

GESTÃO COMPARTILHADA: A PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO ESTRATÉGIA PARA A RENOVAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SHARED MANAGEMENT: POPULAR PARTICIPATION AS A
STRATEGY FOR RENEWING THE WORK PROCESS OF HEALTH
PROFESSIONALS

Jefferson Nunes dos Santos

jefferson-nunes11@hotmail.com

Coorientador (a): Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

claudia@pesqueira.ifpe.edu.br

Orientador: Kleber Fernando Rodrigues

kleber@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

Objetivo: Descrever como a participação popular tem contribuído para a renovação do processo de trabalho conforme a percepção dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido com profissionais gerentes de doze Estratégias de Saúde da Família, do município de Pesqueira-PE, no período de maio a setembro de 2019. **Resultados:** Estruturaram-se três categorias de análise, sendo elas: Conhecimento das Políticas Públicas que reforçam a participação popular nos serviços de saúde, Fragilidades nos serviços de saúde que impactam no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem e Percepção dos profissionais acerca do seu processo de trabalho ao incluir a participação popular na sua prática diária. **Considerações finais:** A participação popular tem demonstrado irrefutáveis avanços no desenvolvimento de políticas públicas que convergem diretamente para o tipo de trabalho que os profissionais que os assistem desenvolvem. Porém, nos últimos anos, esse protagonismo tem diminuído, e, assim, cria-se uma margem para que medidas políticas que ferem os direitos constitucionais sejam disseminadas em meio à sociedade, oportunizando a prática de um trabalho assistencial pautado em variáveis quantitativas do cuidado ofertado, e não da qualidade deste.

Palavras-chave: Participação popular; Profissionais de saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To describe how popular participation has contributed to the renewal of the work process according to the perception of nursing professionals in Primary Health Care. Methodology: Descriptive study with a qualitative approach, developed with professional managers of twelve Family Health Strategies, from the municipality of Pesqueira-PE, from May to September 2019. Results: Three analysis categories were structured, namely: Knowledge Public Policies that reinforce popular participation in health services, Weaknesses in health services that impact the work process of nursing professionals and Perception of professionals about their work process by including popular participation in their daily practice. Final considerations: Popular participation has demonstrated irrefutable advances in the development of public policies that converge directly to the type of work that the professionals who assist them develop. However, in recent years, this role has diminished, and thus, there is scope for political measures that violate constitutional rights to be disseminated among society, allowing the practice of assistance work based on quantitative variables of the care offered, and not the quality of this.

Keywords: Community Participation; Health Personnel; Family Health Strategy.

1 INTRODUÇÃO

A participação popular nos espaços de planejamento e execução de ações de saúde sempre fora um tema amplamente debatido em legislações relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), pelo fato de ser considerada um pilar fundamental para a manutenção do controle social democrático desde a sua consolidação promovida pela contribuição dos segmentos legislativos e civis, durante a 8.^a Conferência Nacional de Saúde em 1986 (SILVA *et al.*, 2019).

Portanto, em teoria, o SUS conta com uma partilha de poderes em que profissionais, gerentes e usuários são corresponsáveis pela garantia e melhoria dos direitos à saúde, sobretudo aqueles relacionados ao acesso aos serviços e à acessibilidade destes (LEAL; MELO, 2018).

Todavia, o que se encontra amplamente difundido, na prática, é o exercício de um sistema verticalizado, no qual a sociedade em pouco contribui com as decisões de ações de saúde que envolvam seu próprio contexto sociocultural, principalmente em nível de Atenção Primária à Saúde (APS), dadas as ações de prevenção, promoção e educação em saúde mais constantes e rotineiras (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Os motivos para a existência dessa fragilidade no exercício do que preconizam as legislações referentes à participação popular são variáveis e perpassam contextos de qualificação profissional, condições de trabalho, recursos técnicos, estruturais e materiais, além de sucateamento e enrijecimento do sistema de saúde, na medida em que o restringe suas ações de saúde para somente o alcance de metas governamentais de variáveis quantitativas, enquanto desconsideram, em variados graus, os aspectos qualitativos que abrangem um indivíduo e sua realidade societária (HOPPE *et al.*, 2017).

Visto isso, este artigo objetiva descrever como a participação popular tem contribuído para a renovação do processo de trabalho conforme a percepção dos profissionais de enfermagem da APS.

2 DESENVOLVIMENTO

O trabalho é uma prática que está inclusa na história humana desde as primeiras civilizações. Conforme a humanidade evoluía e crescia em números, o ato de trabalhar passou a ser concebido como um modo de socialização, dotado da ideologia de exercer determinada função ou atividade laboral em comum com outras pessoas, constituindo-se como um ato de estabelecer relações de poder, políticas e desenvolvimento cultural e econômico de determinada sociedade (PANIAGO, 2020).

Com o avanço tecnológico durante a Revolução Industrial, o trabalho passou a ser fortemente atrelado à produção de algum produto para uso das massas sociais. Logo, foi justamente nesse período da história que grandes pensadores como Max Weber, Henry Ford, Henri Fayol e Frederick Taylor desenvolveram suas teorias administrativas, que repercutem ainda hoje nos sistemas de produção de diferentes empresas, inclusive em instituições de saúde como hospitais, clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) (BERTOL *et al.*, 2017; MORORÓ *et al.*, 2017).

