

Fioravante dos Santos, Vilma Constancia; Engel Gerhardt, Tatiana
A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população
rural

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 1164-1179
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263648006>

A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural

Mediation in health: spaces and professional actions in the rural population care network

Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: vilma.santos@ufrgs.br

Tatiana Engel Gerhardt

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.
Université de Bordeaux 2 Victor Segalen. Bordeaux, França.
E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

Resumo

A atual organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS) exige olhares que busquem analisá-las a partir dos profissionais e usuários que dão movimento a estes dispositivos. A mediação em saúde, enquanto uma ação do profissional em função das demandas de saúde do usuário e que intervém sobre seu fluxo de utilização dos serviços, é uma possibilidade de fazer esta análise. Tem-se como objetivo deste estudo analisar a organização local de uma RAS a partir da ação de mediação empreendida pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde e que atendem populações rurais. Trata-se de um estudo qualitativo que se utilizou de entrevista semiestruturada, diário de campo e observação participante. Apreendeu-se que as ações de mediação em saúde, em seu exercício, envolvem diferentes setores e atores que incidem sobre o campo da saúde, gerando desacomodações em diferentes espaços, circunscrevendo-se além daquilo que é protocolizado e formalmente instituído para os serviços de saúde. O campo de atuação do mediador, no entanto, depende do reconhecimento das ações de mediação como uma atuação legítima, do contrário, existe a possibilidade de a ação de mediação gerar processos de desautorização e cerceamento dos profissionais. Apreendeu-se igualmente que, ao estudar a mediação em saúde em uma RAS, dá-se visibilidade a uma potência, que existe nas tramas destes arranjos, e isto merece atenção e mais debate, uma vez que impacta a lógica institucional e interfere sobre a organização da RAS localmente.

Palavras-chave: Redes de Atenção; Atenção à Saúde; Mediação em Saúde; População Rural.

Correspondência

Vilma Constancia Fioravante dos Santos
Rua São Manoel, 963. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP 90620-110.

Abstract

The current organization of Health Care Networks (Redes de Atenção em Saúde - RAS) requires a look that seeks to analyze them from the perspectives of professionals and users, which gives movement to these systems. The mediation in health, as an act of the professional on health demands of the users and affecting the flow of the use of the service, is one possibility to perform the RAS analysis. The objective of this study is to analyze the local organization of one RAS using the mediation activities undertaken by professionals working in health services and serving rural populations. This is a qualitative study that used semi-structured interview, field diary, and participatory observation. We learned that the exercise of mediation in health actions, involve different sectors and actors that happens on the health area, generating issues in different spaces and is limited beyond what is filed and formally instituted for health services. The playing field of the mediator, however, depends on the recognition of mediation actions as a legitimate action, otherwise there is a possibility that the action of mediation generates de-authorization and restriction processes to professionals. We also learned that by studying the mediation in health in one RAS gives visibility to the power that exists in the plots of these arrangements, that deserves attention and enlarged debate as it affects the institutional logic and interferes with the RAS organization locally.

Keywords: Attention Networks; Health Care; Health Mediation; Rural Population.

Introdução

O Ministério da Saúde assumiu o compromisso institucional de implantar, no território nacional, as Redes de Atenção em Saúde (RAS) e vem apostando em Políticas e Programas Estratégicos para operacionalizar essa conformação dos serviços e da atenção em saúde em redes (Brasil, 2014). Para isso, propõe mecanismos e instrumentos de integração de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, interligados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010, 2012, s.d.). A própria reformulação da Política Nacional de Atenção Básica aposta nestes dispositivos como um importante elemento para a organização dos serviços de saúde.

Frente aos avanços alcançados na conformação de RAS prioritárias e temáticas, sistematicamente organizadas para o enfrentamento de vulnerabilidades da população, uma questão, que parece latente, é a de convergir lógicas de caráter organizacional e operacional dos serviços de saúde com a vida cotidiana das pessoas. Neste sentido, dessas dificuldades emergem, por exemplo, a excessiva demanda por exames diagnósticos, a baixa capacidade de atendimento das necessidades em saúde, a ruína de modelos de atenção que centralizam a clínica terapêutica em profissionais específicos e a lógica do mercado em oferecer, cada vez mais, possibilidades de tratamentos e enquadramentos de sofrimentos que são intrínsecos à vida humana. Estes elementos parecem conformar um jogo de interesses e de forças com objetivos que não se comunicam. Conforme Luz (2006), isto cria uma ciranda sem fim, ou seja, a demanda e a oferta de serviços de saúde crescem a ponto de encontrarem seus limites nos recursos financeiros dos municípios, não se concentrando nas necessidades em saúde dos indivíduos.

Partindo desta problematização, considera-se que a atual organização das estruturas normativas das RAS, nos municípios, exige olhares que busquem ir além do ponto de vista daqueles que organizam administrativamente a atenção em saúde em redes para se aproximar dos atores responsáveis por dar movimento e, também, sentido a esta organização formal dos serviços, ou seja, profissionais e usuá-

rios. Esta aproximação gera consigo a necessidade de se ter uma interpretação ampliada do que se entende por cuidado nas tramas das redes institucionalizadas dos serviços de saúde, pois o espaço transitório do cuidado é delimitado pelos diferentes níveis de participação que institucionalmente se colocam enquanto possibilidades de materialização de práticas em saúde que excedem a lógica organizacional institucionalizada (Ayres, 2004, 2009, 2011; Moreira, 2009; Tesser; Poli Neto; Campos, 2005).

A definição de Ayres sobre o cuidado aparece, neste contexto, de maneira muito produtiva:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (Ayres, 2004, p. 22).

O cuidado sendo, portanto, interpretado enquanto prática em saúde que se conforma como um espaço transitório delimitado por

alguns aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de Cuidado, desde uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, aos aspectos humanistas da atenção à saúde (Ayres, 2004, p.18).

O cuidado, a partir do referencial adotado, ao ser tecido em conjunto com os serviços e ações em saúde no agir cotidiano dos profissionais, tem o potencial de instituir relações que imprimem ao sistema de saúde arranjos organizativos que vão muito além da disponibilidade física dos serviços e das ações setoriais. Desta forma, consideramos que o cuidado, enquanto relações que se instituem, carrega consigo o potencial de disparar ações aos usuários, aqui denominadas como ações de mediação em saúde. Estas ações são compreendidas como empreendimentos disparados em uma rede assistencial por profissionais responsáveis pelo cuidado aos usuários, tanto aqueles ligados diretamente a sua circulação nos serviços de saúde, como outros não circunscritos diretamente ao setor da saúde. Estas ações têm o potencial de mobilizar universos de significação diferenciados, com recursos materiais e imateriais que devem ser articulados em função de interesses

de profissionais e usuários que, de alguma maneira, se complementam e/ou encontram um ponto de convergência entre si (Gerhardt et al., 2011).

