

Participação popular em um município do interior do Ceará: análise a partir da percepção de enfermeiros e gerentes da Atenção Primária à Saúde

Popular participation in a city in the countryside of Ceará: Analysis from the perception of nurses and managers of Primary Health Care

Jaciara Alves Sousa¹, Mariana Bomfim de Araújo², Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque³, Marcos Aguiar Ribeiro⁴, Amanda Maria Braga Vasconcelos⁵, Andréa Carvalho Araújo Moreira⁶, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha⁷

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: fevereiro de 2021 – Aceito: julho de 2021

RESUMO

Este estudo analisa a percepção de enfermeiros e gerentes da APS acerca da percepção de enfermeiros e gerentes da Atenção Primária à Saúde (APS) no que se refere aos mecanismos da participação popular. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, cujos participantes foram enfermeiros e gerentes da Estratégia Saúde da Família de um município no interior do Estado do Ceará. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e teve a análise feita por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin com suporte do software N VIVO 11. O estudo respeitou os princípios éticos referentes à Resolução 466/2012 do CNS. O estudo revela a adoção de diferentes estratégias pelos profissionais para fomentar o protagonismo dos usuários no controle social. Entretanto, apesar disso, ainda pode-se perceber a resistência dos indivíduos a exercerem seus direitos de cidadania. Assim, cabe aos profissionais incentivar o comportamento participativo dos usuários.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção à Saúde. Participação da Comunidade.

ABSTRACT

This study analyzes the perception of nurses and PHC managers about the articulation of the health service with the community. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, whose participants were nurses and managers of the Family Health Strategy of a municipality in the countryside of the State of Ceará. Data collection was carried out through semi-structured interviews and the analysis was carried out using the Bardin Content Analysis technique, supported by the N VIVO 11 software. The study respected the ethical principles related to CNS Resolution 466/2012. The study reveals the adoption of different strategies by professionals to foster the role of users in social control. However, despite this, it is still possible to perceive the resistance of individuals to exercise their citizenship rights. Thus, it is up to professionals to strengthen the politicized bases of users.

Keywords: Health Evaluation. Health Care. Community Participation.

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: jacyaraalvessousa@gmail.com

² Bacharela em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

³ Doutora em Enfermagem e Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família e do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁵ Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família e do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

⁷ Enfermeira. Professora associada livre docente do Departamento de Administração e Serviços de Saúde e orientadora permanente do Programa de Pós-graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por organizar e coordenar os fluxos para os pontos da rede, por meio de seus atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família-(ESF)¹, desta maneira, ela é entendida como “centro” da atenção, sendo a porta de entrada preferencial do cidadão no serviço de saúde, e uma ferramenta que otimiza a qualidade da atenção por meio da continuidade do cuidado, que integra a atenção em diferentes níveis da rede de atenção à saúde².

Neste íterim, a APS é fundamental para a gestão e coordenação do cuidado nas redes de atenção, uma vez que se constitui como um meio e processo de reorganização do sistema de saúde, tendo em vista as demandas e representações da população, marcadas pelo cenário de transição demográfica e epidemiológica.

Nesta perspectiva, a abordagem da ESF na atenção às condições de saúde do indivíduo vai além de promover atendimentos direcionados somente à condição patológica, ela abrange todo o contexto social em que o usuário está inserido, o que inclui a comunidade e os componentes que nela existem para contribuir com o cuidado. Desse modo, o estado de saúde está diretamente ligado ao contexto social, econômico, cultural em que vivem os indivíduos e, conseqüentemente, a qualidade da atenção depende do conhecimento da realidade social pela equipe de saúde³.

Desta maneira, conhecer a realidade sociocultural de um território exige a criação de vínculo com os usuários e este é estabelecido por meio dos profissionais que integram a equipe de saúde, entre eles, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), médico e odontólogo⁴. A criação deste elo, serviço de saúde e comunidade, possibilita a criação de espaços de promoção da saúde e gestão participativa, além de incentivar a interação da sociedade de forma a buscar melhores condições de vida para todos.

