

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo

**LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE DOIS
MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: conhecimento e participação relacionados a
questões de saúde do território**

Belo Horizonte
2022

Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo

**LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE DOIS
MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: conhecimento e participação relacionados a
questões de saúde do território**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão participativa em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lívia Cozer Montenegro

Belo Horizonte
2022

Melo, Palloma Chaves Cordeiro Vaz de.
M528l Lideranças comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois municípios de Minas Gerais [manuscrito]: conhecimento e participação relacionados a questões de saúde do território. / Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo. - - Belo Horizonte: 2022.
125f.: il.
Orientador (a): Livia Cozer Montenegro.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Liderança. 4. Participação da Comunidade. 5. Políticas de Controle Social. 6. Dissertação Acadêmica. I. Montenegro, Livia Cozer. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 65 (SESENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA PALLOMA CHAVES CORDEIRO VAZ DE MELO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de maio de dois mil e vinte e dois, às 18:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE DOIS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO RELACIONADOS AS QUESTÕES DE SAÚDE DO TERRITÓRIO", da aluna *Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Livia Cozer Montenegro, Carla Aparecida Spagnol e Mariana Araújo Pena Bastos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;

() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 27 de maio 2022.

Profª. Drª. Livia Cozer Montenegro
Membro Titular - Orientadora (UFPR)

Profª. Drª. Carla Aparecida Spagnol
Membro Titular (UFMG)

Profª. Drª. Mariana Araújo Pena Bastos
Membro Titular (UFV)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Livia Cozer Montenegro, Usuário Externo**, em 21/06/2022, às 13:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Aparecida Spagnol, Professora do Magistério Superior**, em 21/06/2022, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Araújo Pena Bastos, Usuária Externa**, em 23/06/2022, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 28/06/2022, às 17:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1529487** e o código CRC **7D4CD1A6**.

Dedico esta dissertação aos meus pais, Vânia e Alexandre, pelos ensinamentos no longo de minha vida, ensinando-me a como ser uma pessoa humana, com valores e princípios e, acima de tudo, a como lutar pelos meus sonhos. Por mais que o tempo passe, meu amor e admiração por vocês aumentam. Vocês não são somente meus pais, mas também meus melhores amigos, meus exemplos e os amores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por estar presente em todos os momentos da minha vida. Sem Ele não seria possível a concretização deste sonho. Muito obrigada, Senhor, por guiar e iluminar o meu caminho nesta trajetória.

Ao meu marido, companheiro e amor da minha vida, Cácio, pelo amor, apoio e paciência em todas as etapas que trilhamos juntos. Obrigada pelo incentivo diário, por acreditar nos meus sonhos e vivê-los junto comigo.

À minha mãe, Vânia, que dedicou parte da sua vida no cuidado da minha, e por ter me sustentado, sobretudo, em orações. Você é uma das minhas maiores torcidas e seu amor incondicional me ergue todos os dias. Ao meu pai, Alexandre, que sempre me incentivou a estudar e me ensinou os maiores legados e valores que um ser humano pode ter. Obrigada por me apoiarem incondicionalmente. Às minhas irmãs, Priscilla e Pollyana, por serem minhas incentivadoras para realização deste sonho, por vibrarem com todas as minhas conquistas. Obrigada pelo carinho constante! Obrigada, família, por entender minha ausência em muitos momentos desta caminhada.

Aos meus sogros, Cláudio e Vanessa, pelo apoio, incentivo e por ajudarem sempre no momento de intenso trabalho.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Livia Cozer Montenegro, por ser um exemplo de profissional, pelo apoio, paciência e contribuições para a construção deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, pela compreensão quanto aos momentos ausentes e, principalmente, pela força e apoio nos momentos mais importantes da minha vida.

Ao corpo docente da Pós-graduação de Gestão de Serviços de Saúde, pela ajuda em minha trajetória acadêmica e pela contribuição ao meu crescimento pessoal e profissional.

Aos enfermeiros(as), Agentes Comunitários de Saúde, gestores de saúde e líderes comunitários dos municípios de Sete Lagoas e Inhaúma, meu agradecimento por toda disponibilidade, carinho e atenção na ajuda para a realização da coleta de dados nesta pesquisa. Sem a dedicação de vocês, este trabalho não teria o caminho tão bonito que tomou.

RESUMO

MELO P. C. C. V. **LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE DOIS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: Conhecimento e participação relacionados as questões de saúde do território.** 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introdução: A participação da comunidade é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde brasileiro e sua atuação efetiva é imprescindível para que a população, de forma geral, participe das tomadas de decisões relacionadas à área da saúde dos municípios, estados e federação. Não há viabilidade de funcionamento do sistema sem a participação da comunidade e, por isso, é importante envolver a população dos municípios neste papel de interlocutor dos direitos à saúde. Frente a esta demanda, uma figura central na comunidade é o líder comunitário, sujeito que possui um conhecimento importante sobre as necessidades da população e é visto como uma referência, podendo ser um agente transformador da saúde da comunidade. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em dois municípios de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo estudo de multicasos que ocorreu em dois municípios do interior de Minas Gerais. As equipes de saúde da família indicaram os líderes comunitários e participaram, por meio de entrevista gravada, com roteiro semiestruturado no período de janeiro a fevereiro de 2022. Realizou-se a análise dos dados, utilizando-se a técnica de análise textual discursiva, estabelecendo-se as seguintes categorias temáticas: *o reconhecimento da liderança e da influência na comunidade; o conhecimento superficial sobre o SUS e o apontamento das dificuldades apresentadas pelo serviço; o reconhecimento positivo do trabalho das equipes de Saúde da Família e a aproximação com seus profissionais; a falta de participação na gestão da Atenção Primária à Saúde e o desejo de envolvimento; o desconhecimento sobre o controle social e sua atuação informal na participação da saúde da comunidade; e embates políticos, desinteresse das pessoas e fragilidade da comunicação como fatores limitantes do controle social nas questões de saúde.* **Resultados:** Foi possível verificar, a partir da análise dos discursos, que as lideranças comunitárias reconhecem-se enquanto líderes por terem a percepção de que são referências para as pessoas da sua comunidade e por gostarem deste papel de ajudar o coletivo. Além disso, possuem limitado conhecimento sobre a amplitude de ações ofertadas pelo SUS, sendo mais próximos e esclarecidos a respeito dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município. O envolvimento das lideranças com a APS é limitado a demandas pontuais de pacientes que não tiveram a resolução de seus problemas atendidas. Seu conhecimento e participação no Controle Social do sistema é quase inexistente e as barreiras para que esta participação seja efetivada foram a comodidade da população, a falta de informação sobre espaços de participação e os embates políticos. **Conclusão:** Concluiu-se que existe a necessidade de elaborar estratégias metodológicas que desenvolvam as capacidades latentes dos líderes comunitários, buscando despertar suas potencialidades, promover o entendimento do seu papel social na gestão no SUS e estimular sua participação de forma efetiva nos serviços de saúde. Portanto, este trabalho contribui com a Elaboração de uma cartilha de capacitação para lideranças comunitárias a fim de estimular a participação da comunidade no SUS; bem como a indicação da pesquisadora na qualidade de palestrante na: VIII Conferência Municipal de Saúde do município de Inhaúma – MG

e no Curso de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias do município de Lagoas Santa – MG.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Liderança. Participação da comunidade. Controle Social.

ABSTRACT

MELO P. C. C. V. **Community leaders in Primary Health Care in two municipalities in Minas Gerais: Knowledge and participation related to health issues in the territory.** 2022. Dissertation (Professional Master's in Health Services Management) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introduction: The community is one of the organizational principles of the Unified Health System, and its effective performance is essential for the population, in general, to participate in decisions related to the health area of municipalities, states and the federation. There is no viability for the system to function without the community and that is why the involvement of the population of the municipalities is important. Faced with this demand, a central figure in the community is the community leader, who has knowledge as a reference for the population, and can be a transforming agent of community health. **Objective:** To analyze the knowledge and participation of community leaders in health issues within the scope of Primary Health Care (PHC) in two municipalities in Minas Gerais. **Method:** This is a study with a qualitative approach of the multihull study type that took place in two municipalities in the interior of Minas Gerais. The community leaders were nominated by the family health teams and participated through a recorded interview with a semi-structured script from January to February 2022. Data analysis was performed using the discursive textual analysis technique, establishing the following thematic categories: recognition of leadership and influence in the community; superficial knowledge about the SUS and pointing out the difficulties presented by the service; the positive recognition of the work of the Family Health teams and the approximation with their professionals; the lack of participation in the management of Primary Health Care and the desire for involvement; lack of knowledge about social control and its informal role in community health participation; and political clashes, people's lack of interest and fragility of communication as limiting factors of social control in health issues. **Results:** It was possible to verify, from the analysis of the speeches, that community leaders recognize themselves as leaders because they have the perception that they are references for people in their community and for enjoying this role of helping the collective. In addition, they have limited knowledge about the range of actions offered by the SUS, being closer and more informed about the Primary Health Care services in the municipality. The involvement of leaders with PHC is limited to specific demands from patients who have not had their problems resolved. Their knowledge and participation in the Social Control of the system is almost non-existent and the barriers for this participation to be effective were the convenience of the population, the lack of information about spaces for participation and political clashes. **Conclusion:** It was concluded that there is a need to develop methodological strategies that develop the latent capacities of community leaders, seeking to awaken their potential, promote the understanding of their social role in SUS management and encourage their participation effectively in health services. Therefore, this work contributes to the elaboration of a training booklet for community leaders in order to stimulate their community participation in the SUS; as well as the indication of the researcher as a speaker at: VIII Municipal Health Conference in the municipality of Inhaúma – MG and in the training course for Community Health Agents and Agents for Combating Endemic Diseases in the municipality of Lagoas Santa – MG.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Leadership. Community participation. Social Control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Análise de conteúdo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATD	Análise Textual Discursiva
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS	Conselho Regional de Saúde
eSB	equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ONG	Organização não-Governamental
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da divisão territorial das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde em 2019	40
Figura 2	Mapa da Regional de Saúde de Sete Lagoas/MG, 2020	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	19
1.2 Justificativa	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 O contexto histórico da participação da comunidade enquanto agente político	21
2.2 A participação da comunidade no âmbito do SUS	25
2.2.1 – A criação do SUS e o princípio da participação da comunidade.....	25
2.2.2 – Instrumentos institucionalizados de participação da comunidade: os Conselhos de Saúde	28
2.2.3 – Instrumentos institucionalizados de participação da comunidade: as Conferências de Saúde.....	31
2.2.4 – A participação da comunidade além dos equipamentos formais....	33
2.3 Atenção Primária à Saúde como locus para a participação da comunidade	34
2.3.1 – Política Nacional da Atenção Básica e sua interface com a participação da comunidade.....	34
2.3.2 – A Estratégia de Saúde da Família e seus dispositivos sociais de participação	36
2.4 Os líderes comunitários como potenciais representantes da população na participação da comunidade.	37
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	39
3.1 Tipo de estudo	39
3.2 Cenário do estudo	40
3.3 Participantes do estudo	42
3.4 Coleta de dados	44
3.5 Análise de dados	45
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	48
RESULTADOS.....	49
4.1 O reconhecimento da liderança e da influência na comunidade.....	49

4.2 O conhecimento superficial sobre o SUS e o apontamento das dificuldades apresentadas pelo serviço.....	51
4.3 O reconhecimento positivo do trabalho das equipes de Saúde da família e a aproximação com seus profissionais.....	53
4.4 A falta de participação na gestão da Atenção Primária à Saúde e o desejo de envolvimento	54
4.5 O desconhecimento sobre o controle social e sua atuação informal na participação da saúde da comunidade.....	57
4.6 Embates políticos, desinteresse das pessoas e fragilidade da comunicação como fatores limitantes do controle social nas questões de saúde	58
5 DISCUSSÃO	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
Referências	70
APÊNDICE A – Entrevista com roteiro semiestruturado para os Líderes Comunitários	75
APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico, Demográfico e de participação da comunidade	76
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Pesquisa	78
APÊNDICE D – Cartilha de Capacitação para as Lideranças Comunitárias e Manual para Facilitadores/Condutores	80
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP UFMG	107
ANEXO B – Termo de Autorização para a pesquisa do município de Inhaúma	113
ANEXO C – Termo de Autorização para a pesquisa do município de Sete Lagoas	115
Anexo D – Carta Convite para palestrar na VIII Conferência Municipal de Saúde do município de Inhaúma	118
Anexo E – Certificado de palestrante para Curso de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates às Endemias, do município de Lagoa da Prata-MG, pela EE – UFMG.	121

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde concluí o curso em outubro de 2015. Nesse período de graduação, participei do programa de Iniciação Científica por dois anos, realizei estágios extracurriculares e, no ano de 2015, fui agraciada com uma bolsa do Programa Minas Mundi para desenvolvimento do curso na cidade de Faro, no Algarve – Portugal, onde também realizei a pesquisa do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Após esse período, realizei uma Especialização em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), concluída em 2019, e uma Especialização em Gestão dos Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), concluída em 2021.

