

**Adrienne Cristhine  
Barbosa da Silva**  
PUC-SP  
São Paulo, SP, Brasil

**Luiz Augusto de P. Souza**  
PUC-SP  
São Paulo, SP, Brasil

**Vera Lucia F. Mendes**  
PUC-SP  
São Paulo, SP, Brasil

**Amanda Seraphico  
Carvalho Pereira da Silva**  
PUC-SP  
São Paulo, SP, Brasil

**Aline Cristina de L. Luciano**  
PUC-SP  
São Paulo, SP, Brasil

**Rogério da Costa**  
PUC-SP  
São Paulo, SP, Brasil

## REDE HUMANIZASUS (RHS): LEVANTAMENTO QUANTITATIVO E ANÁLISE DE REDE DE POSTAGENS SOBRE TRABALHO EM REDE, CLÍNICA AMPLIADA, ACOLHIMENTO E APOIO

### HUMANIZASUS NETWORK (RHS): QUANTITATIVE SURVEY AND ANALYSIS OF THE NETWORK OF POSTS ON NETWORK, ENLARGED CLINIC, EMBRACEMENT AND SUPPORT

#### RESUMO

Este artigo investiga uma metodologia de formação de redes sociais a partir das atividades da Rede HumanizaSUS (RHS). Ele organiza alguns resultados da pesquisa intitulada *Rede HumanizaSUS e Inteligência Coletiva*, que realizou o mapeamento das relações estabelecidas entre os usuários da RHS. A pesquisa coletou e analisou um total de 266 posts da RHS, publicados no período entre 2008 e 2017. Como metodologia, os dados coletados foram inseridos no *software* NodeXL – utilizado para a análise estrutural de redes. A análise de rede permitiu a observação de potencialidades da RHS como rede social temática e colaborativa.

**Palavras-chave:** saúde coletiva; humanização; rede social; trabalho em rede; clínica ampliada; função apoio; acolhimento

#### ABSTRACT

This article investigates a methodology for the formation of social networks based on the activities of the HumanizaSUS Network (RHS). It organizes some results of the research entitled HumanizaSUS Network and Collective Intelligence, which mapped the relationships established between RHS users. The research collected and analyzed a total of 266 RHS posts, published between 2008 and 2017. As a methodology, the data collected were inserted into the NodeXL software - used for the structural analysis of networks. The network analysis allowed the observation of the potential of the RHS as a thematic and collaborative social network.

**Keywords:** collective health; Humanization; social network; networking; expanded clinic; support function; embracement

Recebido: 28/10/2020 / Aprovado: 12/12/2020

Como citar: SILVA, Adrienne Cristhine Barbosa da; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lucia Ferreira; SILVA, Amanda Seraphino Carvalho Pereira da; LUCIANO, Aline Cristina de Lima; COSTA, Rogério da. Rede HumanizaSUS (RHS): levantamento quantitativo e análise de rede de postagens sobre trabalho em rede, clínica ampliada, acolhimento e apoio. Revista GEMINIS, v. 11, n. 2, pp. 11-28, mai./ago. 2020.

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.



## 1. INTRODUÇÃO

A Rede HumanizaSUS (RHS) é um blog coletivo, hospedado no endereço *redehumanizasus.net*, inteiramente aberto, inscrito no plano da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH). A RHS surgiu em 2008 e representou uma aposta do Ministério da Saúde nas possibilidades democratizantes oferecidas pelas novas Tecnologias de Informação e Comunicação. Ela já previa o impacto que a participação em uma rede colaborativa/social temática na *web* poderia gerar no desempenho das redes de trabalho em saúde nos territórios.

A PNH possui o objetivo de contribuir para a efetivação do SUS e, para tal, apresenta como necessária a transformação dos modos de gerir o trabalho em saúde e o cuidado em saúde; a construção de planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de produzir saúde; e a estimulação de uma comunicação horizontal entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Em suas orientações, a PNH propõe o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (BRASIL, 2013). A Rede HumanizaSUS surge, então, como um dispositivo público de formação de redes via PNH, garantindo a produção de redes entre coletivos de trabalhadores, gestores e usuários do SUS em meio digital. As propostas da RHS estão em plena consonância com a proposta da PNH, tal como destacado na apresentação da Rede HumanizaSUS na *web*:

Espaço de compartilhamento de narrativas sobre modos diversos de fazer acontecer o SUS, um lugar para compartilhar experiências e ampliar o diálogo. Ampliar o caráter público e democrático da saúde coletiva e de ativação de uma inteligência coletiva voltada ao aprimoramento constante do SUS. Espaço aberto e livre para dar visibilidade à riqueza que se inventa Brasil a fora para se fazer um SUS de qualidade e comprometido com a vida. A RHS é uma rede de apoio mútuo para o enfrentamento dos desafios colocados à humanização da gestão e ao cuidado no SUS. É mais um dos dispositivos oferecidos pela Política Nacional de Humanização a PNH, para fomentar a constituição de redes, a ampliação do diálogo e da potência colaborativa, potência de produção, produção do bem comum. (Apresentação Rede HumanizaSUS, site da RHS)

A RHS representa uma aposta do Ministério da Saúde nas possibilidades democratizantes oferecidas pelas novas Tecnologias de Informação e Comunicação. Esta aposta prevê que “a participação em uma rede colaborativa/social temática na *web* pode impactar positivamente no desempenho das redes de trabalho em saúde no mundo *off line*” (LERNER, 2015, p. 2).

Atualmente, há um amplo reconhecimento de que o desempenho das redes de trabalho em saúde é fortemente dependente de seu componente conversacional e de produção afetiva (TEIXEIRA, et al, 2016). Segundo Recuero (2007), a rede se caracteriza como conjunto de nós conectados por arestas; portanto, uma rede social é definida por atores (pessoas e instituições) e suas conexões.

No caso da presente pesquisa, as conexões formadas pelos encontros dos atores/usuários da RHS entorno de certos assuntos e temas são o foco da investigação, uma vez que as conexões na RHS (todas elas) representam o próprio desenho da rede e o modo pelo qual a PNH efetiva-se e singulariza-se como *ethos* comunicacional em favor da humanização em saúde. Nesse sentido, “há uma relação de intensa afetividade expressa nos posts e comentários (da RHS). Essa afetividade é (...) resultado da condição para um engajamento nas questões de Humanização da saúde.” (LERNER, 2015, p. 3)

A experiência da RHS revela o potencial de processos de ativação de rede, não apenas no ciberespaço, mas de redes que se mobilizam para produzir mudanças significativas em determinados contextos coletivos do país (TEIXEIRA, et al, 2016).

