

# ATENÇÃO BÁSICA, LIDERANÇA COMUNITÁRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E COMUNIDADE

BASIC CARE, COMMUNITY LEADERSHIP AND PUBLIC POLICIES ON HEALTH AND COMMUNITY

Nadja Maria Florencio Gouveia dos Santos<sup>1</sup>

nad.maria@hotmail.com

Kleber Fernando Rodrigues<sup>2</sup>

kleber@pesqueira.ifpe.edu.br

---

## RESUMO

A participação das lideranças comunitárias nas ações de planejamento das tomadas de decisão no setor da saúde ainda é algo pouco explorado, mesmo depois do surgimento de alguns documentos norteadores como a Política Nacional de Atenção Básica e o SUS. O cumprimento desses documentos ratifica essa participação como sendo de fundamental importância no desenvolvimento da fiscalização e atuação da comunidade. Dessa forma, precisa-se investigar quais são as fragilidades instauradas para criar o vínculo necessário entre as lideranças e a saúde para que a população tenha, cada vez mais, voz ativa na defesa de seus direitos sobre os serviços de saúde. O estudo foi de caráter transversal de abordagem qualitativa, possuindo como objetos de investigação os líderes comunitários de três Associações de Moradores da área urbana do município de Pesqueira/PE. Os procedimentos desenvolvidos decorreram da realização de entrevistas realizadas por meio de um questionário semiestruturado que foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética.

**Palavras-Chave:** Poder Social. Estratégia de Saúde da Família. Lideranças Comunitárias. Participação da Comunidade. Atenção Básica à Saúde.

## ABSTRACT

The participation of community leaders in planning actions for decision-making in the health sector is still little explored, even after the emergence of some guiding documents such as the National Policy for Primary Care and SUS. Compliance with these documents ratifies this participation as being of fundamental importance in the development of community inspection and performance. Thus, it is necessary to Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1<sup>o</sup> de Julho de 2021.

investigate what are the weaknesses established to create the necessary link between leaders and health so that the population has an increasingly active voice in defending their rights over health services. The study was cross-sectional with a qualitative approach, with community leaders of three Neighborhood Associations in the urban area of the municipality of Pesqueira / PE as research objects. The procedures developed resulted from interviews conducted through a semi-structured questionnaire that was previously approved by the Ethics Committee.

**Keywords:** Social Power. Family Health Strategy. Community Leadership. Community Participation. Primary Health Care.

## 1- INTRODUÇÃO

No final da década de 80, em Brasília, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), depois de haver acontecido a Reforma Sanitária com o total apoio popular. Finalmente, as discussões referentes à melhoria da saúde no Brasil foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, através da Lei nº 8080/90, que fomentou o SUS. Dessa forma, em seu Artigo 196, a saúde foi declarada como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e públicas na garantia da redução de doenças e agravos à população brasileira (CARLOS, E.F. et al., 2009).

A Lei nº 8.142/90 do SUS efetivou a participação da comunidade dentro da Atenção Básica (AB) como sendo uma parte essencial para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para a população de forma geral, as quais são executadas pelo poder municipal. Todavia, a participação popular em locais formalizados como Conselhos Municipais de Saúde e/ou Orçamentos Participativos ainda é baixa, pois essas instituições não fornecem ao cidadão uma maior acessibilidade e compreensão em relação aos seus objetivos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Segundo Anjos et al. (2009), a AB constitui o nível primário de atenção à saúde pois tem, como principal objetivo, a oferta dos serviços de atendimento de baixa complexidade, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que estabelece cuidados de promoção e prevenção à saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos, além de ser a porta de entrada para o âmbito da saúde.

Nesse sentido, o vínculo existente entre os profissionais da AB, a comunidade e os Líderes Comunitário (LC) é um dos principais pilares para existir um funcionamento adequado, mesmo com as lacunas existentes na implementação das leis referentes à participação popular na AB, gerando, muitas vezes, dificuldades no estabelecimento de vínculos entre a saúde e a população (ANJOS et al., 2013).

Tendo em vista a complexidade e a abrangência do processo de formação do vínculo entre profissionais das ESF com a comunidade, representada pelos seus líderes comunitários, é imprescindível que essas duas esferas de poder atuem em conjunto visando a melhorar a qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 1990).