Iniciei minha atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Sete Lagoas, minha terra natal, onde iniciei como Enfermeira responsável pelo Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia) do município (novembro/2015 a abril/2016). Nesse serviço, fui responsável pela implementação de um programa de acompanhamento e controle deste público dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). Logo após, dentro da mesma secretaria, assumi a pasta de gerente de uma regional de saúde do município (que tem o território dividido em cinco regionais), sendo a referência de gestão para 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) para questões de planejamento, sistemas logístico, de apoio e decisórios (abril a dezembro/2016). Nesse período, participei do Conselho Local de Saúde, desta regional, como representante da gestão.

No final do ano de 2016, fui convidada para ser Coordenadora da Atenção Primária à Saúde do município de Inhaúma-MG, que fica a 20 minutos de Sete Lagoas, e, em janeiro de 2017, iniciei meu trabalho no município, onde desempenhei toda a gestão da Atenção Primária à Saúde com a abrangência de um território de 6.200 habitantes. Nesse período, também fui representante no segmento gestores no Conselho Municipal de Saúde. Fui muito realizada profissionalmente nesse município que sempre me deu muita autonomia para realizar o planejamento de acordo com as reais necessidades do território e trabalhar dando voz à população. Em março/2020, eu entreguei a pasta de coordenação da APS, mas continuei (atualmente) prestando uma assessoria de gestão à Secretaria de Saúde.

Concomitante com o último trabalho citado, iniciei minha carreira de docente em uma instituição de ensino superior particular no município de Sete Lagoas em março de 2018, onde permaneço atualmente. Ministro disciplinas relacionadas a Saúde Pública para o curso de Enfermagem e Medicina. Realmente me encontrei nesta carreira que me possibilitou disseminar uma paixão: a transmissão do conhecimento do Sistema Único de Saúde para os futuros profissionais que trabalharão nele, mostrando sua importância, sua constante construção e impacto para a saúde da população.

Fortalecer o SUS é um dos meus propósitos de vida, pois desde a faculdade, já fui despertada a exaltar um sistema que, apesar de todas as dificuldades, traz a sua população uma saúde universal e equânime. Dentro de toda a amplitude do sistema, tenho especial afinidade pela participação da comunidade nesta construção, pois tive a oportunidade de estar nos conselhos e perceber a importância do controle social para a efetivação de políticas públicas em saúde. Além disso, o SUS é uma conquista do povo através de seus movimentos e lutas sociais por um país democrático e com uma política participativa, e, garantir este direito deve ser uma busca constante da gestão dos serviços.

1 INTRODUÇÃO

A história da saúde no Brasil é marcada por uma trajetória de construção de um sistema público de saúde que teve, como um de seus pilares, a participação da comunidade em busca de seus direitos civis e sociais, levantados a partir do Movimento de Reforma Sanitária na década de 1970. As manifestações dos movimentos sociais, em busca de melhor qualidade da assistência à saúde, tiveram seu marco histórico na década de 1980 durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 (BRASIL, 2013a).

Na VIII CNS, a Reforma Sanitária Brasileira foi alvo de discussões por uma inédita e significativa participação da sociedade civil, resultando em propostas que se tornaram base para a construção de novo modelo de saúde e que fundaram, de fato, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a).

Em 1988, a criação do SUS efetiva-se a partir da Constituição Federal (CF) e sua operacionalização é determinada pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 do ano de 1990. Estes documentos se apresentam tendo como um dos seus princípios organizativos a participação da comunidade e obrigatoriedade de espaços de discussões sociais a partir da criação de Conselhos e Conferências de Saúde em todas as estâncias de governo, como forma de controle e monitoramento da execução das políticas públicas do setor (BRASIL, 1990a; 1990b). É importante enfatizar que tal princípio vai muito além deste monitoramento da execução das políticas públicas do setor ou dos processos de construção de políticas públicas, mas também é uma forma de contribuir para que o direito à saúde da população seja garantido e exercido.

A participação da comunidade nos processos de construção de políticas públicas é um tema explorado por vários autores que, em cada contexto social, trouxeram diferentes formas de expressá-la. No Brasil, atualmente, há, pelo menos, três expressões para designar o fenômeno da participação da sociedade civil no sistema de saúde: participação social, participação da comunidade e controle social (BOBBIO, MATTEUCCCI, PASQUINO, 2004). Todavia, independentemente do nome ou do modo como a prática é estabelecida, as iniciativas de inclusão da sociedade na gestão das políticas públicas, buscam atender um anseio da própria população por integrar processos de tomadas de decisão levando diretamente ao governo suas demandas.

Os Conselhos e Conferências Municipais de Saúde são espaços institucionalizados que legitimam a participação da comunidade por meio da organização paritária e representativa de cidadãos, juntamente aos demais seguimentos de trabalhadores, gestores e prestadores de serviços da área da saúde (BRASIL, 1990b). O conjunto de discussões, deliberações e ações permanentes que ocorrem nos conselhos de saúde instituem formalmente a participação de movimentos sociais e populares, sindicatos, igrejas, associação de moradores e pelo cidadão comum que usa os serviços de saúde no cotidiano. Este fato proporciona ao SUS um controle social que possibilita a construção de políticas públicas mais afinadas com as reais necessidades da população (CARVALHO, 2014).

Nesse sentido, o controle social é um dos alicerces para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, uma vez que os indivíduos, que utilizam os serviços de saúde, têm legitimidade para fiscalizar e acompanhar os serviços, podendo participar ativamente das deliberações, impugnando os agravos à saúde da população e as iniquidades sociais, reafirmando, assim, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (QUANDT *et al.*, 2013).

Apesar da importância do controle social institucionalizado por meio dos Conselhos de Saúde, percebe-se, no cotidiano dos serviços, que as mais diversas formas de participação e de controle social não devem ser deixadas de lado (SODER; OTTOBELLI, 2013), especialmente nos serviços de saúde de maior capilaridade, com o mais alto grau de descentralização, que ocorrem em locais mais próximos da vida das pessoas, como os serviços de Atenção Primária à Saúde.

A atenção primária passou a cumprir papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, tendo em vista o estabelecimento de relações contínuas com a população e por ser desenvolvida, por meio de um trabalho em equipe multiprofissional, que enfatiza práticas democráticas e participativas, perpetuando-se até os dias atuais.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica vigente, é atribuição de todos os profissionais promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017). As práticas e tecnologias leves, utilizadas nos

cotidianos do serviço primário, também contribuem para a ampliação da participação e do controle social no SUS, como: visitas domiciliares; grupos de educação em saúde; reuniões com a comunidade; articulação com outros setores; corresponsabilização; mudança de hábitos; parceria na elaboração do planejamento da equipe; plano terapêutico (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

No cenário da APS, muitas são as possibilidades de interação e diálogo com a comunidade, principalmente na interlocução com as equipes de Saúde da Família que buscam, desde diagnóstico situacional, mobilizações na comunidade, articulação com equipamentos locais, até a participação do usuário na gestão da unidade, entre outros espaços de comunicação e interação, responder às necessidades de saúde da população, tendo em vista o conceito ampliado e a determinação social da saúde (MONTENEGRO e BRITO, 2019).

Dessa maneira, a participação e o controle social apresentam-se genuinamente como parte do cotidiano dos serviços de atenção primária, sendo a UBS um lugar propício para o desenvolvimento de conselheiros de saúde. A proximidade entre gestores, profissionais e usuários no cotidiano da UBS configura-se como um lugar privilegiado para o exercício da democracia participativa, uma vez que o fluxo de informações e o processo comunicativo ocorrem de maneira mais horizontal.

Pensando que a APS é porta aberta para a população adscrita no seu território e possui grande capacidade resolutiva dos problemas de saúde da comunidade (PNAB, 2017), sabe-se que este é um local de acesso de boa parte da população. Quando se analisam os usuários que acessam a APS e que podem ajudar os gestores da saúde na participação da sociedade, seja na divulgação dos serviços ofertados, seja na busca pelos direitos e deveres sociais relacionados à saúde, levanta-se um dispositivo social que merece atenção por ser uma figura central e representativa, no território e entre os usuários, que é o líder comunitário.

O líder comunitário tem um papel importante de interlocutor dos interesses da comunidade nas relações estabelecidas com o Estado, com as Organizações Não-Governamentais (ONG), com as entidades religiosas e com os demais grupos sociais (PINHEIRO; BORGES, 2012). Sua proximidade e seu conhecimento da realidade local são fundamentais para o conhecimento e o entendimento das demandas da população. A atuação do líder comunitário deve ser a de representar a voz dos seus

grupos, encaminhando todas as reivindicações e demandas levantadas a partir das discussões com o maior número de integrantes da comunidade (PINHEIROS; BORGES, 2012).

Apesar do papel imprescindível da liderança comunitária, Guerra *et al.* (2017) afirma que os conhecimentos das lideranças a respeito dos princípios e diretrizes do SUS ainda são superficiais e/ou parciais, pois reproduzem um modelo de concepção e intervenção tradicional e dicotômico. As maiores dificuldades, segundo Santos Júnior *et al.* (2020) estão relacionadas ao aprendizado necessário para o efetivo exercício da democracia, da cidadania, da participação e controle social. Para complementar, Soder e Ottobelli (2013) afirmam que a falta de informações por parte das lideranças comunitárias, em relação ao Controle Social em saúde, compreende um dos fatores que fazem com que este controle não seja, em muitos casos, implementado de forma efetiva nos municípios, pois a população não o reconhece porque não compreende direito o seu verdadeiro sentido.

Sabe-se que a liderança comunitária é assumida por indivíduos empoderados com ganas de promover mudanças sociais. Porém, é preciso conhecer se o empoderamento individual é capaz de afetar o coletivo a fim de envolver a comunidade em um processo de modificação do *status quo* e de promoção de uma consciência política mais autônoma (SILVA, 2013).

Existem poucos estudos que explorem o quanto estes atores estratégicos, para a comunidade, envolvem-se e participam das questões relacionadas à saúde da população de sua área, e que verifiquem se estes, de fato, são potenciais interlocutores das transformações em saúde na sua comunidade. Diante desse cenário, busca-se, com este trabalho, responder à seguinte pergunta de pesquisa: *Os líderes comunitários conhecem e participam das questões relacionadas à saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da sua comunidade?*

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde em dois municípios de Minas Gerais.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a percepção dos líderes comunitários a respeito da importância de seu papel e de sua influência na comunidade;
- Descrever o envolvimento dos líderes comunitários acerca da participação da comunidade na Atenção Primária à Saúde dos municípios;
- Identificar os conhecimentos dos líderes comunitários acerca dos serviços de saúde ofertados pelo município e da participação da comunidade no controle social;
- Identificar as principais dificuldades apontadas pelos líderes comunitários para que a participação comunitária seja efetiva e o direito à saúde assegurado.

1.2 Justificativa

A participação da comunidade é um dos pilares do SUS, sendo um princípio organizativo que fundamenta a estruturação do sistema. Portanto, para o seu correto e efetivo funcionamento, é necessária uma sociedade (dentre eles, gestores de saúde, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários do sistema) que participe ativamente das discussões relacionadas à saúde, como o planejamento, as decisões e as avaliações em nível de cada instância, sendo elas a federal, estadual e municipal.