A Rede HumanizaSUS é constantemente ativada por um coletivo de editores que possuem diversas funções na rede, entre elas: organizar a fila de votação dos *posts* pelos usuários para escolher as postagens mais relevantes, que passarão à *homepage* da RHS; realizar o *tagueamento* dos *posts*; fazer o acolhimento de todos os usuários e, principalmente, dos que estão chegando na rede; responder os formulários de contato (espaço de conversa com os usuários cadastrados ou não na RHS, para esclarecimentos sobre temas diversos envolvendo o SUS); cuidar da *fanpage* no Facebook e no Twitter; e fazer a curadoria de conteúdos da rede. (<http://redehumanizasus.net/92737-13deg-encontro-dos-editores-da-rede-humanizasus/>)

Esses trabalhadores fazem não apenas a gestão de uma rede social, mas são responsáveis pela ativação do debate sobre uma política pública nacional, a PNH, e sobre o movimento HumanizaSUS, que já extrapolou a âmbito exclusivo da PNH e se constitui como movimento autônomo de profissionais e usuários do SUS.

Ao menos até 2016, o Ministério da Saúde desenvolveu metodologias para a avaliação dos resultados esperados da PNH, porém essa avaliação não distingue se a melhora em algum indicador teve origem em uma ação ou dispositivo específico ou se foi resultado de conjuntos de iniciativas, que não deixam de ser complementares entre si (LERNER, 2015). Nesse sentido, por meio das estratégias de avaliação da PNH não é possível estabelecer os avanços específicos de determinado dispositivo, como a Rede HumanizaSUS.

Sendo o objetivo geral da RHS, influenciar a micropolítica da gestão do trabalho e o cotidiano da prestação de serviço nos territórios, efetivando a humanização da gestão e do cuidado em saúde (BRASIL, 2013), o mapeamento de rede de dimensões e aspectos da saúde discutidos na RHS mostra-se uma medida efetiva, não apenas para avaliar a efetividade das ações e práticas de humanização no espaço virtual da RHS, mas também para avaliar a potência da formação de redes no interior de uma rede temática de relacionamento *online* (COSTA; SANTOS, 2014).

## 2. METODOLOGIA

A pesquisa coletou e analisou um total de 266 posts da RHS, publicados no período entre 2008 e 2017. Como metodologia, os dados coletados foram inseridos no *software* NodeXL – utilizado para a análise estrutural de redes – a partir do qual foi possível construir imagens explicativas da RHS, totalizando 45 mapas de rede. A estrutura das redes mapeadas gira em torno dos editores (principais responsáveis pela ativação das conversações na RHS), que constituem grupos ativos de discussão sobre saúde. Além disso, movimentos cronológicos também foram observados, como a diminuição de interação em 2016/2017, vinculada ao cenário político brasileiro daquele momento.

A Rede HumanizaSUS contava, no período da pesquisa (2017-2018), com 34.730 usuários cadastrados; 14.131 postagens; 4.845.545 acessos por 3.615.801 pessoas. (<http://redehumanizausus.net/nossa-rhs-ja-completa-10-anos/>). Para fazer o levantamento de dados do presente estudo foi necessário definir critérios de inclusão e exclusão, dada a grande quantidade de postagens, conforme se verá adiante. Antes de apresentá-los, no entanto, é necessário relatar sucintamente variações tecnológicas operadas na RHS durante o período da pesquisa.

O sistema de gerenciamento de conteúdo (CMS) da RHS, desde 2008, era o DRUPAL. Esse CMS foi escolhido por ter alta plasticidade de usos, grande quantidade de módulos disponíveis, apoio de uma das maiores comunidades globais de desenvolvimento de *software* livre, permitindo uma resposta rápida às demandas da comunidade na RHS (TEIXEIRA, et al, 2016).

Por mais funcional que o DRUPAL tenha sido para a RHS, no decorrer dos anos, com o aumento de seu acervo de conteúdos e usuários, a sustentabilidade da plataforma mostrou-se cada vez mais complexa e de difícil manutenção (<http://redehumanizausus.net/96656-novidade-na-rede-humanizausus-anuncio-de-parada/>). Por isso, a rede sofreu uma migração para a

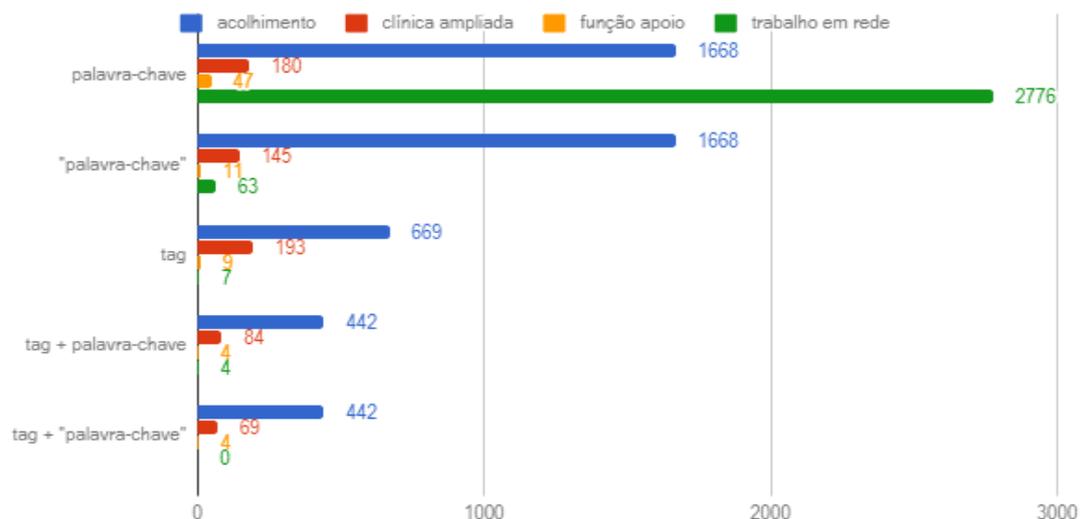
plataforma WORDPRESS, considerada mais acessível e com uma interface mais adequada à demanda crescente da RHS à época.