## **2- MARCO TEÓRICO**

As diferenças nas relações de poder entre diversos setores sociais sempre estiveram presentes na sociedade, desde os tempos mais remotos. A sociedade sempre estabeleceu cadeias de poder, nas quais, pessoas com determinadas características, assumiam papéis de referência, ficando a cargo delas escolherem ações que envolviam diferentes grupos de indivíduos que buscavam alcançar um determinado objetivo, que nem sempre, era o mais adequado para todos (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Podemos encontrar essas relações de poder muito claramente na convivência entre saúde e comunidade, pois o LC, representante da comunidade, e a ESF, atuando como porta de entrada da AB, parece estabelecer uma hierarquia entre eles, de uma maneira muito sutil, fragilizando a comunicação entre esses dois atores (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Pierre Bourdieu em sua obra *O Poder Simbólico (1989)* retrata bem essa sutileza do poder que se dá através de vias simbólicas da comunicação revestida de hierarquia, na qual existem a parte dominante e a dominada e nenhuma delas percebe esse fato conscientemente. Assim, dentro da comunidade, o papel do LC exerce um tipo de poder simbólico diante dos cidadãos do grupo, um poder invisível e aceito imediatamente pela coletividade de forma inconsciente como se fosse Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

intrínseco ao LC. Esse mesmo poder sutil também é percebido nas relações dos profissionais de saúde com relação à comunidade onde se localiza a Unidade Básica de Saúde (UBS), formulando uma percepção de hierarquia sem muito espaço para comunicação.

Segundo Michel Foucault (2011), o poder se configura de várias formas através de uma estrutura denominada por ele de “Microfísica do poder”:

O estudo desta microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma ‘apropriação’, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvenda nele antes uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, que um privilégio que se pudesse deter; que lhe seja dado como modelo antes a batalha perpétua que o contrato que faz uma cessão ou a conquista que se apodera de um domínio. (FOUCAULT, 2011, p. 29).

Ainda para o autor, as relações sociais são sempre de poder, mesmo dentro da sociedade, sendo contrário a uma “Macrofísica do poder”, que engloba, por exemplo, as relações entre Estado e Nação, um dominando o outro. Contudo, a microfísica está em toda parte, nas relações do cotidiano, pois o poder está em cada um de nós, não existindo um dominador e um dominado. Na verdade, cada indivíduo pode realizar os dois papéis ao mesmo tempo em ambientes e situações diferentes. Portanto, o vínculo entre LC e comunidade se dá por meio desses tipos de poder, considerados intrínsecos e sutis, por meio da hierarquia construída.

O papel principal do LC é levar as demandas da comunidade para os órgãos competentes, dentre eles a ESF, no afã de garantir uma melhor condição de saúde à população. Contudo, devido a essas relações “invisíveis” de poder, alguns LC’s se apropriam dessa função social para benefício próprio, tornando-se conhecidos no bairro para um futuro cargo político, como o de vereador, indo contra seu dever de assegurar os direitos da comunidade. Esse é um clássico exemplo de clientelismo.

Vereadores, algumas vezes apoiados por deputados, desenvolvem ações na área de saúde, diante situações de doença que, geralmente fragilizam, emocional e fisicamente, as pessoas. Os políticos locais desenvolvem atividades de forte cunho clientelista que, segundo eles, podem render votos no período eleitoral, e que constituem uma verdadeira negação do direito à saúde, que se pretende garantir através do SUS (VIEIRA et al., 2002)

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

Ainda para Vieira et al. (2002), ao invés de os LC's se engajarem na luta pela defesa do SUS, aproveitam-se das falhas e deficiências do sistema público de saúde, para propiciar meios paliativos que impressionam as pessoas que procuram uma salvação vinda deles.

No contexto da AB, os profissionais de saúde, que compõem a ESF, lidam frequentemente com um sistema baseado em relações de poder. Em parte, esses profissionais se relacionam com as organizações que, hierarquicamente, estão acima deles, ou seja, a Prefeitura, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Coordenação de Atenção Básica (CAB). Essas organizações ocupam, ao mesmo tempo, outro tipo de hierarquia, e têm o poder de escolher as condutas que acham mais apropriadas para a comunidade em que se localizam (SILVA; ARANTES, 2017).

Esse processo configura-se como um dos principais problemas para o estabelecimento do vínculo entre as ESF's, o LC e a população adscrita, pois a participação da comunidade nos serviços de saúde em parte é feita de forma verticalizada, hierarquizada de modo que somente os profissionais dessa área podem decidir sobre as ações de saúde, sem que as opiniões, os desejos e as reais necessidades da população sejam escutados pela equipe multiprofissional (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

Essa problemática não avançou tanto, pois existem lacunas nos principais documentos criados para garantia de uma melhor relação da população com a saúde. O SUS, através da Lei 808.0/90 na Constituição Federal de 1988, dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e atuação dos serviços. Já a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituído pela Portaria nº 2.436/17, aborda diretrizes norteadoras para os serviços de AB, e a Lei 814.2/90, que dispõe sobre a efetivação da participação da comunidade dentro da AB como sendo um fator imprescindível para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para a população de forma geral. Todos eles deixaram lacunas muito significativas naquilo a que se propuseram.