O projeto desenhado surgiu da vivência desta pesquisadora, que atuou por seis anos na gestão da Atenção Primária à Saúde dos dois municípios que serão estudados na pesquisa. Durante esta experiência, percebeu-se uma carência de participação da comunidade, principalmente por parte dos usuários dos serviços, nos espaços criados para a efetivação desta participação, como os Conselhos Municipais de Saúde, as Conferências Municipais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, bem como aqueles grupos de educação em saúde que acontecem nas Estratégias de Saúde da Família.

Para que o SUS proporcione a seus usuários serviços de qualidade e voltados para as reais necessidades da população, é preciso que a participação da comunidade efetive-se. Ninguém melhor que os próprios usuários para levantarem informações aos gestores sobre suas carências, as urgências de seus problemas, as magnitudes das necessidades. E, dentre esses usuários, destaca-se o líder

comunitário como grande interlocutor da população por este ter conhecimento mais amplo sobre sua comunidade a partir do momento que é referência para tal (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

Em uma busca prévia de literatura, realizada nas bases de dados Scielo, Bireme e Biblioteca Virtual de Saúde, foi verificado um total de 10 trabalhos que abordaram e correlacionaram as lideranças comunitárias e a área de saúde das comunidades onde estão inseridos. Dentre eles, nenhum estudo levantou o conhecimento e o envolvimento/participação dos líderes nas questões da Atenção Primária à Saúde de seus municípios.

Para estimular a participação desses indivíduos centrais da comunidade, nas decisões de saúde do seu território, é necessário conhecê-los e entender o quanto eles conhecem e estão articulados com os serviços que fazem parte do SUS, bem como as possíveis dificuldades enfrentadas para esta participação.

Como produto desta pesquisa, além da publicação de artigo em revista científica, será desenvolvido um relatório técnico para ser entregue aos gestores do SUS de todos os municípios pesquisados, contendo os resultados da pesquisa, a fim de proporcionar informações e auxiliar na formulação de projetos/ações que visem à estimulação da participação dos líderes comunitários como potenciais representantes da população. Além disso, será entregue também uma cartilha para ser trabalhada junto às lideranças comunitárias do município, com o objetivo de emponderá-los a respeito do Controle Social no Sistema Único de Saúde e efetivar sua participação neste cenário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O contexto histórico da participação da comunidade enquanto agente político

O termo “participação” pode ser entendido como um processo no qual homens e mulheres se descobrem como sujeitos políticos, exercendo os direitos civis, ou seja, uma prática que está diretamente relacionada à consciência dos cidadãos, ao exercício de cidadania, às possibilidades de contribuir com processos de mudanças e conquistas. O direito à participação deve, portanto, estar relacionado ao poder conquistado, à consciência adquirida, ao lugar onde se exerce e ao poder atribuído a esta participação (SOUZA, 1991).

Para se falar sobre a participação da comunidade, é imprescindível a abordagem sobre a democracia. A participação e democracia são conceitos históricos que apresentam inúmeras tentativas de aperfeiçoamento ao longo da história. Os gregos são tidos como fundadores da democracia (BOBBIO, MATTEUCCCI, PASQUINO, 2004). A participação da comunidade na organização das cidades era tema de discussão desde a Grécia Antiga. A *Pólis*, na Antiguidade, sendo mais bem traduzida como cidade, tratava-se de uma cidade-comunidade. O regime político e estrutura organizacional pressupunha uma democracia que, segundo Aristóteles, “o cidadão era aquele que tinha uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária” (ARISTÓTELES, 2010, p. 54).

O conceito de democracia também foi levantado entre os romanos que o complementaram trazendo a afirmação de que a transferência de poder aos governantes nunca se daria de forma completa, pois o povo reteria sempre uma parcela de poder consigo para usá-lo em determinadas circunstâncias (BOBBIO, MATTEUCCCI, PASQUINO, 2004). Percebe-se, pois, a presença da participação da comunidade que veio reafirmando-se cada vez mais a partir desses períodos

Mais tarde, na Revolução Francesa, houve um momento de experimentação de ideias voltadas à democracia e participação, pois sua ideologia contrapunha a concentração do poder nas mãos de poucos, distribuindo-o, ao contrário, entre diversas instâncias grupais, institucionalizadas ou não – os colegiados. Assim, surgiu novo modelo de governo, contrário aos tradicionais regimes monárquicos e oligárquicos: a polícracia, denominada como governo de muitos (BOBBIO, MATTEUCCCI, PASQUINO, 2004).

A partir do século XIX, tanto na tradição liberal quanto na socialista, estão presentes ideias relativas às diversas formas de democracia e de participação política. A segunda vertente citada traz profundos reflexos no século XX, principalmente na formação dos instrumentos vigentes de participação, hoje, no Brasil, na área da saúde. Esta vertente diz respeito à democracia a partir de baixo, também exercida de forma direta, abrangendo decisões tanto políticas quanto econômicas, envolvendo não só a sociedade política como a civil (BOBBIO, MATTEUCCCI, PASQUINO, 2004). É possível perceber influência desta na formação dos órgãos deliberativos no SUS, como os Conselhos de Saúde.

No século XX, mais precisamente no início da década de 1970, a participação, então qualificada como comunitária, no âmbito da saúde, foi difundida nos países em desenvolvimento. Essa participação era considerada uma estratégia essencial para melhorar o acesso aos serviços de saúde nos setores mais vulneráveis da população. O conceito legitimou-se política e ideologicamente, em 1978, na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata, União Soviética, sobre Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de alcançar, até o ano 2000, saúde para todos (WHO, 1978). Tal conferência expandiu e consagrou o conceito de participação, pois trouxe seu substrato teórico, político e ideológico, ligando-o à Atenção Primária à Saúde e associando-o ao novo paradigma de saúde que trabalha a desconcentração e descentralização de recursos e poderes, o coletivismo, a aceitação e inclusão de práticas não oficiais, interdisciplinares e multiprofissionais e a integração da promoção, prevenção e cura (SILVA JÚNIOR, 1998).

No Brasil, a participação social, ou controle social, nas políticas públicas e, particularmente, na saúde, não teve seu início com a Constituição Federal de 1988 e muito menos com os fatos políticos e jurídicos das Leis Orgânicas em 1990 (BOBBIO, MATTEUCCCI, PASQUINO, 2004).

Em 1937, a lei 378 de 13 de janeiro, o então presidente da república, Getúlio Vargas, através do poder legislativo, decreta e sanciona a nova organização do Ministério da Educação e Saúde Pública, transformando-o em Ministério da Educação e Saúde. Esta lei traz em seu capítulo IV, artigo 67, a criação do Conselho Nacional de Saúde; e em seu capítulo VI, artigo 90, a criação da Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1937). Ambos em nível nacional, uma vez que a política de saúde da época seguia um caráter centralizado e conservador, sendo ofertada através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) que, mais tarde, se transformariam no Instituto

Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Nessa época, o conselho apresentava apenas um caráter consultivo e normativo, e as Conferências não tinham seu papel muito bem definido com vistas à interação popular.

Mais adiante, Carvalho (1995) levanta alguns marcos importantes para a construção da participação comunitária no Brasil e apresenta algumas experiências como os laboratórios experimentais, iniciados na década de 1960, realizados a partir de influência direta de universidades, que se sintonizavam com as propostas de medicina comunitária, que foram importadas, principalmente, dos Estados Unidos.

Nas décadas subsequentes, com o regime militar, houve fomentação de um grupo de movimento social na gênese do controle social em saúde. O movimento era composto por um conjunto organizado de pessoas e grupos articulados em torno de ideologia e saberes, bem como de um projeto de mudanças nas práticas de saúde.

Estes grupos eram formados, principalmente, por pessoas do eixo Rio-São Paulo, de maioria jovens (faixa etária inferior aos 40 anos), com formação universitária na área da saúde, com vinculação pública (geralmente com universidades, mas também na FIOCRUZ, INAMPS e secretarias de saúde), além de pouca ou nenhuma experiência com o poder fato, por exemplo, na direção de sistemas de saúde. Tais grupos eram oposição da ditadura, militantes de partido de esquerda, reuniam-se quase que clandestinamente para discutirem projetos de saúde para o país que tinham propostas progressistas inspiradas nos sistemas de proteção social do mundo socialista. O grupo mais remoto, ficou conhecido como Grupo Novo Mundo, devido ao local onde se encontravam para suas reuniões: o Hotel Novo Mundo no Rio de Janeiro. Posteriormente, houve o surgimento de outros grupos e movimentos como: CEBES em 1976, a ABRASCO em 1979, entre outros. Tais grupos foram os grandes fomentadores da Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO, 1995).

A partir da redemocratização, ocorrida nos anos de 1980, há, no Brasil, a ampliação da participação política, seja por meio dos mecanismos eleitorais, seja por meio da participação em movimentos sociais e nas associações, entidades profissionais e/ou ONGs que buscam melhores condições de vida, garantia de direitos, via participação no direcionamento das políticas públicas. A medida em que o modelo neoliberal trouxe exigências para o Estado, no sentido de reduzir sua participação na garantia dos direitos e responsabilidades sociais, ocorreu a reedição das antigas práticas de colaboração da sociedade na execução das políticas sociais

por meio do voluntariado com apelo à solidariedade dos cidadãos (CARVALHO, 1995).

Um marco no processo de reedição da política de saúde foi a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, originário do Plano do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), como caminho para a construção do SUS. As AIS contemplavam, em suas ações, a possibilidade concreta da participação popular organizada, amparada formalmente através dos convênios, termos aditivos e termos de adesão, na medida em que possibilitava representação das comissões nos níveis estaduais, regionais, municipais e locais de saúde - Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). Coube, no entanto, ao movimento popular, pressionar por sua efetivação, mas ainda não houve tanta prioridade para a área (CARVALHO, 1995).

Com o início da Nova República (1985), novos espaços democráticos, criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local e nacional, começaram a ser defendidos como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo. Nesse período, os grupos do movimento social, anteriormente citado, tiveram grande sucesso na conquista de posições do aparelho de estado. Alguns de seus membros mais notáveis ocuparam postos importantes no Ministério da Saúde, da FIOCRUZ, do INAMPS e de vários outros órgãos do sistema de proteção social.

Tais membros levantaram a proposta do grande marco em saúde: a VIII Conferência Nacional de Saúde (CARVALHO, 1995), a qual teve seu ápice de participação social, contando com a participação de diversos movimentos sociais organizados que reivindicaram a criação do Sistema Único de Saúde, pautado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação das comunidades (CORREIA, 2008). O grupo também estava à frente da condução de grandes transformações da saúde durante a Reforma Sanitária: conduziram as Ações Integradas de Saúde ao SUDS em 1987; e, posteriormente, a descentralização do INAMPS até sua fusão com o MS; até chegar à construção do SUS (CARVALHO, 1995).

Com a Constituição Federal de 1988, considerada uma das formas mais avançadas de democracia, é determinada nova relação entre o Estado e a Sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com

os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades (BRASIL, 2001).

Os episódios políticos e sociais dos anos 90, período de consolidação da redemocratização no país, dão lugar a novas transformações no conceito de participação, agora assegurado pela própria CF, e levantam as palavras de ordem: controle social, construção autônoma de cidadania, busca de identidade, autonomia decisória. As reformas no sistema de saúde, na década de 80, com as AIS e o SUDS e em 90 com o SUS, com a consequente municipalização das responsabilidades, representou grande estímulo para que fosse oficializada e ampliada a participação da sociedade no âmbito da saúde.

2.2 A participação da comunidade no âmbito do SUS

2.2.1 – A criação do SUS e o princípio da participação da comunidade

A criação do SUS resulta um grande desejo da sociedade por mudança. Esse desejo teve seu ápice representado pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira que sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial, pois almejava-se poder servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. Na década de 80, a realidade das cidades brasileiras era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo INAMPS, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica fragmentada e da cidadania regulada (BAPTISTA, 2007).

