

XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação - XIII ENANCIB 2012

GT 3 : Mediação, circulação e apropriação da informação

**PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E FLUXOS DE INFORMAÇÃO EM REDES SOCIAIS:
UMA ANÁLISE DA REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE**

Modalidade de apresentação: Comunicação Oral

Regina Maria Marteleto - ICICT/FIOCRUZ

Maria Inês Tomaél – UEL

Marcus Vinicius Silva - Icict/Fiocruz

rmarteleto@icict.fiocruz.br

* O trabalho apresenta resultados parciais do projeto de pesquisa “Antropologia da informação e redes sociais na saúde”, financiado pelo CNPq/MCT.

RESUMO

No campo da saúde, as ações coletivas em redes sociais são compreendidas e aplicadas tanto nos construtos teóricos do pesquisador, quanto na práxis social para a organização dos mecanismos de participação, exercício de direitos e controle social. A partir dessa compreensão, o estudo contemplou a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePopSaúde), formada por especialistas, profissionais, estudantes, ativistas, gestores e atores de movimentos sociais, cujo substrato são os processos de mobilização e participação popular em saúde. O objetivo é perceber, por meio da configuração dos papéis e das posições interdependentes dos atores, os processos de comunicação e os fluxos de informações para o compartilhamento e a apropriação de saberes e práticas em saúde, em perspectiva emancipatória e política. A metodologia empregada é a análise de redes sociais (ars), realizada a partir de questionário eletrônico enviado aos participantes da lista de discussão na Internet da RedePopSaúde. Resultados parciais apontam para a centralidade que os atores acadêmicos e profissionais ocupam na Rede em relação aos processos de comunicação e fluxos de informação, e o papel relevante dos ativistas na mediação e manutenção dos elos entre os diferentes atores. Conclui-se que se trata de uma rede híbrida, diante da diversidade dos perfis dos atores, dos conhecimentos que detêm e das formas de intervenção e participação social e política que desenvolvem, além da necessária articulação com outras redes e coletivos para a sua manutenção e dinamismo.

Palavras-chave: Informação; comunicação; saúde; redes sociais; participação; ação coletiva.

ABSTRACT

In health field, collective actions in social networks are understood and applied in the theoretical constructs of the researcher and in the social practice for organizing mechanisms for participation, exercise of rights and social control. From this understanding, the study included the Popular Education and Health Network, formed by experts, professionals, students, activists, actors and managers of social movements, whose substrate is the processes of mobilization and popular participation in health. The goal is to realize, through configuration of roles and positions of interdependent actors, communication processes and information flows for sharing and appropriation of knowledge and practice in health, in a perspective emancipatory and politics. The methodology employed is the social network analysis from the electronic questionnaire sent to participants of the discussion list on Internet Popular Education and Health Network. Partial results point to the centrality that actors occupy in academic and professional network in relation to communication processes and information flows, and the role of activists in the mediation and maintenance of links between the different actors. We conclude that it is a hybrid network, given the diversity of profiles of actors, who hold knowledge and forms of intervention and social and political participation that develop, along with the necessary coordination with other networks and groups for their maintenance and dynamism.

Key words: Information, communication, health, social networks, participation, collective action.

1 INTRODUÇÃO

O conceito e o método de análise de redes sociais, ainda em estágio de consolidação teórica e aplicada, parecem alcançar cada vez mais posição de transversalidade em diversos campos do conhecimento e da prática, quando se trata de estudar ações coletivas entre grupos, organizações e indivíduos, baseadas em elos de compartilhamento gerados nos processos de mobilização sociopolítica e na apropriação de saberes de forma interativa e horizontal.

O tema da saúde é especialmente sensível à abordagem das redes sociais, tendo em vista tanto o valor central que a saúde adquire no imaginário e nas instituições nas sociedades de hoje, quanto o seu potencial como objeto de análise crítica. Pesquisadores do campo admitem e exploram, com diferentes matizes culturais, políticos e históricos, a chamada “inscrição social da saúde” e sua natureza tanto política, social e cultural quanto biológica, médica e técnica (MINAYO, 1997; KROPF, 2004).

As análises no terreno da informação e comunicação parecem formalmente similares às da saúde, ao ultrapassarem uma concepção instrumental de seus objetos com funções relativamente delimitadas, para análises sistêmicas, simbólicas, construtivistas e, mais recentemente, direcionadas para a ação coletiva e os processos relacionais de elaboração dos sentidos produzidos socialmente, ainda que por vezes voltadas, no caso principalmente das Ciências da informação, para uma naturalização dos ambientes e condicionantes técnicos de uma “sociedade da informação”.

Por essa razão, e por tratarem de objetos que povoam a estrutura de valores e significados das sociedades contemporâneas desde as últimas décadas, os estudos dos campos da informação, comunicação e das ciências sociais e saúde alcançam uma proximidade natural, à medida em que se leva em conta a inscrição coletiva da saúde e de seus atores sobre as suas práticas e representações. É nesse contexto que ganham peso, ainda que por hora modesto, os estudos das redes sociais na saúde (ROUTIER, D'ARRIPE, 2010; MARTELETO, STOTZ, 2009; MARTINS, 2004; PINHEIRO, MARTINS, 2011).