A mediação em saúde possui “seus movimentos, com possibilidades diversas de expressão nas redes das pessoas, bem como seus afetamentos nas experiências de adoecimento” (Mufato et al., 2013, p.408). Por meio da mediação, as pessoas promovem a articulação com novos sujeitos e instituições, constituindo outros fluxos que possibilitam o acesso a recursos e cuidado. A ação de mediação potencializa o cuidado em seus diferentes contextos, diminuindo as dificuldades que os usuários encontram para acessar os serviços de saúde (Bellato et al., 2011; Gerhardt et al., 2011). Nestas ações, mediadores e mediados são afetados pelo processo, emergindo, daí, relações que escapam da normatividade instituída (Gerhardt et al., 2011). Assim sendo, a mediação, enquanto um empreendimento que se dá na vida das pessoas, demanda que atores tenham a possibilidade de exercer o papel de mediador e de mediado. Isto delinea, de maneira muito próxima, o papel que o profissional em saúde desempenha nos serviços, pois ele atua, como um desses atores, em nome de políticas e programas que seguem uma ordem instituída e a ser seguida pelos usuários.

As ações de mediação em saúde, pensadas nesse sentido, aproximam-se do apoio institucional, tendo em vista o aparecimento desta função e as contribuições com a expansão do sistema de saúde e com a tessitura de redes que promovam autonomia na gestão dos processos de trabalho e dos serviços (Almeida; Aciole, 2014). Esta função concretiza-se, nas RAS, a partir da figura do articulador, descrita pelos autores citados como sendo alguém externo às equipes que tem a função de atuar em prol de alguma política ou de uma atividade específica. Moura e Luzio (2014) explicitam que a função de apoio assume diferentes faces, usos conceituais e modalidades, mas que, em ato, possui diferentes expressões e intensidades que se complementam e se aproximam a partir de um objetivo comum de apoiar, dar retaguarda, auxiliar processos e/ou atividades.

A aproximação entre os sentidos aqui atribuídos, para a mediação em saúde e para o apoio institucional, considera que a mediação em saúde pode ser uma forma de apoio institucional desenvolvida

por todo e qualquer profissional que promova ações entre os serviços de saúde, em diferentes espaços institucionais e não institucionais, sendo ou não externo ao serviço de saúde. O apoio institucional, sob essa ótica, mostra-se potente para abranger o descrito anteriormente e dar visibilidade aos profissionais e usuários que se envolvem com a atenção em saúde.

Instigados por essas considerações, pensamos o cuidado nas RAS e no próprio apoio institucional como um espaço de mediação constante entre a lógica gerencial, profissional e as necessidades em saúde dos usuários, configurando-se como um processo eminentemente relacional e um espaço em movimento que toma diferentes formas. Assim sendo, explorar as relações instituídas entre usuários e profissionais é uma das possibilidades existentes para se entender como ocorrem, no cotidiano, os fluxos dos usuários para a utilização dos serviços de saúde e a atuação destes para atendê-los.

No que concerne aos (re)arranjos organizativos do Sistema Único de Saúde, tem-se o desafio de se refletir sobre espaços que demandam uma engenharia organizacional diferenciada, como é o caso dos espaços rurais, onde a atenção em saúde e o cuidado precisam voltar-se a especificidades como a distância geográfica e os modos de viver a vida. Estas especificidades são fruto do processo histórico de desenvolvimento do campo em que alguns precisaram renunciar de seus saberes e identidades para serem eficientes no modelo de desenvolvimento de agricultura, pensado apenas como um espaço produtivo e homogêneo. Esse processo gerou desigualdades no acesso a bens, serviços e políticas públicas que persistem até hoje, deixando à margem as populações que não têm as mesmas condições de competitividade (Gehlen, 2004). As especificidades sócio-históricas que marcam o rural, como a divisão da terra em grandes propriedades, a exploração agrícola extensiva para exportação sem preocupação ambiental, o subemprego e a recente regulação constitucional das relações trabalhistas, a concentração da decisão e oferta de serviços públicos e privados na cidade, entre outros, contribuíram para que o campo só ganhasse visibilidade a partir do seu potencial agrícola ou de capital (Wanderley, 2004, Lerry, 2002). Nessa lógica, segundo Ruiz (2013, p. 25), “o rural, enquanto parte da sociedade em que

vidas, com suas necessidades, nele habitam e lhe dão um formato, assume certa invisibilidade”. Assim, pensar o rural como espaço de vida, para além do espaço produtivo, demanda outra postura por parte do Estado e de seus representantes para atender a estas especificidades. Não seria diferente para o próprio sistema de saúde, pois isto denota modos diferenciados de produzir necessidades em saúde e busca pelo atendimento formal destes serviços.

As reflexões introduzidas a seguir, fundamentadas nos elementos acima apresentados, têm por objetivo analisar a organização local de uma RAS a partir da ação de mediação empreendida pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde e que atendem populações rurais. Optou-se por analisar as ações de mediação em saúde em suas mais variadas conformações, explorando o que elas geram para seus envolvidos, tanto em sua materialidade quanto em sua imaterialidade. Estas reflexões buscam dar visibilidade para a potência da mediação em saúde e procuram alimentar o debate, trazendo elementos para uma nova leitura desta noção ao dar materialidade às relações entre profissionais e usuários e construir campos de visibilidade para as interações de produção do cuidado.

Geração de dados

Os dados expostos neste estudo advêm de uma pesquisa qualitativa, originada de dissertação de mestrado acadêmico, com realização do trabalho de campo de janeiro a junho de 2012, desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o intuito de estudar as ações e práticas de cuidado empreendidas pelos profissionais de saúde na RAS de um município da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

O rural deste município, como cenário deste estudo, foi uma escolha intencional por ter 96% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (São Lourenço do Sul, 2012). Portanto, conta com equipes e profissionais trabalhando com essa população em específico, fato que permitiu desenvolver o tema da mediação em saúde, conforme proposta apresentada anteriormente. Sobre o rural estudado, em 2011, representava 44% da população do município (Brasil, 2011), sendo prioritariamente de colonização pomerana e com monocultura liga-

da à fumicultura. Atualmente, este espaço possui algumas iniciativas de cooperativismo e diversificação de produção, como cooperativas de iogurte e queijos, ainda que de maneira incipiente. A partir da vivência em campo, constatou-se que a população tem rica miscigenação, contando, inclusive, com comunidades quilombolas. A produção agrícola, as indústrias de laticínios, o turismo e o setor terciário, de prestação de serviços, compõem a fonte de renda do município. O território rural possui pequenos vilarejos organizados com diferentes recursos sociais como igrejas, cartórios, padarias e vendas. Entretanto, frente à vasta extensão territorial, existem muitas pessoas vivendo em locais isolados e de difícil acesso, seja em função do relevo acidentado ou pelas longas distâncias das residências até as estradas próximas.