O movimento de reforma vinha de uma base democrática e partia de propostas concretas levantadas pelos grupos sociais que, ao longo da década, foi agregando simpatizantes de todas as áreas da sociedade (CARVALHO, 1995). A primeira proposta do movimento era a saúde como um direito de qualquer cidadão brasileiro, independente de contribuir ou não com o sistema previdenciário, ser trabalhador ou não. O acesso à saúde pública deveria ser garantido, sem exclusões ou discriminações. E a segunda proposta era a oferta de ações de cunho preventivo e curativo, criando a necessidade da integração de um sistema único. A terceira levanta a necessidade da descentralização da gestão administrativa e financeira do sistema. E, por fim, e tão importante quanto as outras, a proposta é o controle social das ações da saúde, que só seria viável com a execução da terceira proposta, trazendo para

próximo das pessoas e usuários a realidade da gestão (BAPTISTA, 2007). Tais propostas foram amplamente discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, com participação de todas as camadas da sociedade e tornaram-se ainda mais concretas e reivindicadas.

Graças a estes movimentos, o Brasil vive, há mais de trinta anos, sob a égide de nova regra: a Constituição Federal (CF) de 1988, em que novo paradigma foi imposto após um período de governo ditador e com a fomentação dos movimentos sociais, como da Reforma Sanitária, na busca pela democratização do país (CARVALHO, 2014; GUERRA *et al.*, 2017). A partir da CF, o país é caracterizado como um estado democrático e de direito, definido como aquele que tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, o pluralismo político (CF, 1988).

A CF traz, como ponto marcante, a centralidade da população: “Todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (democracia representativa) ou diretamente (democracia participativa) nos termos da Constituição”. Assim, fazendo jus ao nome como ficou conhecida, “Constituição Cidadã”, a CF consagra direitos e deveres para todos os cidadãos brasileiros, como o direito social à saúde e os deveres de cidadania, como o exercício do controle da sociedade, tanto público quanto privado para que ambos não utilizem mal os recursos públicos (CARVALHO, 2014).

Além disso, a constituição traz a necessidade de se criar instâncias de participação da comunidade, uma que, ao longo da história do Brasil, há constatação de que a atividade político-eleitoral era insuficiente para representar uma análise, fiscalização e julgamento dos governos. Dessa forma, a entrada do controle social ficou a cargo de pessoas que antes não tinham nenhum acesso às decisões de governo para que possam, assim, conhecê-las, entender as decisões tomadas e reorientá-las de acordo com o reconhecimento dos problemas mais prioritários.

As Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90 foram elaboradas para regulamentar o exercício do SUS e reforçam a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, a mudança da concepção do conceito de saúde com base em determinantes e condicionantes sociais e o foco de suas ações, serviços e práticas (CARVALHO, 2014).

Desde sua criação, o SUS vem atrelado a princípios doutrinários: a universalidade, a equidade, a integralidade; e organizacionais: como, a

descentralização, a participação da comunidade e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado, que atuam como pilares para sua estruturação e atuação (BRASIL, 1990a).

O conceito de participação da comunidade, a partir da CF e das Leis orgânicas passa a ser um pilar fundamental para a implantação e consolidação do SUS. Devido a isso, a Lei Orgânica 8.080, quando apresentada em 1990, sofreu 25 vetos por não contemplar a atuação da participação da comunidade na gestão do Sistema. Desse modo, houve a complementação desta lei com a Lei orgânica 8.142 de 1990 que determina que a formulação e a fiscalização das Políticas de Saúde municipal, estadual e federal devem ocorrer por meio da atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde (SODER; OTTOBELLI, 2013).

Nas leis orgânicas, fica explícito que só se conseguirá ter saúde à medida que houver a contribuição das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade, dessa maneira, exige-se que cada cidadão cumpra com seus deveres sendo o principal deles a participação da comunidade (CARVALHO, 2014).

Outros marcos importantes que ocorreram dentro do SUS e que impactaram na reafirmação da temática, foram o Pacto pela Saúde/2006, quando a Participação e Controle Social são contemplados e apresentam as ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer esse processo de participação da comunidade, principalmente na abordagem do “Pacto de gestão” (2006, p. 5):

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

E o processo de descentralização e municipalização do SUS, regulamentado pelo Decreto Nº 7.508/2011, em que os Conselhos de Saúde se tornam ainda mais fundamentais no processo de planejamento das ações regionais de saúde (BRASIL, 2011).

Desde então, a participação da comunidade vem ganhando força e passando a ser considerada uma das mais importantes conquistas para a construção de uma saúde mais democrática e participativa, gerando um impacto positivo na população a partir do momento que a sua fiscalização deve passar pela aprovação da própria sociedade (GUERRA *et al.*, 2017).

Para que o SUS funcione efetivamente, conforme previsto nas leis brasileiras, deve-se pensar na revolução da mudança da mentalidade da população por meio da informação e da conscientização, emponderando-os e proporcionando que saiam do estado de omissão para exercer o pleno controle como cidadão ativo deste país democrático (CARVALHO, 2014).

Embora a participação da comunidade seja afirmada na lei 8080/90 e regulamentada na lei 8142/90, isso não foi suficiente para traduzir em participação efetiva. O que se observa é que entraves como a falta de informação; a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los; o distanciamento entre a sociedade e os conselheiros; espaços de disputa de poder e “trampolim” político; falta de divulgação das ações do conselho; entre outros (SANTOS JÚNIOR, 2020; GOMES; ÓRFÃO, 2021). A busca é para proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social nas políticas públicas de saúde.

2.2.2 – Instrumentos institucionalizados de participação da comunidade: os Conselhos de Saúde

A lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e cria duas instâncias colegiadas expressas na Conferência de Saúde e no Conselho de Saúde (CARVALHO, 2014). Mas, é muito importante lembrar que os conselhos existem muito antes da criação do SUS.

Em 1937, através da lei 378, que elabora a nova organização do Ministério da Educação e Saúde Pública, transformando-o em Ministério da Educação e Saúde, cria-se o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde tinha a atribuição de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Educação. Este primeiro conselho era caracterizado como um colegiado e tinha, na sua composição, especialistas em assuntos de saúde pública. Seu caráter era consultivo e normativo, ou seja, estabelecia as normas e diretrizes técnicas bem como emitia pareceres quando convocado (BRASIL, 1937). Assim permaneceu, com algumas modificações até 1990, quando, através do Decreto 99.438 de 08 de agosto 1990, que dispõe sobre a organização e atribuições do novo Conselho Nacional de Saúde, e, posteriormente,

na Lei Orgânica da Saúde 8.142, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

De acordo com a LOA 8.142/90, os Conselhos são órgãos permanentes e, diferente dos primeiros conselhos, são deliberativos, compostos por quatro segmentos: usuários dos serviços de saúde, trabalhadores e profissionais de saúde, representantes da gestão e dos prestadores de serviço, sendo que a participação do povo deve ser paritária em relação às demais representações (BRASIL, 1990b, 2012a). Ou seja, 50% dos conselheiros devem ser usuários, e os demais 50% devem ser divididos entre as três categorias restantes: 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, sendo a indicação e escolha de cada membro do segmento realizada entre seus pares (BRASIL, 2012a). Estudos apontam, como desafio, o fato de nem sempre haver paridade nesta composição, prevalecendo a hiper-representação do segmento de gestores que resultam no aumento da influência deles frente ao processo decisório (GOMES; ÓRFÃO, 2021), fato que prejudica o processo democrático desta instância.

Os conselhos criam espaços de negociação com o objetivo de buscar soluções para os problemas de saúde local, estadual e federal, de acordo com a instância. Reúnem-se frequentemente com a função de fiscalizar a gestão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (SODER; OTTOBELLI, 2013). Deve-se estimular que as reuniões dos conselhos sejam abertas aos cidadãos, partindo do princípio democrático dos órgãos públicos, bem como está aberta a presença de membros do Legislativo, Judiciário e Ministério Público (CARVALHO, 2014).

A resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, atualizando-se frente às novas realidades de saúde encontradas no país e com o intuito de consolidar, fortalecer, ampliar e efetivar o Controle Social no SUS (BRASIL, 2012a).

O conselho pode ser composto por várias representações sociais que são convidadas para as eleições para ocupar os 50% referentes aos usuários, como: movimentos sociais e populares organizados, organizações religiosas, organizações de moradores, sindicatos, comunidade científica, entidades indígenas, entre outras. E além dos usuários, são convidados os profissionais de saúde, os gestores e

prestadores de saúde, possuindo participação indispensável como descrito (BRASIL, 2013b).

As eleições dos conselhos são realizadas em fóruns convocados com esta finalidade e sugere-se que cada mandato tenha a duração de dois, e os conselheiros que tenham interesse podem se recandidatar, não havendo limite para número de mandatos. Todo conselho possui seus membros titulares e, para cada titular, deve haver um membro suplente (funções não remuneradas), além de ter um presidente que deve ser membro do conselho e que tenha participado do processo de eleição deste colegiado (BRASIL, 2012a).

É importante lembrar que são obrigatórias a existência dos conselhos municipais, estaduais e o nacional, mas também podem ser compostos espaços descentralizados, de acordo com a Resolução n.453/2012: os Conselhos Locais de Saúde (CLS) possibilitam a proximidade entre a comunidade e os serviços de saúde e as demais organizações do bairro, bem como Conselhos Regionais de Saúde (CRS) e Conselhos Distritais de Saúde (CDS), que cuidam de uma região ou de um distrito sanitário, com uma ou mais unidades de saúde e uma ou mais comunidades que guardam entre si identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica (BRASIL, 2012a), contudo, não possuem diretriz ou resolução do Conselho Nacional de Saúde que regule seu funcionamento, podendo ser considerados espaços informais.

No Brasil, atualmente, há 5.570 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e o conselho do Distrito Federal, junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde, de acordo com o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

As dificuldades existem para seu pleno exercício e fazem parte do processo civilizatório brasileiro. Em meio a vários Conselhos funcionando bem, encontram-se dificuldades sérias em muitos outros (CARVALHO, 2014). Atualmente, percebe-se certa contradição na composição dos Conselhos, pois, apesar de serem o resultado de conquistas de lutas sociais, em muitos conselhos municipais, a realidade é de uma imposição legal dos gestores, o que limita a autonomia da participação da comunidade (LIMA; GALIMBERTTI, 2016). Outros pontos falhos, levantados por Carvalho (2014), são: representação errada dos vários segmentos legais; conselheiros do segmento dos usuários e profissionais escolhidos pelo gestor, prefeito e secretários; falta de reuniões; desrespeito às decisões do conselho, entre outros. Santos Junior *et al.* (2020) aponta que as maiores dificuldades estão relacionadas ao aprendizado

necessário aos membros para o pleno exercício da democracia, da cidadania, da participação e do controle social.

2.2.3 – Instrumentos institucionalizados de participação da comunidade: as Conferências de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde, como citado, foram criadas em 1937 pela lei 378 que criou também as Conferências Nacionais de Educação. Ambas eram destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades relativas à educação e à saúde realizadas em todo o país e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federal. A lei determina também que elas poderiam ser convocadas pelo presidente da república com intervalo máximo de 2 anos entre elas (BRASIL, 1937).

As Conferências de Saúde, com a lei 8142/1990, ganham mais força e novas regras de funcionamento; passam a ser realizadas, obrigatoriamente, a cada 4 anos nas esferas municipais, estaduais e federal, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b). Para isso, sua ação será sempre voltada no sentido de conhecer o que deveria estar sendo feito para garantir a saúde para a população (o desejo da sociedade explícito ou não no corpo legal), o que está acontecendo na realidade, e como fazer para que o devido e o real sejam algo único (CARVALHO, 2014). As conferências são espaços de debates, de avaliação dos programas dos últimos anos, ambiente para apresentar avanços alcançados e apresentar desafios que devem ser vencidos (SODER; OTTOBELLI, 2013).

O número de participantes das conferências deve ter correlação com o número da população, e sugere-se que haja os seguintes perfis de participantes: os delegados, que são representantes indicados por entidades e organizações de acordo com segmentos previstos na legislação e tem voz e voto; os observadores, que são pessoas interessadas em participar do evento que não representam entidades e organizações e tem direito a voz, mas não ao voto; e, por fim, os convidados que são pessoas convidadas pela Comissão Organizadora do evento que não têm direito à voz nem ao voto (CARVALHO, 2014).