O estudo contemplou a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePopSaúde), formada por especialistas, profissionais, estudantes, ativistas, gestores e atores de movimentos sociais, cujo substrato são os processos de mobilização e participação popular em saúde. O objetivo é estudar, no recorte desse trabalho, as configurações dos papéis e das posições interdependentes dos atores, a fim de perceber como se organizam os processos de comunicação e os fluxos de informações

para o compartilhamento e a apropriação de saberes e práticas em saúde, em perspectiva emancipatória e política. A metodologia empregada é a análise de redes sociais (ars), realizada a partir de questionário eletrônico enviado aos participantes da lista de discussão na Internet da RedePopSaúde. Trata-se de uma inovação metodológica, uma vez que o emprego dessa metodologia ainda não se faz presente em estudos na área da saúde, com vistas à análise dos processos e práticas de promoção e de participação, com foco na informação e comunicação para a construção compartilhada de conhecimentos em saúde.

2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Segundo P. Bourdieu, os campos sociais resultam de um longo processo de diferenciação e autonomização em relação aos regimes de poder e de verdade prevalentes no ordenamento das sociedades. Cada campo possui objetos, regras, interesses e procedimentos específicos, os quais são relativamente autônomos e livres para estabelecerem. Esse processo de diferenciação do mundo social produz a diferenciação dos modos de conhecimento do mundo, pois a cada um dos campos corresponde um ponto de vista fundamental sobre o mundo, “*que cria o seu próprio objeto e que encerra nele próprio o princípio de compreensão e de explicação que convém a esse objeto*” (BOURDIEU, 1997, P.119).

Os atores que preenchem o espaço estrutural de um campo desenvolvem estratégias para a sua reprodução e/ou renovação. No campo científico essas estratégias dependem das posições relativas dos atores em relação uns aos outros e estão associadas à posse de credenciais de títulos, diplomas, prêmios, nomeações e à participação em redes sociais fora e dentro do próprio campo, dentre outros elementos que agregam valores materiais e simbólicos ao fazer científico. O campo científico, do mesmo modo que outros campos sociais é, pois, um terreno de lutas simbólicas (BOURDIEU, 1989).

O campo da saúde coletiva no Brasil possui características peculiares em relação a outros países, e se constituiu no bojo dos processos de redemocratização da sociedade e do Estado brasileiros, com nitidez maior nos anos de 1980, quando o país se preparava para deixar um período longo de ditadura militar e se organizavam as discussões e representações para o estabelecimento da Assembléia Nacional Constituinte, destinada a representar a expressão dos diversos segmentos do país em relação à nova constituição brasileira. Existe uma vasta literatura

no campo da saúde que se dedica a retomar e rediscutir alguns marcos principais da Reforma Sanitária Brasileira, apresentados aqui de forma esquemática, para o fim de situar as questões de interesse de uma pesquisa sobre as redes sociais na saúde.

Na década de 1980 destaca-se a atuação do movimento sanitário, no âmbito mais geral de combate e resistência ao regime militar e pela democracia, em que a garantia de assistência à saúde da população brasileira deveria ser obrigação do Estado e direito de todos os cidadãos. Foi então criado o Partido Sanitário, num momento em que só havia dois partidos políticos no país, controlados direta ou indiretamente pela ditadura militar, o qual recebeu sustentação teórica de duas entidades com forte presença no campo da saúde: o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo, a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ oferecia cursos em todo o país, adotando uma concepção nova e mais ampliada da saúde. Esse momento da saúde pública no país recebeu influências da Declaração de Alma-Ata, elaborada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada na então União Soviética, em 1978, a qual declarava que a saúde, enquanto estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental. A meta de atingimento de um estado de saúde, entendido nesses termos, pelas populações do mundo, foi considerada a meta social global a mais importante, e sua realização requeria a participação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Nesse bojo, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, estabeleceu os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira:

“a saúde é definida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas sociais de organização da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”
(BRASIL, 1986, p.4)

Concomitante a essa reformulação conceitual, pensava-se sobre como os serviços de saúde deveriam se organizar para atingir esses princípios, e como seria financiado um Sistema nacional de saúde. As entidades representativas do movimento sanitário brasileiro se organizaram e apresentaram, em meio a pressões de diferentes interesses públicos e privados do campo da saúde, suas propostas à Assembléia Nacional Constituinte para o setor da saúde, que foram parcialmente aprovadas, garantindo aos cidadãos brasileiros o acesso à saúde como um dever do

Estado, o que se desdobrou tempos depois na concepção e implantação do SUS - Sistema Único de Saúde.

No entanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, veio sofrendo dificuldades de toda ordem devido à implantação de políticas neoliberais no país, uma vez que, segundo Bahia (2006), a abertura da economia, a integração do país nos circuitos globalizados, o primado da economia sobre a política, do qual derivam as pragmáticas fórmulas de Estado e políticas sociais mínimas, desnaturam a própria essência do SUS universal. Nesse quadro, assim como os demais atores da luta histórica pela reforma sanitária no país e pela implantação do SUS enquanto garantia de acesso universal aos serviços de saúde, Braga (2007) acredita que o conceito ampliado de saúde necessita ser constantemente retomado nos variados âmbitos do campo da saúde – o acadêmico, o político, o gerencial, o social, o técnico e dos serviços, rediscutindo e reforçando o caráter democratizante da descentralização, da participação e do controle social sobre o sistema de saúde no país.