A alteração de CMS da RHS ocorreu após o início desta pesquisa, e foi notificada na rede no dia 09/09/2017. Essa migração representou uma dificuldade adicional na coleta de dados, uma vez que os *posts* foram redistribuídos e a organização proposta teve de ser revista.

Dada às condições apresentadas, quando o sistema se consolidou novamente, a coleta foi reiniciada.

Como critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas *tags* oferecidas pela própria plataforma, por meio de alguns dos conceitos e noções que, segundo Souza et al (2019), estão usual e frequentemente presentes no debate público sobre humanização em saúde, bem como nos documentos da PNH: acolhimento, clínica ampliada, trabalho em rede e “função apoio”, usando esta última expressão (função apoio), cunhada por Oliveira (2011), para denotar várias práticas relacionadas com o apoio no SUS (apoio matricial, apoio institucional e apoio à gestão). A partir das *tags* relacionadas a referidas noções e conceitos, foram feitas, então, combinações no campo de buscas para a seleção do campo amostral.

**Figura 1-** Gráfico de formas e combinações de busca no site da Rede HumanizaSUS



Fonte: [www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)

A figura acima demonstra as formas de busca possíveis no site da RHS (eixo Y) e as quantidades de posts de acordo com a palavra-chave adicionada (eixo X). A estrutura escolhida foi

a de “tag + palavra-chave” por ser a que possui o menor número de *posts* para análise, tendo pelo menos um *post* de cada palavra-chave selecionada.

Outro critério de exclusão foi o de *posts* com **pelo menos um** comentário para as *tags* “trabalho em rede”, “clínica ampliada” e “função apoio”, e **mais de um** comentário para a *tag* acolhimento (maior número de *posts* refere o conceito de acolhimento). Assim, os dados finais da coleta são os apresentados na *figura 2*:

**Figura 2** - Tabela de números de posts da Rede HumanizaSUS selecionados por tag, palavra-chave e comentários

TAG + palavra	nº de posts selecionados
Acolhimento	203
clínica ampliada	58
função apoio	2
trabalho em rede	3
<b>total:</b>	<b>266</b>

**Fonte:** autores

Após o levantamento quantitativo, foi construída uma matriz para organizar os *posts* selecionados, com as seguintes informações:

1. Total de comentários
2. Data
3. Título
4. Votos
5. Autores
6. Comentários
7. Respostas
8. *Link* do *post*

A partir dessa matriz, os dados foram inseridos no NodeXL e estruturados segundo a sistemática do *software*, resultando em outra matriz, que serviu de fonte para geração dos mapas de rede em NodeXL. Essa matriz se organizou em torno das seguintes informações:

1. Laço entre autor do *post* e autor do comentário/respostas
2. Ano da postagem

3. *Tag* que selecionou a postagem
4. Título do *post*

**Figura 3** - Tabela de representação da matriz dos mapas de rede em NODEXL

Autor post	Autor comentário	Tag	Ano	Título do post
Paula	Maria	Clínica ampliada	2015	Clínica corpo
Paula	Pedro	Clínica ampliada	2016	Clínica corpo
Paula	Miguel	Clínica ampliada	2017	Clínica corpo
Lucia	Paula	Clínica ampliada	2017	A redução de danos como clínica ampliada
Lucia	Maria	Clínica ampliada	2016	A redução de danos como clínica ampliada

**Fonte:** autores

O objetivo da construção desses mapas foi o de investigar a dinâmica de conversação da rede ao longo dos anos, compreender a distribuição dos posts, os temas tratados, fazendo um “*raio X*” da RHS nas temáticas levantadas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os mapas produzidos a partir da coleta de dados serão analisados, a seguir, segundo os grupos formados, a estrutura apresentada, o ritmo de postagens ao longo dos anos, e o destaque às centralidades dos mapas produzidos (WELLMAN; BERKOWITZ, 1988).

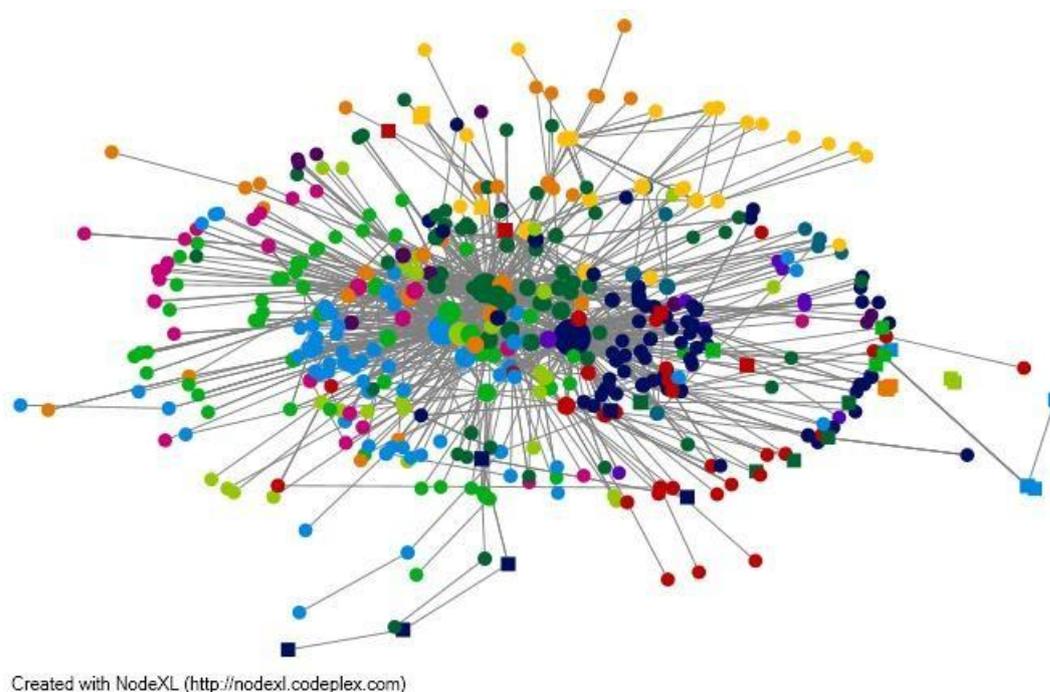
Foram produzidos para esta pesquisa 25 mapas e 2 gráficos, elencados 458 participantes, que contribuíram com os *posts* e/ou comentários/respostas selecionados, totalizando 1413 laços entre quem postou e aqueles que comentaram/responderam.