Segundo o “Manual Básico de realização de Conferências de Saúde” (2021a, p.8), os objetivos principais das Conferências, são:

- I – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- II – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;
- III – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as esferas federativas, do município à união;
- IV – Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual (PPA) e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Assim, é importante reforçar à população sobre a importância das Conferências de saúde, visto que elas cumprem um papel de fortalecer a democracia e o SUS, como pontos imprescindíveis para o alcance de uma saúde pública de qualidade, com acesso universal, abordagem integral e equalitária, e que possibilita a participação dos brasileiros através do controle social. Com as Conferências, é possível ir em busca de um sistema que garanta o acesso democrático à saúde e forneça um atendimento humanizado e integrado de acordo com as reais necessidades e demandas da população (BRASIL, 2021a).

Desse modo, as Conferências, seus objetivos e finalidades devem ser amplamente divulgados nas mídias, e com cartazes e *folders* para se conseguir reunir os diversos segmentos sociais e se ter um alcance significativo. As temáticas trabalhadas nas Conferências devem ser grandes temas essenciais ao trabalho de saúde e que gerem discussões que propiciem mudanças necessárias, como: financiamento da saúde, participação da comunidade, modelo de atenção e organização dos serviços, entre outros de interesse da população (CARVALHO, 2014).

As Conferências de Saúde não são espaços recentes, como visto. A primeira Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1941 ainda no governo Getúlio Vargas (CARVALHO, 1995), e, no ano de 2021, haveria o acontecimento da 17ª edição que foi adiada para 02 a 05 julho de 2023, devido à pandemia de COVID-19 no Brasil. Desde sua promulgação em 1990, as Conferências devem seguir uma ordem de realização, a iniciar pelos municípios que, nesta edição, acontecerão entre novembro

de 2022 e março de 2023, seguido dos estados, que acontecerão entre abril e maio de 2023 e finalizando com a Conferência em nível nacional (BRASIL, 2021b).

2.2.4 – A participação da comunidade além dos equipamentos formais

Os Conselhos e Conferências de Saúde são dispositivos fundamentais que legitimam e asseguram a participação da comunidade, e, apesar de sua expressividade, não se trata de excepcional via de intervenção e, muitas vezes, mostram-se insuficientes como única forma de participação da comunidade, pois existem inúmeros desafios para sua efetividade (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015; GOMES; ÓRFÃO, 2021). Estas instâncias têm se dedicado, principalmente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e não têm contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

Muitos programas de saúde têm sido executados para a população, mas, para ser efetivo de fato, deveriam ser executados com a participação da população na elaboração de propostas que sejam capazes de promover a saúde e a cidadania. É desafiador mobilizar a comunidade para esta participação, mas, para que isso aconteça, é necessário oportunizar espaços de debates e discussões conjuntas nos processos decisórios com o objetivo de resolver os problemas de saúde existentes (AQUINO *et al.*, 2014).

Neste contexto, percebe-se que pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações; e ainda requer processos que favoreçam a participação ativa, autônoma, representativa e corresponsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas e, sobretudo, o reconhecimento e o fortalecimento dos movimentos sociais e dos usuários como legítimos canais de construção do controle social (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015). O controle social pode e deve ser feito pelos movimentos sociais e populares, sindicatos, igrejas, organizações e pelo cidadão comum que usa os serviços de saúde no cotidiano.

Os municípios devem estimular a criação de espaços, para além dos instituídos, que favoreçam a participação ativa, autônoma, representativa e corresponsável para os usuários exercerem seu papel de cidadão e fazerem valer

suas opiniões, ajudando as decisões da gestão a serem mais equalitárias e próximas das reais necessidades (GUERRA *et al.*, 2017; PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015; LIMA; GALIMBERTTI, 2016). Idealizar estes espaços, como exercício de cidadania, implica o desafio da vontade política por parte dos gestores em criar estas condições de negociação de saída coletivas para os problemas locais (GUERRA *et al.*, 2017).

Muitos são os espaços que já existem para promover estes diálogos e trocas efetivas, e eles se encontram principalmente em locais dentro da comunidade como nos serviços de Atenção Primária à Saúde, pela proximidade destes com a população.

2.3 Atenção Primária à Saúde como *lócus* para a participação da comunidade

2.3.1 – Política Nacional da Atenção Básica e sua interface com a participação da comunidade

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é uma política central no SUS que estimula e possibilita a efetivação da participação da comunidade. Criada em 2006, com sua última atualização em 2017 traz a APS como uma estratégia utilizada para a organização da assistência à saúde das pessoas por meio de ações sistematizadas, com a integração de ações curativas e preventivas, cuja finalidade é resolver a maior parte dos problemas de saúde das pessoas em um dado território.

Esta política é orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, assim como o SUS, e possui diretrizes como a territorialização, coordenação do cuidado e da participação da comunidade, entre outras (BRASIL, 2017). Assim, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários e o ponto central de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, a APS está instalada perto das pessoas para ofertar uma assistência à saúde oportuna e de qualidade.

A PNAB (2017) traz, como responsabilidade comum, a todas as esferas do governo, o estímulo à participação da comunidade e o controle social nos territórios, como também, a fomentação da mobilização das equipes para garantir espaços para a participação dos usuários no exercício do controle social. Outro ponto da política que enfatiza a participação da comunidade são as atribuições comuns a todos os profissionais que trabalham na AB (PNAB, 2017):

Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde.

Todos estes pontos abordados na política mostram a importância desta participação para a efetivação da AB no Brasil.

A participação da comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde objetiva a ampliação da autonomia de seus usuários, bem como sua capacidade de construção do cuidado à sua saúde, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde no território e na organização e orientação dos serviços de saúde centrada no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2017; LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

A AB abre um leque de oportunidades para que canais de comunicação e participação aconteçam para além das instituições legitimadas pela Lei orgânica da Saúde 8.142/90, elas podem acontecer no dia a dia das relações entre gestores-trabalhadores-usuários, nos grupos de educação em saúde rotineiros dos serviços, nos dispositivos sociais daquela comunidade (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

O conceito de participação da comunidade é o que mais se aproxima do cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes da APS, isso por acontecer na própria comunidade. Tais profissionais buscam defender interesses da população que ali vive e é atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Desse modo, a sociedade, de forma ampla, e a comunidade, mais localmente, contestam o Estado participando de Movimentos Sociais que representam legalmente a voz de determinados grupos sociais que procuram, de forma solidária e democrática, defender seus interesses e direitos.

Apesar dos esforços no desenvolvimento de políticas públicas que contemplem a possibilidade de efetivação da participação da comunidade, ainda há entraves políticos, estruturantes e educacionais que limitam o exercício desta cidadania, e refletem negativamente nos benefícios que os serviços de saúde podem proporcionar para a comunidade (LIMA; GALIMBERTTI, 2016). A dificuldade no diálogo, que ainda é muito desigual entre comunidade e gestores, gera o enfraquecimento do poder de transformação da realidade em saúde nos locais (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

2.3.2 – A Estratégia de Saúde da Família e seus dispositivos sociais de participação

Dentro da APS, há a Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de expansão dos serviços básicos de saúde, que adota nova forma de organização do trabalho em saúde, produzido por uma equipe multiprofissional com o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Além disso, por suas características peculiares previstas na PNAB, a ESF favorece a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação profissional-usuário (AQUINO *et al.*, 2014).

O trabalho em equipe, nas Unidades de Saúde da Família (USF), propicia o envolvimento e a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, voltado para a real demanda, visto que a população de referência é a destinatária do trabalho desenvolvido, levando a um processo de democratização dos planos de trabalho (AQUINO *et al.*, 2014).

As Estratégias de Saúde da Família constituem-se de espaços físicos privilegiados para a efetivação desta participação da comunidade, onde há a oportunidade de os gestores e os profissionais estarem próximos da população para ouvir diretamente suas demandas, reconhecer, através da exploração do território, suas principais necessidades em saúde e criar vínculo para que a população se sinta confortável para expor suas opiniões. (LIMA; GALIMBERTTI, 2016; SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2020). As ESF's funcionam como porta de entrada tanto pela proximidade da comunidade como pela capacidade de resolubilidade e potencialidade de provocar mudanças nas condições de saúde da população.

Os espaços promovidos pela ESF, como grupos operativos, palestras de temáticas da saúde, visitas domiciliares, consultas compartilhadas, reuniões em sala de espera, geram discussões, estudos e negociações que incluem todos os membros sociais; valorizam as dimensões emocionais, físicas e espirituais; promovem trocas de práticas e saberes populares (SIMÕES, 2010). Em todos esses espaços, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde de acordo com as necessidades da comunidade (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2020).

Mas para que a participação da comunidade se efetive nesses espaços, faz-se necessário o entendimento dos usuários como sujeitos autônomos, protagonistas de

suas vidas e, portanto, participantes ativos na identificação e priorização dos problemas da coletividade e de propostas de resolução (AQUINO *et al.*, 2014). Espera-se que este estímulo a essa participação, que acontece na AB, contribua para melhor atendimento em saúde a partir do momento que envolver os usuários empoderados nos processos decisórios relacionados à saúde da comunidade (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2020).

2.4 Os líderes comunitários como potenciais representantes da população na participação da comunidade.

No processo de construção de cidadania, democracia e protagonismo social, os líderes comunitários assumem importante papel por serem pessoas referências, por conhecerem de perto as reais necessidades da população e por serem articuladores e disseminadores de informação dentro da comunidade (PINHEIROS; BORGES, 2012). É importante que cada comunidade tenha um líder para ser seu mediador, procurando solucionar os interesses da população em busca da resolutividade dos problemas sociais (KRUG *et al.*, 2020).

Neste contexto, os líderes comunitários assumem um papel na comunidade de representação e centralidade, tornando-se figuras articuladoras para demandas do território que vivem. Em grande parte das vezes, são pessoas que se comunicam com demais órgãos sociais na busca pelos direitos de sua comunidade, fazendo um papel de interlocução dos interesses de seus iguais (GUERRA *et al.*, 2017). Sua representatividade leva-o a um papel de conhecedor dos problemas da comunidade, dando-lhe uma visão ampla de todas as necessidades gerais e de seus próprios membros de forma mais individual. Sua atuação é a de representar a voz dos seus grupos, encaminhando todas as reivindicações e demandas levantadas a partir das discussões com o maior número de integrantes da comunidade (PINHEIROS; BORGES, 2012).

Para que a participação seja efetiva, não pode haver o hábito de apenas reclamar e esperar passivamente que as soluções aconteçam, e, muito menos, delegar a terceiros a responsabilidade ou omitir seus deveres perante as decisões. Os líderes comunitários, bem como os demais usuários, gestores e trabalhadores da saúde devem estar ativos na troca efetiva de saberes, no empoderamento de sua importância social, na promoção do diálogo e negociação dos interesses em saúde.

Falar do sistema de saúde é complexo, requer a interlocução dos diferentes atores e para ser efetiva exige a participação ativa e responsável de todos (GUERRA *et al.*, 2017).

Os líderes comunitários possuem importante papel de referência e interlocução com a comunidade que representam, e, devido a isso, eles têm um grande potencial em se tornarem ativos participantes nas tomadas de decisões nas questões de saúde da comunidade. Estudo realizado por Anjos *et al.* (2013) mostra que os líderes comunitários apresentam interesses em realizar parcerias com pessoas influentes especialmente em locais públicos como escolas, igrejas, praças e o centro de atenção à saúde mental.

Para melhor compreender sobre os líderes, é importante traçar seu perfil, e, de fato, reconhecer seus conhecimentos sobre o SUS, tanto nos aspectos gerais da política pública, quanto nos aspectos da prática dos serviços locais. A partir desses dados, é possível explorar o papel transformador da realidade em saúde que o líder comunitário é capaz de assumir em seu território.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi delineada através da abordagem qualitativa. A escolha se deu por ser uma abordagem que, segundo Flick (2009), trabalha a partir da noção da construção social das realidades estudadas, tendo foco nas perspectivas dos sujeitos pesquisados, nas suas práticas cotidianas e em seu conhecimento empírico sobre a questão do objeto de estudo.

A pesquisa qualitativa possibilita uma flexibilidade, sendo um método aberto e sem regras precisas que permite entendimento de um processo ou relação. (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999; FLICK, 2009).

O objetivo do estudo foi ao encontro de um delineamento qualitativo, a partir do momento que esta abordagem envolve uma atitude interpretativa e naturalística por parte do pesquisador diante do mundo, permitindo o estudo dos objetos em seu contexto cotidiano e natural, buscando entender e interpretar os fenômenos na significação que os sujeitos lhes atribuem (FLICK, 2009).