A rede de serviços de Atenção Básica (AB) do município era composta por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais sete abrigavam ESF, sendo seis no rural e uma no urbano. Cada ESF continha uma equipe multiprofissional completa (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde [ACS], um dentista e uma auxiliar de consultório dentário), cujos profissionais eram residentes no meio urbano, com exceção dos ACS e de alguns técnicos de enfermagem. Em relação ao número de pessoas adscritas às equipes, este quantitativo variou de acordo com a localização geográfica da ESF, pois em alguns lugares havia uma maior dispersão das pessoas no espaço e, em outros, elas estavam aglomeradas em vilarejos. No período em que a pesquisa de mestrado foi realizada, havia dois profissionais, um fisioterapeuta e uma psicóloga, trabalhando, enquanto Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas ESF do rural, assim como acompanhando os serviços de saúde do urbano, de acordo com a agenda estipulada pela Coordenação da Atenção Básica do Município.

O município dispunha de uma Unidade Básica de Saúde Central com atendimento básico e especializado, sendo um CAPS tipo I, um CAPS tipo AD (álcool e drogas) e um CAPS i (infantil). Além desses, havia um Serviço de Geração de Emprego e Renda vinculado aos CAPS e mais quatro laboratórios de análises clínicas e de imagens (São Lourenço do Sul, 2011). O município, além do serviço de atenção hos-

pitalar urbano com 96 leitos, possuía um hospital localizado no rural, atendendo demanda espontânea, com 48 leitos, mais pronto atendimento diário de urgência/emergência das 7h às 22h, consultas especializadas em oftalmologia, realização de exames de endoscopia e consultas em traumatologia (São Lourenço do Sul, 2011).

Sobre a organização da rede de serviços para atender o rural em situações nas quais existia a necessidade de encaminhamento, tanto em ocasiões de urgência e emergência como para a realização de exames, o fluxo formal dentro do município, enquanto rede física de serviços, era o encaminhamento das ESF do rural para o urbano do município. As ESF do rural possuíam Conselhos Locais de Saúde, porém, durante a realização da pesquisa, a participação da população rural nestes espaços era muito tímida, pois compareciam às reuniões apenas os representantes eleitos para os cargos representativos. Nas reuniões em que a pesquisadora participou, sendo uma em cada serviço de saúde do rural pesquisado, não houve a possibilidade de proposições de mudanças ou qualificação por parte dos representantes dos usuários. O que havia eram momentos informativos e de controle, por parte da gestão, sobre o cumprimento de normas e atividades atribuídas aos profissionais.

Como ferramentas para a geração dos dados, foram utilizadas técnicas como a entrevista semiestruturada e a observação participante; para registro e sistematização dos dados, que emergiram do campo, foi de grande valia o uso do diário de campo. As entrevistas seguiram um roteiro previamente estruturado, com questões abertas e fechadas. As questões do roteiro de pesquisa foram se inserindo a partir da descrição de casos, citados pelos profissionais de saúde, que pudessem, a cada entrevista, ilustrar a atuação dos profissionais perante os usuários, em suas trajetórias em busca do atendimento de suas demandas em saúde.

Estas entrevistas foram realizadas em todos os pontos da RAS do Município, inclusive com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde. As dificuldades em desenvolvê-las mostraram-se principalmente nos setores da Secretaria Municipal, em que não houve a mesma abertura percebida nos serviços de saúde, especialmente naqueles da Atenção Básica.

Houve momentos em que, apesar de estar presente no espaço físico do serviço, a pesquisadora não conseguiu participar das conversas e das decisões tomadas, o que dificultou, um pouco, o pleno desenvolvimento da observação participante naquele espaço. Acerca da afirmativa anterior, uma hipótese prudente é a de que a própria observação participante pode ter inibido os profissionais, em função do jogo político que prevalece em locais como este. Entretanto, não houve dificuldades ou oposição em realizar as entrevistas, mas um olhar mais sensível e atento, nesses espaços, foi necessário.

Desta forma, compuseram o *corpus* de análise deste estudo, as entrevistas realizadas com 20 profissionais atuantes na RAS do município, destes apenas nove foram reconhecidos enquanto mediadores em saúde. Este quantitativo de participantes deu-se em função da necessidade que se tinha em compreender as ações de mediação e o funcionamento da RAS do município, de modo que, mesmo não sendo mediadores, alguns profissionais foram entrevistados. Os profissionais reconhecidos como mediadores com formação de nível superior foram: duas enfermeiras, um médico, um dentista e uma pedagoga; de formação de nível médio: duas técnicas em Enfermagem e duas Agentes Comunitárias de Saúde. Como, naquele momento, o município não contava com um profissional articulador de apoio à RAS local, um apoiador institucional enquanto figura institucionalizada, este não pode ser incluído no estudo.

Os profissionais foram intencionalmente identificados como mediadores e suas ações, analisadas por este estudo a partir da conceitualização de Neves (2008) para mediador, qual seja:

o mediador abarca ações de indivíduos dotados de uma posição ou função, segundo atribuições definidas em específicos campos de significações, investimentos na construção de interdependências entre o pontual e o universal. [...] Contribui intencionalmente na reordenação e transformação da vida social; torna viável as condições de representação política (Neves, 2008, p. 31).

A escolha dos profissionais deu-se a partir da observação participante realizada, sendo que, nestes momentos, verificou-se um maior envolvimento de

alguns profissionais, em termos de frequência e intensidade, com os usuários. Assim, no cotidiano dos serviços, mostraram-se mais atenciosos, comunicativos e disponíveis para se envolver com os usuários do que os demais membros das equipes em que se inseriam e foi, junto a eles, que se exploraram questões de mediação e trocas, tanto nas observações feitas, acompanhando atividades fora do serviço, quanto nas entrevistas.

Os dados gerados foram analisados a partir da categorização temática proposta por Minayo (2008) que, segundo a autora, busca os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, “denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (p. 301). Operacionalmente, dá-se da seguinte forma, segundo as etapas: Pré-análise; Exploração do Material; Tratamento dos Resultados Obtidos; e Interpretação. A operacionalização da análise foi realizada com a ajuda do software NVivo8, programa que auxilia na escrita, transcrição e edição das notas de campo, codificação e armazenamento dos dados nas categorias estabelecidas, facilitando, assim, a análise das informações que emergiram da observação participante e das entrevistas.

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Em virtude de o município ser de pequeno porte e das considerações aqui tecidas, os nomes dos entrevistados foram codificados com nomes de flores no esforço de driblar a possibilidade de seu reconhecimento por gestores, outros profissionais e população, na tentativa de preservar suas identidades. A presente proposta, como integrante do projeto de pesquisa intitulado “Gestão em saúde e usos do território: fluxos de utilização dos serviços de saúde e mobilidade dos usuários por Condições Sensíveis a Atenção Primária”, foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), sob o Parecer de Aprovação n. 20494.

Resultados e discussão

As ações de mediação em saúde e o movimento de tecer redes serão aqui apresentados e analisados a

partir de alguns elementos que compõem a mediação em saúde, ou seja, os espaços onde ela ocorre e, ainda, as ações desenvolvidas, por quem, como e de que forma.