No plano epistemológico, e paralelamente à construção de novos paradigmas de compreensão da noção de saúde, formularam-se entendimentos conceituais e contextuais inovadores da saúde coletiva, que marcam a relação interdisciplinar do discurso da biomedicina com o das ciências sociais na saúde, abrindo perspectivas de aproximação entre o conhecimento científico e outras formas de saberes e de necessidades na sociedade:

“Para se poder avançar no imperativo ético da mobilização, a luta pelo poder deve partir desde e com os excluídos, a apropriação da saúde como direito do cidadão e responsabilidade do Estado. A informação deve ser de domínio público, o que implica romper com a linguagem tecnocrática que hegemoniza a participação, subordinando a maioria dos cidadãos leigos”. (Informativo da Abrasco, 2007, p.6)

De acordo com Stotz, David e Bornstein (2007) o modo tradicional de se entender a saúde e a doença se refletem no próprio trabalho dos profissionais de saúde, cuja formação técnico-científica assume um caráter fortemente normativo no cotidiano dos serviços. Essa formação rompe com o saber da experiência e da cultura das comunidades e centra-se numa maneira prescritiva e pouco dialogada de ver o corpo, os problemas, o tratamento a ser seguido.

3 A EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

A contribuição das ciências sociais, dentre elas o recorte da educação popular e saúde, seria a constituição de um olhar crítico e mais amplo sobre a saúde, permitindo que outras racionalidades sejam incluídas no entendimento e enfrentamento dos problemas. Valla (1996) aponta para a possibilidade de construção compartilhada do conhecimento, fazendo convergir o saber acumulado a partir da ciência com o saber construído pelas classes populares a partir das suas vivências. Esses dois saberes poderiam se fundir para formar um “terceiro conhecimento” construído nos processos de mediação, capaz de reorientar as práticas e ações na promoção da saúde (MARTELETO, VALLA, 2003). No âmbito das redes e movimentos sociais em saúde, os agentes encontram dificuldades para ter acesso e se apropriar de dados técnicos sobre os problemas que estão reivindicando, e no seu confronto com o governo e órgãos públicos, precisam dos dados necessários para ajudar a compreender as condições de vida, tanto do ponto de vista técnico, quanto da ótica da população.

As experiências de educação popular no país se estruturaram como um corpo teórico e método de trabalho com as classes populares a partir da década de 1970, junto às comunidades eclesiais de base e os movimentos sociais em luta contra a ditadura militar e suas políticas econômicas e sociais, firmando-se como teoria hegemônica que orientava o modo de participação dos agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde, etc.) engajados no trabalho político e pedagógico. No final dos anos de 1970, favorecida pela multiplicação de serviços de Atenção Primária à Saúde ocorrida no Brasil, a Educação popular passa a se constituir, em vários serviços, como um instrumento de reorientação da globalidade das práticas de saúde, *“na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados”* (VASCONCELLOS, 1997).

Nesse contexto, o traço fundamental da Educação popular e saúde está no método, ou seja, no fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico da educação em saúde o saber da população, o que significa considerar as experiências das pessoas sobre o seu sofrimento e dos movimentos e organizações populares em sua luta pela saúde, ao admitir a existência de outras formas de saber, tão válidas quanto o saber técnico-científico (STOTZ, 2007).

O campo da saúde constitui um espaço híbrido e pleno de conflitos, no qual a educação popular e saúde constrói a interdisciplinaridade com as ciências sociais e com as práticas de saúde. Nessa confluência disciplinar se insere o conceito de redes sociais como um conceito de

junção de perspectivas teóricas, disciplinares, sociais, políticas e estratégicas. Ressalta-se a complementaridade necessária entre os conceitos de campo e redes sociais para estudar ações de sujeitos coletivos para a produção e apropriação de conhecimentos em saúde.

4 REDES SOCIAIS NA SAÚDE – a Rede de Educação Popular e Saúde

Na literatura das ciências sociais se identificam geralmente dois planos das redes sociais: a) as redes primárias, relativas às interações cotidianas entre as pessoas (familiaridade, parentesco, vizinhança, amizade, etc) no processo de socialização. Trata-se de processos autônomos, espontâneos e informais; b) as redes secundárias, formadas pela atuação coletiva de grupos, instituições e movimentos que defendem interesses comuns. Scherer-Warren (2002) afirma que os estudos das ações coletivas na perspectiva das redes ora as tratam como um elemento ou forma de estruturação da sociedade da informação, ora como uma metodologia adequada para investigar ações na sociedade complexa, ou ainda como uma forma de relações e articulações dos movimentos sociais no mundo globalizado, as quais demandam novas formas de entendimento.

Stotz (2009) realizou uma busca livre em bases de dados da área de saúde com os termos “redes sociais” e “saúde” e constatou que se pode estudar redes sociais na saúde como apoio social (estudos sobre monitoramento de tratamento, controle de doenças, nutrição, envelhecimento, prevenção de riscos como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis); solidariedade (estudos sobre a ação de soropositivos do HIV/Aids); focalização de políticas sociais (Programa Saúde da Família); gestão de políticas e articulação de interesses (estudos sobre cidades saudáveis e políticas de combate à pobreza); compromisso social (estudos sobre ação de adolescentes).

