades em saúde, constatamos que esta classificação bipolar – determinação microssociológica e determinação macrosociológica – é uma apresentação simplificada, não sendo evidente para os atores sociais e institucionais envolvidos. No plano da vida cotidiana, o usuário está sempre reinventando seus itinerários terapêuticos, a partir dos desafios que se apresentam em cada momento de organização da saúde e, também, a partir de suas redes de inserção, que são sociais e simbólicas.⁴ Isto é, as redes de usuários em saúde não são formadas somente de indivíduos mas, sobretudo, do conjunto de objetos visíveis (medicamentos, dinheiro, alimentação etc.) ou invisíveis (crenças, símbolos, mitos etc.) que contribuem para se criar os sistemas de trocas e a circulação de dons. No trabalho de constituição de redes sociais, produzem-se e trocam-se significações sobre a vida e sobre a morte, a doença e a saúde.

A ideia de rede que desenvolvemos aqui para repensar uma visão integralizada do usuário – que dê conta ao mesmo tempo de suas obrigações coletivas e dos mecanismos de emancipação individual – coloca-se dentro de uma tradição interacionista que tem suas raízes nas contribuições de autores como Simmel, Durkheim, Mauss, Moreno e Elias (MARTINS, 2004). Para esses autores, é mais importante compreender os nexos e processos que as posições fixas; é mais relevante entender as interações que as estruturas, pois no plano concreto da vida, o que existe são processos dinâmicos e mutantes. Esta é uma questão epistemológica fundamental com reflexos sobre os entendimentos práticos da vida. Ela nos permite intuir que as classificações genéricas e dualistas – ou indivíduo ou sociedade ou agência ou estrutura – são meras abstrações que não favorecem uma compreensão interativa da sociedade.

A importância da rede social para se avançar nos estudos sobre a saúde pública e sobre a atenção primária não é uma novidade, como se pode depreender de diversos estudos já realizados a este respeito (SLUZKI, 1997; MARTINS, 2004 e 2010; LACERDA; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; MOREIRA, 2006; FLEURY; DUVERNEY, 2007). Do mesmo modo, a importância de teorizar as redes de usuários vem sendo revelada progressivamente quando se percebe o quanto tal debate pode repercutir na emergência de novos processos participativos e democráticos no interior da esfera pública em saúde e também na revisão das práticas avaliativas. O fato é que os avanços da teoria crítica na saúde vêm colocando novos desafios para os intelectuais comprometidos com a reforma do Estado e com a emancipação da sociedade civil numa ótica associacionista. Entre esses desafios, devem ser assinalados aquele de se contextualizar a teoria das redes sociais para melhor compreensão as motivações e condicionantes das práticas em saúde e, ainda, aquele de favorecer o empoderamento dos usuários, que é uma condição decisiva para que a ideia de participação democrática não permaneça no plano da mera retórica intelectual.

⁴ É importante compreender que as redes sociais aparecem como redes de significação antes mesmo de aparecerem como meios de articulação objetiva de atores e instituições sociais. Ou seja, é importante considerar que as redes sociais se formam em diversos níveis de interatividade e de reciprocidade, incluindo tanto o serviço hierárquico e normatizado como as dimensões intersubjetivas das práticas humanas no seio da família. Há de se compreender que os hábitos e mecanismos de reciprocidade que se estabelecem nos diversos níveis assinalados formam redes de significações ou semânticas que definem a autonomia do usuário e a possibilidade do sistema de saúde organizado de intervir nas práticas de saúde.

É de grande interesse aprofundar a compreensão dos impactos dos processos de descentralização e de territorialização das ações em saúde sobre a vida local a partir das discussões sobre as ideias de participação, de solidariedade e de mobilização. É igualmente importante integrar uma visão não apenas sobre a produção das redes mas da reprodução das redes. A ênfase sobre este segundo ponto coloca de imediato o desafio de saber quem articula os indivíduos em rede e quem mobiliza os recursos em favor da reprodução do sistema comunitário ou social. Nesta ótica, as discussões sobre as redes de mediação no interior das redes formadas pelo usuário são importantes para se compreender a saúde num plano dialético e histórico e para identificar aquelas pessoas que agenciam a vivência comunitária e social.