A mediação em seu exercício: para além dos serviços de saúde

Nesta seção, ilustram-se ações de mediação desencadeadas por profissionais que atendem as comunidades rurais do município. O relato, a seguir, envolve o caso de um casal de idosos que não dispunha de água encanada em casa e coletava água de chuva para consumo. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi incumbido, pela família, de ser o articulador de sua demanda e das possibilidades de intervenção sobre a situação. O ACS descreve a resposta obtida de um dos coordenadores da Atenção Básica, frente ao questionamento acerca das possibilidades de atuação. Como não foi dada uma possibilidade consistente de intervenção sobre o caso, ele informou a resposta obtida à família, mas reconheceu não saber se, de fato, ela se concretizaria; assim, o que ele conseguiu mobilizar, ele o fez, mesmo sendo dentro de uma rede restrita.

Eu acho que, pela orientação que a gente tem da enfermeira-chefe, não cabe a nós, a gente é orientar, passar, levar, a gente fala ali [ESF], eu falei com a [...] [coordenadora da AB] direto esses dias... Aí, tu viste o que ela falou e eu já falei para ele. É isso que a gente faz. [...] eles estão sabendo, se eles agora vão fazer alguma coisa... Isso eu não sei, eu vou ficar sabendo pela visita (Cerejeira).

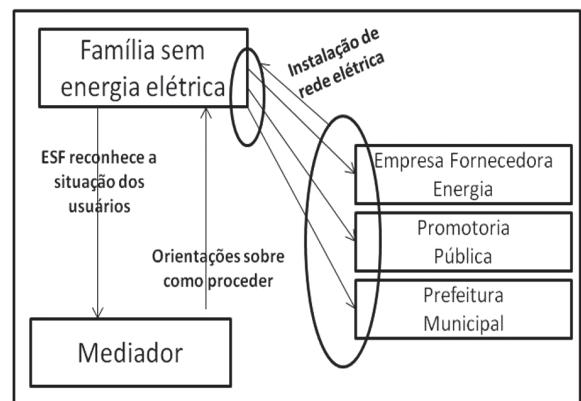
A ação de mediação promovida limitou-se ao círculo da família-equipe, equipe-coordenação, e seu ato se deu no sentido de tornar pública a conjuntura familiar e instigar o envolvimento de outros profissionais, no intuito de intervir na situação. Para este profissional, o caso descrito é merecedor da mobilização, atuação de outros setores e, sobretudo, da sensibilização de seus profissionais, como a coordenação da Atenção Básica. Ao narrar o caso, o mediador descreve a consciência de que, talvez, não seja uma de suas tarefas intervir sobre aquilo que identifica, colocando em jogo suas atribuições e legitimidade como um dos componentes da equipe de saúde. A conformação que tomou a situação pode

estar relacionada ao modelo biomédico de atuação em saúde que, neste caso, parece não reconhecer o ACS enquanto um mediador legítimo para intervir em demandas que envolvam a saúde a partir de seu conceito ampliado.

Em caso narrado por outro mediador, a intervenção realizada foi por meio de orientações dadas ao usuário que se concretizaram na busca por recursos materiais. As orientações eram relativamente simples, mas facilitaram, de maneira importante, a trajetória da família em busca da solução de um problema. A família em questão não dispunha de energia elétrica instalada em sua residência, assim, o mediador explicou quais as instâncias que deveriam ser procuradas para que esta situação fosse contornada. A atuação dos mediadores deu-se por meio da mobilização de outros setores que intervieram na situação. A equipe não intercedeu diretamente junto a outros setores, mas facilitou para estes intercederem, e a família teve a energia elétrica instalada em sua casa. Neste caso, a mediação trouxe grande satisfação aos envolvidos e, possivelmente, reconhecimento por parte dos usuários por conta da orientação obtida. A seguir, a Figura 1 ilustra a atuação da mediação neste caso em que a falta de energia elétrica foi reconhecida pela equipe como um problema que os usuários enfrentavam.

Os dois casos descritos até aqui situam o debate de forma a demonstrar que os mediadores podem ser compreendidos como aqueles atores reconhecidos pelos usuários como tal, mas nem sempre por seus

Figura 1 - Ilustração da atuação do mediador



Extraído de Santos, 2013, p. 146.

pares, como pode se notar na primeira situação. E, ao disparar estas intervenções, o mediador coloca-se na condição de dependência de outros profissionais que também partilhem da compreensão de sua importância para o usuário e levem adiante estas ações. Assim, neste empreendimento, os profissionais estendem sua atuação para além do território geográfico do serviço. Desta forma, o êxito destas ações atrela-se à sensibilização de outros profissionais, distribuídos na RAS e na própria equipe, no sentido de reconhecer a importância que tem a mediação para o usuário, e a legitimidade desta junto ao seu processo de trabalho.

Verificou-se neste estudo que, para que a mediação seja exercida em sua potência, existe o imperativo de que o mediador receba apoio dos recursos que estão disponíveis na RAS e de outros mediadores, ou seja, o ele não atua sozinho. Este apoio pode vir de uma rede estruturada, formalmente, no setor da saúde, como o apoio institucional, tal qual foi citado por Almeida; Aciole (2014), Moura e Luzio (2014), ou de mediadores que atuam em outras redes como a da assistência social, visto que estas estruturas se aproximam em situações concretas da vida das pessoas. As RAS organizam-se em um plano macro-organizacional, com fluxos de encaminhamentos e cooperação intermunicipais, mas esta organização interfere diretamente no plano microgerencial e micropolítico, ou seja, nos territórios locais dos serviços de saúde dos municípios. Esta constatação de interdependência entre os atores e serviços de uma RAS leva-nos a refletir que a mediação, ao exigir a concatenação de seu exercício, em certa medida, ilustra o que se espera de uma RAS, isto é, que ela seja organizada para atender às demandas dos usuários e que conte com a cooperação dos atores que se envolvem com a saúde das pessoas, qual seja, a interseção entre o micro e macro gerencial e político. Entretanto, como é possível verificar nos casos relatados e em outros acompanhados durante a pesquisa, isto depende da maneira como os serviços e setores cooperam entre si, pois é preciso que existam profissionais, serviços e redes de suporte para as ações que são disparadas pelos profissionais que se sensibilizam diante das demandas dos usuários.

As considerações de Mufato et al. (2013) são produtivas neste debate quando os autores expli-

tam que o mediador precisa do reconhecimento das pessoas adoecidas em relação à sua atuação e à da própria instituição na qual ele exerce sua mediação, havendo assim pessoas/mediadores que apostem com ele nas ações que empreende. Um ponto a ser considerado é que, nos casos descritos, o mediador, ao intervir sobre processos e organizações burocráticas a fim de facilitar a trajetória do usuário na busca daquilo que necessita, exerce uma ação que tem dimensões positivas para o este usuário. Mas, como alertam Mufato et al. (2013), isto se dá de forma a intervir sem considerar ou buscar outras formas de intervenção ou permitir que o mediado busque, por sua conta, outras maneiras. Aproximando-se destas proposições, Neves (1998) considera que o mediador, ao desempenhar suas ações, reproduz distanciamentos sociais no sentido de que, para haver mediação, há de existir, previamente, as categorias de mediador e de mediado de forma instituída.