No campo da saúde, as diversas teorias organizacionais sofreram com adaptações para adequarem-se às singularidades presentes nessa área. Uma das principais foi referente às concepções de matéria-prima, produto e utente, que divergem dos significados presentes na esfera da administração de negócios (PERUZZO *et al.*, 2020).

Para as Ciências Administrativas, a matéria-prima é um produto bruto que ainda não passou pelo processamento manufatureiro ou industrial para dar origem ao produto que será comercializado para o consumidor. Já no campo das Ciências da Saúde, não existem bens que sejam tangíveis, ou seja, tanto a matéria, quanto o produto ofertado são os cuidados à saúde, direcionados aos utentes (SORATTO *et al.*, 2020).

Esses cuidados estão presentes na prática diária de todos os profissionais da saúde. Contudo, ele se encontra mais evidente nas ações realizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem, em razão de esta possuir como característica a prestação contínua e ininterrupta de cuidados que visam o reestabelecimento do bem-estar do usuário ou a redução do desconforto com sua situação clínica a um nível aceitável (LEAL; MELO, 2018).

Ademais, a saúde é um constructo de uma diversidade de determinantes e condicionantes, e os profissionais de enfermagem possuem uma variada gama de especialidades que abarcam essa diversidade. Logo, o exercício profissional carece de legislações que o legitimem e que estabeleçam as atribuições e os direitos dessa classe trabalhista (SILVA *et al.*, 2019).

Devido a isso, tem-se como exemplo de algumas legislações mais comuns que regem a prática assistencial dos profissionais de enfermagem a Lei 8.080/1990, que regulamenta diretrizes, objetivos e atribuições dos serviços e dos trabalhadores de saúde em sua totalidade; e o Código de Ética da Enfermagem, instituído pela Resolução 564/2017, do Conselho Federal de Enfermagem, que traz

especificamente as atribuições da equipe de enfermagem nos espaços assistenciais e gerenciais, além de acobertá-la juridicamente como uma classe trabalhista essencial na prestação do cuidado à saúde (DA-SILVA, 2016).

No caso da APS, a prática profissional da equipe de enfermagem é regulamentada pela Portaria 2.436 de 2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesta política, é descrito que os profissionais de enfermagem devem agir no desenvolvimento de atividades que visem à prevenção e promoção de saúde da população adscrita à unidade, através de ações de educação em saúde (LUCAS; NUNES, 2020).

Além disso, ainda é realçada por esta portaria, a importância da preservação da autonomia dos profissionais de saúde que atuam cotidianamente com a comunidade, no desenvolvimento de estratégias inclusivas para a população e gerenciais do serviço, que se diferencia amplamente dos diversos níveis de assistência à saúde. Todavia, ainda é enfatizado que mesmo com essa liberdade de ações, esses profissionais devem possuir habilidades que permeiem o campo da assistência, da administração, do ensino, da pesquisa e da participação política (PERUZZO *et al.*, 2020).

Como visto, as atribuições dos profissionais da equipe de enfermagem são extensas e, mesmo que a ESF se caracterize como um sistema de atenção à saúde de baixa complexidade assistencial há fatores que interferem de forma significativa na execução do processo de trabalho dessa equipe (BARRETO; ALMEIDA; SOUTO, 2018).

Todavia, para amenizar essas fragilidades, a PNAB reforça uma estratégia que possui uma alta capacidade de atenuação. A participação popular na contribuição do planejamento de ações de saúde tem-se mostrado, ao longo dos anos, fundamental para o empoderamento dos usuários do sistema de saúde, ao colocá-los como promotores e defensores do seu direito de acesso à saúde de qualidade e de manutenção do seu completo bem-estar (ALMEIDA *et al.*, 2020; HOPPE *et al.*, 2017; MELO; SILVA; FIGUEIREDO, 2018).

Vistas essas questões, torna-se possível constatar que a prática dos profissionais de enfermagem ainda se encontra em constante aperfeiçoamento. Dessa maneira, a aquisição e o desenvolvimento de novas estratégias voltadas para a melhoria do processo de trabalho são fundamentais, sobretudo para os profissionais da APS, pois eles são os que estão mais próximos da população e os que podem fortalecer com mais afinco a participação popular nos serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido com profissionais de saúde gerentes das ESF's do município de Pesqueira – PE, que, ao todo, comporta 13 ESF's na zona urbana.

O critério de inclusão consistiu em: profissionais que estivessem no cargo de gerência das ESF's. Enquanto os de exclusão foram: profissionais que não estivessem em plena função de seu cargo, devido ao afastamento por atestado médico, férias ou licença durante a fase de coleta de dados; e ESF's localizadas na

zona rural, em decorrência da dificuldade no acesso a estes locais. Ademais, o método amostral escolhido foi o não probabilístico por conveniência.

A coleta de dados ocorreu com doze profissionais que estavam qualificados perante os critérios supracitados, no período de maio a setembro de 2019. Enfatiza-se que um profissional estava inapto, visto que se encontrava em afastamento por atestado médico.