Neste sentido, a participação popular é uma diretriz estabelecida pela constituinte que promove a interação entre a sociedade civil e o Estado na regulação das políticas públicas. Fundamenta-se no conhecimento da população no sentido de identificar os problemas que as acomete e, dessa forma, desenvolver ou adequar estratégias que resolvam os agravos daquele local, monitorando os indicadores e exercendo o controle social. Este atributo é executado em ações do tipo visitas domiciliares, *feedback* entre o serviço de saúde e a comunidade para adequar melhor as ações às necessidades da comunidade, participação nas conferências de saúde, formação de conselho local de saúde no sentido de reivindicar resolução de problemas da comunidade⁵. Ademais, é o “poder que emana do povo e que este não será exercido apenas por meio de seus representantes, mas também diretamente”⁶.

Todavia, embora a participação popular seja um direito assegurado pela constituição, na prática é evidenciado que a população tem baixa adesão a esta ferramenta de cogestão, e essas atitudes têm implicado na carência de estratégias direcionadas para eles mesmos. Desta forma, o objetivo deste estudo é analisar a percepção dos gerentes e enfermeiros da APS de um município do interior do Ceará acerca da participação popular.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, cujo cenário para desenvolvimento do estudo foi um município do interior do Ceará e suas respectivas equipes de saúde da APS. Foram considerados como participantes do estudo 44 indivíduos, entre eles enfermeiros e gerentes da APS localizados na sede do município. Como critérios de inclusão dos participantes foi levado em consideração ter experiência de, no mínimo, três meses, acreditando ser um tempo suficiente para o empoderamento do seu local de saúde. Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados afastamento por qualquer natureza ou férias.

Para a coleta de dados foi desenvolvido um instrumento a partir de um questionário já existente nomeado de *Assessment of chronic Illness Care (ACIC)*, o qual possibilita avaliar a capacidade institucional para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas. O questionário é composto por sete elementos-chaves que avaliam diferentes dimensões, entretanto, neste trabalho só será trabalhada a dimensão dois, que trata dos mecanismos sobre a articulação do serviço de saúde com a comunidade⁷. Desta forma, os participantes foram abordados por meio de entrevista semiestruturada, que foi aplicada de maneira individual, durante o período de setembro a dezembro de 2020. Foi utilizado um gravador de áudio para facilitar a análise das informações no intuito de que nenhuma informação fosse perdida em meio à riqueza de detalhes. A análise dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin e a utilização do software N VIVO 11. A AC procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, tendo como seu principal material os significados⁸.

Conforme orientado pela AC, após a seleção do material e sua leitura flutuante foram formadas categorias para exploração e codificação. A codificação se deu em função da inferência por meio da identificação objetiva de características dos discursos, foram construídos em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva⁹. A priori, foram identificadas as categorias iniciais, também denominadas de nós, estas se configuram como as primeiras impressões acerca da realidade da atenção às condições crônicas, ou seja, são resultados do processo de codificação das entrevistas transcritas, um total de oito nós que geraram cinco categorias discutidas.

As cinco categorias referentes à atenção às condições crônicas direcionadas à articulação com a

comunidade foram: articulação com a comunidade e importância do agente comunitário de saúde (ACS), controle social, equipamentos sociais e trabalho em equipe. Os resultados foram analisados por meio de operações estatísticas a fim de promover uma validação que garantisse a síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações. Desse modo, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para executar a análise de cluster e, assim, gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais caso tenham muitas palavras em comum. Os resultados podem ser analisados na Figura 1.

Desse modo, no Dendrograma de nós de cluster, elaborado por similaridade de palavras a partir do coeficiente de correlação de Pearson, podemos verificar a formação de cinco clusters, identificados na Figura 2, correlacionados entre si, o que leva à dedução de que a maior parte das categorias codificam muito das mesmas fontes de dados. Todavia, as categorias iniciais “Trabalho em Equipe”, “Liderança” e “Equipamentos Sociais” não apresentaram esta similaridade de correlação.