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1- Desenho da Pesquisa**

Consiste em um estudo de caráter transversal de abordagem qualitativa. A escolha pelo método transversal justifica-se pela possibilidade de a pesquisadora atuar na perspectiva de observar efeitos ou situações numa população em um determinado tempo. Desse modo, é possível registrar as informações para posterior análise, sem que sejam necessárias realizar intervenções na população, sendo caracterizado, também, como uma subcategoria de estudos observacionais (BASTOS; DUQUIA, 2007).

#### **3.2- Local e Período da Pesquisa**

O local do estudo fica no município de Pesqueira – PE, que possui 66.159 habitantes, distante 215 km da Capital Pernambucana, Recife. Situa-se na Microrregião do Vale do Ipojuca e Mesorregião do Agreste Pernambucano (IBGE, 2011). Dados obtidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) apontam que o município possui 51 estabelecimentos de saúde para atender a população (CNES, 2015; DATASUS, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida nas comunidades que dispõem de Associações de Moradores. Elas se localizam em três bairros da cidade: Baixa Grande, Xucurus e Pitanga, os quais possuem uma população que, predominantemente, apresenta condições socioeconômicas que correspondem à classe social baixa e média, e baixo conhecimento acerca de seus direitos sociais, políticos, civis e de saúde.

A pesquisa teve início em Fevereiro de 2019 e foi originada de uma pesquisa maior denominada: Atenção Básica, Comunidade e Liderança Comunitária: Atores Essenciais para o Desenvolvimento e Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, concluída em dezembro do mesmo ano. Desta forma houve um recorte dessa pesquisa para atender os critérios do TCC evidenciando o papel dos LC's na defesa da comunidade quanto aos serviços de saúde. Inicialmente, houve o levantamento e o aprofundamento dos temas centrais da pesquisa (relações de

poder, mercantilismo, protagonismo político, controle social, vínculo, autonomia, dentre outros) que foi concluída em junho de 2021.

### **3.3- População e Amostra**

O público que fez parte do projeto foi composto por três Líderes Comunitários (LC) dos bairros supramencionados, ou seja, Baixa Grande, Xucurus e Pitanga e suas respectivas Associações de Moradores: Associação de Moradores da Baixa Grande, Associação de Moradores São João Batista e Associação de Moradores Cristo Rei.

### **3.4- Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão consistiram em LC's que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que estavam em plena atividade, ou seja, na representação da comunidade.

Os critérios de exclusão e eliminação consistiram em LC's que aceitaram participar do projeto, mas que desistiram posteriormente em alguma fase do estudo, e localidades que não tinham nenhum líder comunitário ou pessoa que representasse de alguma forma, a comunidade.

### **3.5- Coleta de Dados**

Foram realizadas entrevistas a partir de questionários semiestruturados, construídos com base na literatura presente nesse estudo. O estudo foi composto por dados sociodemográficos (Idade, Escolaridade, Renda, Etnia, Estado Civil, Profissão), e de 26 questões específicas, referentes ao conhecimento de políticas públicas, como a Lei 8.080/90, Lei 8.142/90 e Portaria nº 2.436/17, além de aspectos voltados à percepção e à interpretação do que é e quais ações uma liderança comunitária realiza.

As coletas ocorreram mediante marcação prévia por meio de ligação telefônica para os LC's, através de pessoas das comunidades ou pelos demais líderes comunitários que foram sendo entrevistados. As entrevistas

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

ocorreram em ambientes fechados de acordo com o desejo dos participantes, ou seja, em domicílio, no ambiente de trabalho, ou em qualquer outro local previamente acordado. Salienta-se que foi utilizado o recurso de gravação de áudio para posterior transcrição das respostas, estando o uso desse recurso, sob a concordância dos participantes.

### **3.6- Análise dos dados**

A análise dos dados se deu de forma qualitativa por meio da Análise de Conteúdo (AC), que envolve as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (BARDIN, 2011). Dessa forma, após a coleta de dados, realizou-se a transcrição das falas dos participantes da pesquisa para um documento *word*, no computador ou notebook da autora, e replicados em meio digital para o *google forms*, onde somente a autora deste projeto teve acesso, sendo mantidos como banco de dados para posteriores publicações, por um período de até cinco anos.