Dentre as diferentes concepções teóricas e metodológicas das redes sociais destaca-se, para os fins desse trabalho, o seu entendimento como espaços de troca coletiva e, portanto, qualificadores de informação e experiências, aplicando-se uma metodologia formal de análise de redes sociais (ars) para estudar a estrutura e as posições dos atores da Rede de Educação Popular e Saúde (RedePopSaúde), apoiado no pressuposto de que as posições interdependentes e os papéis que desempenham revelam formas de comunicação, fluxo de informações e construção compartilhada de saberes para embasar ações de mobilização e participação social na saúde.

A Rede de Educação Popular e Saúde surgiu em 1998, como uma evolução da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, criada em 1991 no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado em São Paulo, e se estrutura numa articulação de profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais orientados pelos princípios da Educação popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população. As ações e reflexões dos membros da RedPop orientam-se pelos princípios da educação popular desenvolvida por Paulo Freire aplicados à problematização da saúde, para promover integração entre saber científico e saber popular e entre iniciativas de especialistas, técnicos e ativistas de movimentos sociais na construção compartilhada de soluções criativas e mobilizadoras na área da saúde.

Na página de acolhimento do sítio Internet da Rede¹ encontra-se um texto de apresentação, cujas palavras sublinhadas se abrem para leituras complementares sobre nomes de atores referenciais da Educação popular e saúde, membros históricos e fundadores do campo. Outros destaques são o remetimento para a lista de discussão mantida pela Rede no *Yahoo Grupos*; o Boletim Nós na rede, editado pela Rede; a referência aos grupos e coletivos associados à Rede, como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps); a Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop); o Grupo de Trabalho em Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Esses destaques e remetimentos assinalam os recursos que movimentam essa rede social - a informação, a comunicação e o conhecimento na dimensão da mobilização e protagonismo dos atores da saúde e da população. Pode-se afirmar que seus membros se articulam para realizar uma sistematização de teorias, metodologias e práticas de educação popular e saúde capaz de intervir nas políticas públicas e promover, de forma compartilhada com a população, o controle e a participação popular na saúde.

A Rede se apresenta ideologicamente e historicamente, indicando a sua posição na saúde coletiva e o propósito de reunir diferentes atores do campo em torno das questões da saúde alinhadas com os princípios da educação popular e da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo de mobilização é ressaltado, assim como a presença mais atuante nos espaços

¹ www.edpopsaude.org.br

acadêmicos, políticos e de gestão do Estado. A produção e sistematização de conhecimentos é uma meta acentuada pelos membros da Rede.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desde agosto de 2001 a Rede mantém um sítio Internet e uma lista eletrônica de discussão, de forma a registrar a memória do grupo, divulgar suas ideias e compartilhar experiências e informações pertinentes à Educação popular e saúde. A lista foi criada em 2001 no *Yahoo Grupos*² e tem 671³ associados representados por pesquisadores, profissionais, técnicos, agentes de saúde e lideranças comunitárias, que desenvolvem ações voltadas aos temas: educação e saúde, saúde da família, agentes comunitários de saúde, promoção da saúde, cultura e saúde, cuidados em saúde, organização e construção comunitária em saúde, subjetividade e saúde, religiosidade e saúde, espiritualidade e saúde, arte e saúde. A lista de discussão reúne participantes de todo o país mantendo uma participação significativa dos seus associados, com média mensal de cerca de 300 mensagens.

A lista eletrônica de discussão, devido à expressiva participação dos membros da Rede, tornou-se um veículo de comunicação de amplo alcance no campo da Educação popular e saúde. Por isso, e após obter o consentimento formal dos moderadores e dos participantes e passar pela aprovação do Comitê de ética em pesquisa, o questionário da pesquisa foi direcionado a todos os membros da lista. Primeiramente, foi encaminhado individualmente para os endereços eletrônicos de cada integrante da lista, depois de serem recuperados, conferidos e atualizados a partir do próprio sistema da lista de discussão do *Yahoo Grupos*. Numa segunda chamada, foi repassado na própria lista.

O questionário foi desenvolvido na plataforma *online* do Google Docs, pela ferramenta Formulário. Com três partes distintas (Dados gerais do respondente; Inserção no campo da Educação popular e saúde e na RedePopSaúde; Contatos), o questionário foi respondido por 69 pessoas nos meses de novembro e dezembro de 2011. Considerou-se que o número de respostas foi significativo, tendo em vista um retorno de cerca de 10% em relação ao número de questionários expedidos.

² <http://br.groups.yahoo.com/group/edpopsaude/>

³ Dado obtido no site da lista, em julho de 2012

Os dados levantados foram analisados com base nos parâmetros da Análise de Redes Sociais (ARS), que permite o estudo dos padrões de relacionamentos entre os atores, a fim de analisar a estrutura e o modo de funcionamento de uma rede. Para identificar os padrões utilizou-se o *software* UCINET⁴, para o cálculo das medidas de centralidade; e o *Netdraw* (que acompanha o Ucinet), para a representação dos diagramas da Rede.

No recorte desse trabalho foram desenvolvidas duas matrizes de dados a fim de configurar e analisar algumas medidas : a) a rede de contatos, cujo objetivo é identificar os elos entre os atores da rede e descrever certas posições e papéis; b) a rede de expoentes, com o objetivo de destacar os atores citados como os mais relevantes no campo da Educação popular e saúde.