Os dados colhidos possibilitaram um mapeamento da RHS desde seu surgimento, em 2008, até o ano de 2017, permitindo uma visão geral da rede nos temas escolhidos a partir dos *posts* selecionados.

Os dados de “função apoio” e “trabalho em rede” foram adicionados aos mapas e gráficos de “clínica ampliada”, uma vez que essas temáticas possuem menor número de dados, o que impediu a construção de um mapa de rede significativo para essas *tags* tomadas isoladamente. Dessa forma, ao falar de “clínica ampliada” estarão sendo considerados os dois temas referidos acima.

A partir da matriz elaborada com os laços entre usuários que postaram mensagens e seus comentadores, obtivemos a figura abaixo (figura 4). Os pontos representam os usuários e as linhas retas representam os laços entre eles. O *software* calcula a formação de grupos, ou seja, aqueles usuários que mais interagiram entre si ao longo do período mapeado. Os grupos são representados por cores distintas e, em alguns casos, também pelo formato dos nós (círculos e quadrados).

**Figura 4** - Mapa de rede da RHS, a partir dos *posts* de acolhimento e clínica ampliada, de 2008 a 2017



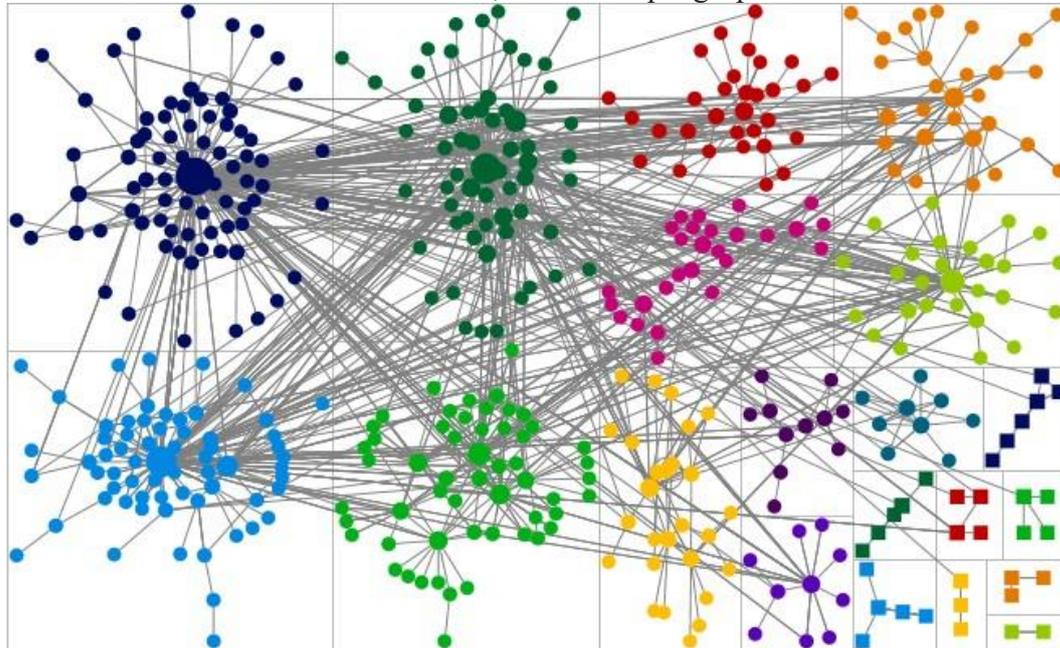
**Fonte:** Autores.

O mapa obtido se apresenta como uma espécie de espiral ou galáxia. Os pontos maiores, centralidades, funcionam como estrelas orbitadas, enquanto os planetas foram se posicionando em suas órbitas, mais distante ou menos em relação à centralidade da galáxia.

A metáfora acima significa, basicamente, que há menor interação entre os planetas a não ser quando mediados pelas estrelas ou centralidades. As estrelas centrais são os editores da RHS. Cabe lembrar que os editores da rede possuem uma função essencial: estimular a interação no ambiente. Eles não apenas publicam *posts* para estimular a interação, como também respondem a *posts* dos usuários e sugerem contatos e conversas entre os usuários com o intuito de estimulá-los a participar, adensar e manter o debate vivo. Isso assegura não apenas uma dinâmica de postagens ao longo dos anos, como também uma espécie de *ethos* comunicacional, gerindo eventuais atritos e estimulando uma postura respeitosa entre os participantes.

Ao reorganizar o mapa acima com a referência dos grupos, obtivemos a seguinte figura:

**Figura 5** - Mapa de rede da RHS, a partir dos *posts* de acolhimento e clínica ampliada, de 2008 a 2017, com destaque grupal

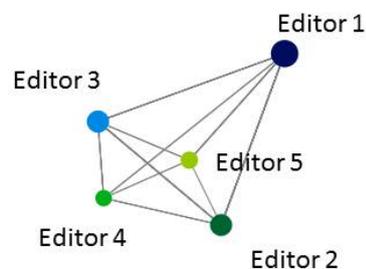


Created with NodeXL (<http://nodexl.codeplex.com>)

**Fonte:** Autores.

Observando esse mapa, que destaca os 20 grupos formados, pode-se ver mais claramente a força de atração central exercida pelos editores da RHS. Não apenas em cada grupo, mas entre os editores, que possuem uma forte relação. Muitos dos laços que saem de cada grupo são provenientes de editores que se dirigem a editores.