As redes de mediadores colaboradores são conjuntos sistêmicos envolvendo usuários, agentes de saúde e profissionais especializados das unidades (médicos e enfermeiras, principalmente), que são responsáveis pelas mobilizações cívicas, humanitárias, culturais, políticas, administrativas e jurídicas na passagem de um modelo assistencial centralizado para um modelo participativo descentralizado, que está reorganizando a esfera pública local. As redes de mediadores apareceram progressivamente para nós como uma resposta a problemas práticos observados no desenvolvimento de pesquisas em saúde, em particular a constatação de altos níveis de fragmentação da solidariedade coletiva, tanto na esfera da sociedade civil como da esfera pública em si, onde ocorrem as ações sociais organizadas. No nosso entender, as figuras de mediadores e as redes de mediação que vinculam tais mediadores deveriam ser objetos de maior atenção por parte dos pesquisadores e formuladores de políticas públicas, por constituírem elos importantes para a manutenção e reprodução das memórias coletivas, dos mecanismos de socialização e de reprodução da vida social. Quando tais mediadores desaparecem, ocorre um processo de fragmentação social de consequências imprevisíveis.

Nossa hipótese básica foi que identificar as redes de mediação locais e os agentes – atores comunitários, agentes de saúde, médicos(as) e enfermeiros(as) – que participam de modo colaborativo na reprodução de tais redes é um passo importante para se conhecer o processo de formação de espaços públicos híbridos que podem ser a base de esferas públicas democráticas e territorializadas. O trabalho com mediadores colaborativos nos permitirá entender que os determinantes sociais em saúde também são produzidos pelos usuários a partir dos modos de organização de suas redes e itinerários terapêuticos.

Operacionalização da pesquisa

A construção deste segundo estudo multicêntrico não se deu de forma distinta de nossos trabalhos anteriores (PINHEIRO; MARTINS, 2009; PINHEIRO; SILVA JUNIOR; MATTOS, 2006). Como empreendimento humano característico da produção de conhecimento científico, no campo da Saúde Coletiva, a natureza interdisciplinar de suas investigações e a multiprofissionalidade de seus integrantes constroem as mediações necessárias a seus movimentos da prática da pesquisa. A importância de se descrever mais esse processo profícuo de construção confere o atributo pedagógico-educativo, con-

duzido pelos coordenadores da pesquisa nas fronteiras dos conhecimentos acumulados pela Saúde Coletiva, pela Sociologia da Saúde e Filosofia do Direito. Por conseguinte, a operacionalização da pesquisa não se fez como uma questão apenas instrumental ou procedimental, mas como um efetivo exercício daquilo que denominamos de solidariedade de conhecimentos. A continuidade dos trabalhos em rede possibilitou a renovação de estudos e formas de financiamento, o que traz a promessa de uma trajetória que continuará consistente e sólida e, portanto, não termina aqui.

Novos objetos de estudos e caminhos analíticos foram delimitados; inquietações e desassossegos renovaram nossa ideia de que as crenças conservadoras sobre as reformas em curso na saúde pública devem ser superadas pela construção de inovações. É um trabalho de competência técnica que une entusiasmo e gratificação, e o reconhecimento recíproco de nossas diferenças vem ampliando cada vez mais nossa capacidade de pensar e agir em redes híbridas de construção de conhecimento. É sabido que a parceria entre LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde) e NUCEM (Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança) nasceu de sucessivos desdobramentos, frutos do engajamento de seus coordenadores, que conjugaram afinidades epistemológicas – geridas por um “*ethos* público” de seus integrantes na produção do conhecimento para afirmação do direito à saúde – moderadas pelo compromisso ético e pelos ideais da dignidade humana e da justiça social. É nessa perspectiva, mais uma vez, que descreveremos essa construção, remetendo seus antecedentes de encontros, sempre auspiciosos, mas nunca definitivos.