A coleta se deu em forma de entrevistas, que foram conduzidas através de um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios autores com base na literatura presente neste estudo, o qual visava atender às seguintes variáveis: dados sociodemográficos; conhecimento sobre políticas públicas de saúde que visam à participação popular nos serviços de saúde e percepção do profissional acerca do seu processo de trabalho com a inclusão da participação popular no serviço.

As entrevistas ocorreram mediante a marcação prévia por ligações telefônicas e em ambiente fechado de escolha dos próprios entrevistados, com duração média de 18 minutos. Ademais, enfatiza-se que as entrevistas tiveram seu áudio gravado para posterior transcrição das respostas em sua íntegra, conforme a concordância dos participantes.

No que compete à análise dos dados, ela ocorreu mediante a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), devido a essa técnica estar em constante aperfeiçoamento metodológico, o que permite aos autores realizarem todas as etapas inerentes a ela de forma objetiva e com criticidade, além de delimitar seus achados em categorias analíticas que podem ser encontradas nos discursos dos participantes de forma objetiva ou subjetiva.

Visto isso, as etapas realizadas na análise foram: pré-análise, demarcada pela finalização da coleta de dados e começo da codificação dos dados conforme sua homogeneidade, exaustividade, representatividade e relevância em consonância com os objetivos e hipóteses presentes na pesquisa; exploração do material, fim da codificação representada pela seleção das unidades de contexto, para, enfim, categorizá-las de acordo com sua semântica, sintaxe, léxico ou estrutura discursiva presente na fala dos participantes; e resultados, caracterizada pela conformidade das interpretações presentes nos elementos da comunicação exercida entre entrevistado e entrevistador.

No que condiz aos preceitos éticos, este estudo encontra-se em consonância com a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao estar aceite sob número de parecer 3.557.049 do Comitê de Ética e Pesquisa da Autarquia de Ensino de Belo Jardim (BRASIL, 2016).

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Após a análise dos dados, foi possível estruturar os resultados em quatro categorias centrais, sendo elas: Caracterização dos participantes; Conhecimento das Políticas Públicas que reforçam a participação popular nos serviços de saúde; Fragilidades nos serviços de saúde que impactam no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem; e Percepção dos profissionais acerca do seu processo de trabalho ao incluir a participação popular na sua prática diária.

Não obstante, para fins de confidencialidade, ressalta-se que serão atribuídos, a cada participante, a letra “P” e um número arábico de um até doze, ao serem expostos trechos de suas respostas.

4.1 Caracterização dos participantes

Dos doze participantes entrevistados, dez (83,3%) eram do gênero feminino, oito (66,7%) eram de cor autodeclarada parda. Todos os entrevistados que estavam no cargo de gerência da ESF eram profissionais de enfermagem de nível superior e possuíam em média 11,25 anos de formação nessa área.

Além disso, oito (66,36%) possuíam especialização ou mestrado relacionado à APS, e já atuavam nesse nível de atenção à saúde em média há 5,9 anos. Contudo, apesar desse tempo de atuação, apenas um (8,3%) possuía vínculo empregatício via concurso público, enquanto onze (91,7%) atuavam através de contrato com a Prefeitura Municipal.

4.2 Conhecimento das Políticas Públicas que reforçam a participação popular nos serviços de saúde

A participação popular nos espaços de planejamento de ações de saúde enquanto política pública, apesar de ter conquistado maior visibilidade em relação aos gerentes dos diversos serviços apenas nos últimos anos, foi idealizada desde a promulgação da Constituição Federal (CF), em 1988, com a existência dos Conselhos de Saúde, que atuam como órgãos colegiados deliberativos, além de servirem como interligação entre sociedade e esferas governamentais diversas (ARAÚJO *et al.*, 2018; GOHN, 2019).

Com isso, objetivava-se incluir a sociedade no planejamento, no controle, na fiscalização e na execução de ações de saúde, de modo a perpetuar um sistema equânime e democrático em que a saúde fosse um constructo social de todas as partes envolvidas (ROCHA; MARTINS; FARIAS, 2020).

Esse idealismo mostrou-se essencial para que a população se empoderasse e buscasse, por meio de suas reivindicações, um sistema de saúde em que as pessoas com menores condições socioeconômicas conseguissem ao menos tratar suas enfermidades, o que oportunizou o surgimento do SUS (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Acerca disso, quando perguntados sobre a existência das políticas públicas que os profissionais utilizavam para nortear suas práticas de cuidado com a comunidade, os profissionais que foram mais assertivos foram os P8, P9 e 12, conforme visto nos trechos adiante:

“A gente se baseia diretamente no Ministério da Saúde (MS), nas diretrizes, no que preconiza o Ministério. Então a gente trabalha essas diretrizes junto com a Secretaria de Saúde Municipal e a gente desempenha o trabalho da gente” (P8).

“O Programa de Saúde da Família (PSF), que é o principal, né? A PNAB também que nos norteia e o SUS em si, às práticas do SUS” (P9).

“O caderno de atenção básica de hipertenso e diabético e a PNAB” (P12).

