

co no destaque dado à dimensão relacional e interacional dos vínculos sociativos – Simmel<sup>2</sup> e Goffman<sup>3</sup>. Procuo deixar clara a opção pela dramaturgia social, considerando que as redes são resultado de uma tessitura complexa em que os atores não se reduzem às pessoas, mas incluem organizações, ações e perspectivas que podem gerar benefícios e iatrogenias. Tal opção diferencia-se do entendimento da rede tal qual proposta por Castells, em que predomina a perspectiva informacional, e o poder dessa perspectiva na alteração das relações estruturais, principalmente econômicas. Ou seja, ao problematizar as redes com o apoio da antropologia do dom e do situacionismo/interacionismo simbólico, venho valorizar o debate, reconhecendo em Santos e Andrade interlocutores privilegiados, com história e contribuições relevantes para o campo da saúde coletiva na interface entre direito, saúde e política.

Refiro-me aos benefícios e iatrogenias da organização das redes porque os autores me oferecem essa possibilidade analítica ao apontarem que “as redes de serviços na arena pública, além das vantagens, encerram alguns riscos”. Nesse sentido, podemos refletir que temos nos acostumado a valorizar as redes, a construir aportes metodológicos para analisá-las<sup>4</sup>, identificar seus nós, vínculos, pontos fortes e fracos, como estratégia para enfrentar problemas, por exemplo, no acesso e distribuição de serviços públicos<sup>5</sup>, na organização das comunidades no enfoque do fluxo e transferência da informação<sup>6</sup>, da vigilância em saúde<sup>7</sup> e da educação em saúde<sup>8</sup>, mas temos nos dedicado pouco a apontar, ou melhor, sistematizar seus riscos, como denominam Santos e Andrade, e como eu denomino de iatrogenias.

Os autores, ao apontarem as vantagens e os riscos das redes, referem que na arena pública, e na mediação dos dispositivos criados pela moderna administração pública, o Estado é apresentado como um Estado-rede ou um Estado negociador-consensual. Subsidiária a essa visão reside a ideia de que há uma racionalidade instrumental que consegue localizar, dar conta e evitar o risco. E aqui me pergunto se essa perspectiva instrumental, tributária das melhores tradições da *rational choice* na mediação entre fins e meios, no controle, que concretiza a imagem de um Estado Panóptico ou

### Redes interfederativas e saúde: trocas, benefícios e iatrogenias na construção do SUS

Health and interfederal networks: changes, benefits and iatrogenics in the construction of the Unified Health System (SUS, Brazil)

*Martha Cristina Nunes Moreira*<sup>2</sup>

O artigo de Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade se revela instigante e oportuno, ao menos por dois motivos: um pela possibilidade de iluminar a temática das redes no campo da saúde, e outro pela relação estabelecida entre esse aporte teórico-metodológico e o campo da política e organização federativa. Da minha parte, interessa destacar nessa discussão a dimensão simbólica das redes, na articulação com a teoria das trocas sociais e da dádiva em Marcel Mauss<sup>1</sup>, e a perspectiva teórica do situacionismo/interacionismo simbóli-

<sup>2</sup> Departamento de Pediatria e Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. moreira@iff.fiocruz.br

um Grande Estado, consegue alcançar os meios não intencionais da ação, os imprevistos, simbolismos e até mesmo os benefícios gerados a partir dos riscos.

Daí minha opção teórica menos pelo conceito de risco e mais pelo conceito de iatrogenia. E aqui me permito realizar uma apropriação e um paralelo – guardando as devidas proporções no que foi o uso e discussão do conceito de iatrogênese por Ivan Illich<sup>9</sup> em sua análise clássica sobre a nêmesis da medicina moderna, ou seja, no recorte da clínica – na relação entre três níveis na construção de uma rede interfederativa de saúde: o global, o local e o estrutural.

Apresentado o desafio, acompanhemos a retórica de Santos e Andrade e vamos assumir o Sistema Único de Saúde (SUS) como o ambiente global – e aqui desenho o primeiro nível gerador de efeitos não previstos – onde se configuram as condições constitucionais, do direito à saúde, das indicações sobre sua organização em rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Nesse ponto ganha destaque o nível global do SUS como único e descentralizado, em um ambiente que valoriza o funcionamento de um Estado federativo, como um sistema pautado no modelo de rede, ao mesmo tempo político e autônomo, integrado e integral. Os autores destacam no artigo que os elementos constitucionais e constitutivos do SUS funcionam com base em três elementos: unicidade, descentralização/autonomia, integralidade em saúde. As especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias contribuem para favorecer uma rede em saúde, segundo os autores. E aqui nesse nível que chamo global do SUS cabe perguntar onde estão garantidos os espaços de troca, por exemplo, entre os níveis primário, secundário e terciário da atenção. Essa não garantia formal, não pensada no nível global do funcionamento do sistema, gera o primeiro campo de iatrogenias, de efeitos não previstos, que se por um lado não perseguem caminhos formais, por outro nos informam das redes subterrâneas<sup>10</sup> estabelecidas na informalidade, nos conhecimentos e contatos construídos em outros ambientes profissionais, de trabalho e de amizade, e que funcionam como facilitadores no encaminhamento e reconhecimento de usuários que por caminhos formais não acessam o sistema. A questão está que nesse funcionamento não são todos os usuários que a acessam ou fazem parte dela, o que compromete o princípio da equidade do sistema de saúde e da rede de atenção.