O interesse de ambos os grupos pelo tema dos usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde não surgiu aleatoriamente, mas do aprofundamento de nossas pesquisas anteriores, já citadas, articulando os debates sobre Saúde Coletiva, Sociologia da Saúde e, agora, a Filosofia do Direito. Por isso, reafirmamos nossa vocação de construção epistemológica em redes que envolvem múltiplas dimensões de análise da realidade e de ações públicas que integralizam a solidariedade, a reciprocidade e a dádiva como fonte de teoria viva. A evolução dessas escolas disciplinares em torno desse tema decorre da continuidade de reflexões paralelas sobre a importância de introduzir o princípio da pluralidade de olhares na organização das lógicas decisórias, de sociabilidades alternativas, de modo a enfatizar suas repercussões e efeitos sobre a saúde pública. A aproximação do NUCEM e do LAPPIS no esforço de construção de uma pesquisa comparativa e articulada tem sido o resultado natural desta compreensão convergente sobre os limites das práticas de democratização e sobre os desafios de se avançar nas reformas da saúde.

A rede multicêntrica liderada pelo LAPPIS passou a ter seu interesse despertado pela questão dos usuários, mediações e redes sociais, a partir das devolutivas de vários projetos coordenados em parcerias NUCEM-LAPPIS, em particular o Projeto “Visibilidade, responsabilidade e pertencimento público: construções teórico-práticas sobre o cuidado como direito humano à saúde”, que conta com apoio de CNPq e FAPERJ (processo CNPq 306897/2009-1). As devolutivas tiveram como principal objetivo de compartilhar lições aprendidas e desdobramentos da pesquisa, reunindo os integrantes do grupo de

pesquisa multicêntrica Juliana Lôfego e Rodrigo Silveira (Universidade Federal do Acre e Secretaria de Estado de Saúde do Acre)⁵, Roseny Bellato (Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso), Alda Lacerda (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz), Tatiana Gerardt (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Tatiana Coelho Lopes (Hospital Sofia Feldeman, Belo Horizonte) e Aluisio Gomes da Silva Junior (Universidade Federal Fluminense), assim como pesquisadores convidados e autoridades do Ministério da Saúde. Foram convidados, ainda, os professores Cesar Favoreto, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, e Felipe Asensi, da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro.

Paralelamente aos trabalhos da rede multicêntrica, a equipe de Sociologia da Saúde do NUCEM, sob a coordenação do prof. Paulo Henrique Martins, desenvolveu, ao longo dos últimos anos, estudos originais sobre a importância da dádiva para a compreensão dos mecanismos de produção de solidariedades nas esferas públicas locais. Em particular, a partir dos resultados de uma pesquisa comparativa financiada pelo Ministério de Ciência e Tecnologia e CNPq sobre Redes Sociais e Saúde, os pesquisadores do NUCEM entenderam que as intervenções do Estado sobre as redes locais estavam gerando processos de fragmentações institucionais, o que tornava necessário avançar na crítica da natureza dos indicadores utilizados nessas intervenções sobre os espaços da vida local. Dando sequência a esta reflexão, o NUCEM concorreu a novo edital (MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT – nº 026/2006), com o projeto intitulado “Saúde, redes e determinantes sociais”, que foi aprovado e se iniciou em julho de 2007, sendo finalizado no início de 2009. Mais adiante, o grupo do NUCEM foi ampliado, com a incorporação à pesquisa multicêntrica do grupo de pesquisas de Petrolina, liderado pela socióloga Ma. Antonieta Albuquerque. Paralelamente, o NUCEM conseguiu apoio da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) para desenvolvimento da pesquisa “Usuários, redes de mediadores e esfera pública na saúde”. Este apoio foi importante para se consolidar a parceria entre o NUCEM e o LAPPIS, e para a realização dos seminários de incubação inter-regionais envolvendo os diversos grupos de pesquisas da rede multicêntrica.