### **3.7- Aspectos Éticos**

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisadora comprometeu-se em obedecer aos preceitos ético-legais enunciados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O presente projeto de pesquisa foi submetido à avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa de Belo Jardim, mediante sua submissão a Plataforma Brasil, no mês de maio de 2019, sendo liberado o número de CAAE 14213619.5.0000.5189, no mesmo mês. Em agosto foi submetido novamente com as alterações solicitadas, sendo aprovado em setembro de 2019, sob o número de parecer 3.557.049 (BRASIL, 2012).

Foi garantido o sigilo com relação à identidade e as informações fornecidas pelos entrevistados, bem como o direito de se negar a participar do estudo, ou ainda, se ausentar do estudo a qualquer momento. Todos os entrevistados foram inicialmente orientados sobre as finalidades e implicações desta pesquisa de maneira clara e acessível. Foi assegurada a todos os sujeitos da pesquisa a ausência de riscos a sua integridade física ou moral. Esta pesquisa envolve risco mínimo relacionado ao incômodo da concessão pelo sujeito da pesquisa de Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.



informações privativas, além do constrangimento em não saber uma ou todas as questões abordadas no questionário.

Como forma de reduzir estes riscos, as entrevistas ocorreram de forma individual, em salas destinadas unicamente a esta finalidade. Além de assegurar sobre a confidencialidade dos dados e das informações coletadas, e garantidos de que os resultados foram obtidos apenas para alcançar os objetivos da pesquisa, incluindo a sua publicação na literatura científica especializada.

Tais princípios estão descritos no TCLE, que foi assinado por todos os sujeitos que participaram do estudo, bem como pela pesquisadora em duas vias de igual teor, estabelecendo-se assim compromisso mútuo. Aos sujeitos da pesquisa que forem analfabetos, ou que, por qualquer outra necessidade especial, não puderem ler o TCLE, foi assegurada a assinatura mediante impressão dactiloscópica, após terem sido informados verbalmente do teor deste documento e das finalidades da pesquisa.

#### **4-RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados são oriundos da realização de três entrevistas, depois da aplicação dos questionários semiestruturados, contudo salienta-se que serão atribuídos aos participantes códigos que irão de L1 a L3, observando-se a presença desses nas respostas qualitativas. O estudo aponta diferentes experiências vivenciadas pelos LC's das três comunidades pesquisadas. Com relação à caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, a predominância foi de pessoas do gênero masculino com 02 (66,6%), de baixa escolaridade com 02 (66,6%), e cor/etnia autodeclarada parda pelos 100% dos entrevistados.

No que concerne à percepção dos LC's sobre a saúde e a participação popular, as respostas variaram entre eles, através da análise das falas realizadas nas entrevistas. Nesse sentido, podemos nos guiar por quatro eixos básicos, baseados nas percepções individuais de cada LC acerca da interação entre saúde e comunidade e sobre o seu empoderamento frente à defesa da participação popular e o seu engajamento na melhoria dos serviços de saúde.

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

Todavia, foram construídos tais eixos através das entrevistas semiestruturadas com o fim de facilitar a compreensão dos principais temas abordados pelos LC's que foram: 4.1-Conhecimento Político das Lideranças Comunitárias com Relação à Comunidade abrangendo 08 (30,7%) perguntas do questionário; 4.2- O Protagonismo Político das Lideranças Comunitárias enquanto Defensores da Saúde da Comunidade a partir de 02 (7,6%) perguntas do formulário; 4.3- Lideranças Comunitárias, Participação Popular e Controle Social, contando com 06 (23%) perguntas do questionário e 4.4- Articulação entre Lideranças Comunitárias e a ESF no Desenvolvimento de Ações de Saúde a partir de 09 (34,6%) perguntas do questionário.

#### **4.1-Conhecimento Político das Lideranças Comunitárias com Relação à Comunidade.**

Foi feita a pergunta aos três LC's: O que você entende por liderança comunitária e sua importância para sociedade? Observa-se que os três LC's entrevistados tiveram opiniões próximas com relação ao questionamento, conforme demonstram os depoimentos a seguir:

“A importância do líder comunitário é devido o líder ser aquela peça focada nas questões da comunidade.” (L1)

[...] é aquela pessoa que assim [...] Fica à frente da comunidade, e tem que saber o que ela está precisando, quais suas necessidades e que tem que correr atrás [...] (L2)

“Dentro da linguagem assim, bem “pequena”, é tomar conta de um povo, é tomar conta de uma sociedade, de uma comunidade, é tomar conta, pra mim isso é muito interessante.” (L3)

Ainda sobre liderança, Pinheiro e Borges (2012) enfatizam que a figura do líder tem sido essencial no que concerne à melhoria das condições de vida junto às comunidades carentes. Dessa forma, L3 complementa:

[...] eu entendo que liderar é criar um espaço com liberdade demonstrativa para todas aquelas pessoas que desconhecem o que é liderar, existem muitas pessoas que conhecem e as pessoas que não conhecem é que precisam realmente [...].