No setor saúde, cumpre considerar que uma categoria importante, para esta discussão, é a do usuário como um ator que exerce movimentos próprios a partir de suas vivências. Neves (1998) reconhece que o exercício da mediação implica em lutas sociais, conflitos de interesses e de ideais na realização daquilo que se comprehende como uma mediação necessária. A partir deste estudo e das reflexões empreendidas, consideramos que estas lutas não se dão somente do ponto de vista do mediador para o mediado, mas também se dá de forma importante no movimento inverso. Neste sentido, o mediado empreende lutas que mobilizam a mediação, de forma que ele recorre a diferentes recursos e fluxos para alcançar aquilo que demanda.

Mesmo reconhecendo ser importante ponderar que nem sempre os usuários têm, de fato, outras possibilidades, especialmente naquelas comunidades em que as políticas públicas fazem-se distanciadas de sua realidade e dos seus modos de reprodução social, como no rural, isto não inativa as lutas que estes atores empreendem. O usuário, como um ser social, reconhece o profissional mediador como um dos caminhos que possui para alcançar aquilo que deseja, recorrendo a toda multiplicidade de recursos que se fizerem presentes e reconhecidos como tal por ele. O que pode gerar emancipação e cidadania disso são as relações que se instituem e que fogem à lógica

utilitarista descrita anteriormente, pois os usuários e os profissionais relacionam-se reciprocamente, não se restringindo a um nexo de pesos e medidas iguais, gerando laços de amizade e de cooperação.

O empreendimento da mediação nem sempre gera cidadania, ao contrário, pode reforçar relações clientelistas que mais fragilizam do que fortalecem as relações entre os sujeitos, mantendo o excludo e o menos favorecido sempre nesta posição e enfraquecendo seus recursos para sair dela (Gerhardt, 2011). No campo da saúde, comprehende-se que este tipo de relação mantém a ordem estabelecida e arraigada nos serviços, pois o usuário, ao se utilizar deste recurso, coloca-se na dependência de outrem que luta por suas causas. Em certa medida, coloca-se o direito que detém em reivindicar uma reordenação da organização sistêmica dos serviços em segundo plano, em detrimento das ações do outro que está autorizado a mediá-lo. Além disso, na ação de mediação, a escolha pelos caminhos, esferas e possibilidades é eleita pelo mediador, e o mediado sofre a ação a partir de uma escolha que não é, essencialmente, a sua. É interessante fazer a reflexão de que determinadas alternativas podem não ser as mais adequadas ou não seriam as escolhidas pelo mediado, caso ele tivesse maior autonomia.

Em determinadas situações, o protagonismo do usuário, na busca por ações de mediação, pode dar-se no encontro com atores que não são profissionais do setor, mas que, da mesma forma, facilitam sua trajetória pela RAS, como vereadores do município. Partindo da compreensão da mediação, relacionamos isso à busca por alternativas ao não reconhecimento de suas demandas pelos serviços de saúde ou do não reconhecimento do profissional de saúde da ESF de sua referência, enquanto mediador legítimo, em outros espaços de atuação que extrapolam seu serviço. Estes atores, ligados à política partidária, propõem-se a executar estas ações e pressionam, de uma forma ou outra, diferentes setores para que os usuários alcancem aquilo que desejam.

ele não foi chamado, até que aí, quando ele foi procurar, tinha passado os dois anos, aí eles mandaram ele ir no posto de novo, para fazer um encaminhamento novo. Aí ele encaminhou de novo e aí ele foi no vereador, aí o vereador foi lá no setor de marcação lá! E na próxima semana já chamaram ele...

Porque que... Sei lá, aí ele dizendo assim: – Bah, mas tem que apelar. Como é que aí, como que aí... Ele conseguiu marcar tão ligeiro, por quê? O que aconteceu? (Chuva de Prata)

Conforme o caso relatado, alguns atores detêm maiores possibilidades de desenvolver as ações de mediação em função da posição ocupada dentro da RAS. E o reconhecimento do papel que detêm os mediadores é um elemento que dá conformação à mediação em saúde, pois como apontam Mufato et al. (2013), o movimento da mediação é afetado pelo contexto político local, exercendo, nestas ações, maior ou menor grau de influência. Assim, trazemos, como proposição, a ideia de que alguns atores detêm maiores possibilidades de desenvolver as ações de mediação em função da posição ocupada dentro da RAS. Entretanto, a realidade das equipes de saúde mostra que os profissionais da Atenção Básica, justamente aqueles que deveriam ter maior grau de liberdade para utilizarem toda a potência que possuem dentro de uma RAS operante, podem ser aqueles que maiores limitações enfrentam em seu cotidiano para intervir, substancialmente, sobre a trajetória assistencial dos usuários.

Estas limitações estão atreladas ao não reconhecimento da AB e, consequentemente, dos profissionais que atuam neste nível de atenção, como legítimos e potentes em relação à sua atuação na RAS. Para Cecílio et al. (2012), é reconhecido o não cumprimento da promessa de que este nível de atenção (AB) seja a porta de entrada do sistema de saúde, trazendo consequências para a ideação de que ela seria o centro das RAS. Os autores apontam, ainda, a necessidade de que as diferentes formas de agenciamentos, que ocorrem ao longo das trajetórias assistenciais para acessar a rede de serviços, devem ser reconhecidas e valorizadas. A Atenção Básica ainda precisa assumir, de fato, a legitimidade necessária para ampliar a capacidade de intervir sobre processos regulatórios da RAS. Mas, para isso, ainda precisamos ultrapassar processos, que se confirmaram ao longo da construção do próprio sistema de saúde, como a literatura aponta, de não compreensão, por parte dos gestores, do modelo de atenção em saúde preconizado para a Atenção Básica, o que implica diretamente em maiores entraves para a reorganização das práticas em saúde e do processo de trabalho (Trindade; Pires, 2013).

A ação de mediação dispara situações que afetam, tanto positivamente quanto negativamente, o trabalho do profissional e a vida do usuário, especialmente quando não se circunscreve naquilo que é protocolizado e formalmente instituído, como é o caso das ações de mediação aqui definidas. Enquanto limitadores da ação de mediação, esses elementos serão discutidos no tópico a seguir, tendo em vista que este processo de mediação gera uma série de desacomodações organizacionais e relacionais nos serviços de saúde.

O exercício da ação: dificuldades e fragilidades que geram desacomodações.

Alguns elementos acerca do exercício cotidiano da mediação mostraram-se especialmente importantes para a análise da conformação das RAS do município, principalmente, as dificuldades que enfrentam os profissionais quando atuam como mediadores. O relato a seguir refere-se à normatividade da organização do sistema, sendo este elemento apontado como um fator que, no cotidiano, mostra-se como inibidor das ações desenvolvidas junto aos usuários.

Sim, às vezes, as pessoas dizem: "ah se não fosse isso aqui..." Eu não sou Deus, pior que eles têm razão, coitados, eu sei. Sabe?! Porque aquela coisa imposta, tem que ser assim, tem que ser assado, tem que ser, nós temos um método e nós temos que cumprir ele, mas método de convívio com as pessoas humanas, tu tens que ouvir o ser humano, tu tens que entender da pessoa, tem que entender (Bromélia)

A organização normatizada de fluxos dentro da rede, em alguns momentos, mais dificulta do que facilita o trabalho realizado, gerando, entre os profissionais que atuam como mediadores, ideias de contestação das normas instituídas. Outro relato ilustra a existência de determinada dificuldade por parte dos gestores em lidar com uma movimentação que tem vias próprias e balizamentos que provêm das relações cotidianas dos serviços.