No que compete aos demais participantes, houve algumas inconsistências em suas respostas, visto que confundiram as políticas públicas e seus programas governamentais que norteiam sua prática profissional, com serviços de atendimento e estruturas disponibilizadas pela ESF, como nos exemplos abaixo:

“É o acompanhamento que a gente faz com esse paciente. O acompanhamento da pressão arterial, né? Os hipertensos, os diabéticos [...] A gente sempre quando pode faz o exame de glicose [...] o Hemoglicico Teste (HGT). Tem o acompanhamento da nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é o núcleo de apoio dos PSF, e fazemos o acompanhamento do peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC) desses pacientes [...]” (P1).

“Tem alguns serviços que ofertam a população é [...] temos de ambulatório, aí nós enfermeiros encaminham esses pacientes ao cardiologista que tem aqui no município [...] Tem pediatra [...] tem ortopedista também [...] e também os testes rápidos que são realizados no Centro de Testagem e Acolhimento (CTA). O paciente, ele vem aqui, se ele precisar de um encaminhamento pra o CTA, aí nós encaminhamos para esses serviços. E também tem os ultrassons que nós já recebemos uma planilha pra o mês da secretaria, já pra daqui o paciente ser agendado” (P3).

Ademais, ainda sobre essa questão, houve profissional que se deteve apenas à existência de programas governamentais que estabelecem metas para serem atendidas, como pode ser visto no trecho a seguir:

“A gente sempre se norteia pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) junto com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) [...]” (P5).

Ao situar o contexto apresentado, é possível inferir uma limitação no conhecimento dos profissionais sobre a existência de políticas públicas que enfatizam a participação popular. Para além das citadas pelos profissionais, ainda existem legislações que vieram posteriormente ao surgimento do SUS, que reforçam, em níveis diferentes, a inclusão da comunidade em questões relacionadas à saúde pública, como a Lei 8.142/90, que determina a participação da comunidade nos Orçamentos Participativos (OP), Conselhos e Conferências Municipais de Saúde; e a Lei 12.527/11, que garante aos cidadãos o direito de acesso e transparência de informação das ações dos gestores e gerentes dos serviços públicos (SANTOS *et al.*, 2020a).

Ainda é possível mencionar a Portaria n.º 2.135, de setembro de 2013, que norteia a gestão e gerência do SUS com o uso de três documentações base, como o Plano de Saúde, Programação e Relatório Anual de Saúde. Conjuntamente a esta portaria, há a Lei Federal n.º 141/2012, que acentua a ação dos conselhos na avaliação e fiscalização das ações dos gerentes, atribuindo-lhes, inclusive, o direito

de vetar o relatório anual, assim como de apreciar e aprovar o plano e programação anual de saúde (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Logo, ao observar que os participantes possuem um tempo considerável de atuação na APS, que trabalha fortemente com a inclusão da comunidade, esperava-se que possuíssem conhecimento acerca dessas legislações. Porém, apenas dois (16,6%) mencionaram conhecer algum dos exemplos citados, como é demonstrado nos trechos abaixo:

“Temos essas conferências de saúde realizadas, que ajuda muito viu? Assim [...] se realmente essas reuniões dessas conferências, dos conselhos de saúde que é feita mensalmente, fosse colocado em prática né? Melhoraria muita coisa” (P6).

“Conheço os conselhos de saúde e as conferências” (P10).

Como observado, a existência de legislações é de suma importância para a garantia de que os direitos e deveres sejam executados. Portanto, conhecê-las torna-se obrigatório para todos os indivíduos que compõem uma sociedade. Todavia, a baixa autonomia que alguns profissionais de saúde possuem acerca da história e das legislações que norteiam sua prática assistencial é um dado que merece atenção (XIMENES-NETO *et al.*, 2019).

Desde 1978, são apresentados por algumas literaturas alguns padrões de conhecimentos que se relacionam com a prática profissional na enfermagem. Ao todo, são seis padrões, mas o alvo central desta discussão consiste na explanação de White (1995), que acrescentou o padrão de conhecimento sócio-político (ESCOBAR-CASTELLANOS; SANHUEZA-ALVARADO, 2018).

Este último conhecimento, por mais que seja relacionado à categoria da enfermagem, pode ser adequado para qualquer indivíduo que seja gestor ou gerente de algum serviço. Visto que retrata a autonomia, governabilidade, liderança e representação social que as pessoas em cargos que detenham poder de decisão devem possuir (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Logo, atribui-se a essa ideia, a concepção de que indivíduos que estejam em tais cargos devem possuir conhecimentos relacionados ao seu processo de trabalho, para que, assim, suas ações possam ser consolidadas plenamente. Logo, a presença de fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde acerca de legislações que regem seu trabalho, expressa as falhas presentes em todo o sistema de saúde brasileiro (PÉREZ-JÚNIOR; DAVI; GALLASCH, 2019).

4.3 Fragilidades nos serviços de saúde que impactam o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem

Quando indagados sobre as fragilidades presentes que interferem no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, as repostas possuíram níveis variados, devido às realidades de cada ESF, que são distintas umas das outras. Logo, é inevitável a ocorrência de divergência entre as respostas, visto que a percepção de cada participante é singular.