Essa parceria institucional ampliou a legitimidade do debate sobre o tema supracitado, possibilitando a união de especialistas que estabeleceram discussões sobre os problemas e dados produzidos na pesquisa, conferindo validação de forma dialógica de seus resultados, que se mostraram coerentes com os objetivos da parceria. Problematizar e aprofundar a discussão sobre o tema dos usuários, mediações e redes e a integralidade em saúde significou avaliar sua importância para se repensar os mecanismos de reconhecimento, reciprocidade e circuitos de dádivas, que influenciaram as práticas sociais dos lugares dos atores sociais no cotidiano, e de que forma teriam repercussões em suas formas de organização sociais face aos problemas de saúde identificados e sua relação com as instituições de ensino e saúde.

⁵ Os professores Rodrigo da Silveira e Juliana Lofego trouxeram inúmeras contribuições fundamentais para esta pesquisa, a partir do desenvolvimento de suas investigações, “Desinstitucionalização a pacientes de longa permanência no Estado do Acre” e “Regionalização da saúde no Estado do Acre”, ambas contando com apoio do Edital MCT/CNPq/Fundacre 01/2006 (protocolos PROJ_012_9269256 e PROJ_075_9269236, respectivamente).

No percurso teórico e metodológico da pesquisa, não poderíamos deixar de destacar, na definição do marco epistemológico das atividades de pesquisa que constituiu a base desta coletânea, uma tríade de atividades complementares: o Encontro dos Pesquisadores da Rede Multicêntrica de Pesquisa LAPPIS/NUCEM; o II Encontro Regional do Movimento Anti-Utilitarista, ambos realizados em novembro de 2009; e o IX Seminário Nacional do Projeto Integralidade, em outubro de 2009.

É importante lembrar aqui as ideias inovadoras do II Encontro Anti-Utilitarista, que contou com a presença de especialistas das áreas da Educação, Sociologia e Economia. Nesse evento, buscamos responder às expectativas de agregar atores acadêmicos (pesquisadores, professores, estudantes) que estão desenvolvendo trabalhos nas áreas focadas a partir de uma abordagem antiutilitarista que denuncia todos os reducionismos teóricos como, por exemplo, o de reduzir saúde a um mero *status* de oposição à doença. Entendemos que inclusão do II Encontro Regional do Movimento Anti-Utilitarista do Rio de Janeiro serviu como dispositivo de incubações de novas ideias e práticas que nos auxiliaram nas definições do marco conceitual e metodológico mais amplo que inspirou o desenvolvimento da pesquisa. Este espaço de crítica teórica antiutilitarista funcionou como “*ágora*” de debates sobre as questões da responsabilidade coletiva, da produção do conhecimento, do papel da universidade e do grande valor da extensão para superar as fronteiras entre mercado e ciência.⁶

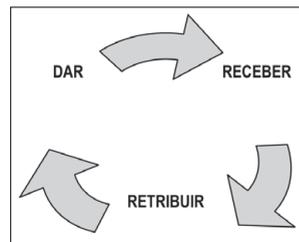
Na mesma semana, ocorreu o primeiro encontro de pesquisa do grupo coordenado pelo NUCEM e pelo LAPPIS. Estavam presentes pesquisadores de Mato Grosso (“Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania”, de Cuiabá); do grupo de educação de Pernambuco (UFPE, Recife e UPE, Petrolina); do Rio Grande do Sul; do Rio de Janeiro (Fiocruz, FGV, IMS-UERJ, FCM-UERJ); de Minas Gerais (Hospital Sofia Feldman); e do Acre. Nessa reunião, foi apresentado o Projeto “Usuários, redes de mediação e esfera pública na saúde 2009-2011” (processo FACEPE - APQ 1347-4.00/08), desenvolvido pelo NUCEM, com colaboração do LAPPIS e apoio da FACEPE. Após a discussão de seus componentes, o grupo de pesquisadores redimensionou os principais objetivos para definição de questões e atividades da rede de pesquisa. Foram abordados alguns aspectos centrais para se avançar na proposta, como o significado, a importância e o papel dos mediadores colaboradores na formação e multiplicação das redes locais de usuários em saúde, na perspectiva de integralidade, o que favorece a concepção e sistematização de novos recursos de gestão descentralizada e de participação com inclusão do usuário. A hipótese inicial foi que o apoio às ações de usuário na sua busca por cuidado em saúde constituiria um passo fundamental para efetivar esferas públicas locais de participação, ampliando a proposta da descentralização do SUS.