Matriz de dados

Com o propósito de identificar a rede de contatos, a terceira parte do questionário solicitou aos respondentes que indicassem até cinco pessoas com as quais vêm mantendo parcerias e atuando com maior frequência, em função das atividades e objetivos no campo da Educação popular e saúde. Para configurar a rede de expoentes, foi solicitado aos respondentes que indicassem os nomes de até 5 pessoas que consideram mais relevantes no campo.

A matriz de dados é a mais simples representação de uma rede, registra um mesmo conjunto de atores em linhas e colunas e suas ligações. Na intersecção entre linha e coluna registram-se as ligações entre os atores, se houver a presença de ligação indica-se o número 1 e a ausência da ligação é indicada por 0. A principal função das matrizes é possibilitar o cálculo das medidas das redes e sua visualização gráfica.

5 RESULTADOS

Rede de educação popular e saúde - rede de contatos

A rede de contatos pesquisada tem 149 atores, entre os respondentes do questionário e seus indicados. Pela visualização da Figura 1 percebem-se diferentes agrupamentos de redes, de dimensões distintas. Observou-se que os atores não estão plenamente conectados, o que sugere que alguns membros da rede não são tão atuantes, além do que a rede tem representações em todo o Brasil, e é esperado que pequenas redes isoladas formem-se em determinadas regiões, de forma dispersa ou conectada com redes sociais locais, primárias ou secundárias.

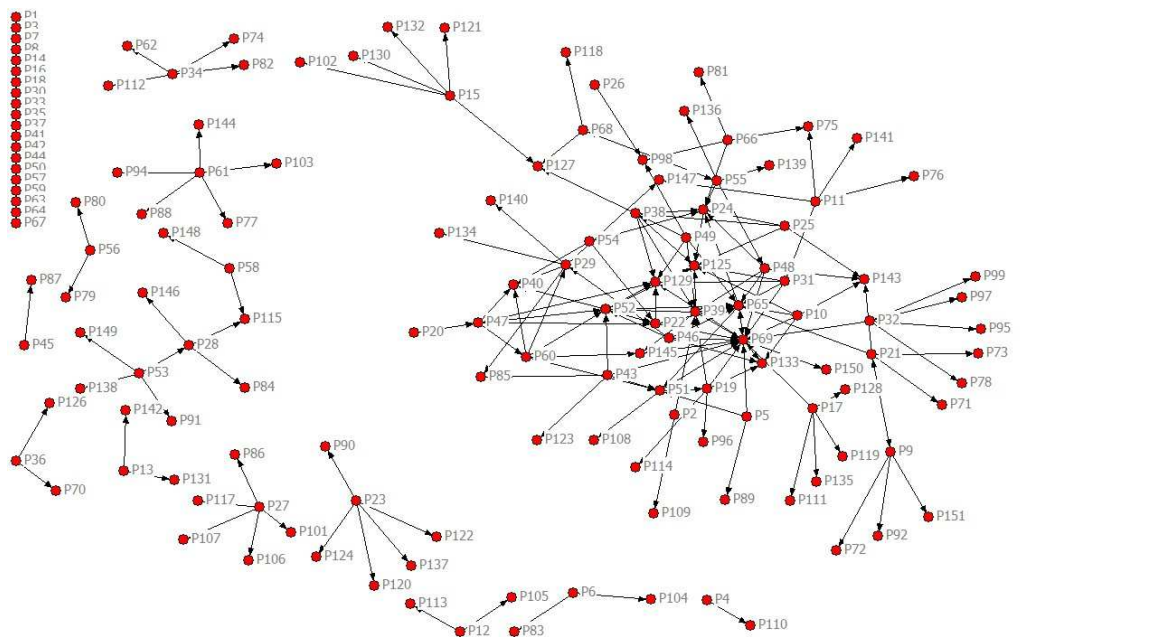
⁴ www.analytictech.com/ucinet/

Para proceder à análise da estrutura dessa Rede é necessário observar os seguintes casos:

a) atores que preencheram o questionário e indicaram seus contatos; b) atores que preencheram o questionário, porém não indicaram seus contatos; c) atores que não responderam o questionário, seja porque não fazem parte da lista eletrônica, ou fazem parte e não responderam o questionário, porém foram citados pelos respondentes. Por exemplo, os atores posicionados em fileira à esquerda da Figura 1, responderam o questionário, porém não indicaram seus contatos. Esses atores não citaram os contatos, seja por residirem em regiões em que não têm ação efetiva ou não têm um interlocutor nessa área, seja porque não atuam no campo da educação popular e saúde, e apenas se interessam pela temática, o que se identificou pelas respostas qualitativas do questionário.

A configuração maior da Rede, à direita na Figura 1, tem a presença dos atores mais influentes e atuantes, que são os mais bem posicionados na rede. A maior parte dos contatos periféricos da rede estão ligados por um membro, que faz a ponte com o núcleo central da rede. Os atores periféricos são importantes para toda a rede, por permitirem o contato indireto entre atores de diferentes redes. E por desdobrarem a comunicação e os elos com outros atores ou coletivos, segundo os parâmetros da análise de redes sociais.