**Figura 6** - Mapa de rede dos editores da RHS, a partir dos *posts* de acolhimento e clínica ampliada, de 2008 a 2017



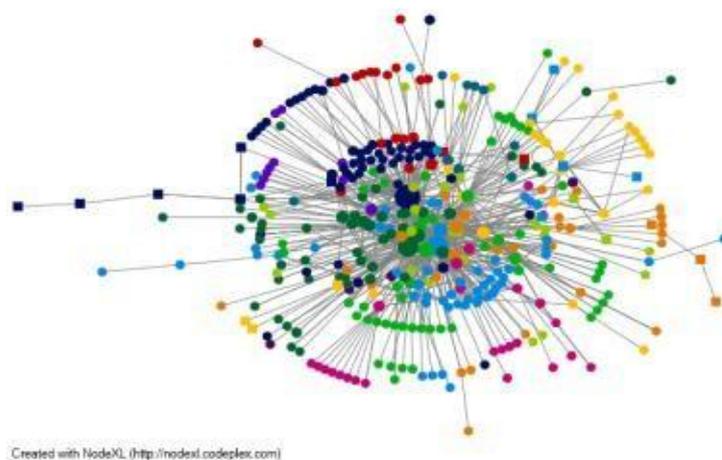
**Fonte:** Autores.

Pode-se perceber que há laços entre todos eles, indicando que eles atuam não apenas comentando e articulando *posts* de usuários da rede, mas também os *posts* dos colegas editores.

Isso também parece fazer parte da estratégia para alavancar o interesse dos usuários em postar na rede, uma vez que a percepção de atividade provoca o estímulo à participação.

As próximas figuras apresentam uma comparação entre o mapa da rede de interação sobre o tema “acolhimento” e o tema “clínica ampliada”.

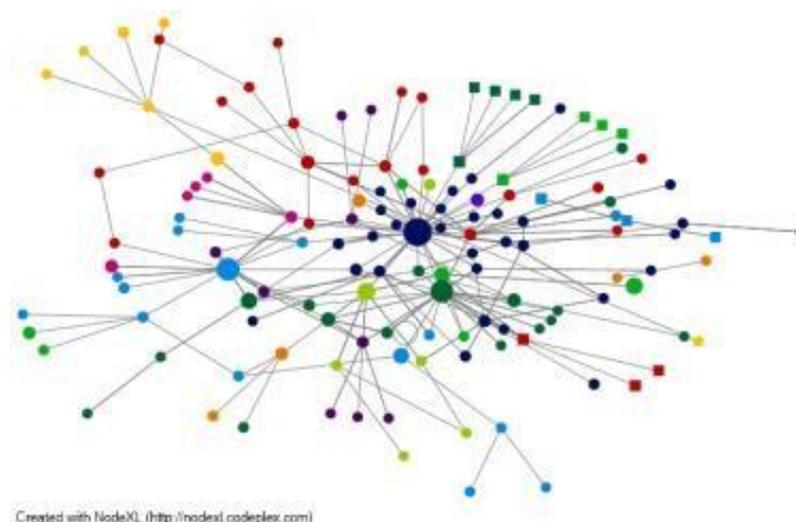
**Figura 7** - Mapa de rede da RHS, a partir dos *posts* de acolhimento, de 2008 a 2017



**Fonte:** Autores.

Percebe-se que no mapa “acolhimento”, acima, o desenho da galáxia se apresenta com nitidez, mostrando o quanto o crescimento da rede esteve dependente dos participantes centrais.

**Figura 8** - Mapa de rede da RHS, a partir dos *posts* de clínica ampliada, de 2008 a 2017

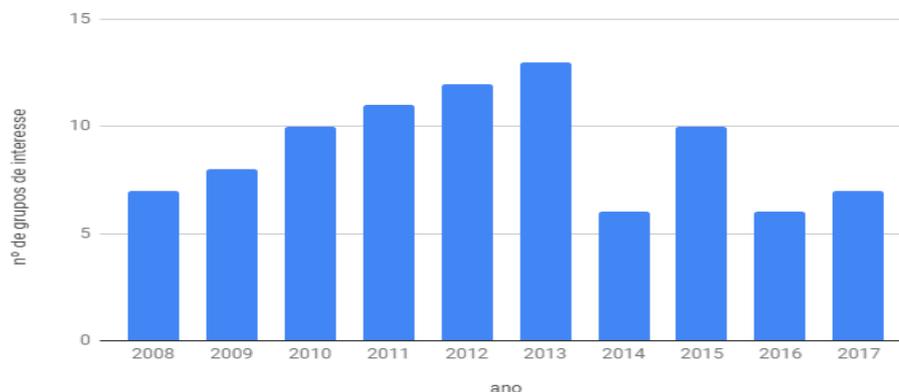


**Fonte:** Autores.

No mapa “clínica ampliada”, acima, é possível perceber um desenho não tão dependente das centralidades. Apesar de elas continuarem presentes, há maior comunicação entre participantes, há mais transversalidade. É possível perceber laços que se formam de maneira independente das centralidades e mesmo a formação de pequenos grupos na periferia do mapa. É importante considerar que se em “clínica ampliada” existem menos *posts* e comentários/respostas, por outro lado parece haver mais independência em relação aos editores da RHS e mais iniciativa dos demais usuários nas postagens, em comparação com o tema do acolhimento.

Uma das possíveis hipóteses sobre tal diferença na estrutura de postagens entre “acolhimento” e “clínica ampliada” é a de distintos interesses da rede para cada temática. Quando acompanhamos a formação dos grupos de conversa ao longo dos anos, obtivemos o seguinte gráfico para “acolhimento”:

**Figura 9** - Gráfico de número de grupos de interesse por ano, a partir dos *posts* de acolhimento

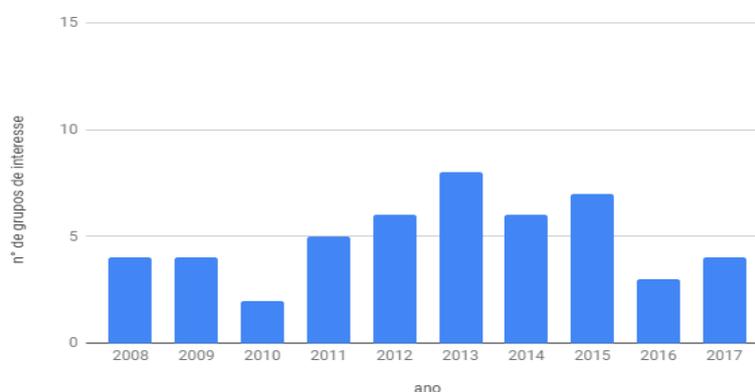


**Fonte:** Autores.

O mapa geral (*figura 5*) apresentou um total de 20 grupos de interesse ao longo dos 10 anos da análise. O mapa do tema “acolhimento” envolveu 13 desses grupos ao longo dos anos, com interesse crescente de 2008 até 2013 e um decréscimo posterior, mas sempre com o interesse de pelo menos seis grupos.