⁶ O Movimento Anti-utilitarista conta com importantes pesquisadores em âmbito nacional e internacional envolvidos na crítica à desumanização provocada pelo capitalismo sobre as sociedades contemporâneas em vários campos – economia, direito, educação, filosofia, psicologia, entre outras disciplinas – e foi central para a construção de horizontes da pesquisa. Foi importante, sobretudo para organizar conceitualmente a perspectiva da saúde não como um bem de consumo, pelo seu valor de uso, mas pelo seu valor de reconhecimento, saúde como um direito realizado com solidariedade, compromisso e responsabilidade.

Naquele momento, foi estimado como resultado potencial desta reflexão o estímulo à formação de redes de mediadores colaboradores locais que funcionariam como dispositivos importantes para desbloquear os sistemas de dívidas verticais na saúde. Considerou-se que as hierarquias verticais estariam inibindo a emancipação de processos participativos e integralizados mais amplos dos usuários na organização da saúde coletiva. E a reação a tais hierarquias seria fundamental para levar os usuários comunitários a saírem da incômoda posição de receptores passivos (ligado à ideia de tomar coisas sem participar do circuito da dívida), para assumirem a de doadores ativos (que recebem do sistema saúde, mas se organizam para contribuir). Trazer uma lógica antiutilitarista como a dívida para repensar a ação pública foi entendida como condição para a formação de redes locais mais solidárias e responsáveis pela formação da esfera pública. Um dos pontos de debate foi a utilização do termo “alteridade” como recurso alternativo à ideia de emancipação, pois esta, por não apontar claramente para o valor da convivência, pode sugerir um entendimento fragmentário do social.

Na figura 1, abaixo, podem-se observar os três momentos da dívida – o da doação, o da recepção e o da retribuição – que, em conjunto, constituem um sistema dinâmico que permite o surgimento de “círculos hermenêuticos” fundamentais para se pensar práticas associativas mais amplas.

FIGURA 1 – Esquema de representação da dívida



A inovação teórica representada pela adoção da dívida como sistema de favorecimento de círculos hermenêuticos na vida local tem impacto para se repensar as novas dimensões da ação em saúde a partir de alguns pontos: a descentralização em saúde numa perspectiva pós-geográfica; as redes de mediação e mediação em redes; as esferas públicas locais com lócus da interatividade e da participação. Apoiados no referencial conceitual da dívida, verificamos mais um desafio para a pesquisa, que consistiu em problematizar a necessidade de descolonização dos sistemas de sociabilidade, de modo a fazer emergir esferas públicas locais participativas.

Do lado do Direito, destacou-se a incompreensão de que seja mediação no campo do Direito, pois comumente a mediação é concebida como um partilha do patrimônio. Essa assertiva foi consubstanciada por outros estudos, que revelaram que o entendimento restritivo da mediação no campo do Direito se deve ao fato de que, tradicionalmente, a práxis do direito se afirma como um conjunto de mediações em uma perspectiva individual, e não coletiva. Um primeiro movimento teórico-metodológico de sintetizar essa discussão foi construir as bases do bloco comum, definindo os eixos, ações-quadro, assim como conceitos multicêntricos (direito, mediação e itinerários) com as questões a

serem consideradas no plano de coleta de dados e de análise de categorias centrais que pudessem nuclear a ideia de mediação.

No que diz respeito ao bloco comum da pesquisa, de modo consensual, pareceu-nos claro que a operacionalização dos elementos apresentado no quadro 1, a seguir, nos nichos locais tem como campo observacional o tema do sofrimento. A experiência é questão fundamental para se pensar o cuidado, o que significa assumir que a experiência de adoecimento, sofrimento e sua relação com o cuidado redefinem a base de existência do ser profissional de saúde. Os efeitos e repercussões da relação sofrimento/cuidado nos pareceram um elemento propulsor para haver mais visibilidade no primeiro nível de sociabilidade, o da afetividade, por ser este o que sofre menor interferência de institucionalização, no sentido de regras para serem seguidas. Esse nível tende a ser organizado pelos valores éticos dos sujeitos que estão implicados na relação, sendo uma relação mais humana, menos trabalhador-objeto. Com os níveis mais elevados, dos direitos à cidadania e do exercício da solidariedade profissional, observa-se a presença dos protocolos, rotinas e regras a serem seguidas institucionalmente. Aqui, a regra formal tende a substituir a importância dos valores como norteadores das ações dos trabalhadores da saúde.