De modo geral, as repostas voltaram-se basicamente para aspectos relacionados à fragilidade na oferta/manutenção de alguns serviços, quantitativo de profissionais para atendimentos específicos à população, pouquidade de medicações em estoque para serem distribuídas para um alto quantitativo de demandas, e entre outros, que podem ser observados nos trechos abaixo:

“O objetivo da atenção básica, é a prevenção primária em que 85% da resolutividade, seja feita aqui, né. E na realidade tem serviços que nós não dispusemos aqui e que precisa ser encaminhado. O médico encaminha um paciente pra UPA [...] Para um cárdio ou um ortopedista. Aí o que é que acontece? Nós não temos uma resposta deles! Não temos a contrarreferência! Aí a fragilidade que a gente encontra é dessa contrarreferência que eu acho que isso tá acontecendo em várias cidades aqui” [...] (P1).

“Eu poderia dizer que sempre haverá dificuldade, em um detalhe ou em outro, mas nada que não se possa contornar. Por exemplo, um carro para visita domiciliar. Nem sempre a gente vai ter um carro pra visita domiciliar fornecido pela Secretaria de Saúde, e nem por isso a gente vai deixar de desempenhar, e de fazer a visita domiciliar. Então assim, a gente precisa chegar ao paciente para desenvolver esse serviço” (P2).

“A única fragilidade assim é que aqui sempre se reclama é realmente o transporte, porque assim, muitos acamados não podem né? E a gente queria que tivesse o transporte pra o médico fazer a visita, porque ele não faz visita no próprio carro. A gente vai a pé, mas o médico não vai, então a dificuldade da gente que o médico avalie esse paciente acamado é isso, é o transporte” (P6).

“O que a gente sente mais falta, é quando passamos algum tipo de medicação para a comunidade e o município não tem essa medicação ou está em falta, então assim [...] Não tem esse medicamento que eu possa dizer exatamente, mas uma vez ou outra, sempre vai faltar alguma coisa quanto à medicação” (P3).

“Olhe, material [...] Às vezes é insuficiente por quanto da demanda e repasse do MS, por exemplo: teste rápido, que a gente deveria fazer, nas gestantes e seus parceiros, então a gente tem um número menor de teste rápidos que a gente deveria fazer na unidade e tem que encaminhar para o CTA, para ele realizar” (P4).

Aprofundando-se na realidade da APS, o padrão de funcionamento das unidades é regido pelo sistema de metas governamentais, que interferem significativamente no processo de trabalho que os profissionais desenvolvem.

Associado a isso, as literaturas ainda apontam a existência de uma má organização e logística dos serviços, baixo suporte institucional, capacitações insuficientes sobre legislações e ações de educação permanente limitadas, focadas apenas em metas governamentais, como pontos centrais para a fragilização do processo de trabalho e desarticulação da Rede Assistencial de Saúde (RAS) (FERREIRA; GONÇALVES; DIAS, 2018; MENDES, 2010).

Além disso, ainda se soma a esse contexto a formação que estes profissionais possuem, visto que, ainda hoje, as instituições de ensino superior de saúde utilizam uma grade curricular com poucas atualizações legislativas e gerenciais, de modo a focalizar sua grade curricular para ações majoritariamente tecnicistas e assistenciais, o que não prepara o profissional plenamente para o contexto de protagonismo político em meio à comunidade (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Contudo, não se deve apenas inculpar os profissionais pelas fragilidades presentes na sua prática assistencial. Independente da área de atuação, os profissionais da saúde lidam cotidianamente com uma elevada jornada de trabalho, de modo que sua atividade possui uma forte tendência a voltar-se para a manutenção de um padrão pré-estabelecido pelas instituições de saúde (SANTOS *et al.*, 2020b).

Ademais, devido ao exercício profissional desta classe trabalhista estar fortemente atrelado com questões políticas, sejam elas de saúde ou sociais, principalmente, em municípios de pequeno e médio porte, torna-se compreensível a ocorrência de ações que fragilizam o compartilhamento de poder entre a comunidade e os profissionais.

Quando indagados sobre essa questão, os participantes afirmaram que a prática de realocação constante de uma ESF para outra durante as trocas de gestões políticas interfere consideravelmente no seu processo de trabalho, como visto nos trechos a seguir:

“Já rodei em todas. Porque quando entra um prefeito tira e bota em outro canto, aí entra outro e tira e bota em outro canto. Então, com certeza, sem dúvida nenhuma gera interferência” (P2).

“Sim, porque a gente ao chegar a uma unidade, em um bairro, a gente vai tentando manter um vínculo positivo com a comunidade, então a partir do momento que a gente é realocado, transferido de localidade, a gente quebra esse vínculo para ter que refazer em uma nova comunidade e em uma nova unidade de saúde” (P3).

Os profissionais da saúde possuem como dever o exercício político na defesa dos direitos de saúde da sociedade, sobretudo aqueles que atuam constantemente com a comunidade, como no caso dos profissionais da ESF. Devido a isso, torna-se fundamental a existência de um relacionamento entre profissional e comunidade pautado na confiança e no vínculo mútuo para a existência do compartilhamento de informações e ações (FERREIRA; GONÇALVES; DIAS, 2018).

Todavia, a presença de um forte senso de clientelismo na política brasileira inviabiliza em variados graus esse vínculo. Frequentemente, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte, são comuns as coligações políticas entre os gerentes dos diversos serviços públicos que oportunizam, a cada troca de gestão política, a realocação de todos os cargos gerenciais à escolha das prefeituras (COSTA; MÉLLO; NOGUEIRA, 2018).