Com relação ao questionamento: Quais as mudanças vivenciadas na comunidade desde a sua atuação como líder comunitário? Cada um enfatizou um serviço diferente ofertado por eles:

“[...] diminuiu essa taxa [...] Essa taxa de mortalidade infantil, então foi um avanço, então eu vejo esse programa do leite. Que a gente atende aqui na nossa comunidade 350 crianças, nesse aspecto da mortalidade infantil, tem avançado, tem sido fundamental [...]” (L1)

“O suporte à área do residencial porque até então era descoberta e após eu ter iniciado, comecei a me articular primeiro com metade da área e depois com a área toda” (L2)

“A minha associação, ela é cadastrada para receber doações de feira, entendeu [...] a gente distribui aqui cestas básicas [...] nós temos oficinas de artesanato, hoje, né? Que nós não tínhamos quando iniciamos” (L3)

Pode-se verificar que o serviço assistencialista ainda é o que predomina na comunidade, tornando um desafio para os LC's colocar em prática o empoderamento dos serviços de saúde para a comunidade. Os poderes públicos como o Conselho de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde por sua vez, se distanciam de certa forma de quem trabalha na ponta.

#### **4.2- O Protagonismo Político das Lideranças Comunitárias enquanto Defensores da Saúde da Comunidade.**

Na visão de Pinheiro e Borges (2012), cada comunidade tem suas necessidades particulares que precisam ser ouvidas pelos gestores das cidades. Diante desse fato, os LC's fazem essa ponte entre a comunidade e a gestão e para isso precisam conhecer bem a comunidade que cada um representa. Com relação á pergunta: Sobre a história do bairro, o que você conhece do surgimento e desenvolvimento da comunidade? Observou-se que os LC's não tinham muito conhecimento acerca da questão, apenas L3:

“É uma comunidade abençoada, se você for observar, nós temos aqui: duas instituições de ensino, uma é a escola de ensino integral, não é?” (L1)

“O que eu sei é que teve um aumento de pessoas aqui nessa área que a saúde abrange” (L2)

“Foi um dos primeiros bairros da cidade, porque foi aqui no bairro que nasceu a cidade” (L3)

Pode-se observar que L1 descreveu sua visão sobre o bairro e não seu surgimento, e L2 chegou há pouco tempo ao bairro e não soube dar muitas informações. Para Bodart e Oliveira (2015), um LC é considerado o chefe do grupo, que inspira respeito e confiança, além de saber profundamente as necessidades dos cidadãos daquele bairro. Saber como surgiu a comunidade é uma forma de adquirir confiança, pois fica mais fácil saber como se configuram os problemas enfrentados pelos moradores. Quando isso não acontece, os LC's perdem a confiança da comunidade, tornando a participação popular mais desafiadora.

No que diz respeito ao protagonismo político dos LC's, Anhucci (2013) relata que a liderança é muito importante na perspectiva do controle social, e na participação da comunidade na inclusão em políticas de saúde, bem como na fiscalização delas. Quanto ao questionamento: Para esses problemas tem alguma política de saúde voltada para a comunidade que você conheça? Foram feitos os seguintes relatos:

“Não. Assim poderia se implantar um serviço de emergência [...] E eu acho que tem casos que requer emergência e muitas vezes as pessoas perdem a vida porque não dá tempo de chegar até o hospital.” (L1)

“Tem, a gente faz uma divisão dos problemas, hipertensos, diabéticos e pacientes que usam os psicotrópicos e aí a gente encaminha para o dia D, que tem palestra e profissionais que podem aconselhar a como levar uma vida melhor [...]” (L2)

“Não. Conheço não. Eu conheço no negativo, mas positivo não tem [...] as vezes os bichinhos caem aí, se não for a gente com os nossos próprios carros que vá contribuir, chama-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem que ligar pra São Paulo, pra o Rio de Janeiro, pra Belo Horizonte pra poder vir, quando chega aqui o “caba” já morreu, já não tem mais jeito, né? [...]” (L3)

De acordo com os depoimentos dos LC's, fica claro que há uma lacuna com relação ao conhecimento deles sobre políticas de participação popular, como a lei nº 8142/90, que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS. Desse modo, é de fundamental importância que tanto os LC's quanto os profissionais da ESF conheçam as leis que dizem respeito à comunidade.