Figura 1: Rede de Educação Popular e Saúde – rede de contatos



Centralidade

A inserção de um ator em uma rede define o seu poder e sua influência em relação aos outros. A posição estrutural de um ator pode criar oportunidades e maximizar suas relações e, se sua posição for desvantajosa, pode inibir suas ações e restringir suas relações. As medidas de centralidade indicam a posição estrutural de um ator. Nesse estudo foram calculadas as medidas de centralidade de grau e de intermediação.

Centralidade de Grau

A centralidade de grau indica a posição de um ator em relação às trocas e às comunicações na rede, considerando-se a quantidade de ligações que se colocam entre os diferentes atores. Quanto mais central é um ator, mais bem posicionado ele está em relação às trocas e à comunicação, o que aumenta o seu poder de comunicação e obtenção de informações na rede. (MARTELETO, 2001; MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Nesta Rede o ator com maior centralidade de grau é o P69, seguido pelo P65, P39 e P52 (Quadro 1). O P69, da região nordeste do Brasil, tem atuação em outros coletivos como a Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Movimento Popular de Saúde (MOPS). É servidor de uma Secretaria de Saúde Municipal. Também residente no nordeste do país, o P65 tem perfil similar ao P69, desenvolve atividades nas mesmas organizações (ANEPS, ABRASCO, MOPS), e atua em uma universidade. O P39, da região nordeste, e o P52, da região sudeste, atuam em universidades e também se vinculam às organizações e coletivos citados.

Dentre os atores com maior centralidade de grau no Quadro 1, a maior parte atua no nordeste e, em seguida, no sudeste do país, o que denota que a Rede de educação popular e saúde tem um bom desenvolvimento no nordeste, com atividades relevantes para o campo.

Quadro 1: Centralidade de Grau

Ator	Graus
P69	17
P65	12
P39	10
P52	10
P24	8
P38	7
P125	7
P51	7
P129	7
P29	7

Centralidade de Intermediação

A posição de um ator pode favorecer o acesso e o fluxo da informação, especialmente quando ele intermedeia a comunicação entre atores, ou seja, quando sua posição é favorecida pelo trajeto por onde a informação circula. O ator passa a ter o poder de distribuí-la. O cálculo dessa medida é feito com base nos caminhos geodésicos, os mais curtos. A centralidade de intermediação do ator P65 (Quadro 2) se destaca dos demais, por ele estar em uma posição que possibilita controlar uma grande parte da informação que está na rede. Essa posição pode ainda permitir que ele possa influenciar as pessoas para as quais ele intermedeia informação.

Quadro 2: Centralidade de intermediação

Ator	Índice de intermediação
P65	1.427
P22	855
P47	765
P69	673
P60	653
P51	581
P29	508
P39	391
P19	351
P52	319

Centralidade de fluxo de intermediação

A centralidade de fluxo de intermediação analisa todos os caminhos possíveis que a informação pode percorrer entre os atores, incluindo os mais longos, enquanto a centralidade de intermediação analisa apenas os caminhos mais curtos (distância geodésica). O ator que tem maior possibilidade de intermediar o fluxo de informação por todos os caminhos é o P22 (Quadro 3), seguido pelo P51 e pelo P47

Quadro 3: Fluxo de Intermediação

Ator	Fluxo de Intermediação
P22	469
P51	382
P47	356
P60	250
P19	238
P65	206
P29	184
P39	136
P69	79
P52	42

Os atores indicados no Quadro 3 são provenientes da região nordeste, sudeste e sul do Brasil, regiões estratégicas para movimentar o fluxo de informação pela Rede, com forte predominância da região nordeste.

Rede de educação popular e saúde - rede de expoentes

Para dimensionar a rede de expoentes foi solicitado que os respondentes citassem até cinco pessoas que considerassem atuantes e expressivas no campo da Educação popular e saúde. De forma diferente da rede de contatos, que considera os elos e compartilhamentos entre os atores, a rede de expoentes se refere aos atores citados como os mais destacados em sua atuação no campo. Os membros com maior expressividade foram indicados por 57 dos 69 respondentes.

Os resultados demonstram que 20 atores receberam de 3 a 28 menções. Desses, 10 receberam mais de sete indicações, um valor significativo em relação ao total dos indicados – mais de 70. Alguns respondentes justificaram suas indicações: a) são atuantes na área e fornecem informações importantes para a região nordeste do país; b) contribuem com a área com ações que auxiliam outras pessoas; c) seus comentários na lista de discussão são significativos; d) fornecem embasamento teórico para refletir sobre a Educação popular e saúde.

O Quadro 5 apresenta os principais expoentes na rede: 50% são da região nordeste, o que corrobora as medidas da rede de contatos, que indicou uma expressiva articulação da rede no e a partir do nordeste; 40% dos atores de maior destaque na Rede são da região sudeste. Pode-se considerar esses atores como líderes intelectuais, ativistas ou mediadores, que influenciam e fundamentam as ações na rede; 60% são do sexo masculino e 40% feminino.