Quadro 1 – Esquema do bloco comum da pesquisa

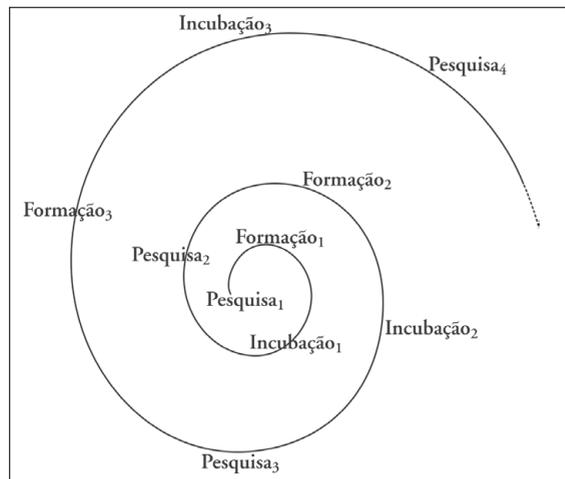
		EIXOS		
DIREITO MEDIAÇÃO INTINERÁRIOS	AÇÃO	INOVAÇÃO (Experiência de inclusão) 1	ALTERIDADE (Pluralidade/ Visibilidade) 2	VÍNCULO (Pertença/Público) 3
MULTICENTRICIDADE	FORMAÇÃO			
	PESQUISA			
	INCUBAÇÃO (maturação da práxis/ disseminação)			
1	Como é a concepção e prática de mediação do campo do direito e o impacto/efetividade dele na relação serviços de saúde e pessoas e famílias com vistas ao direito de cidadania?			
2	Direito relacional tensionando o direito individual. A alteridade como mediadora nessa relação. Corresponsabilidade na ação (dar-receber-retribuir).			
3	De que modo é a concepção e prática de mediação das instâncias de representação social do direito à saúde no SUS, e a efetividade/impacto dessa mediação na vida das pessoas de modo a minimizá-lhes o sofrimento.			

Dar visibilidade a esses atravessamentos e transversalidade de temas, objetos e abordagens foi passo fundamental para dar mais vigor e interação entre as atividades da pesquisa,

cuja formação e incubação são ações retroalimentadoras da pesquisa, como intervenção, ensino e investigação. A multicentricidade como nucleadora de enfoques metodológicos, com vetor transversal, permitiria dar movimento aos resultados teórico-práticos do conjunto das atividades da rede multicêntrica. Os enfoques metodológicos tinham nas ideias de narração, narratividade e narrativas, aportes conceituais para a realização de estudos nos nichos locais. Tais enfoques eram a expressão dos efeitos dos resultados a serem obtidos, contemplando a natureza de cada projeto a ser localmente desenvolvido.