#### **4.3- Lideranças Comunitárias, Participação Popular e Controle Social.**

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

No que se refere à participação nas reuniões organizadas pela ESF para melhoria do atendimento dos serviços de saúde ofertados à comunidade, os LC's mostraram discordâncias em suas respostas, pois cada comunidade atua de maneira diferente. Para Bodart e Oliveira (2015), a participação popular na gestão pública foi assegurada desde a Constituição de 1988, que respaldou o direito da população na fiscalização e formulação de políticas públicas. Desta forma os LC's responderam a seguinte pergunta: Participa de reuniões ou contribui com alguma decisão de saúde referente à comunidade? Apenas L1 participa, pois a comunidade onde atua realiza tais reuniões:

“Eu participo [...] é dessas reuniões que a gente participa lá [...] É mais no modo geral, no atendimento da UBS, eles nos convidam, como representantes da comunidade e a gente até expõe lá, melhorias de atendimento, coisas que sejam boas para a comunidade [...]” (L1).

“[...] quando eles me convidam eu não perco, sempre vou, já por conta disso, porque sou representante, né? [...] assim, só questão que eu conheça questão de eventos, dia dos pais, dia das mães, semana da criança, não me acentuei a ir não [...]” (L3)

Com base nas falas dos LC's, pode-se inferir que L3 não participa de nenhuma reunião da ESF referente aos planos e projetos para a saúde daquela comunidade, seja por não receber o convite, seja por não haver tais reuniões na UBS de seu bairro. Ele só participa apenas de eventos de datas comemorativas. Todavia, L2 atua há pouco tempo na AM e ainda não teve a chance de participar de reuniões ou eventos da comunidade.

Quanto à pergunta: Quais suas sugestões para melhorar a participação da comunidade, tanto nas reuniões locais, quanto municipais? Os LC's se aproximaram em suas respostas com relação à fragilidade de apoio governamental dos municípios. Pode-se observar isso, analisando as respostas dadas por eles:

“Eu acho assim que o poder público tem suas ações, tem suas formas de governar [...] Muitas vezes a gente é esquecido, a gente fica aqui esquecido, eles decidem lá o que é melhor para a comunidade e seria bom que a gente pudesse passar as reivindicações [...]” (L1)

“Reuniões com o próprio Secretário de Saúde para escutar da própria comunidade o que ela está precisando [...]” (L2)

“Olhe, eu sei perfeitamente que todos nós trabalhamos voluntário, que aí vem quem quer [...] o que a gente faz é para nós, nós não temos um apoio governamental [...]” (L3)

Os depoimentos dos LC's evidencia em parte, uma fragilidade no diálogo entre a gestão municipal do município em questão da pesquisa bem como entre a ESF e a comunidade, mesmo depois das conquistas sociais, estabelecidas em políticas públicas como a CF de 1988, que, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, adotou diretrizes que embasaram o SUS, a PNAB e a Lei 8.142/90, que falam sobre a participação popular na gestão dos SUS bem como sobre o controle social do referido sistema de saúde.

Com relação ao questionamento: Como é a sua relação com a comunidade? Os LC's responderam:

“Muito boa, o programa do leite rodou por dois supervisores na cidade, durante dois dias [...] Porque eles fizeram essa pesquisa e as pessoas disseram que a gente tinha um relacionamento bom, um atendimento muito bom”. (L1)

“Eu acho que é boa, não é 100% não porque tem sempre alguém que não gosta da gente, mas no geral é boa” (L2)

“A gente tem uma comunicação muito assim [...], muito colada um com o outro, precisou tô junto, quando eu preciso eles vem, o pessoal é apegado mesmo, sabe?[...]” (L3)

A percepção dos LC's, quanto ao vínculo com a comunidade, pode ser considerada boa, a não ser pela fala de L2 que ainda não teve tempo de criar um vínculo real com sua comunidade. Nesse caso é natural a população cobrar mais desse Líder. Para Nepomuceno, Brito e Góis (2009), é de fundamental importância o diálogo com os saberes populares, para melhor reflexão sobre o processo participativo da comunidade e o que ela precisa, dentro de suas demandas sociais. Um bom vínculo com os LC's sela, de maneira satisfatória, a melhoria do desenvolvimento da comunidade.