Vale ressaltar que, com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes do estudo (gerentes e profissionais enfermeiros) foram utilizados codinomes de flores, por exemplo “Margarida”, “Lírio” e sucessivamente. Assim, a partir da análise da contribuição de cada participante na construção das categorias, buscou-se, por meio de coeficiente de correlação de Pearson, conhecer a similaridade de Palavras. Desta maneira, percebe-se que o Dendrograma apresenta uma intensa relação, o que representa uma grande similaridade de palavras entre os discursos dos participantes.

Este estudo, mediante sua relevância, está em conformidade com os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Destaca-se que esta pesquisa conta com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (parecer 2.054.329)

Todos os participantes do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante todas as explicações quanto aos objetivos da pesquisa, seus direitos e deveres enquanto participantes. Reforça-se que todos os participantes da pesquisa receberam nomes fictícios, prezando pelo anonimato de todos os envolvidos.

Figura 1- Coeficiente de correlação de Pearson



Fonte: elaborada pelos autores

A nuvem demonstra ênfase nas palavras saúde e paciente, que de fato são a principal razão para toda essa rede de cuidados, em seguida dá, destaque às palavras agente, comunidade e conselho que demonstram toda a importância dessa liderança que deriva dos próprios indivíduos que habitam no território.

A partir das informações evidenciadas da análise das falas, foi possível inferir três categorias a serem melhor analisadas, a saber: A importância do ACS, Controle Social e Equipamentos Sociais.

A importância do ACS

No contexto da organização da atenção à saúde em formato de redes, a Atenção Primária funciona como ordenadora, sendo ponto central para o cuidado e porta de entrada preferencial dos usuários para os serviços de saúde. Assim, essa posição ocupada pela APS possibilita melhorias na qualidade da prestação de serviços, reduzindo barreiras de acesso e integrando as ações, para isso são utilizados diversos aparatos tecnológicos que possam colaborar positivamente com a comunicação entre os serviços^{10,11}.

Nessa perspectiva, o estabelecimento do vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade depende, majoritariamente, de alguns componentes essenciais como, coordenação do cuidado, descentralização, integralidade, gestão participativa, entre outros atributos. A participação popular, nesse contexto, é um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurados pela Constituição de 1988, que implementou ao cidadão o direito de intervir no serviço de saúde, de forma a colaborar ativamente na gestão do SUS de maneira a participar na avaliação da situação de saúde e propor diretrizes para formulação de políticas públicas¹².

A gestão participativa permite a legitimação das ações do estado, possibilita a inclusão de novos atores nos processos políticos de maneira a efetivar as ferramentas de controle social podendo ser utilizada nos diversos níveis de gestão tendo em vista sua caracterização enquanto fortalecedor da democracia e da participação social no SUS¹³.

Nesta perspectiva, verifica-se a percepção dos profissionais acerca dos métodos de articulação com a comunidade, assim como os atores envolvidos nesta comunicação.

“Nós contamos com um grande vínculo entre comunidade e CSF que são os nossos Agentes Comunitários de Saúde que sem eles nós não teríamos essa ponte de acesso com os usuários, as maiores estratégias que a gente tem são: fazer com que o usuário entenda que vir ao posto não é apenas tratar da doença, da dor, da diabetes descompensada, mas sim de todo um contexto.” (Azaleia).

“ A articulação com a comunidade é realizada principalmente pelo agente comunitário de saúde [...] eles que trazem pra gente as demandas e condições, eles têm um olhar muito amplo, a gente

vê o paciente aqui na consulta ou visita e não vê tudo, mesmo que a gente trabalhe há mais tempo na comunidade, nada como o ACS que mora no território, conhece todo o contexto em que ele vive e todas as relações que ele tem. Então, no momento nosso principal ator e ferramenta é o agente de saúde, eles que vêm à demanda se precisa de uma educação em saúde, a gente tem reunião mensal com os ACS e eles vão dizendo todas as necessidades deles.” (Cravo)