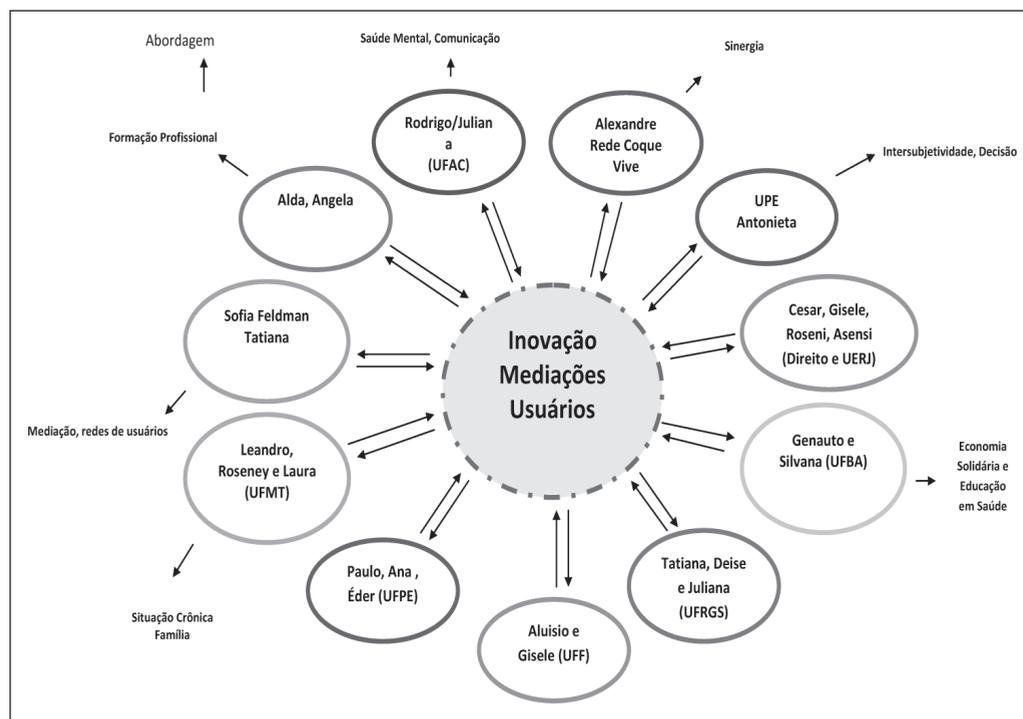
A reciprocidade epistemológica identificada pelo grupo nos debates sobre determinantes sociais, integralidade em saúde, redes, dádiva e mediações, conferiu os atributos habilitadores do coletivo de pesquisadores para elaborar as categorias analíticas do estudo, visando a articulações temáticas comuns nas sucessivas etapas de investigação. Esse momento foi fundamental para o estabelecimento de acordos e pactos para definição e execução das etapas da pesquisa, assim como as metas a serem atingidas. Com isso, não saímos do “zero”, não desperdiçamos a experiência de pesquisas anteriores, sendo todo esse material considerado fonte secundária de nossos trabalhos. Os estudos desenvolvidos anteriormente pela equipe de pesquisa multicêntrica, que envolviam os itinerários terapêuticos, e pelo grupo de Sociologia da Saúde, sobre as redes sociais e solidariedade, e direito pelo grupo do LAPPIS/UERJ-UFF, permitiram organizar caminhos de reflexão seguros. O plano de atividades (figura 2) definido exigia de cada partícipe o empenho no cumprimento das tarefas a serem executadas, o que incluiu a organização de atividades locais e regionais, cujos resultados finais seriam apresentados em seminário nacional, com lançamento da presente coletânea. Com um cronograma de 12 meses de trabalho, foi possível definir os principais pontos para a construção de um termo de compromisso interinstitucional no qual se designava a responsabilidade de cada pesquisador. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, registrado sob o nº CAAE-0004.0.259.000-08, e também no Conselho de Ética da Universidade Federal de Pernambuco e pela Prefeitura da Cidade do Recife.

Figura 2 – Espiral de sinergias hermenêuticas (narração – multicentricidade) entre as atividades do projeto



No dias 8 e 9 de abril de 2010, foi realizada a II Oficina Técnica de Construção Coletiva da Pesquisa Facepe “Usuários, redes sociais e mediadores e incubações na saúde”, cujo objetivo foi discutir os relatórios das pesquisas realizadas pelos nichos locais, para trocas e complementação de informações, assim como para orientar um roteiro especificamente criado para este fim. Houve participantes da Região Sudeste (EPSJV/Fiocruz, IMS-UERJ, UFF, Hospital Sofia Feldman e FCM-UERJ); da Região Norte (FCM e FCO/UFAC); Centro-Oeste (FE/UFMT e ISC/UFMT); Região Sul (Saúde Coletiva/UFRGS) e Nordeste (UFPE-NS/UFPE, UPER, FE/UFPE). Realizamos trabalhos de grupos com preenchimento de matriz analítica (figura 3). No dia anterior ao seminário, o grupo participou de atividade pré-oficina, denominada II Seminário do Programa Incubadora da Integralidade do Hospital Sofia Feldman, sobre valores do cuidado, práticas avaliativas e gestão em saúde. Esta foi uma atividade complementar, um desdobramento prático pela avaliação da discussão sobre usuários, redes, mediações e integralidade. No dia 9 de abril de 2010, realizamos a síntese dos trabalhos de grupo e operacionalização da pesquisa, com um pacto de compromissos e definição de responsabilidades para a próxima oficina de textos, que foi realizada posteriormente em Recife, em 12 e 13 de agosto 2010. No dia 10 de abril, foram revistas as bases conceituais sobre dádiva, redes, mediações e integralidade e direito, com ênfase na ideia de inovação.