#### **4.4-Articulação entre as Lideranças Comunitárias e a ESF no Desenvolvimento de Ações de Saúde.**

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

No que concerne à relação entre os LC's e a ESF, foram feitas perguntas para análise do vínculo entre esses atores e a comunidade. Com relação à pergunta: Quais são os serviços de saúde presentes na ESF de que a comunidade dispõe? Eles responderam:

“São vários, tem as vacinas, tem os atendimentos ao idoso, tem diversos serviços que são oferecidos nessas UBS's” (L1)

“Médico, enfermeira, dentista, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que passam nas casas informando de alguma necessidade, que faz a ponte, entre a comunidade e o posto [...]” (L2)

“Os agentes de saúde sempre passam perguntando, sabe, eles dão assistência sim [...] o médico e alguns assistentes sociais, de lá, que não moram aqui, não sabem onde é a associação, eles não tem interação não, de jeito nenhum, com a associação” (L3)

De acordo com Carlos et al. (2009), a ESF se reestruturou para melhor atender a população no setor da saúde, porém, devido ao modelo hospitalocêntrico, esses serviços oferecidos são quase padronizados e fica difícil a percepção dessa atuação pelos usuários. De acordo com as falas dos LC's, os serviços de saúde prestados pela ESF são vistos de maneiras diferentes por eles. Cada um focou no que é mais importante para sua comunidade. Para L3, existem fragilidades no desempenho da ESF e seus profissionais quanto ao atendimento à comunidade. Quanto ao questionamento: Qual sua relação com a ESF? As respostas foram:

“Boa, porque assim eu acredito que como Presidente de AM, eu procurei trazer os ACS para a gente fazer uma ação conjunta [...] Eu fiz uma reunião com todos os ACS, e repassei as ações e atividades da AM, como funciona [...] e eles ficaram muito felizes, eles confiam em mim e os ACS hoje são nossos parceiros, eles estão sempre aqui comigo, me ajudando [...]” (L1)

“Olhe, o meu relacionamento com o postinho é 100% maravilha, quando eu chego lá, sou extremamente muito bem atendida [...] só fico triste porque só atendem a mim, tu tá entendendo? [...] Ai eu chego, mil maravilhas, uma coisa que eu não preciso.” (L3)

Os depoimentos dos LC's foram diferentes. Para L1, a relação com a ESF de sua comunidade é muito boa, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já L2 alega ter tido pouco tempo para fazer essa análise. Na visão de L3, fica

Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

clara a dificuldade da construção de um vínculo, pois o postinho só recebe bem o LC, deixando a população insatisfeita. Diante do exposto, a atuação da ESF em relação à participação da comunidade ainda é muito lenta, principalmente a ligação com os LC's que podem fazer uma ponte para uma melhor comunicação e entendimento entre eles.

Para o questionamento: Existe alguma dificuldade no estabelecimento de vínculo entre a ESF, a comunidade e a AM? Se sim, quais? As respostas foram bem parecidas:

“Não. Eu acho que esses três segmentos estão caminhando juntos, são parceiros, trabalham com ações conjuntas [...]” (L1)

“Não tem como dizer isso, porque a AM é bem recente” (L2)

“Não, não. Quando a gente quer, a gente vai, arenga, mas resolve tudo se resolve.” (L3)

Podemos observar que, para L1, tanto os serviços prestados quanto o vínculo com a ESF são bem estruturados. Já L2 não teve tempo suficiente para analisar bem as duas questões e para L3 houve um contraste entre a pergunta anterior e esta, pois o LC alega haver uma falha nos serviços prestados pela ESF, mas relata ter uma boa relação com a ela. Como exposto anteriormente, o LC expõe que a relação da ESF só é boa com a LC devido ao cargo de representação e fiscalização, havendo lacunas nos serviços prestados à comunidade.

## **5- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, podemos concluir que, mesmo existindo uma política para assegurar a participação popular no âmbito da saúde, esse público não é inserido nesse setor por falta de conhecimento dos próprios profissionais dessa área e dos LC's, além de outros fatores determinantes como o próprio clientelismo. Portanto, a criação de ações para a formação de vínculos e fiscalização por parte da comunidade em prol de seus direitos no âmbito da saúde ainda são bastante falhas, devido ao contínuo jogo de interesses, tanto por parte dos profissionais de saúde com a comunidade através da hierarquização quanto dos LC's para com a



comunidade por meio de ações clientelistas, para angariar futuros votos nas eleições municipais.

Todavia, tornam-se evidentes os desafios encontrados para uma melhor efetivação das políticas voltadas para melhoria da saúde das comunidades, pois os profissionais dessa área e os LC's deveriam possuir um conhecimento maior acerca dessas políticas. Aliás, eles deveriam repassar para a população uma maneira de melhorar sua autonomia quanto aos serviços de saúde, buscando participar ativamente das tomadas de decisões que envolvam sua realidade social, comunitária e de saúde.