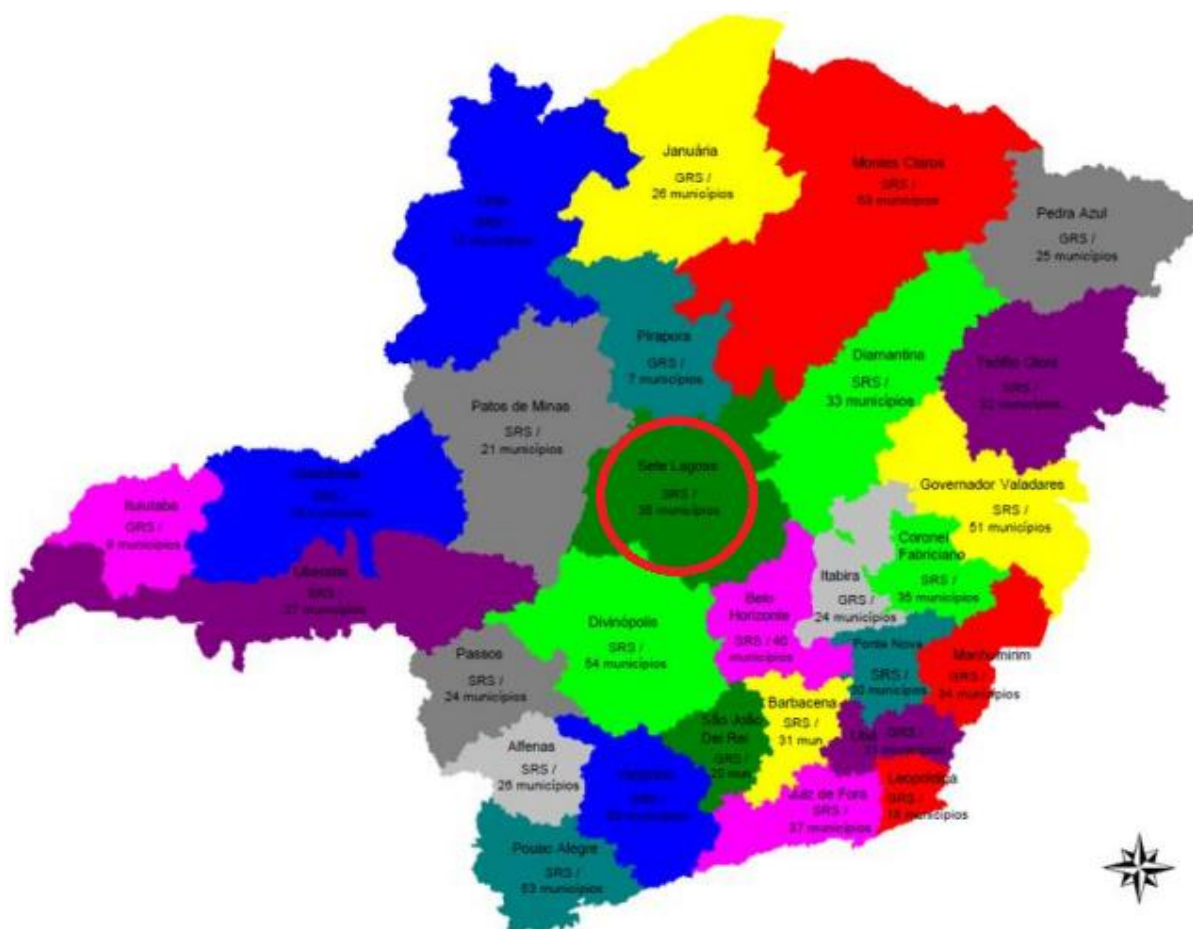
O método utilizado foi o estudo de multicasos que se configura como análise completa de todos os elementos que envolvem o objeto de pesquisa. Seu uso busca obter um grau maior de conhecimento e aprofundamento das particularidades da realidade que envolve o caso, bem como tudo o que conforma a realidade social de determinado objeto de pesquisa (YIN, 2001). Neste método, o pesquisador vai a campo para se conectar ao evento, sendo interessante utilizar estratégias como entrevistas, gravações de áudio e/ou vídeo, observação, entre outras (YIN, 2001).

O estudo de caso, segundo Yin (2001), vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais, e aborda uma investigação empírica que explora a ocorrência de um acontecimento contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são bem esclarecidos.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em dois municípios do estado de Minas Gerais pertencentes à macrorregião Centro e sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Sete Lagoas, (Figura 1).

Figura 1: Mapa da divisão territorial das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde em 2019



Fonte: Subsecretaria de Gestão Regional.

Os municípios escolhidos para o estudo foram Inhaúma e Sete Lagoas. A escolha se deve à experiência da pesquisadora na gestão da Atenção Primária à Saúde dos dois municípios e como participante dos Conselhos Municipais de Saúde de ambos. A vivência das dificuldades da participação da comunidade no SUS, mais especificamente na APS, motivou a pesquisadora a aprofundar o conhecimento nas questões sobre a temática. Além disso, trata-se de dois municípios heterogêneos que,

em estudos futuros poderão verificar se suas características podem influenciar ou não na participação da comunidade e de seus respectivos líderes nas questões de saúde.

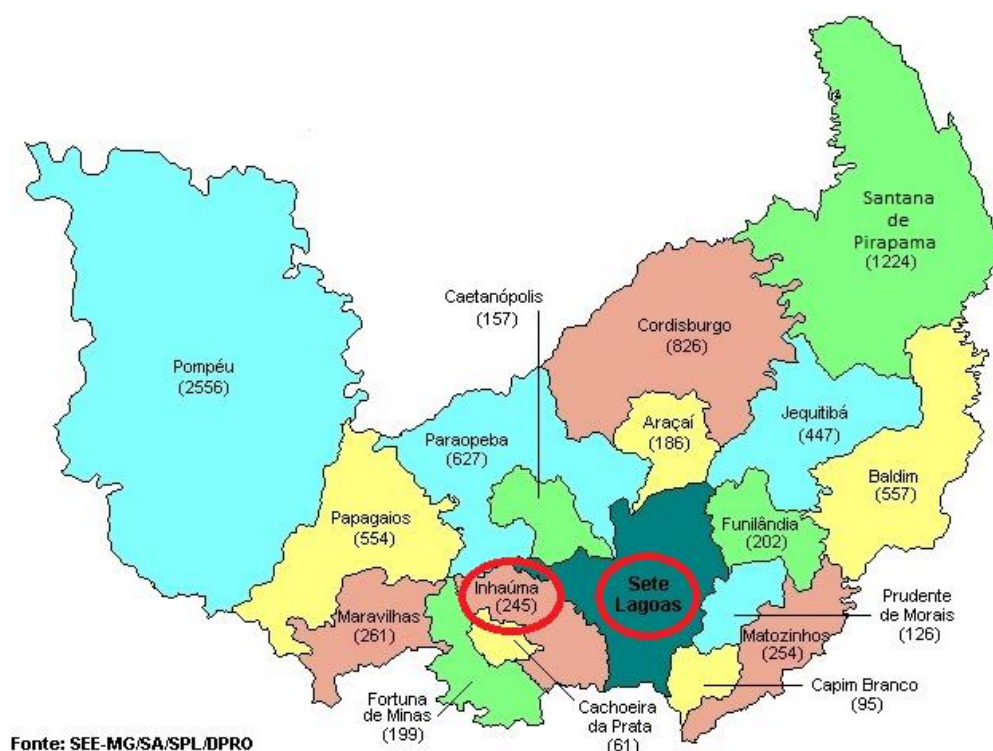
O município de Inhaúma é de pequeno porte populacional, possui uma população estimada de 6.312 habitantes (IBGE, 2020), com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,702 (IBGE, 2010) e 6.781 usuários com cadastro ativo na AB, ou seja, 100% da população, segundo a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Sete Lagoas (2022). Sua Atenção Primária à Saúde conta com a Unidade Básica de Saúde Maria de Oliveira Rocha Araújo que acolhe três Equipes de Saúde da Família: ESF “Vida”, ESF “Esperança” e ESF “União”, uma equipe de Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): “NASF em ação” e duas equipes de Saúde Bucal (eSB): eSB “Rural” e eSB “Urbano”. O município ainda conta com um Polo de Academia da Saúde: “Academia Aguinaldo Marques”, que se encontra inativado no momento. Não existem, no município, conselhos locais de saúde.

O município de Sete Lagoas é de grande porte populacional, com uma população estimada de 241.835 pessoas (IBGE, 2020), com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,760 (IBGE, 2010) e 165.869 usuários com cadastro ativo na AB, ou seja, aproximadamente 69% da população, segundo a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Sete Lagoas (2022). Sua APS abrange 50 Estratégias de Saúde da Família, 21 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 7 equipes de NASF-AB. O alvo do estudo serão 3 Unidades Básicas de Saúde do município selecionadas por se encontrarem em localidades distintas dentro do território, podendo trazer a realidade heterogênea da população. Tais unidades não apresentam conselhos locais de saúde em seu território. Suas características estão apresentadas a seguir:

- UBS “Mário de Figueiredo Soares” que vincula e acolhe três Estratégias de Saúde da Família: ESF “Verde Vale”, ESF “Belo Vale I”, ESF “Belo Vale II”, um NASF-AB “Newton Fernandino”; e três equipes de Saúde Bucal: ESB “Verde Vale”, ESB “Belo Vale I” e ESB “Belo Vale II”, e com um Polo de Academia da Saúde;
- UBS “Carlos Afonso Viana” que vincula e acolhe três Estratégias de Saúde da Família: ESF “Primavera”, ESF “Interlagos” e ESF “Luxemburgo”; um NASF-AB “Dr. Carlos Afonso Viana”; e três equipes de Saúde Bucal: ESB “Primavera”, ESB “Interlagos” e ESB “Luxemburgo” e com um Polo de Academia da Saúde;

- UBS “Benjamin Campolina A. Marques” que vincula e acolhe três Estratégias de Saúde da Família: ESF “Cidade de Deus”, ESF “Cidade de Deus II”, ESF “Bouganville”; e três equipes de Saúde Bucal: ESB “Cidade de Deus”, ESB “Cidade de Deus II” e ESB “Bouganville” e com um Polo de Academia da Saúde.

Figura 2: Mapa de parte da Regional de Sete Lagoas



Fonte: Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais – SEE-MG

3.3 Participantes do estudo

A amostra, segundo Flick (2009), é a seleção de pessoas, sujeitos ou situações a serem investigados, como também a seleção de lugares onde se possam encontrar essas pessoas ou situações que as envolvem. Para Alves-Mazzotti e Gewandsztnadger (1999), tanto a escolha do campo da pesquisa, quanto dos participantes, é realizada pelo pesquisador de forma proposital, cujo interesse da escolha gira em torno das questões de interesse do estudo e da disponibilidade dos sujeitos.

A identificação dos participantes do estudo pode ser feita com o auxílio de alguns informantes-chave que, devido à função exercida e outra característica, como o envolvimento no campo, tenham amplo conhecimento do contexto a ser estudado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

No presente estudo, os participantes da pesquisa foram os líderes comunitários de dois municípios do estado de Minas Gerais, indicados pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) das Unidades Básicas onde estão inseridos.

O processo metodológico de identificação dos participantes teve início com a realização de uma reunião com o enfermeiro e os Agentes Comunitários de Saúde de cada uma das equipes de Saúde da Família elencadas. A finalidade da reunião foi apresentar os objetivos e a metodologia da pesquisa e abordar sobre quem são estas lideranças comunitárias, assim facilitando a identificação delas pelos trabalhadores.

Foram apresentados também os critérios de inclusão da pesquisa, definidos previamente pela pesquisadora para atender seus objetivos. Além da indicação direta da equipe, os líderes deveriam ter 18 anos ou mais e residirem na área de abrangência há pelo menos 1 ano. Após a reunião, no município de Sete Lagoas, as equipes identificaram um líder comunitário de cada uma das nove Estratégias de Saúde da Família selecionadas no município; e em Inhaúma foram identificados três líderes comunitários referentes às suas três ESF's que abrangem o município. Somando-se os dois municípios, houve a indicação de 12 líderes comunitários.