Essa prática impacta significativamente no processo de trabalho dos profissionais, uma vez que todas suas ações desenvolvidas conjuntamente com a

comunidade são cessadas em prol do favorecimento de uma aliança entre os líderes municipais para perpetuar sua influência, ao invés da priorização de permanência e melhoria das condições de trabalho que os profissionais desenvolvem na comunidade em que está adscrita a ESF que gerenciam (ARAÚJO *et al.*, 2018).

4.4 Percepção dos profissionais acerca do seu processo de trabalho ao incluir a participação popular na sua prática diária

Quando indagado aos participantes como ocorre a participação da comunidade na contribuição do planejamento de ações de saúde voltadas para a própria comunidade de que fazem parte, as respostas, apesar de serem afirmativas, expuseram uma realidade contraditória ao que é estabelecido nas legislações vigentes.

Devido a isso, a constatação foi de que a participação ocorre de modo esporádico e não de forma contínua, como pode ser observado nos trechos das falas dos participantes a seguir:

“A gente tem mais de 4 anos que é quando a gente faz o fórum, aí convidamos a comunidade para participar, pra dizer o que precisa ser melhorado né? E nessas perguntas e respostas que eles colocam, a gente encaminha pra secretaria de saúde. Faz 2 anos que teve o último fórum, sempre quando inicia uma nova gestão, mas regularmente é de 4 em 4 anos” (P1).

“Já aconteceu, aí eles contribuíram bem, aí era mais sobre a marcação de exames, marcação de consultas, foi ano passado, que a gente reuniu a comunidade e pediu a opinião deles, quais as melhorias que eles queriam mais. Não é uma coisa mensal sabe? Porque pra eles virem a gente precisava de uma associação, porque era o que ia estabelecer vínculo, mas para organizar isso como posto não tem condições, porque a demanda pra mim é muito grande” (P2).

“Não, a gente não trabalha diretamente, dessa forma, só quando a gente faz aquele evento da cidade, que envolve Conselho de Saúde, que é as Conferências Municipais de Saúde, que aí a gente convida a comunidade, a gente repassa, reforça a importância, mas aqui na Unidade Básica de Saúde (UBS), não” (P3).

“Contribui! Eles sempre participam! Geralmente essas reuniões acontecem mais quando vão ter conferências, eles se interessam mais para vir” (P5).

“Não. Quando a comunidade participa é no plano municipal de saúde (fórum). Primeiro convida a comunidade geral, depois determinamos alguns membros da comunidade, uns 5 membros e isso acontece a cada 4 anos” (P9).

Todas essas situações relatadas contribuem para que o profissional, mesmo com o conhecimento de seu dever em incluir a comunidade como protagonista de

seu autocuidado, opte por ações mais verticalizadas. Pois, quando esse processo não é questionado pelos indivíduos, torna-se mais fácil o planejamento, o controle e a execução de ações de saúde, e, assim, todas as decisões ficam a cargo, exclusivamente, da equipe multiprofissional e dos interesses de seus gestores políticos (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Nesse quesito, alguns estudos apontam que a gestão compartilhada é frequentemente fragmentada propositalmente, com o uso de ações que excluem a comunidade de forma subjetiva, como, por exemplo, a omissão de informações, o uso de termos técnicos constantes que dificultam a compreensão da sociedade civil acerca do que está sendo debatido, a distribuição de cargos fantasma, e a aglomeração de reivindicações sob o pretexto de discussão durante as conferências de saúde, conforme previsto na Lei 8.142/90 (ARCARI *et al.*, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Entretanto, como enfatizado anteriormente, essas fragilidades não são específicas de um único agente. Para os entrevistados, a comunidade ainda possui uma baixa compreensão acerca de seus deveres como usuários do sistema (HOPPE *et al.*, 2017).

Dessa forma, os profissionais também enfatizam que, apesar de tentarem constantemente incluir a comunidade e torná-los mais participativos nessas ações, as recusas e indiferenças são recorrentes, como pode ser visto no trecho a seguir:

“Sempre tem que estar chamando-os, dificilmente participam por vontade própria” (P11).

Por conseguinte, ao questionar-se como os participantes compreendiam a participação popular e como ela poderia contribuir no processo de trabalho que os profissionais desempenham de modo a auxiliá-los no estabelecimento de um adequado controle social, as respostas foram:

“Sem o povo a gente não trabalha não. Porque assim [...] A gente tem que conscientizar eles que tem que começar deles quererem ajudar a gente, porque o profissional sem o povo e sem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não vai muito longe. Fica sobrecarregado e assim, você não sabe das coisas, você é uma pessoa só, e como você dá conta de quase 3.000 pessoas, né? Então assim, a comunidade está aí para nos ajudar” (P3).

“Sim. Eles vão interagir com a gente né? Tanto eles quanto a gente tem que ter aquela troca de participação, no controle social também, digamos assim [...] deixa eu dar um exemplo [...] como na dengue a gente passa a informação pra eles, eles passam a informação pra gente e essa troca de informação e eles tem mais cuidado em relação ao local onde eles moram” (P4).