“A gente tem o conselho local de saúde, né? Que se reúne uma vez no mês aqui na unidade e as estratégias partem também a partir do conselho local né? Eles trazem as, é feito todo o histórico, os problemas do bairro, questão de segurança é, os problemas mais agravantes né? É discutido no conselho é que tem os representantes da comunidade e daí vai pro né tirar algumas conclusões com o conselho municipal também, né? Que eles, o presidente do conselho participa da reunião do conselho municipal de saúde, nós temos também os representantes os articuladores no bairro.” (Camélia)

A partir da análise das percepções dos profissionais, pode-se destacar a importância ímpar do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), pois de acordo com os discursos, uma das características definidoras do seu trabalho é exercer função articuladora como forma de facilitar a comunicação entre a comunidade e o serviço de saúde, resolvendo demandas, assessorando o trabalho do enfermeiro a fim de complementar o plano de cuidados e fiscalizar sua eficácia.

Ao comparar esses fatos com a literatura, podemos encontrar similaridade de opiniões acerca do trabalho deste profissional de saúde, visto que o ACS busca facilitar o processo do cuidado, por meio dele torna-se possível um elo maior com a comunidade de maneira que se torna mais fácil o acesso da equipe às necessidades da população¹⁴.

Assim, o ACS atua como membro da equipe mediante o desenvolvimento de ações que buscam a integração entre a equipe e os usuários realizando cadastramento de pessoas, orientar as famílias, desenvolver ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, entre outros, sendo importante que este profissional resida na comunidade onde atua¹⁵. Este fato é bastante discutido na literatura, em estudo realizado para caracterização do perfil e aspectos relacionados à gestão do trabalho do ACS na região nordeste do Brasil, foi observado que 84,5% dos entrevistados referiram morar na área onde atuam e que isso é visto como positivo para o processo de cuidado¹⁶.

Outra importante atribuição inerente ao fazer profissional do ACS é a visita domiciliar, que é uma das suas principais ferramentas e meio para realização de educação em saúde e acompanhamento, contudo existem fragilidades neste acompanhamento, em razão do grande número de famílias cadastradas, horas de trabalho insuficientes e os diferentes cenários com distintas vulnerabilidades sociais, violência e conflitos territoriais locais, além das atividades burocráticas que os mesmos possuem¹⁷.

O ACS é um operário oriundo de seu território, mediante sua intervenção é possível proporcionar transformações e solucionar problemas como saneamento, destinação de lixo, violência/negligência familiar, situações de vulnerabilidade social, seu papel se configura como agente social de mudanças que

tem a missão e o dever de incentivar o protagonismo da sua comunidade na formação das políticas públicas de saúde¹⁸.

Ademais, é válido ressaltar que, desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), há cerca de 20 anos, o processo de trabalho dos ACS tem caráter bastante mutável, tendo eles adquirido no decorrer do tempo mais atividades burocráticas que destoam da função original primeiramente proposta a eles que eram mais direcionadas ao contato próximo com a população. Estudos revelam que os agentes de saúde com menor dedicação à burocracia referem maior atuação na mobilização comunitária e na prestação de assistência direta aos usuários por meio de orientações sobre a saúde, assim, o desempenho desses profissionais pode ser prejudicado por essas atividades burocráticas¹⁹.

Controle Social

O controle social é uma importante conquista adquirida por meio de movimentos comunitários e inserção de indivíduos “comuns” na cadeia política. Essa junção compõe a estrutura dos conselhos de saúde, formados por usuários do sistema, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, os quais objetivam a participação e o controle social das ações de saúde que dizem respeito à coletividade²⁰.

Estes conselhos são caracterizados por formular estratégias e fiscalizar a execução de políticas públicas que possuem impacto na sociedade, por meio deles surgiram as conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, com o intuito de melhorar o acesso universal à saúde e o compartilhamento de experiências, de maneira a funcionarem como espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que guiam o sistema de saúde²¹.