No segundo momento, a equipe da ESF entrou em contato com o líder para falar sobre a pesquisa e solicitar a autorização demais líderes para que a pesquisadora pudesse entrar em contato por telefone. Com a autorização, a pesquisadora realizou contato, apresentando a pesquisa e solicitando a permissão para a entrevista presencial através de visitas domiciliares intermediadas pelos ACS's ou realizadas na própria UBS de referência.

No terceiro momento, realizaram-se as entrevistas a 10 líderes comunitários. Dois deles entraram nos critérios de exclusão, definidos por indisponibilidade para a pesquisa ou se encontrarem fora do município na época da coleta de dados.

Vale ressaltar que o tamanho da amostra para as pesquisas qualitativas tem importância secundária em relação a quem são os entrevistados, pois, nas amostras intencionais ou propositais, a significância não se encontra na quantidade final de seus entrevistados, mas sim na representação destes para o objetivo da pesquisa e a qualidade de informação fornecida por eles (BARCELLOS; FONTANELLA; TURATO, 2008).

3.4 Coleta de dados

A pesquisa qualitativa tem como característica básica ser multimetodológica, ou seja, usa-se uma gama variada de procedimentos e instrumentos de coleta de dados para atingir o objetivo da pesquisa. Um dos mais utilizados é a entrevista que, por sua natureza interativa, permite explorar temas complexos e é orientada por questionário, permitindo uma exploração mais profunda do objeto. (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999)

As entrevistas qualitativas são pouco estruturadas, sem uma rigidez na organização das perguntas, o que a faz se assemelhar com uma conversa informal. Nela, o pesquisador busca compreender, através da visão dos pesquisados, a significação de situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado ou focalizado, em que o pesquisador guiou a entrevista por meio de perguntas específicas, mas deixando o entrevistado à vontade para responder com seus próprios termos, até levantar pontos de vistas que exponham emersões novas (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) contemplou questões orientadas relacionadas à atuação do líder na comunidade; conhecimento acerca do SUS, controle social e demais aspectos de saúde do seu território; envolvimento com a área da saúde da comunidade; e desafios encontrados para a efetivação da participação da comunidade e possíveis soluções.

Após a realização da entrevista, a pesquisadora aplicou um questionário socioeconômico, demográfico e de participação da comunidade (APÊNDICE B) nos líderes comunitários para levantamento de dados específicos que complementaram os dados da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos líderes comunitários ou na UBS de referência, em sala reservada, e foram gravadas com o consentimento dos entrevistados. A pesquisadora realizou a aplicação das entrevistas, e a gravação apresentou duração média de 50 minutos.

3.5 Análise de dados

A análise dos dados não pretendeu ter a função de comprovar ou refutar uma determinada hipótese, mas possibilitar uma compreensão aprofundada de um determinado *corpus*, permitindo a reconstrução de conhecimentos existentes sobre a participação da comunidade na gestão do SUS a partir dos líderes comunitários.

Com vistas a examinar o material empírico, a pesquisa se apoiou em técnicas de análise, cuja perspectiva encontra na linguagem dada por meio dos discursos dos sujeitos, um modo de traduzir a avaliação, o julgamento, a crítica e as intenções do enunciador em relação ao mundo que o cerca.

Para fins deste estudo, considera-se a linguagem como um sistema de significados constituídos histórica e socialmente do que decorre a tomada de textos escritos e expressões orais como reveladores de certas conformações, referências e demarcações de determinados discursos que, por sua vez, operam no interior de disciplinas e práticas sociais em diferentes formas e estratégias de poder e intervenção na vida social (RAMOS, 2007). Para observar o fenômeno da linguagem, é preciso, portanto, situar os sujeitos no meio social.

Nesses termos, a linguagem passa a ser estudada enquanto discurso e como tal não constitui um sistema de signos utilizados apenas para comunicação ou pensamento, ela é interação, um modo de produção social (BRANDÃO, 2002). De acordo com Benveniste (1995, p. 84), é a linguagem que fornece o instrumento ao discurso, no qual a personalidade do sujeito liberta-se e se cria, atinge o outro e se faz reconhecer por ele. Nessas condições, a linguagem aparece como estrutura social em que a palavra e o discurso são utilizados deliberadamente, intencionalmente, para fins individuais e intersubjetivos. O discurso, portanto, é entendido como condição prioritária de materialização do “falar” que emerge e se configura por meio das práticas discursivas. Nesse sentido, Foucault (2009, p. 237) afirma que:

[...] falar é fazer alguma coisa – algo diferente de exprimir o que se pensa, de traduzir o que se sabe e, também, de colocar em ação as estruturas de uma língua; mostrar que somar um enunciado a uma série preexistente de enunciados é fazer um gesto complicado e custoso que implica condições (...) e comporta regras [...].

Após essas considerações, vislumbrou-se a análise textual discursiva (ATD) como opção para análise do material empírico desta dissertação. Tal técnica de

análise tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos. Essas compreensões têm seu ponto de partida na linguagem e no sentido que, por ela, pode ser instituído com a valorização dos contextos e movimentos históricos em que os sentidos se constituem (MORAES e GALIAZZI, 2011, p. 80). Na ATD, a linguagem desempenha um papel central, pois, por meio dela, o pesquisador pode inserir-se no movimento de compreensão, de construção e reconstrução das realidades (MORAES; GALIAZZI, 2006). Segundo os mesmos autores, o mergulho no rio da linguagem dentro do processo da análise textual discursiva é inicialmente um movimento desconstrutivo que trata da análise, propriamente dita, e o movimento reconstrutivo que concebe uma síntese.

Dessa maneira, a ATD organiza seus argumentos em torno de quatro focos: a desmontagem dos textos; o estabelecimento de relações; a captura de novo emergente e a recolocação dos achados em um processo auto-organizado, sendo que os três primeiros compõem um ciclo que culmina no quarto foco (MORAES e GALIAZZI, 2011).

O processo de análise textual discursiva, neste trabalho, teve início com o agrupamento dos textos, resultantes das transcrições das entrevistas. Com os textos em mãos, iniciou-se sua desmontagem por meio de uma tempestade de ideias que permitiu produzir um conjunto desordenado e caótico de unidades elementares de significado sobre o tema em estudo.

Posteriormente, foi necessário um aprofundamento das leituras para a composição de unidades constituintes. Para a composição das unidades constituintes, utilizou-se, como critério de recorte e desconstrução dos textos, a análise do vocabulário usado em um enunciado (lexical), a forma como o enunciado é estruturado (sintática) e a recorrência, ao longo do discurso, de elementos semânticos subjacentes (semântica) (SARAIVA, 2009). Vale ressaltar que o retorno reiterado à procura de sentidos mais aprofundados cria as condições para a percepção do novo, não tanto por este já se encontrar no texto, mas porque o pesquisador consegue estabelecer novas e originais conexões (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 70).

Na desmontagem dos textos, as unidades elementares e as constituintes que emergiram da tempestade de ideias e do recorte do texto foram codificadas por números de acordo com sua revelação. Segundo Moraes e Galiuzzi (2011), a codificação constitui um conjunto de indicadores que possibilita relacionar a unidades

e categorias construídas com os textos dos quais se originara, além de permitir voltar sempre que se fizer necessário aos textos originais.

Esta primeira etapa da ATD é denominada de unitarização, na qual o conjunto das unidades produzidas corresponde a um espaço criativo de auto-organização capaz de dar origem a novas combinações, criando as condições para a emergência do novo, sempre a partir do intercâmbio de sentidos (MORAES; GALIAZZI, 2006, p. 124). Portanto, após o exercício analítico de desmembramento de enunciados constitutivos de uma comunicação, foi possível detectar os elementos de sentido.

A segunda etapa compreendeu o estabelecimento de relações e consistiu na categorização das unidades anteriormente obtidas, sendo um aspecto central na análise textual discursiva. A categorização, por sua vez, consistiu em um processo de comparação constante entre as unidades elementares, as unidades constituintes, as unidades de sentido, conduzindo-as a agrupamentos semelhantes. Neste sentido, “cada categoria representa um conceito dentro de uma rede de conceitos que pretende expressar novas compreensões”. “As categorias representam os nós de uma rede” (MORAES; GALIAZZI, 2006, p. 125). Durante essa etapa, reuniram-se as unidades de sentido por semelhança e aproximação, em categorias, surgindo assim, a captação de um novo emergente.

A captação do novo emergente constituiu-se na terceira etapa do processo de análise textual discursiva, cuja característica principal foi à intensa impregnação nos materiais da análise com vistas a alcançar níveis cada vez mais aprofundados de compreensão das questões relacionadas à participação da comunidade na saúde dos líderes comunitários. Esta fase representou o esforço de conceber um consolidado teórico baseado nas novas combinações dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e que deram origem à construção de um processo auto-organizado.

A construção de um processo auto-organizado fechou o ciclo de análise, consistindo em um processo de emergente compreensão que se iniciou na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do *corpus*, seguindo ao presente momento em que se desenvolve um processo intuitivo auto-organizado de reconstrução com emergência de seis dimensões de análise: *o reconhecimento da liderança e da influência na comunidade; o conhecimento superficial sobre o SUS e o apontamento das dificuldades apresentadas pelo serviço; o reconhecimento positivo do trabalho das equipes de Saúde da Família e a aproximação com seus profissionais; a falta de participação na gestão da Atenção Primária à Saúde e o desejo de*

envolvimento; o desconhecimento sobre o controle social e sua atuação informal na participação da saúde da comunidade; e embates políticos, desinteresse das pessoas e fragilidade da comunicação como fatores limitantes do controle social nas questões de saúde.

Vale ressaltar que todo o processo de auto-organização teve como especificidade o material teórico resultante das análises dos discursos das lideranças comunitárias.

Na análise final dos dados, elaborou-se uma síntese dos resultados, estabelecendo diálogos entre as categorias empíricas e confrontados, posteriormente, à luz da literatura.

Inseriram-se os dados no texto de forma que os líderes comunitários foram representados por siglas por ordem de realização das entrevistas, e os líderes, pela letra “E” acompanhada de um número (1 a 10).

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos foram baseados na Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob parecer nº. 5.160.092 (ANEXO A). Ademais, foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Inhaúma (ANEXO B) e Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas (ANEXO C). Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), de forma voluntária, após esclarecimento da proposta do estudo em todas as etapas. Garantiu-se sigilo absoluto das informações assim como a privacidade e o anonimato dos participantes. Não haverá divulgação da voz e imagens dos participantes na pesquisa.

RESULTADOS

Entrevistaram-se dez lideranças comunitárias que se caracterizaram por serem maioria: do sexo masculino (60%), casados (80%), média de idade de 55 anos, com ensino fundamental completo ou incompleto (45%), renda identificada como de um a dois salários-mínimos (80%), aposentados (60%), residindo há mais de vinte anos na comunidade (60%). Em relação a estarem envolvidos com entidades políticas, apenas 30% dos entrevistados possuíam vínculos ativos com partidos políticos. Quando apurado sobre os serviços de saúde, a maioria (80%) utiliza apenas o SUS, nunca participaram (80%) de Conferências, apenas 20% participaram Conselhos Municipais de Saúde como conselheiros, mas, atualmente, não participam, e a maioria nunca trabalhou (90%) nos serviços de Saúde. O principal envolvimento social é a Igreja (90%), seguido de Associações de Bairro (60%) e escola (50%). A frequência com que buscaram autoridades para resolverem problemas da comunidade, no último mês (dezembro/2021) foi em média cinco vezes ou mais (70%).

4.1 O reconhecimento da liderança e da influência na comunidade

Os participantes do estudo entendem que são liderança e influência na comunidade. O reconhecimento do papel de líder ocorre principalmente, quando o líder comunitário compreende que sua voz é ouvida e as pessoas o buscam como referência para a comunidade.

Aí todo mundo me ouve, acabei virando uma voz, sabe, você acredita? Eu pensei, gente não é que o povo me escuta? Então vou ser pra valer, vou assumir meu papel. O meu vínculo maior com a população é a praça, eu brinco que me tornei aquele velhinho que cuida da praça, que fica varrendo, que fica cuidando, e nisso o povo me vê como uma pessoa de referência, acho que o povo é carente (E-7).

Eu sempre estou participando e fazendo alguma coisa, então a comunidade já reconhece a gente como liderança, e eu acho que isso já é um fator importante, né?! (E-3).