“São eles os usuários do serviço de saúde, então [...] nossas ações tem que ser voltada, realmente, para as necessidades deles, se eles estão aqui junto com a gente, se a gente faz com que a comunidade participe, e a gente vai ouvir as reivindicações e necessidades, a nossa execução vai ter um êxito melhor,

porque não vai ser de acordo com o que eu penso, vai ser de acordo com o que eles necessitam” (P5).

“Com certeza. Porque a comunidade é à base do SUS, sem a comunidade, sem a participação da comunidade o SUS não existe” (P11).

Os profissionais, de modo geral, apoiam-se na adesão e no protagonismo da comunidade para exercer um poder social mais incisivo na reivindicação de melhorias da saúde, visto que a opressão do poder estatal se encontra em soberania no âmbito municipal e suprime as possibilidades para que, sozinhos, eles possam angariar modificações na realidade local, sem que se exponham ao risco de retaliação por parte do sistema político (ALMEIDA *et al.*, 2020; HOPPE *et al.*, 2017; MELO; SILVA; FIGUEIREDO, 2018).

Todavia, sem a participação ativa e organizada dos membros da comunidade, seja em algum conselho ou associação de moradores, a força necessária para a transformação social perde seu significado e importância, de modo a preservar um status quo de desigualdades em que todos os envolvidos apenas angariam perdas, sejam elas trabalhistas ou societárias (MELO; SILVA; FIGUEIREDO, 2018).

Logo, observa-se que o processo de trabalho dos profissionais não possui limites quando associados a uma participação efetiva da comunidade, com o devido compartilhamento de relações de poder entre os atores envolvidos e o fortalecimento de um vínculo saudável.

Por fim, quando indagado aos participantes sobre suas considerações para possíveis soluções ou intervenções que pudessem transformar o seu processo de trabalho com a inclusão plena da comunidade no compartilhamento de algumas ações de saúde, as respostas foram:

“Eu acho que deveriam ser elaboradas estratégias para poder fazer as pessoas sentirem que isso é importante, se não atingir na saúde e na vida delas de alguma forma, elas não se interessam. Então eu acho que deveriam ser elaboradas estratégias que fizessem eles sentir a necessidade de estarem presentes na UBS a frente dessas questões de saúde” (P3).

“Permitir, de repente que aconteçam reuniões com a comunidade, com o representante da comunidade pra que se passem as necessidades, os contentamentos e descontentamentos, como a gente vem trabalhando, eu acho que é por aí” (P4).

Apesar de essas afirmações serem relevantes e pertinentes, percebe-se que são ações que já estão previstas nas legislações citadas neste estudo, o que reforça, mais uma vez, como os profissionais possuem um protagonismo sócio-político abaixo do que seria ideal (ESCOBAR-CASTELLANOS; SANHUEZA-ALVARADO, 2018).

Em meio a esta desordem, percebe-se que a participação popular possui a capacidade para reconfigurar não somente o processo de trabalho dos profissionais

da saúde, como também todo o sistema e subsistemas presentes nas políticas públicas brasileiras. Porém, para isso, é necessário que a população exerça seu papel ativamente para a permanência do controle social democrático e equânime (ALMEIDA *et al.*, 2020; HOPPE *et al.*, 2017; MELO; SILVA; FIGUEIREDO, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÕES

Com base no exposto, torna-se possível explicar que a participação social trouxe modificações de altíssimo impacto para a sociedade. Porém, percebe-se que esse protagonismo tem diminuído ao longo dos anos, o que possibilitou que medidas opressoras fossem disseminadas em meio à sociedade.

A atuação dos profissionais da APS, além de assistencial e gerencial, está intrinsecamente ligada com a educação da comunidade acerca de seus direitos e deveres. Logo, à medida que desempenha seu papel, o profissional desenvolve mentalidade sociocrítica, que estimula as pessoas da comunidade a se tornarem mais protagonistas na saúde ou em aspectos políticos, com enfoque na transformação social, a priori, em nível local.

Com isso, a população ganha vez e voz nos espaços decisórios de ações que repercutem na sua vida direta e indiretamente, e, assim, podem determinar as medidas que mais se adéquam as suas necessidades. Dessa forma, o profissional angaria mais do que a participação ativa em suas ESF's, conquistam aliados com a capacidade de ampliar em graus inestimáveis suas ações de saúde.

Ao incluir a participação popular no auxílio aos profissionais de saúde em suas ações, estabelece-se o desenvolvimento de profissionais cada vez mais empoderados e autônomos, estimulando-os a contraporem-se ao regime tradicional de trabalho determinado pelo taylorismo, visto que suas ações passam a ser pautadas em preceitos ético-legais, técnico-científicos e teórico-filosóficos que os impulsionam a ser defensores da saúde pública, além de promotores do bem-estar humano.

Portanto, ao seguir esta premissa, ao unificar as ações desses atores, torna-se possível a garantia da universalização do acesso, integralização da assistência, além de resolutividade oportuna e ágil, conjuntamente com a preservação da autonomia, sendo este um marco inicial de uma nova reestruturação do processo de trabalho desses profissionais, com alta potencialidade para a resolução de diversas fragilidades do sistema de saúde brasileiro.