A Constituição de 1988 tem forte caráter democratizante, e trouxe aos brasileiros o direito de usufruir de um sistema de saúde gratuito e universal que está presente em todos os ciclos da vida. Além disso, ela instituiu a Lei nº 8.142 que garante as instâncias de controle social com o reconhecimento dos Conselhos e Conferências de saúde como ferramenta essencial de garantia da participação popular na construção das políticas públicas de saúde²².

Nesse contexto, o controle social, no Brasil, se refere à participação no processo decisório e controle de ação sobre o Estado. Nessa ótica, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, por meio da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada²³

Assim, para o cumprimento deste direito, é necessária a ativa participação de protagonistas que incentivem o movimento social em prol de trazer benefícios para o coletivo. Contudo, tendo em vista que os mecanismos de representação social não eram mais suficientes para garantir o exercício da democracia

e os interesses dos cidadãos, criaram-se os conselhos de saúde. Previu-se na Constituição Federativa de 1988 a institucionalização de instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas, denominadas de Conselhos e Conferências de Saúde, cuja formação previa usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde²³.

Nesse sentido, podemos evidenciar nos discursos dos entrevistados que eles reconhecem a importância da participação social como ferramenta fundamental para construção de políticas públicas de saúde eficazes para todos, desde o nível micro, responsável por mudanças de aspecto mais territorial, até o nível macro, que promove mudanças de cunho sanitário, sociocultural. Vemos isto nas seguintes falas:

“Outra estratégia que nós utilizamos é o próprio conselho local de saúde que a gente tem cinquenta por cento de usuários, vinte e cinco por cento de profissionais e vinte e cinco por cento do não governamental então o que é isso? A gente pede muito o apoio né dessa referência de controle social que é o conselho local de saúde para também estar fomentando essas” (Orquídea).

“O conselho, nós estamos realmente na tentativa de ativá-lo, já tivemos várias reuniões, já foi dividido quem seria da própria unidade, os representantes da comunidade, mas as vezes não há essas reuniões pela própria é....proatividade da comunidade não está presente” (Lírio).

Entretanto, apesar de muitos profissionais reconhecerem a importância dos conselhos de saúde, podemos identificar nos discursos fragilidades acerca de sua composição, como citado nas falas a seguir:

“Existe um conselho, ele está pré-ativo, entendeu? As reuniões estão acontecendo né, as, os encaminhamentos estão acontecendo, a gente está ativando ele aos poucos, mas a gente percebe né, por que não está totalmente ativado. Porque a gente não consegue trazer as principais lideranças pro horário das reuniões do conselho, não adianta se ter um conselho só com a equipe básica de saúde, o conselhos é pra comunidade, o conselho é pra se ver as necessidades da comunidade né, pra se sair os encaminhamentos do que eles precisam, sei lá, de uma limpeza, do lixo, que vai ocasionar daquele lixo doenças né, a iluminação, a segurança, enfim, [...] nós fazemos os convites, é entregueado, as agentes de saúde montam estratégias pra trazer esses hipertensos pra cá né, esses diabéticos pra cá, como outras demandas também, mas a gente, o nosso maior vilão ai é a resistência da comunidade pelo tempo” (Azaleia)

“A gente ainda tá em processo de construção do conselho local, né, que é um equipamento né que ajuda muito a unidade em organizações né nesse vínculo com a comunidade” (Gardênia)

Conforme exposto, alguns profissionais relataram a presença do conselho como sendo apenas uma medida administrativa obrigatória, mas que este estava desativado por motivos como baixo interesse da população em participar destes espaços coletivos, falta de tempo para os usuários se reunirem, incapacidade da estrutura física, e a maioria dos participantes serem os próprios profissionais em vez da população residente naquele território.

Nesse sentido, os espaços de participação social no SUS, como os conselhos e conferências de saúde, na atualidade, estão se transformando em espaços pouco participativos e com baixa utilização na busca pela garantia de direitos, isso pode ser explicado tanto pela deficiência na capacitação dos conselheiros como também pela falta de compreensão sobre a importância das relações envolvidas no

exercício do controle social, assim, pode ser que grande parte das problemáticas relacionadas à gestão dos serviços e melhoria das políticas públicas ocorra pela não efetivação das ferramentas de controle social²⁴.