Na dinâmica de conversação sobre o tema “clínica ampliada”, em comparação com “acolhimento”, há um número menor de grupos de interesse e menor envolvimento dos grupos ao longo dos anos.

**Figura 10** - Gráfico de número de grupos de interesse por ano, a partir dos posts de clínica ampliada



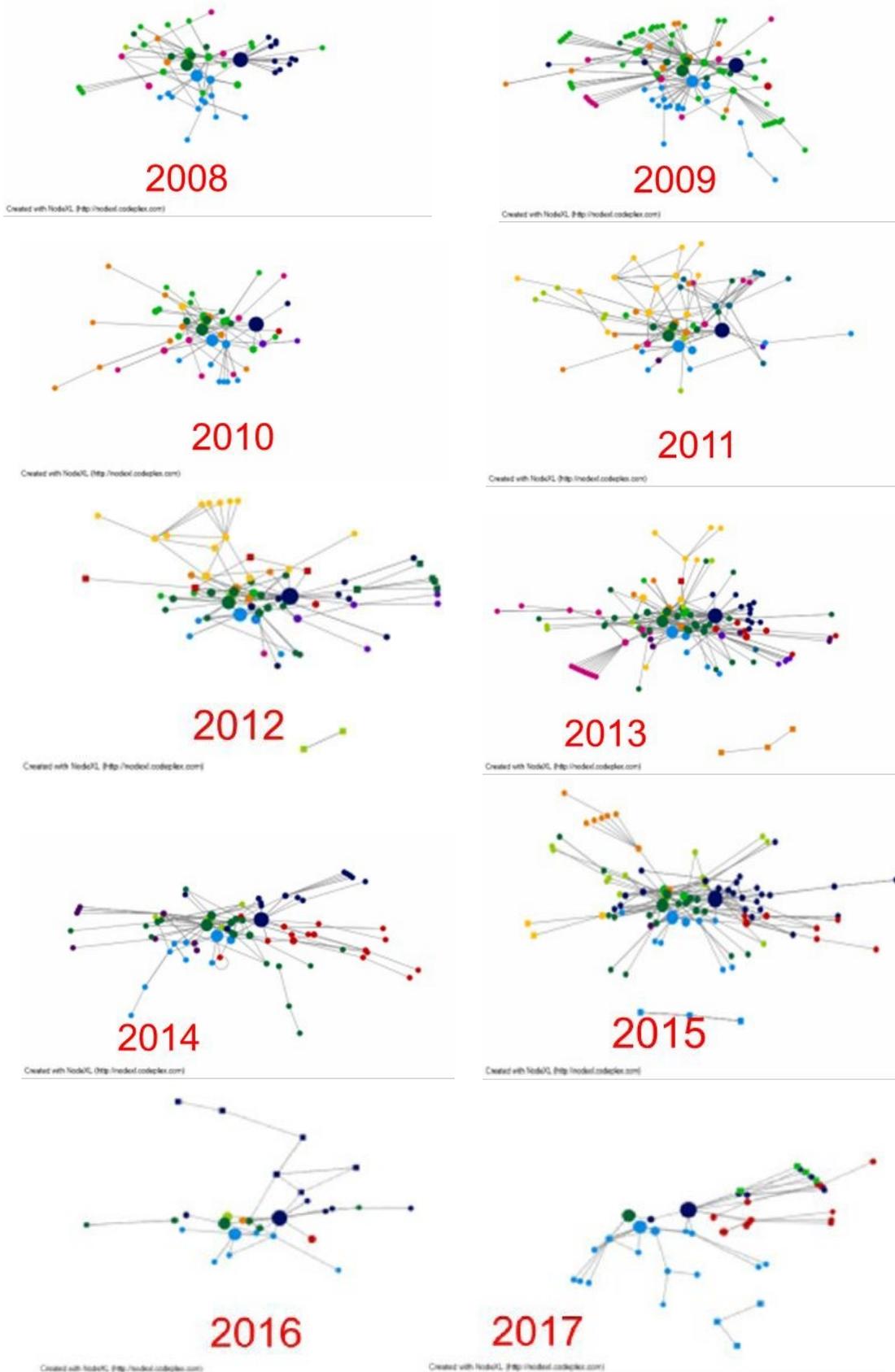
**Fonte:** Autores.

Pode-se observar que o início das atividades da rede envolveu poucos grupos interessados na conversa sobre “clínica ampliada”, e que o auge do interesse, coincidindo com o do tema “acolhimento”, se deu em 2013, com oito grupos envolvidos.

Um aspecto importante a ressaltar é que a rede RHS recebeu uma página no Facebook em 2012. Isso acarretou um aumento significativo de *views* e postagens, que se estabilizou nos anos seguintes. Fato também a destacar é a queda significativa de atividade que a rede sofreu nos anos 2016 e 2017, anos que coincidem com a mudança na presidência da república e com as inúmeras incertezas que passaram a incidir sobre o SUS.

O mapa geral de cada ano (*figura 11*) possibilita a observação das mudanças na densidade de participação ocorridas:

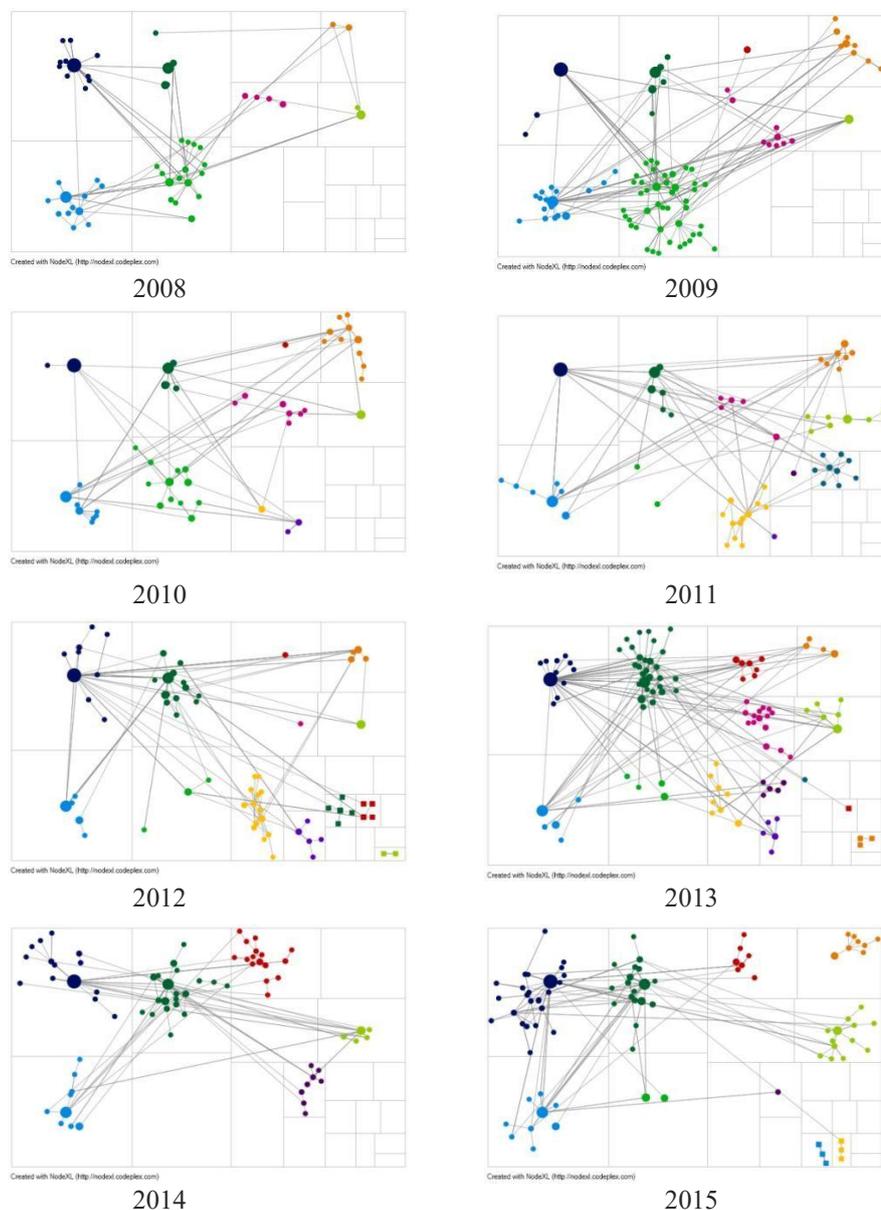
**Figura 11** - Mapas de rede da RHS, a partir dos posts de acolhimento e clínica ampliada, por ano

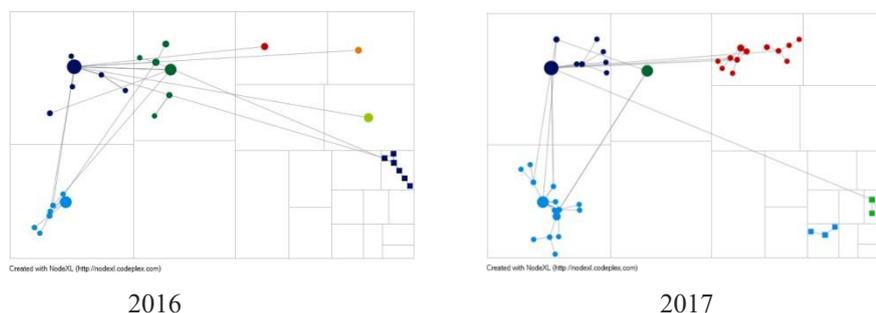


Fonte: Autores.

O desenho de evolução segue o padrão estrela ou aranha ao longo dos anos, exceção aos últimos dois anos pesquisados, nos quais se tem uma queda acentuada nas postagens. Uma observação importante diz respeito à participação dos grupos. É possível visualizar, em todos os mapas, a presença central dos editores. Contudo, as formações em torno deles sofrem variações a cada ano, indicando que grupos diferentes se constituem e depois se desfazem ou se deslocam. Podemos ver essa dinâmica quando acompanhamos os mapas anualizados, com os grupos em separado:

**Figura 12** - Mapas de rede da RHS, a partir dos posts de acolhimento e clínica ampliada, por ano, com destaque grupal





Fonte: Autores.

Na figura 12 acima, dividida por grupos de atividades na rede, é possível perceber, em primeiro lugar, a força de determinados editores, representados pelos círculos maiores no centro dos quadrantes, mais à esquerda do mapa. Eles conduzem a maior parte das atividades de conversação na rede.

Outro aspecto interessante dos mapas é a mudança nas densidades de cada ano. Nos três primeiros anos houve um índice alto de atividade do grupo marcado com a cor verde-clara, por exemplo. De 2008 a 2010 esse grupo apresentou alto índice de atividade, mas, nos anos seguintes, praticamente desapareceu. Na verdade, o editor que ativava esse grupo diminuiu suas atividades na rede, deixando, portanto, de mobilizar regularmente os usuários.

Outros grupos também aparecem e desaparecem no fluxo dos anos. É, então, a somatória dessa dinâmica, que acaba por formar a imagem da galáxia apresentada no mapa geral (*figura 4*), com muitos usuários que postam na rede porque, de alguma maneira, estão ligados a um ou outro editor. Essa ligação se dá, em boa parte das vezes, pelo fato de o editor ter comentado um *post* do usuário. Isso constrói um laço entre ambos e parece assegurar ou, ao menos, tornar mais provável a presença ou o retorno do usuário à rede.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento da Rede HumanizaSUS, a partir dos *posts* selecionados permitiu uma visão geral da dinâmica de relações da RHS, bem como de seu *ethos* comunicacional.

Os dados coletados sobre “função apoio” e “trabalho em rede”, ainda que tenham sido vinculados à “clínica ampliada”, não deixaram de ser significativos. Mesmo atrelados à *tag* “clínica ampliada” não se formaram grupos ou subgrupos distintos ou isolados (vide *figura 8*); o que indica que as temáticas estão entrelaçadas. Ou seja, as pessoas que estão tematizando a clínica ampliada estão conectadas com as que estão falando de trabalho em rede e de algum tipo de apoio (matricial, institucional ou à gestão).