Figura 3 – Inovação (Inclusão), Alteridade (Pluralidade) e Vínculo (Pertença)



Finalizamos nossas atividades nos dias 26 e 27 de agosto, na Universidade Federal de Pernambuco, com a realização da oficina de textos e definição do sumário preliminar desta publicação, com a definição de cronograma de prazos. Este foi um momento extremamente fértil e de aprendizado, pois cada pesquisador-autor tinha tido a possibilidade de ler previamente as versões preliminares dos textos, que foram sendo apresentadas e debatidas ao longo dos dois dias de oficina. Enfim, tínhamos compartilhado o eixo estruturante da pesquisa, assim como seu conteúdo informativo, possibilitando manter a organicidade do tema, com seus eixos transversais.

Acolher as diferentes abordagens disciplinares e objetos de estudo eleitos foi nossa primeira tarefa. Isso significou, na prática, que embora não existisse um único olhar sobre o usuário, teríamos que assumir uma perspectiva comparada que valorizasse os distintos matizes e permitisse construir alguns consensos. Assumíamos ali uma abertura dialógica sobre a participação desse usuário na formulação e efetivação do direito à saúde, reconhecendo-o no seu próprio exercício, colocando-o como centro na construção do discurso na produção do cuidado em saúde.

Ressaltamos que a categoria “usuário” não se reduzia ao indivíduo consumidor dos serviços de saúde – que é inerente à abordagem utilitarista –, mas se abria a uma diversidade de experiências de construção social do direito. Pareceu-nos estratégico considerar o usuário a partir de suas trajetórias. Estas necessariamente envolviam famílias, amigos, comunidades e, no caso específico da relação com os serviços de saúde, demonstravam muito claramente o papel de mediador dos agentes comunitários de saúde. Desse modo, constituíam-se redes de relacionamentos de apoio na construção de saberes e práticas alternativas a modelos convencionais de assistência, promovendo resposta para o enfrentamento dos problemas de saúde numa comunidade ou população.

Referências

- CAILLÉ, A. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CAILLÉ, A. A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, P.H.; NUNES, B.F. (Org.). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.66, 2008.
- FLEURY, S.; DUVERNEY, A. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- HONNETH, A. *A luta pelo reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- LACERDA, A.; MARTINS, P.H. Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano – MARES: uma etnografia do grupo focal com agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006. p. 311-331.
- LUZ, M. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

- MARTINS, P.H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): Aspectos conceituais e operacionais In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- MARTINS, P.H. Citizenship. In: HARTT, K.; LAVILLE, J.L.; CATTANI, A.D. (Org.). *The Human Economy*. Cambridge: Polity Press, 2010b.
- MARTINS, P.H. A Sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006. p. 87-123.
- MARTINS, P.H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas: In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.
- MARTINS, P.H. Rede social como novo marco interpretativo das mobilizações sociais contemporâneas. *Caderno CRH*, v. 23, n. 59, p. 401-418, 2010a.
- MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.
- MOREIRA, M.N. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde In: MARTINS, P.H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: Editora da UFPE, 2006.
- PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-52.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- SIMMEL, G. *Sobre la individualidad y las formas sociales*. 1ª. Ed. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes, 2002.
- SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VALLA, V.V. Mediadores, saúde e religião. *Cultura Vozes – Educação popular: democracia é participação*, v. 96, n. 5, p. 5-16, 2002.
- VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.