Além disso, alguns autores também referem que a falta de participação da população pode ser devido à falta de conhecimentos e informações, assim como a implicação política de poucos cidadãos se mobilizarem e participarem efetivamente das experiências de gestão pública participativa²⁵.

Indubitavelmente, os conselhos de saúde são um dos maiores exemplos de representatividade adquirida pela população, contudo, a narrativa de alguns profissionais apresenta divergências na formação desta. Neste ínterim, percebe-se que há uma série de desafios que convergem certas demandas não resolvidas em relação à experiência dos conselhos de saúde, entre elas destacam-se: baixa representatividade, problemas de infraestrutura, prevalência de interesses da gestão que deslegitimam a participação dos usuários²³.

Logo, podemos inferir que o potencial democrático dos conselhos e das conferências precisa ser reposicionado de modo a destacar a natureza reivindicadora e resolutiva deste aparato social. Dessa forma, o profissional enfermeiro, como potencial líder, tem o dever de estimular a participação dos indivíduos que compõem o território, instigando-os a tomar posse dos seus direitos e exercerem a cidadania em espaços de diálogos construtivos.

Nessa perspectiva, a participação do profissional enfermeiro nesse processo é vista como necessária considerando o seu olhar crítico e reflexivo frente às questões da comunidade e sendo ele um profissional com maior proximidade dos usuários, além disso, sua participação contribui para o envolvimento político e cidadão na consolidação do SUS²⁶.

Equipamentos Sociais

Os caminhos democráticos criados pelo controle social têm resultado em lutas contínuas em busca dos direitos dos cidadãos, a junção destes indivíduos contribui para os avanços na sociedade que resultam na diminuição das iniquidades sociais e o crescimento da equidade em nosso país²⁷. Os equipamentos sociais são definidos como serviços públicos que prestam serviços à comunidade que visam a reduzir a desigualdade social, ampliar a acessibilidade a um determinado serviço e criar um espaço de colaboração e educação em saúde. Nesse sentido, o conceito anterior associado à descentralização e participação comunitária vem produzindo mudanças significativas que vão de encontro com o que se preconiza no desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde, pois ela necessita integrar-se à comunidade para assim poder absorver as peculiaridades do seu território²⁸.

Nesta perspectiva, podemos perceber, por intermédio dos discursos dos profissionais, os impactos

dos equipamentos sociais e o seu poder transformador de levar saúde a todos os locais do território, pondo em prática o princípio da descentralização contribuindo para a melhoria da acessibilidade.

“A gente faz atividades descentralizadas nos equipamentos sociais da comunidade, como: associação, igreja, a gente pega espaços para realizar o atendimento de hipertensão e diabetes. Outra forma também, a gente faz convites, sejam impressos ou pelo whatsapp mesmo para enviar para os pacientes para que eles saibam o dia e horário de atendimento, a gente participa de programas de rádio para que possa divulgar também esse auxílio às pessoas com condições crônicas e também tem a tecnologia que é o medicamento, ajuda o paciente além dos grupos, que tem o de atividade física duas vezes na semana que acontece na academia da saúde que é uma estratégia para auxiliar esses pacientes.” (Hibisco)

“Hoje dentro da comunidade a gente tem alguns grupos né, mas não são grupos diretamente voltados só pra situação crônicas.” (Violeta)

As impressões dos profissionais de promover saúde em espaços fora da unidade de saúde, adentrando na realidade do território é bastante válida para conhecer o perfil e assegurar a interação com os pacientes. Estas atitudes remetem ao cumprimento dos princípios fundamentadores do SUS, como a universalidade, integralidade, regionalização e descentralização¹. A importância de um serviço regionalizado se dá em virtude da adaptação de políticas sociais à realidade local remetendo à articulação de serviços e redistribuindo as responsabilidades entre as diferentes esferas de governo. Desta maneira, pode-se inferir que a gestão do SUS é um processo complexo e em constante transformação que sofre influências políticas em níveis locais, municipais, estaduais e federais²⁹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que rege a Assistência Básica (AB) no Brasil, delimita que todo profissional que atende a família e a comunidade deve conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território, favorecendo sempre a gestão participativa e as incumbências da articulação comunitária a fim de potencializar o acesso ao serviço de saúde e torná-lo mais resolutivo³⁰.