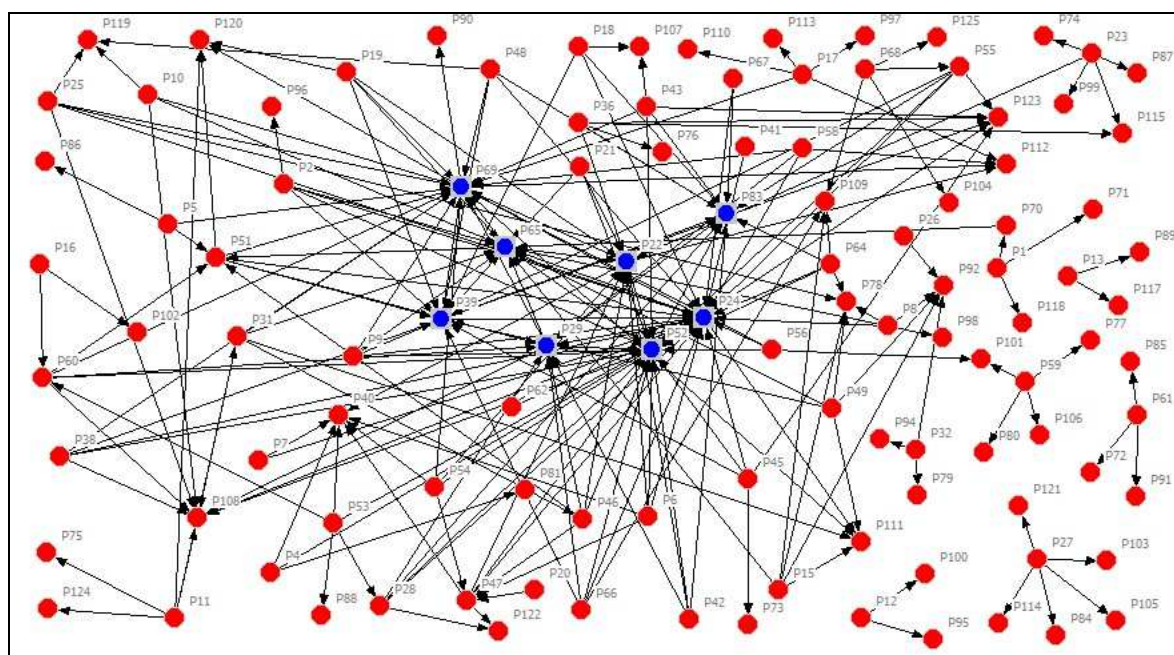
Quadro 4: Centralidade de Grau – rede de expoentes

Ator	Graus	Região	Profissão	Sexo
P24	28	Nordeste	Médico/ Professor	Masculino
P69	20	Nordeste	Médica/ Profissional	Feminino
P52	19	Sudeste	Enfermeira/ Professora	Feminino
P65	13	Nordeste	Enfermeira/ Professora	Feminino
P83	12	Sudeste	Professor	Masculino
P39	11	Nordeste	Médico/ Professor	Masculino

P22	10	Nordeste	Enfermeiro/ Professor	Masculino
P29	9	Sudeste	Professora/ Enfermeira	Feminino
P108	9	Centro-Oeste	Enfermeiro	Masculino
P40	7	Sudeste	Médico/ Professor	Masculino

A Figura 2 representa a rede de expoentes. Os atores nesse diagrama possuem ligações distintas da maioria das redes, em virtude de que as ligações são constituídas pela influência e/ou admiração que um exerce sobre o outro, que pode ser em decorrência da relação autor/leitor, discussões na lista, repercussão de ações implementadas e pela divulgação e compartilhamento de informações. Destaca-se em azul os principais atores (oito) indicados como os mais influentes para dinamizar e fazer crescer o campo da Educação popular e saúde. A rede de expoentes tem 125 atores.

Figura 2: Rede de educação popular e saúde - rede de expoentes



Quatro pequenas redes isoladas compõem a rede completa de expoentes (Figura 2), formadas por atores que citaram membros do campo investigado que não obtiveram outras citações. Uma parte significativa dos citados recebeu apenas uma indicação como membro atuante e expressivo na área, isso parece sugerir que a área está em formação e crescimento e novos membros expoentes se destacam com o movimento das trocas na Rede.

Comparação entre as configurações da RedePopSaúde – contatos e expoentes

A comunidade estudada para mapear as redes de contatos e de expoentes é a mesma, ou seja, os membros da lista de discussão que responderam ao questionário. A diferença da composição das redes está nas indicações que fizeram. Na primeira rede, as citações foram feitas com base nos contatos que os respondentes do questionário mantêm e na segunda as citações tiveram como motivo as pessoas expressivas atuantes no campo de Educação popular e saúde. Essa diferença distingue a representação gráfica (diagrama) da mesma rede, tanto na sua composição (atores participantes) quanto no propósito e efetividade do fluxo de informação. Na rede de contatos a informação flui por meio dos elos e vínculos mais diretos que os atores mantêm, enquanto na rede de expoentes destacam-se os atores influentes que têm o papel de intelectuais, e/ou mobilizadores do coletivo de atores.

Entre os 10 atores mais indicados em cada uma das representações da Rede, seis permanecem os mesmos, o que leva a concluir que a influência dos atores exercida na RedePopSaúde. A importância dos atores P69, P65, P52, P39, P29 e P24 permanece nos dois diagramas, e provavelmente são os que conduzem as ações teóricas e práticas de reflexão e mobilização no campo de Educação Popular e Saúde, ressaltando-se a forte presença de atores das regiões nordeste e sudeste.