Hoje mesmo eu sei que a coordenação me ligou e quando eu chegar à cidade eu tenho que me apresentar para ela. O motivo? Não sei! (Camélia)

O relato descrito denota o receio de um profissional quanto ao motivo que gerou a demanda de sua ida à Secretaria Municipal de Saúde para conversar com sua coordenadora direta. Sobretudo porque, nos dias anteriores, ele havia feito uma importante intervenção sobre o fluxo de utilização e encaminhamento de um usuário do rural. A fala deste profissional demonstra as diferentes forças que tencionam e intervêm sobre o processo de trabalho dos profissionais. Revela, igualmente, que as ações de mediação, para serem reconhecidas como tal, necessitam ser tratadas a partir de sua potência geradora de relações positivas entre os atores envolvidos, a partir de uma lógica de cuidado dentro dos serviços, caso contrário haveria importantes limitações em seu espectro de ação.

Outro relato bastante interessante, para o tema debatido aqui, é sobre as reuniões que envolvem o Secretário de Saúde, demonstrando a insegurança causada nos profissionais. Conforme a narrativa a seguir, nessas reuniões, os profissionais têm receio de verbalizar algo que desagrade seus coordenadores ou de serem, em situações extremas, até mesmo, despedidos. Nesses momentos, eles são incentivados a falar sobre sua própria equipe, o que é possível de gerar conflitos entre os próprios colegas.

Aí eles já perguntam como é que está a equipe, um por um tem que responder para ele [secretário de saúde], se eu estou me dando com a fulana, se a fulana está se dando [...] Aí tu vais naquela lá, tu não sabe se daqui a pouco eles vão, daqui a pouco eles dizem, está, então tu hoje não trabalha mais, tu não vais trabalhar mais... (Dália)

As falas expostas ilustram fatores limitadores da ação de mediação, como a burocratização dos serviços e dos fluxos institucionais, o cerceamento por parte da gestão em saúde e a inexistência de espaços de discussão acerca do processo de trabalho. Estes elementos mostraram-se mais presentes para aqueles profissionais que se envolvem com ações de mediação, tendo em vista que estes atores tornam sua atuação mais visível junto aos demais profissionais e, desta forma, estão expostos a diferentes juízos sobre o trabalho que desempenham. Quando se permeia esta engrenagem com fatores limitadores da ação de mediação, principalmente com o

reconhecimento que os gestores têm destas ações, o mediador coloca-se em uma frágil posição dentro da rede de serviços. Caso estes empreendimentos não tenham visibilidade a partir daquilo que trazem de positivo para a trajetória assistencial do usuário, poderão ser mal interpretados pelos gestores e acarretar retaliações para os profissionais envolvidos.

As descrições que se seguem trazem consigo a expressão das limitações que enfrentam os profissionais ao exercerem ações de mediação. Na realidade estudada, estes limites surgem ou em função de fragilidades na formação de alianças com outros profissionais em prol da ação, ou pela concepção de se verem sozinhos nestes empreendimentos, gerando, inclusive, situações de imobilização por parte dos profissionais. Ocorre, assim, uma constante tensão entre aquilo que desejam fazer e aquilo que é possível fazer, relatando dificuldades em incluir outros atores que compartilhem, com eles, a responsabilidade assumida.

Mas, a gente fica assim, meio de mãos atadas, então, no caminho né, a gente quer fazer, muitas vezes, o bem e ajudar, e tentar solucionar, mas também não consegue (Camélia).

É muita burocracia, tu até entra em contato, mas no momento que tu queres solucionar o problema, tu entras em contato, sabe o que? Tranca! Eu não sei onde que o troço tranca, tu entendas? Tu até, até ajuda assim, mas olha... É uma burocracia que, às vezes, é melhor resolver as coisas sozinha do que envolver outras coisas assim, sabe? (Flor de Lótus)

É levantada, também, a questão da dificuldade de levar adiante este tipo de ação em que, mesmo não identificando exatamente em qual espaço as resistências são maiores, a profissional avalia que as maiores barreiras dão-se em função da organização burocratizada da rede assistencial. Além disso, agrava-se, a esta dificuldade, a reflexão de que poderia ser mais produtivo resolver sozinho do que envolver outros profissionais e setores na tentativa de resolver os problemas dos usuários. E esta é uma questão que toma proporções inestimáveis, uma vez que, ao se propor a organizar os serviços em saúde em formatos de RAS, o descrito anteriormente torna-se uma problemática para sua instituição.

As considerações, tecidas pelos mediadores, dão indícios do quanto empreender ações de mediação implica em se envolver com dificuldades subsequentes, que se apresentam à medida que estes empreendimentos se desenvolvem. Já que não é algo simples, não se dá sem custos aos profissionais que se propõem a fazê-las, trazendo consigo inquietações e percepções das limitações que possuem, no sentido de ter liberdade e reconhecimento, para levá-las adiante. Os relatos citados demonstram que, quando a ação de mediação adentra territórios que extrapolam aquele da atuação direta de um mediador, determinadas dificuldades apresentam-se, alertando novamente sobre a necessidade de alianças que gerem comunicação entre os serviços a fim de ligar os pontos da rede e promover ações intersetoriais.

O que foi constatado, ao analisar as ações de mediação disparadas pelos profissionais que atuam na Atenção Básica, vai de encontro à Política Nacional de Atenção Básica propriamente dita, uma vez que se espera que seja ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado do usuário durante seu percurso pelos diferentes serviços que a compõem (Brasil, 2013). Mas alcançar estas proposições mostrou-se estar atrelado às possibilidades concretas que têm os profissionais em empreender ações que liguem os diferentes pontos da RAS e conformem, verdadeiramente, uma rede. Muitos elementos mostraram-se influentes neste processo, que vai muito além da atuação local dos profissionais, tal como o reconhecimento de sua legitimidade para intervir sobre as formas como a RAS organiza-se para oferecer atenção em saúde.

A imaterialidade da mediação em saúde gerando materialidades no cotidiano

O exercício da mediação configura-se como o desencadeamento da empatia e alteridade das relações entre usuários e profissionais, no sentido de que mobiliza os profissionais a atuarem como mediadores. Desta forma, as trocas, entendidas aqui como ações de mediação, são impulsionadas pelos encontros que se tornam espaços de cuidado. Os atores desses cenários assumem os riscos dessas relações que se alargam para espaços além daqueles em que o cuidado, inicialmente, instituiu-se.