A conexão entre os temas do acolhimento, da clínica ampliada, do trabalho em rede e do apoio sugere uma relação direta com proposições da Política Nacional de Humanização (PNH); proposições que ganharam densidade, abrangência e relevância nas práticas de saúde do SUS. Por isso mesmo, essas questões e conceitos estão bastante presentes no diálogo sobre humanização na RHS.

É possível observar a potência da RHS, principalmente a partir do trabalho do coletivo de editores. Como vimos, a RHS é uma rede que encontra no papel dos editores um modo potente de ativação do trabalho em rede na *web*, são estimuladores, são curadores, são cuidadores da rede. Seu trabalho humano sobrecodifica o trabalho do algoritmo da RHS, definido pelas funcionalidades tecnológicas da rede (COSTA, 2011). Os editores, cuidadores e curadores da RHS parecem manter em movimento um círculo virtuoso: reúnem um grande número de usuários, que passam a publicar suas experiências e reflexões, assim como a debater a de outros usuários; o que também incentiva o afluxo de outros usuários e assim por diante.

A partir do mapeamento realizado, fica evidente o alinhamento da RHS a princípios e diretrizes do SUS; o que faz dela também um dispositivo de defesa do sistema universal de saúde brasileiro.

Apesar do abalo sofrido a partir de 2016 em termos de sustentabilidade política e econômica do SUS, da PNH e da própria RHS, a rede permanece ativa até os dias de hoje. No entanto, é necessário ter em conta que, ainda em 2020 e, provavelmente, pelos próximos anos o cenário de incertezas em relação ao SUS e à manutenção de avanços na conquista do direito à saúde pela população brasileira também impactará a RHS.

Enfim, a RHS, diferentemente de redes como o Facebook, por exemplo, não é uma plataforma de postagens, digamos, personalistas e multitemáticas. As postagens na RHS decorrem de interesses e compromissos específicos e temáticos relacionados à saúde e à humanização da saúde no SUS.

É nessa medida que a conversação na RHS é mais dirigida, aprofundada e singular. Não encontramos na *web* nenhuma outra experiência, com mais de 34 mil membros, com tais características e intensidade de participação; o que parece assegurar a manutenção de um debate vivo sobre humanização em saúde no SUS, com um significativo volume de postagens e *views* dia após dia.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde** (folheto). 1ª ed. Brasília: MS, 2013.
- COSTA, R. Os afetos de rede: individualismo conectado ou interconexão do coletivo? **Revista IARA**, v.4, n.1, p. 5-19. São Paulo: SESCSP, 2011.
- COSTA, A.M. e SANTOS, F.P. – O processo de construção de Redes de Atenção à Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 4-7. Rio de Janeiro: MS/FioCruz/ENSP, 2014.
- LERNER, C. E-participação em dispositivo de política pública: a Rede HumanizaSUS. **II Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas**. Campinas, São Paulo, 2015.  
Disponível em:  
<<http://www.pdpp2015.sinteseeventos.com.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNDoiYT0xOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSZPIjtzOjM6IjU2NCI7fSI7czoxOiJoIjtzOjMyOjEjMzJjBIN2M0NmRkNDJkMDI2OTQ4YWU3MTI0Njk0YmNmMCI7fQ%3D%3D>>. Acesso em 01 de março de 2018.
- OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2011.
- RECUERO, R. Considerações sobre a difusão de informações em redes sociais na Internet. **VIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação da Região Sul**. Passo Fundo (RS): Intercom, 2007. Disponível em:  
<http://200.204.77.119/multevento/intercom/2007/sul/cdrom/cd/resumos/R0464-1.pdf>
- SOUZA, L A P; MENDES, V L F ; COSTA, R ; MAHFUZ, M S ; OLIVEIRA, B L; FRANÇOIS, A B ; MIRANDA, D C. Produção de saúde: experiências na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 08, p. 139-156. São Paulo, 2019.
- TEIXEIRA, R. R., Ferigato S, Lopes DM, Matiolo DC, Sardenberg ML, Silva P, et al. Network Support: HumanizaSUS Network connecting possibilities in cyberspace. **Interface**, 20(57):337-48. Botucatu, 2016.
- WELLMAN, B.; BERKOWITZ, S. D. **Social structures: a network approach**. New York: Cambridge University Press, 1988.

## Informações sobre o Artigo

**Resultado de projeto de pesquisa, de dissertação, tese:** Artigo produzido a partir do Relatório Científico de Pesquisa de Iniciação Científica aprovada pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC-SP (CEPE), subsidiado pelo PIBIC-CEPE e desenvolvido no período de agosto de 2017 a julho de 2018.

**Fontes de financiamento:** CNPq e PUCSP

**Apresentação anterior:** não se aplica.

**Agradecimentos/Contribuições adicionais:** não se aplica.

### **Adrienne Cristhine Barbosa da Silva**

Psicóloga, mestranda em Psicologia Social pela PUC-SP.

E-mail: [adriannecbds@gmail.com](mailto:adriannecbds@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8021-5164>

### **Luiz Augusto de Paula Souza**

Doutor em Psicologia e professor titular da PUC-SP.

E-mail: [lpaulasouza@pucsp.br](mailto:lpaulasouza@pucsp.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4968-9753>

### **Vera Lucia Ferreira Mendes**

Doutora em Psicologia e professora assistente doutora da PUC-SP.

E-mail: [veralfm@uol.com.br](mailto:veralfm@uol.com.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9322-3291>

### **Amanda Seraphico Carvalho Pereira da Silva**

Psicóloga pela PUC-SP, com Especialização em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde de São Paulo

E-mail: [amandaseraphico96@gmail.com](mailto:amandaseraphico96@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4595-0248>

### **Aline Cristina de Lima Luciano**

Psicóloga pela PUC-SP.

E-mail: [alinecristina151293@gmail.com](mailto:alinecristina151293@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1522-2680>

### **Rogério da Costa**

Doutor em Filosofia pela Universidade de Paris IV - Sorbonne professor assistente doutor da PUC-SP.

E-mail: [rogcosta@pucsp.br](mailto:rogcosta@pucsp.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6807-4263>