6 CONCLUSÕES

Nesse estudo procurou-se estabelecer alguns parâmetros conceituais e metodológicos para o estudo dos processos de comunicação e fluxos de informação da Rede de educação popular e saúde. Primeiro, dimensionando o pertencimento de campo dos seus atores na Saúde coletiva e na Educação popular e saúde, um recorte epistemológico, histórico, social e político específico da Saúde pública no país, no quadro dos processos de luta política e imersão social na realidade de miséria e opressão da população brasileira ao longo do tempo. É na Atenção básica à saúde, desde os anos de 1970, que veio se firmando uma aliança mais próxima entre especialistas, técnicos, gestores, lideranças e a população, sobretudo com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outros.

Segundo, buscou-se estudar a estrutura da RedePopSaúde com o emprego da metodologia de análise de redes sociais (ars), levando em conta duas configurações da mesma rede: a rede de contatos e a rede de expoentes. As medidas calculadas mostram que os atores acadêmicos e

profissionais exercem papel de destaque no plano epistemológico da Rede, enquanto os ativistas desenvolvem atividades de mediação entre os diferentes elos da Rede, concorrendo para a fluidez e o acesso às informações. Algumas vezes os atores acadêmicos exercem os dois papéis, na produção e no compartilhamento de saberes e ações. Por outro lado, a Rede tem forte representação e mobilização no nordeste do país e, em segundo lugar, no sudeste. No entanto, numa análise da realidade social pelo enfoque das redes, não se deve afirmar que esses atores são mais importantes para a manutenção da Rede do que os demais, uma vez que as posições dos atores são sempre interdependentes, ou seja, para que esse coletivo tenha permanência e mobilidade, é necessária a participação de cada um dos atores, tanto na sedimentação do núcleo político-epistemológico da Rede, quanto no seu desdobramento e reconhecimento por outras redes e coletivos tanto da Educação popular e saúde, quanto do campo da saúde como um todo e por outras esferas de formulação e gestão de políticas (por ex., o Ministério da Saúde), de representação científica (por ex., a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Abrasco), dentre outras.

Terceiro, vale ressaltar que a amostra dos atores da pesquisa foi obtida por meio da lista de discussão do *Yahoo* Grupos dos membros da RedPopSaúde, uma ferramenta de comunicação e informação em saúde com forte presença dos atores da Rede. Essa escolha metodológica se justifica pelo alcance da lista, capaz de abranger uma grande extensão representativa da Rede, além dos membros mais atuantes, conhecidos e presentes. Por outro lado, essa expansão pode ainda apontar para uma dispersão na densidade da Rede, deixando de incluir atores relevantes para o dinamismo e a manutenção dos elos.

Portanto, pontuou-se como necessária e oportuna a consideração e a distinção desse coletivo – a Rede de educação popular e saúde –, dimensionando os três planos conceituais e metodológicos: a) o campo; b) a configuração da Rede propriamente dita; c) a sua representatividade por meio da lista eletrônica de discussão. A RedPopSaúde e seu funcionamento epistemológico-político na saúde é mais complexa do que os parâmetros acima poderiam analisar.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação entre o público e o privado. In.: *Trabalho, educação e saúde*, v. 4, n. 1, 2006. p. 159-169.

BRAGA, I. F. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década dos anos 80. In: MOROSINI, M. V. R.; REIS, J. R. F. (Orgs.) *Sociedade, Estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 85-101.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, *Relatório final*. Brasília, 1986.

Informativo da Abrasco: equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização. Salvador, set. 2007.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989

BOURDIEU, P. *Science de la science et réflexivité*. Cours du Collège de France 2000-2001. Paris: Raisons d'Agir Éd.; 2001.

BOURDIEU, P. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil Eds.; 1997.

KROPF, S. P. Conhecimento médico e construção social das doenças: algumas questões conceituais. In: KREIMER, Pablo et al. *Producción y uso social de conocimientos; estudios de sociología de la ciencia y la tecnología en América Latina*. Bernal: Univ. Nac. de Quilmes, 2004, p. 103-120

MARTELETO, R. M.; VALLA, V. V. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 8, n. Especial, 2003. p. 8-21.

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M. I. A metodologia de análise de redes sociais (ARS). In.: VALENTIM, M. L. (Org.). *Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação*. São Paulo: Polis, 2005. p. 81-100.

MARTINS, P. H. ; FONTES, B. (Org.) . *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004

MINAYO, M. C. S. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO A.; MOREIRA. M.C.G.B. *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 31-39

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) . *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

ROUTIER, C.; D'ARRIPE, A. (Orgs.) *Communication & santé: enjeux contemporains*. Paris,

Septentrion, 2010.

SCHERER-WARREN, I; FERREIRA, J. M.C. *Transformações sociais e dilemas da globalização*. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação popular e saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: MS, 2007, p. 46-57.

STOTZ, E. N.; DAVID, H.M.S.L.; BORNSTEIN, V.J. Educação popular em saúde. In.: MARTINS, C.M. (Org.) *Educação e saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007. p. 35-71.

STOTZ, E.N. Redes sociais e saúde. In.: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Belo Horizonte: UFMG, 2009, p. 27-43.

VALLA, V.V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender as falas das classes subalternas. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 21, n.2, p.177-190, 1996.