Ainda, podemos afirmar que espaços sociais, como grupos, possuem grande potencial de promoção da educação popular, pois favorece a troca de conhecimentos entre trabalhadores da saúde e usuários promovendo cuidado, ações multisetoriais e diálogos multiculturais que ressignificam saberes e práticas, provocando uma melhor compreensão dos processos que envolvem saúde-doença-cuidado³¹. Em suma, todos esses fatores contribuem para efetivação do controle social e gestão participativa. Ademais, pode-se identificar nas falas dos entrevistados a aplicação de inovações tecnológicas para levar o convite dos grupos ao usuário, como a utilização do aplicativo de mensagens para se comunicar com o grupo mais jovem, e a utilização das mídias eletrônicas, como o rádio, para atingir o público mais idoso.

CONCLUSÃO

Pode-se inferir que, apesar de os profissionais demonstrarem consciência da importância dos mecanismos de relação com a comunidade, como os conselhos de saúde e grupos, os usuários ainda possuem baixo protagonismo nos mesmos. Contudo, pode-se destacar o papel do ACS como um importante facilitador na articulação entre o serviço de saúde e a comunidade, visto que ele é o principal elo entre a APS e o território, além de exercer atividades educativas, de promoção e vigilância à saúde, e operar o papel de cidadão participando regularmente das reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde. Ademais, a realização de atividades descentralizadas, como os grupos, são importantes dispositivos que facilitam o acesso do usuário ao serviço de saúde, além de promover espaços para o fortalecimento da educação popular possibilitando que o cidadão amplie a sua visão crítica.

Diante destes achados, se faz necessário fortalecer as bases politizadas da população, ensinando-a que é seu direito e dever participar de espaços que promovam discussões que aguçam o senso crítico e a mobilização social no sentido de estabelecer um sistema de saúde cada vez mais equitativo e universal para todos.

Salienta-se a importante contribuição do profissional enfermeiro como líder que unifica a equipe e direciona os cuidados aos pacientes, promovendo diferentes estratégias com enfoque na pessoa e nas condições sociais em que ela está inserida, e não somente em ações com foco na doença.

Agradecimentos: à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araújo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo profissionais de saúde da família. *SANARE*, Sobral. 2016 [acesso em 2021 fev. 01]. 15(2): 87-93. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
2. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasboas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017 [acesso em 2021 fev. 01]; 22(6): 1845-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
3. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRGT, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016 Jan [acesso em 2021 fev. 01] ; 21(1): 119-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt
4. Correa Junior AJS, Souza TCF, Sousa YM, Polaro SHI, Santana ME, Silva SED et al. Educação popular em saúde, pensamento crítico e os sete saberes. *Journal of nursing, Revista de Enfermagem da enferm UFPE* [on-line]. 2018; 12(2): 537-45. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231062>