Em relação aos LC's quando foram indagados se sabiam da existência de alguma política de saúde sobre participação popular, ficou claro em suas falas que existe uma lacuna nesse sentido, ou seja, falta de conhecimento a respeito das leis que regem o controle social, a fiscalização e a participação da comunidade dentro do âmbito da saúde. Esse desconhecimento é perceptível porque a lei nº 8142/90, que facilitaria muito o empoderamento tanto dos LC's quanto da comunidade em alcançar seus direitos, é desconhecida desses atores.

Mais: mesmo quando foram solicitados a dar sugestões sobre como a população poderia participar mais das reuniões dos Conselhos de saúde e das próprias UBS de suas respectivas comunidades, os LC's alegaram haver uma desarticulação geral entre o município e seus conselhos de saúde, como também entre a ESF e a comunidade. Isso torna cada vez mais explícita a falta de interesse em querer empoderar a comunidade, abrir caminho para expressar sua força diante da fragilidade dos serviços de saúde e frente ao reconhecimento de sua força como parte decisiva para que tanto os LC's quanto os profissionais se refiram a eles de forma horizontalizada e não hierárquica. Esse jeito de proceder, se posto em prática, poderia aproximar mais a comunidade para que ela reivindicasse e participasse diretamente das melhorias dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANHUCCI, Valdir. O Protagonismo Político dos Conselhos de Direitos: exercer o controle social sobre o orçamento público para consolidar direitos. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz, 2013. Disponível em: <<http://www.gaepf.ufma.br/site/index.php/3-vi-jornada-internacional-de-politicas-publicas-vi-joinpp>> Acesso em: 11 nov 2020.

ANJOS, L.H.S et. al. Interação das Lideranças Comunitárias e da Comunidade com a Equipe de Saúde da Família do Marajoara. **Rev. G&S** . 4(3):pag. 769-785, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/313>. Acesso em: 21 out 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS; J. L D; DUQUIA, R. P. Um dos Delineamentos mais Empregados em Epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%20scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>>. Acesso em: 23 out. 2019.

BODART, C. N.; OLIVEIRA, E. L. A Atuação e o Papel do Líder Comunitário e do Delegado no Orçamento Participativo: a experiência de Vila Velha/ES. **Revista Alabastro**. São Paulo. v. 2, n.6, p. 23-44. 2015. Disponível em <<http://revistaalabastro.fespsp.org.br/index.php/alabastro/article/view/111>>. Acesso em: 24 set 2020.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Densidade Demográfica: IBGE, Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/pesqueira/panorama>>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Portaria nº 121, de 11 de fevereiro de 2015. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/portaria\\_no\\_121-completo.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/portaria_no_121-completo.pdf)>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Indicadores Demográficos e Socioeconômicos: População Residente. Disponível Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 19 jun 2019.

CARLOS, E.F. et al. Programa de Saúde da Família: inclusão dos usuários na escolha dos serviços oferecidos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol. 13, n 2. João Pessoa, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/3266>>. Acesso em: 17 dez de 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro, RJ : Paz & Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 39.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e prática** 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015

NEPOMUCENO, L.B; BRITO, A.V; GÓIS, W.L. Dialogando com Lideranças Comunitárias sobre Participação: um estudo sócio psicológico. **SANARE**, Sobral, v.8,n.1,p.74-85,jan./jun.2009. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/46>>. Acesso em: 16 dez 2020.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos Conselhos de Saúde e sua Interface com a Cultura Política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 set. 2020

PINHEIRO, D.R.C; BORGES, R.C.O. A Importância da Liderança Comunitária no Processo de Desenvolvimento Local. **Revista Geo UECE**. V1, n1, Dez 2012. Disponível em: <  
Instituto Federal de Pernambuco. Campus Pesqueira. Curso de Bacharelado em Enfermagem. 1º de Julho de 2021.

<http://seer.uece.br/?journal=geouece&page=article&op=view&path%5B%5D=421>>.  
Acesso em: 17 dez 2020.

PRADO, E. V.; SARMENTO, D. S.; COSTA, L. J. A. O Diálogo Como Estratégia de Promoção de Participação Popular no SUS. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juíz de Fora, v. 4, n.18, p. 424-429, out./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15780>. Acesso em: 20 out. 2019

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. P. Relações de Poder na Equipe de Saúde da Família: foco na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 70, n. 3, p. 580-587, maio/jun. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf). Acesso em: 20 out. 2019

VIEIRA, A.C. Clientelismo e Serviços de Saúde. **Revista de Políticas Públicas**. Vol. 6, n 1. São Luíz, 2002. Disponível em: <  
<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3724>>  
Acesso em: 03 fev 2021.