Ademais, salienta-se que este estudo expressa a realidade específica da zona urbana do município de Pesqueira-PE. Portanto, é imprescindível que mais estudos sejam desenvolvidos com abrangência territorial maior, incluindo comunidades rurais e distritos do município. Assim, poder-se-á traçar, em perspectiva comparada, como se processa o trabalho dos profissionais de saúde em cargo de gerência da ESF, contribuindo para a ampliação de estudos sobre medidas inclusivas e gestão compartilhada com membros da comunidade, à medida que se estabelecem concordâncias e discordâncias entre os resultados apontados por este estudo.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, L. A. *et al.* Gestão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. INTESA – Informativo Técnico do Semiárido, Pombal – PB, v.14, n 1, p.40-43, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/8101/763> 2. Acesso em: 14 ago. 2020.
- ARAUJO, J. L. de *et al.* Brazilian Unifi ed Health System and democracy: nursing in the context of crisis. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2066-2071, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/0034-7167-reben-71-04-2066.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.
- ARCARI, J. M. *et al.* Manager profile and practices of county health management in the Unified Health System (SUS) according to population size in the municipalities of the Rio Grande do Sul state. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, feb. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Access on: 18 feb. 2021.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.
- BARETO, A.; ALMEIDA, E. A. P. P.; SOUTO, P. A. L. Atenção do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF): potencialidades e limitações. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 1, n. 3, p. 129-134, dez. 2018. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/44>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- BERTOL, B. *et al.* Teorias administrativas e econômicas e o desenvolvimento social. Revista Maiêutica, Indaial, v. 5, n. 1, p. 9-13, 2017. Disponível em: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO_EaD/article/view/1708/822. Acesso em: 14 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
- CELESTINO, L. C. *et al.* Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro da Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 54, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018055603602>. Acesso em: 11 set. 2020.
- COSTA, L. T. da C.; MELLO, L.; NOGUEIRA, P. T. A. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1094-1104, out. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180679>. Access on: 23 maio 2021.
- DA-SILVA, M. C. N. O Conselho Federal de Enfermagem no desenvolvimento de políticas públicas do sistema único de saúde: perspectivas e desafios. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 7, p. 77-80, jan. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/698/308>. Acesso em: 25 jul. 2020.

ESCOBAR-CASTELLANOS, B.; SANHUEZA-ALVARADO, O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermeira: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, Montevideo, v. 7, n. 1, p. 27-42, jun. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>. Accedido em: 14 feb. 2021.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Acesso em: 15 dez 2020.

GOHN, M. da G. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Caderno CRH*, Salvador, v. 32, n. 85, p. 63-81, abr. 2019. Doi: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>. Acesso em: 13 abr. 2021.

HOPPE, A. dos S. *et al.* Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, p. 335-343, dez. 2017. Doi <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.10927>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. de. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 2, p. 413-423, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/0034-7167-reben-71-02-0413.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

LUCAS, P. R. M. B.; NUNES, E. M. G. T. Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/0034-7167-reben-73-06-e20190479.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, mar. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017162817>. Acesso em: 11 dez. 2020.

MELO, P. M. de A.; SILVA, R. C. G. da; FIGUEIREDO, M. H. da S. J. Enfoque de enfermagem na comunidade e empoderamento da comunidade: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. serIV, n. 19, p. 81-90, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn19/serIVn19a09.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2010.v15n5/2297-2305/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MORORÓ, D. D. de S. *et al.* Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332,

maio. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/en_1982-0194-ape-30-03-0323.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

NILO, T. Uma Reflexão sobre a Crítica de Hannah Arendt ao Conceito de Trabalho de Karl Marx. *Intuitio*, v. 9, n. 2, p. 88-102, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-4012.2016.2.23919>. Acesso em: 12 jul. 2020.

PANIAGO, M. C. S. Autogestão e controle operário: uma análise histórica crítica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 338-347, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v23n2/1982-0259-rk-23-02-338.pdf>. Acesso em: 06 set. 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Essential management competencies of nurses: actions and interactions in the context of the Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/0034-7167-reben-73-06-e20190511.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

PÉREZ-JÚNIOR, E. F.; DAVI, H. M. S. L.; GALLASCH, C. H. O poder em Foucault e precarização do trabalho em enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, p. e38527, dez. 2019. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38527>. Acesso em: 03 jan. 2021.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 155-170, set. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s312>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ROCHA, C. M. F.; MARTINS, M. da R.; FARIAS, M. A. de. Health for all: civil society participation in global health governance. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe1, p. 160-170, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020s114>. Access on: 14 abr. 2021.

SANTOS, C. L. *et al.* Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4389-4399. 2020a. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>. Access on: 23 mar. 2021.

SANTOS, T. A. dos *et al.* Intensidade do trabalho em enfermagem nos hospitais públicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 28, 2020b. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3221.3267>. Acesso em: 12 set. 2020.

SILVA, A. R. *et al.* The (re/de)construction process of the professional identity of nursing in the brazilian news media: 1980-1986. *Texto e Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/1980-265X-tce-28-e20170590.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy professional satisfaction in Brazil: a qualitative study. *Texto e Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/1980-265X-tce-29-e20180104.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2020.

XIMENES-NETO, F. R. G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, jan. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>. Acesso em: 11 fev. 2021.