A condição de dependência, já descrita anteriormente, mostrou-se pertinente em relação às possibilidades de êxito destas ações. Um dos mediares - ao referir-se às dificuldades de intervir em encaminhamentos, que demandam maior urgência, de pessoas do rural para outros serviços - demonstra, em suas palavras, como é complexo trabalhar quando se depende de outros profissionais:

como que a gente vai trabalhar, se todos não trabalham juntos? (Chuva de Prata)

No caso citado, trata-se de um ACS que, no exercício de seu papel, enquanto mediador institucionalizado a partir de Políticas Públicas em Saúde, desperta, com clareza, a reflexão sobre a necessidade de outros profissionais partilharem do mesmo entendimento sobre a legitimidade das ações que empreendem e o reconhecimento do quanto são significativas para o próprio usuário. Como referenciado em outras falas, o ACS, mesmo entendendo que determinadas ações não seriam de sua responsabilidade, exerce a mediação com o intuito de facilitar o acesso aos usuários que vivem no rural, mesmo que ocorra fora de seu território formal de atuação, o urbano.

Merce atenção a compreensão de que as ações de mediação, promovidas pelos ACS, são conflituosas e ambivalentes porque, se, por um lado, esses profissionais realizam atividades que devem ser relatadas às equipes, por outro lado, “exercem ações de solidariedade em função das relações de amizade e vizinhança, e que, *a priori*, não fazem parte do seu trabalho e não precisariam informar aos demais profissionais” (Lacerda, 2010, p. 35). Com a mediação, contudo, estas dimensões fundem-se e vêm à tona quando demandam o apoio de outros profissionais para concretizar intervenções. Em determinados momentos, isto pode gerar conflitos nas equipes em que trabalham, especialmente, em relação aos profissionais que não partilham do entendimento de que as ações que exercem para além do protocolizado são pertinentes e fazem parte de seu papel. Evidenciam-se, assim, a complexidade dessas ações e a distância que existe entre os profissionais em relação à visibilidade e reconhecimento do valor do trabalho de cada um, o que “aponta para a hierarquia e as relações de poder, sendo obstáculos

ao reconhecimento profissional e ao trabalho em rede” (Lacerda, 2010, p. 114). Este processo anuncia a emergência da constituição do cuidado como dispositivo de mediação, pois a saúde não deveria ser entendida como um produto de aplicações de regras e obrigações jurídicas, mas como o resultado das interações, do esforço e das estratégias que profissionais e usuários empreendem no cotidiano (Martins, 2011). Partindo desta compreensão, para Martins (2011, p. 42), “a possibilidade do cuidado como práxis mediadora e inovadora da ação em saúde exige que a mesma se apresente como um sistema particular de dom fundado na corresponsabilidade dos atores envolvidos na criação e reprodução de dispositivos de trocas e de reconhecimentos que respeitem a diferença e que avancem pelas igualdades de direitos de acesso aos direitos da cidadania”.

A relação entre profissionais e usuários, nessas circunstâncias de mediação, não se limita ao prescritivo das normas, mas envolve, além disso, a participação solidária e a responsabilização do usuário no funcionamento do sistema de saúde local (Martins, 2011).

Entre aqueles reconhecidos como mediadores em saúde, a responsabilização pelo usuário foi um elemento comum em suas falas. Esteve presente o sentimento de que a mediação em saúde pode ser um dos poucos recursos sociais disponíveis ao usuário, sendo o empreendimento destas ações um apoio na resolução de seus problemas. Alguns elementos, citados nos relatos, dão indícios das vicissitudes que permeiam a forma como os profissionais envolvem-se com os usuários, especialmente em relação ao questionamento de quanto este envolvimento com o outro é parte de papel seu enquanto profissional, demonstrando a dificuldade de definir as fronteiras de sua atuação.

No momento que saiu daqui, fora do posto, ela vai ser responsável por ela, mas se tu não deres uma forcinha, uma ajudinha, tipo marcar esse exame... Ela vai ver assim, ela vai pensar, eu não estou sozinha, eu vou fazer o melhor que eu posso fazer, porque eu não estou sozinha, estou sendo ajudada. Tu entendes? Ela está sendo auxiliada, por outras pessoas, porque muitas vezes com a família dela ela não pode contar. A gente tem bastante apoio assim da... Da coordenadora, claro de algumas, não

são de todos, mas tudo é questão de conversa, tu colocares... Não sei se... Mas eu não sei até que ponto a gente tem que pegar e fazer, tu entendas? Não tem como explicar até que ponto (Flor de Lótus).

Tal questionamento é extremamente complexo. O profissional, no momento em que se envolve com o usuário ou que entende isto como necessário ou possível de acontecer, percebe quão importantes são outras ações e desperta desacomodações na RAS, pois inevitavelmente suas ações sairão do território e irão alcançar outros serviços, favorecendo que, disso, insurjam outras ações. Na fala descrita, o profissional menciona o apoio que tem de seu coordenador direto ao exercer ações de mediação, mas há outros mediadores que não têm este mesmo apoio, nem de seus colegas, tornando, assim, mais difícil que as ações de mediação se concretizem efetivamente. Isto relaciona-se ao fato de que, uma vez que o profissional coloca-se diante do usuário e acerta, com ele, compromissos, ele sabe que será cobrado por sua iniciativa. E as ações de mediação, dando-se no sentido de envolver outros setores e profissionais na resolução dos problemas enfrentados pelos usuários, implicam na condição de dependência de outros pontos da RAS.

A partir desta perspectiva, o profissional da saúde pode ser percebido como dispositivo de mediação, tanto na compreensão de que pode fortalecer suas relações com os usuários e possibilitar que estas ações sejam instituídas com mais frequência, quanto na posição de se deixar desacomodar pelas ações de mediação desencadeadas em pontos da RAS diferentes daqueles em que atua. É importante, porém, considerar que os profissionais, para empreender ações de mediação, dependem da liberdade em envolver-se nestas relações, no sentido de que isto gera efeitos e diferentes formas de interpretação dentro de uma lógica institucional.

O profissional, a partir de suas relações com usuários, vê-se na posição de que, para atender aquilo que o sensibiliza de diferentes formas, precisa buscar alternativas e caminhos diferentes para oferecer, ao usuário, o atendimento de suas necessidades. E ele, sendo reconhecido enquanto mediador legítimo pelo usuário, busca e coloca-se em situação de maior visibilidade junto aos demais profissionais e gestores que compõem a RAS. Atente-se ao fato,

contudo, de que, como foi citado anteriormente, as relações que despertam a mediação não respeitam pesos e medidas iguais, no sentido de que as relações entre pessoas resguardam uma perspectiva de doações interessadas e desinteressadas, mas, por estarem inseridas em uma lógica institucional, estas vicissitudes podem ter diferentes interpretações, colocando o profissional em uma delicada posição.

Com os relatos estudados aqui, verificou-se que, nas relações entre profissionais e usuários, emergem possibilidades concretas para que ambos aproximem-se e cultivem, entre si, alianças que irão favorecer o estabelecimento de relações de cuidado. Este fato tem o potencial de gerar efeitos mais potentes ou mais frágeis, a depender da perspectiva que se utilizar para analisar estas situações. Ao disparar a mediação, em determinados momentos, o profissional pode facilitar o atendimento das demandas do usuário, mas pode gerar, neste processo, efeitos não tão positivos para si, como uma visibilidade negativa ou incompreensão da ação que empreendeu. Isto se dá, porém, independentemente da qualidade do resultado que está promovendo movimentos dentro da RAS.