No que se refere ao segundo nível possivelmente gerador de efeitos iatrogênicos, situo o local. Nesse nível articulado e referido aos ambientes de aten-

ção e produção de saúde, reside a possibilidade de estabelecer compromissos com a criatividade na busca de saídas para problemas do cotidiano, para a geração de compromissos recíprocos produtores de vida e das melhores evidências para o enfrentamento dos nós comunicacionais entre trabalhadores de saúde, gestores e usuários. No entanto, é nesse encontro que podem ser gerados efeitos não previstos quando os poderes das corporações, as disputas cotidianas entre trabalhadores e usuários e entre os próprios usuários não instituem relações de reconhecimento<sup>11</sup> e troca de bens de cuidado à saúde, quais sejam afetos, direitos, responsabilidades e conhecimentos compartilhados e constantemente renegociados. Qual o efeito iatrogênico mais visível nesse nível? A exclusão da capacidade de ser reconhecido e reconhecer, a interrupção do circuito de trocas simbólicas, da economia do dom de oferecer/receber/retribuir, independentemente se para quem ofereceu, mas para o ambiente de cuidado à saúde.

Por fim, o terceiro nível de iatrogênese no funcionamento em rede pode advir da dimensão estrutural, e aqui penso nas relações não só entre entes federados, mas entre setores da vida humana que sustentam a existência, a qualidade da vida e a saúde, e que estão imbricados com as situações de desigualdade e iniquidades sociais: educação, saneamento, trabalho, renda, lazer, enfim, a dimensão intersetorial do funcionamento da rede de saúde. E aqui temos muito a compreender e valorizar a dimensão do território não somente na sua geografia, mas na sua intensidade como encontro, potência criativa, *locus* de trocas informais baseadas muitas das vezes na dimensão lúdica da vida.

E aqui Simmel<sup>2</sup> e Goffman<sup>3</sup> nos inspiram sobre as bases da sociação, da capacidade de estar com, de exercitar dimensões da sociabilidade baseadas em estratégias de superação, enfrentamento e manejo das marcas nos rituais de interação social. Aqui retorna a possibilidade de se valorizar o cotidiano, como categoria para análise e localização dos sujeitos em situação e em rede.

É oportuno ver retomada a centralidade da integralidade como princípio e conceito, e principalmente como perspectiva relacional entre rede assistencial e federação. Isso porque a lógica federativa pautada na autonomia dos entes precisa contar com o sentido de nação, seu conceito e valores, para que possa ser atualizada uma perspectiva compartilhada e cooperada. E nesse ponto se apresentam conceitos preciosos: responsabilidades, direitos, deveres, financiamento, avaliação, controle, dentre outros. As experiências dos consórcios intermunicipais de saúde talvez tenham tentado dar

conta da extrema desigualdade entre municípios dentro do mesmo estado, e entre estados dentro da mesma nação, e tenham exercitado a perspectiva de rede compartilhada de serviços, sem ter alcançado a perspectiva de uma rede interfederativa. Como bem ilustram os autores, a rede interfederativa não se confunde com a rede de serviços, muito menos se reduz a ela: na metáfora apresentada, a primeira é o continente, e a segunda o conteúdo. Por fim, interessante ver a valorização não da ideia de níveis de atenção, mas de redes de atenção que se pautam em conceitos mais englobantes, e por definição mais integrais, na perspectiva do processo saúde/doença/cuidado: organização territorial, contemplando especialidades e especificidades, ciclo de vida e o nível de atenção como um elemento da rede.

Ou seja, partir da rede como pensamento, ação, conceito, para instituir e organizar, aí sim, níveis que reflitam o fato de que as pessoas em seus processos de saúde/doença/cuidado organizam redes em suas buscas por atenção e resolução de seus problemas. As pessoas demandam redes, percorrem caminhos que muitas vezes não se comunicam, não trocam e não compartilham, e com isso o sistema produz iatrogenias principalmente quando não incorpora uma dimensão qualificada da linha de cuidados. Essa linha de cuidados é por vezes muito sinuosa quando pensada na perspectiva daqueles que adoecem cronicamente, e que têm nos serviços de saúde pontos importantes de sua rede de sociabilidade e troca social. Para esses, e para todos, o valor do vínculo e da articulação em rede urge. Por sinal, se seguíssemos o percurso das pessoas que buscam por cuidados a saúde, talvez gerássemos ferramentas interessantes para avaliação e aprimoramento daquele que é um modelo paradigmático de articulação entre saúde/direito/cidadania: o SUS.

## Referências

1. Mauss M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF; 1999.
2. Simmel G. *Questões fundamentais da sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
3. Goffman E. *Comportamento em lugares públicos*. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
4. Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multi-cêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj, Abrasco; Recife: Editora Universitária UFPE; 2009.
5. Marques EC. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 1999; 14(41):45-67.
6. Marteleto RM. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação (Brasília)* 2001; 30(1):71-81.
7. Martins PH, Fontes B. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora Universitária UFPE; 2004.
8. Marteleto RM, Stotz EM, organizadores. Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009. v. 1.
9. Illich I. *Expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
10. Melucci A. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes; 2001.
11. Honneth A. *A luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34; 2003.