5. Paula WKA, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2017 Abr [acesso em 2021 fev. 01]; 25(2): 242-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en.
6. Melo J, Schier ACR. O direito à participação popular como expressão do Estado Social e Democrático de Direito. *A&C– Revista de Direito Administrativo e Constitucional*. Belo Horizonte. 2017 [acesso em 2021 fev. 01]; (69): 127-47. Disponível em: <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/825>
7. Costa KC, Cazola LHO, Tamaki EM. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. *Saúde e Debate*. 2016 [acesso em 2021 fev. 01]; 40(108): 106-17. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080009>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
10. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jul. 23]; 42(spe.1): 244-60. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/10>
11. Ros C, Peres AM, Bernardino E, Lowen IMV, Neto PP, Moura MEB. Atenção Primária à Saúde: Ordenadora da integração assistencial na rede de Urgência e Emergência. *Rev Min Enferm*. 2018. [acesso em 2021 jul. 23]; 22(e: 1137): 1-6. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/e1137.pdf>
12. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990 [acesso em 2021 jul. 23]. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
13. Silva MIS, Vilar RLA, Teodosio SSCS, Silva HMMD, Costa JFS. A gestão participativa no SUS: uma revisão integrativa. *REAS*. 2018 [acesso em 2021 jul. 23]; 10(4): 1810-17. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS248.pdf>.
14. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLF, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. [acesso em 2021 jul. 23]. 2013; 18(7): 2147-56. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n7/2147-2156/pt>
15. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente Comunitário de Saúde: Desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*. 2014 [acesso em 2021 jul. 23]; 17(2): 53-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/gFYwGbcLLT4gpcDDW9mNfLh/?format=pdf&lang=pt>
16. Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em Saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2021 jul. 23]; 22(6): 1865-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hKLZGNNH33JvHLdtGrYvLMx/?lang=pt&format=pdf>
17. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc e saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2021 jan. 28]; 5(21). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501637&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Rabelo AOM, Bueno DS, Andrade HS. Análise do trabalho do agente comunitário de saúde na

- estratégia de saúde da família. *Revista Pesquisa e Saúde*. 2018; 19(1): 33-37.
19. Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações*. 2017 [acesso em 2021 jul. 23]; 18(3): 97-105. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/inter/a/krgDw5DT6qr7PB4bmSknWsj/?format=pdf&lang=pt>
20. Santos CL, Santos PM, Pessali HF, Rover AJ. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2021 jul. 24]; 25(11): 4389-99. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/mnNTGr5N5QQZjXfZ97ZcfBF/?lang=pt&format=pdf>
21. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2017 Set [acesso em 2021 fev. 01]; 41(spe3): 155-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en
22. Pereira IP, Chai CG, Loyola CMD, Felipe IMA, Pacheco MAB, Dias RS. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2019 [acesso em 2021 jan. 28]. 24(5): 1767-76. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501767
23. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2016 [acesso em 2021 jan. 29]. 21(5): 1511-24. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501511
24. Luz HC, Carmo WLN, Carmo SMAG, Carmo MN, Pantoja CSM, Guimarães RM, et al. Democratização da saúde: desafios da municipalização e descentralização administrativa relacionado a participação e controle social. *Braz. J. of. Develop*. 2020 [acesso em 2021 jul. 2021]; 6(1): 508-23. Disponível em:
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/5869/5271>
25. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2017 Set [acesso em fev. 01]; 41(spe3): 155-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en.
26. Ponte HMS, Silva AVJG, Pinto FRM, Aguiar FAR, Aviz ALM, Aires SF et al. Ser enfermeiro, ser conselheiro: despertando para o controle social e saúde pública. *Rev. Bras. Enferm*. 2019 [acesso em 2021 jul. 24]; 72(1): 142-47. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/7MXsDZ35Yf8NLwrFnQBLpzx/?format=pdf&lang=pt>
27. Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. 2013 [acesso em 2021 jul. 22]; 96(37):139-47. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?lang=pt&format=pdf>
28. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017 [acesso em 2021 jul. 23]; 21(61): 309-20. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0136>
29. Cruz PJSC, Virmes D, Leitão MH, Araújo RS. Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. *Rev de APS*. 2018. [acesso em 2021 jul. 23]; 21(3):387-98. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16423>.
30. Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, Souza FL, Santos EV, Soares CHA. “O caminho se faz ao caminhar”: processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo

cidadão. Saúde e Sociedade. 2012. [acesso em 2021 de jul. 24]; 21(1): 234-43.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500020>

31. Maceno PR, Schulter; Heidemanm IT. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da atenção primária à saúde. Contexto Enfermagem. 2016 [acesso em 2021 jul 24]; 25(4): 1-9.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072016002140015>