Considerações finais

Neste estudo, verificou-se que as ações de mediação, enquanto relações de cuidado que emergem de diferentes relações e interesses, mostraram-se com significativo potencial de desacomodar a organização das RAS, no sentido de envolver os profissionais em função das necessidades em saúde dos usuários, mais do que por aspectos normativos. Nesse sentido, o profissional da saúde, que se coloca como um ator, atuando entre a lógica gerencial e as necessidades dos usuários, desempenha um papel importante de mediação que pode ser aproximado da ação do apoio institucional, no sentido em que ele exerce suas ações em favor de valores e normas diferentes dos que se inserem e instituem as RAS.

O estudo da mediação em saúde, envolvendo o rural, trouxe à discussão aspectos que permeiam o acesso desta população às ações e serviços em saúde, bem como o esforço dos profissionais em atender suas demandas. Consideramos que estes empreendimentos atuam no sentido de aproximar

o campo da saúde de um novo projeto de desenvolvimento para o rural quando são valorizadas posturas mais criativas e interessadas por parte daqueles que atuam em nome de políticas públicas promovidas pelo Estado. Assim, de alguma forma, se está intervindo nas desigualdades de acesso a bens, serviços e políticas públicas que permeiam o rural. Nossa compreensão leva-nos a acreditar que, assim como ressaltado em Martins (2011), estas ações tornam-se válidas quando produzem afetamentos potentes o suficiente para gerar, consigo, a coparticipação e superação da abordagem tecnicista em saúde, tanto no espaço micropolítico como no espaço macrogerencial. Estes elementos mostraram-se potentes para pensar a saúde no contexto rural, tendo em vista que a mediação em saúde constitui-se dentro de processos que são cotidianos e partem dos próprios atores que movimentam as RAS. Desta forma, estes agenciamentos poderiam ser promovidos por todos os atores que as compõem, ou seja, qualquer profissional poderia assumir o papel de mediador, desde que sensibilizado e legitimado para tal.

Dentro do contexto estudado, é relevante destacar ainda que, para que a mediação em saúde aconteça, parece ser imprescindível que coexista o reconhecimento destas ações como legítimas na organização das RAS, permitindo que elas conformem-se, para além de sua normatividade, como um espaço de acesso facilitado aos usuários e como um espaço colaborativo de construção do cuidado entre profissionais e usuários. A ação, empreendida pelos mediadores na RAS, mostrou-se imbricada ao reconhecimento que recebe dos atores que compõem a rede assistencial, em especial dos demais profissionais e gestores. A maneira como os profissionais são reconhecidos traz consigo as possibilidades de ampliação ou restrição de suas ações ao desempenhar a mediação em saúde. Um ponto importante que emergiu do estudo é a própria legitimidade que detém a AB para intervir sobre a trajetória assistencial do usuário, aqui especificamente em relação ao rural, o que trouxe consigo outras características que podem intervir sobre isso, como a invisibilidade das especificidades sócio-históricas do rural e as barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Um dos elementos, que se mostrou com grande potencial para fortalecer a ação dos mediadores, foi

a construção de alianças e a maior visibilidade das potências e fragilidades que são intrínsecas a esta atuação e que se mostram a todo o momento quando o trabalho, em equipe e em rede, movimenta-se a partir da centralidade no usuário e, neste estudo, a partir da visibilidade das especificidades do rural. Neste processo, provoca-se o efeito de mobilizar pessoas e conectar serviços de saúde dando conformações singulares à trajetória assistencial do usuário pela RAS e, com isso, interferindo em estruturas naturalizadas no sistema.

A partir das diferentes situações ilustradas, permanecem questionamentos sobre a ousadia dos profissionais quando se deixam sensibilizar pelo outro e empreendem a mediação dentro da lógica institucionalizada da RAS. Ao trazer a mediação em saúde para a discussão sobre as RAS, dá-se maior visibilidade às ações que já existem e são praticadas nos serviços, e que demandam serem reconhecidas pelos gestores, indicando caminhos possíveis para se pensar outras formas de conexão entre os serviços de saúde e as próprias políticas públicas para este campo.

Referências

- ALMEIDA, A. B.; ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface: comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 18, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0371>>. Acesso em: 3 ago. 2014.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- AYRES, J. R. M. C. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, 2009. p. 127-144
- AYRES, J. R. M. C. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In:

- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj Cepesc, 2011. p. 27-46.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; MUFATO, L. F.; MUSQUIM, C. A. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, 2011. p. 177-183.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União Repúbl. Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União Repúbl. Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes prioritárias e lógica comum das portarias das redes temáticas*. Brasília, DF, s.d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria>. Acesso em: 3 ago. 2014.
- CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- GEHLEN, I. Políticas públicas e desenvolvimento social rural. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 95-103, 2004.
- GERHARDT, T. E. et al. Atores, redes sociais e mediação em saúde: laços e nós em um cotidiano rural. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, 2011. p. 112-125.

- LACERDA, A. *Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- LERRY, J. P. Debatendo o capítulo ambiente, espaço, território e o campo da saúde: a agricultura. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.61-68.
- LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 27-34.
- MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Lappis, 2011. p. 39-50.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS, Uerj: Cepesc: Abrasco, 2009. p. 301-316.
- MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface: comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 18, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0333>>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- MUFATO, L. F. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que vivencia o câncer colorretal. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 407-415, 2013.

- NEVES, D. P. Mediadores sociais e mediadores políticos. In: NEVES, D. P. (Org.). *Desenvolvimento social e mediadores políticos*. Porto Alegre: Ufrgs, 2008. p. 21-44.
- NEVES, D. P. O desenvolvimento de uma outra agricultura: o papel dos mediadores sociais. In: FERREIRA, A. D.; BRANDENBURG, A. (Org.). *Para pensar outra agricultura*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1998. p.147-168.
- RUIZ, E. N. F. *Relações sociais nas situações de adoecimento crônico no rural: expressões de cuidado e de sofrimento na perspectiva da Dádiva*. 2013. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1191-1209, 2012.
- SANTOS, L. O que são redes? In: CARVALHO, G. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. 2. ed. Campinas: Saberes, 2011. p. xx.
- SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. *Apresentação do sistema de saúde de São Lourenço do Sul*. São Lourenço do Sul, 2011. Documento da gestão do Município. 37 slides.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p. 3615-3624, 2010. Suplemento 3.
- TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.
- WANDERLEY, M. N. B. Olhares sobre o “rural” brasileiro. *Raízes*, Campina Grande, v. 23, n. 1/2, p. 82-98, 2004.

Contribuição dos autores

Santos concebeu o projeto de pesquisa, trabalhou na coleta de dados, na interpretação dos resultados, na redação e na revisão final do artigo. Gerhardt concebeu o projeto de pesquisa, trabalhou na interpretação dos resultados, na redação e na revisão final do artigo.

Recebido: 27/08/2014

Reapresentado: 13/04/2015

Aprovado: 20/05/2015