Eu me considero um líder, porque todas as vezes que o pessoal precisa de alguma coisa, uma cesta, uma cama de casal, um fogão, alguma coisa nesse sentido, eles me procuram e eu corro atrás para poder conseguir (E-8).

Antes eu não me considerava líder, só que a comunidade me convenceu que eu sou líder (risos). E o porquê, é porque eu busco sempre estar ajudando as pessoas no que eu posso e o que eu não posso, eu corro atrás pra resolver também. A gente conseguiu fazer uma comunicação entre as outras pessoas

que a gente considerava líder aqui dentro do bairro, a gente começou a ser ouvido e começou mesmo o trabalho. Hoje a gente é visto como liderança (E-4).

Além disso, cada liderança comunitária percebeu que seu papel de líder estava atrelado a sua proatividade e a capacidade de ser resolutiva, no que diz respeito às demandas que a comunidade apresenta. Elas se reconhecem como pessoas que tomam frente às situações diversas, o que contribui para seu reconhecimento enquanto liderança.

Eu me considero um líder porque as vezes tem coisas que outras pessoas não resolvem, e eu vou e resolvo. Eu até acho que eu sou líder porque eu tenho vontade de ser (E-2).

Eu acho que tem que ter alguém que tenha coragem na comunidade para aquilo que eu não puder resolver, esta pessoa resolver, essa sou eu (E-1).

O líder tem isso de diferença das outras pessoas, iniciativa. Eu não consigo esperar alguém ter a boa vontade pra fazer, eu vou lá e faço (E-7).

E eu gosto de fazer as coisas, quando pego pra fazer, faço com afinco, com vontade, esse negócio de participar só por participar, não é comigo (E-8).

Eu corro atrás pra resolver os problemas das pessoas daqui (E-4).

Os líderes comunitários também associaram a percepção de liderança ao desejo e ao gostar de ajudar as pessoas e a comunidade em geral. Eles demonstraram preocupação com o coletivo que vai muito além das suas individualidades.

Eu gosto de ajudar. Sempre tento ajudar dentro das minhas possibilidades. Eu sempre me preocupo com a comunidade e tento ajudar (E-2).

Eu não penso só no seu benefício, mas principalmente no benefício do coletivo. É um trabalho que fazemos pelo outro e sem remuneração, então é porque a gente gosta mesmo (E-4).

Eu tenho o maior amor por coisas que às vezes não são minhas (E-3).

Eu não tenho vergonha de nada, no meu português e do meu jeito, eu falo com quem precisa falar pra pedir, principalmente se for pra pedir para os outros, eu peço mesmo! Eu já deixei de ir em consulta minha pra resolver coisas dos outros. Eu gosto disso (E-1).

Outro fator apontado pelos líderes comunitários foi sua representação enquanto influência positiva para a população, relacionando esta influência com um dever civil.

Essa nossa influência é muito positiva. A nossa influência é mostrar mesmo a humanização, que podemos ajudar os outros (E-4).

A influência que a gente tem é de fazer o bem ao próximo, o bem ao lugar que a gente vive mesmo, essa é a maior influência e espero que as pessoas se sintam mesmo influenciadas porque precisamos de mais lideranças (E-10).

Eu acho que é a nossa obrigação como cidadão (E-9).

Outro ponto relatado pelos líderes, atrelado a sua percepção de liderança e influência exercida na comunidade, foram os sentimentos relacionados ao altruísmo, a esta identificação com o “fazer pela comunidade”, com a preocupação com o outro trazem prazer e felicidade. Sentimentos estes que contribuem para ser líder:

Eu me sinto assim realizado quando eu consigo fazer alguma coisa por uma pessoa que está precisando ou que as vezes está com dificuldade ali, eu chego e ajudo e a gente consegue resolver. Eu me coloco no lugar dela, e é tão bom! (E-2).

E aí a pessoa voltava e agradece né, aquilo dá na gente um ânimo e um prazer danado (E-7).

Eu nunca pensei na importância ou influência para as pessoas, só pensei em fazer o bem (E-6).

Os líderes também trouxeram pontos que mostram dificuldades, que, muitas vezes, limitam seu papel, deixando-os desanimados em continuar no exercício de suas ações. Afirmaram que as críticas e o sentimento de estar solitário na luta pelo bem-estar coletivo colocam dúvidas sobre perseverar enquanto liderança comunitária.

As pessoas se apoiam na gente, quer que a gente faça por elas, mas tem que entender que a gente sozinho também não dá... É responsabilidade delas também (E-10).

Às vezes eu fico na dúvida se quero continuar com essa liderança, porque não é fácil, sempre tem gente pra criticar o que você faz, mesmo elas não fazendo nada (E-7).

Eu gosto de ajudar, quero ajudar, mas não consigo fazer sozinha. O pessoal me procura pra fazer por eles, sem se envolver. Aí isso me desanima (E-2).

4.2 O conhecimento superficial sobre o SUS e o apontamento das dificuldades apresentadas pelo serviço

Os líderes demonstraram pouco conhecimento em relação ao Sistema Único de Saúde de forma geral, não sabendo ao certo relatar como funciona, como os

serviços se organizam e os fluxos de atendimentos. Percebeu-se que há um olhar simplista e parcial sobre o sistema limitado ao conhecimento de serviços básicos e hospitalares.

Pra falar verdade a gente é muito leigo e não entende muito, e pelo menos eu não entendo muito a respeito SUS, como é que funciona(E-3).

O que a gente sabe sobre os serviços, é muito superficial” (E-5).

“Muita gente vai pra UPA pra qualquer coisa, e chega lá não é onde vai ser atendido e xinga, mas é porque a gente não sabe quando procurar (E-4).

Falta esclarecimento sobre o SUS (E-6).

Já adianto que eu não conheço nada da saúde (E-10).

E sei que o SUS faz cirurgia, tem hospital, umas coisas mais difíceis, é o que sei, sei pouco por que nunca precisei dessas coisas mais difíceis não (E-9).

Não posso reclamar do SUS, mas eu uso muito pouco porque eu nunca me deitei num leito de hospital (E-1).

O SUS é pra quem não tem condições né... (E-2).

Mesmo relatando um conhecimento superficial sobre o sistema, os líderes reconheceram limitações em relação aos serviços prestados e apontam que os estes não funcionam de acordo com o que é esperado por eles, como por exemplo, a morosidade, e o não cumprimento das leis propostas.

O SUS eu vejo alguns gargalos, como leis que são feitas e não são efetivadas (E-4).

O SUS tem uma possibilidade muito grande se der um dos melhores sistemas, é claro que a gente tem que dar muitos passos até chegar lá. Mas a saúde é defasada, tem muitos pontos que são defasados (E-3).

O SUS pra mim hoje, é um projeto muito bom, só que está mal executado (E-5).

Falta médico no hospital, falta especialista... eu tentei marcar um ortopedista e a fila é de anos... no final das contas eu desisti” (E-10)

No que depender só do SUS você fica lá só enrolando e não consegue fazer nada. Vou falar com você com sinceridade, eu acho que o SUS deixa muito a desejar, entendeu? Porque eu sempre to acompanhando as reportagens no Youtube as coisas que acontecem. A gente estava acompanhando um caso de um pessoal lá no Pará, esqueci o nome do lugar, o pessoal estava reclamando da assistência médica lá do SUS, eles são um pessoal ribeirinho, e eles passavam com a barca pra vacinar lá em cima e não parava pra vacinar eles porque são uma população menor e eles só estavam trabalhando em população maior. Então o SUS deixa muito a desejar nesse ponto (E-8).

O negócio é que falta médico especialista sabe, no posto é fácil conseguir consulta, mas o problema é quando manda a gente lá pro especialista, aí você pode esquecer, vai chamar quando tiver morrido já (E-9).

Em contrapartida, outros relatos, trouxeram à tona a valorização do sistema. Os participantes compararam a realidade da saúde no período anterior à constituição do SUS.

Então depois do SUS melhorou pra população mais carente, nossa senhora, todo mundo tem hospital ninguém morre em casa mais não. Olha pra você ver, nós temos médico em casa, nós temos assistência em casa, isso é só alegria. Quem viveu antes do SUS, viu as pessoas morrendo em casa, sem assistência, o SUS veio pra melhorar, é uma maravilha (E-6).

No que diz respeito aos serviços de Atenção Primária à Saúde, os líderes comunitários também se manifestaram de forma superficial, mas se mostraram um pouco mais inteirados sobre as funções da APS e demonstraram anseios de conhecerem um pouco mais sobre as ações que são prestadas nas UBS's:

Sobre o papel da UBS há um tempo como a gente já falou, circulava uns folderszinhos explicando e era bacana e a gente acha que isso tem que voltar para nós e a comunidade entender né, qual é o papel da UBS o que pode e o que não. Não conhecemos todas as ações que são feitas aqui na UBS, inclusive é num problema que a gente já apontou aqui para as enfermeiras. Eu entendo que aqui é o início, que é o básico mesmo sabe, é a triagem para mandar para os setores mais específicos (E-3).

Então eu vejo a UBS muito assim, um ponto onde a gente vai tentar inclusive conhecer até sobre si mesmo, aqui é mais educação. Sei desses projetos mas não sei propriamente o quê que faz, sei que tem alguns projetos igual ao da academia, tínhamos acupuntura com as sementinhas na orelha e eu amava (E-4).

Eu sei o básico do que oferta aqui, eles têm consulta médica né, faz exame, mas é mais essas coisas mais básicas (E-9).

O ideal a gente saber das ações que vão ser desenvolvidas nas UBS (E-5).

4.3 O reconhecimento positivo do trabalho das equipes de Saúde da família e a aproximação com seus profissionais

Os líderes comunitários afirmam estarem presentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde, associando isto ao fato de ser um serviço próximo à residência deles, e por conhecerem bem os profissionais de sua equipe. Atrelaram às equipes

de Saúde da Família um trabalho bem feito e a abertura que possuem nas unidades, justamente por sua popularidade enquanto líder.

O PSF eu uso bastante.

[...]

Quando alguém me procura com algum problema de saúde, já levo direto pra enfermeira da minha equipe e ela tenta resolver pra pessoa (E-6).

Ter eles (ESF) aqui é bom demais, A nossa agente de saúde (ACS) resolve tudo que a gente precisa (E-1).

Eu não tenho nada pra reclamar, eu preciso de qualquer coisa, eles resolvem.

[...]

Aqui no posto a gente é amigo de todo mundo, e aí, tudo o que precisa, eu corro lá (E-10).

Eles estão aqui pertinho, né?! o médico vem até na nossa casa, olha que maravilha!

[...]

Graças a Deus aqui é muito bom e agora tem um acesso bem melhor, antigamente era bem sofrido, tinha que levantar bem cedo pra pegar ônibus ou fazer o trajeto de bicicleta. A gente tem mais conhecimento é da nossa equipe mesmo do PSF que tá aqui na comunidade, até porque as necessidades da gente aqui, falando por mim e por alguns que eu convivo, as necessidades da gente aqui com eles (equipe do PSF) mesmo a gente resolve né, porque eles sabem como encaminhar as coisas lá, então a gente resolve com eles.

[...]

Hoje nós temos um médico que se precisar vem dentro da casa da gente, que que isso, é bom demais! É muita sorte sabe (E-2).

Eles sempre me atendem porque todo mundo me conhece lá né, aí quando chego, já sabem que é pra resolver alguma coisa pra alguém Nós já fizemos reunião com as enfermeiras aqui do posto, elas são abertas a nos ouvir porque sabe que buscamos o melhor pra comunidade (E-4).

Olha, mas aqui na comunidade eu não tenho o que reclamar não, sempre fui atendido bem aqui, temos agentes muito boas que trabalham, mas elas não podem resolver tudo (E-8).

Sempre que preciso, eles me atendem bem, como todo mundo me conhece aqui, e eu conheço bem eles, consigo tudo rápido (E-9).

4.4 A falta de participação na gestão da Atenção Primária à Saúde e o desejo de envolvimento

Apesar do acesso aos serviços da APS, as lideranças comunitárias afirmaram que não há participação em relação às ações e serviços prestados na comunidade, ou seja, não há participação da comunidade no planejamento dos serviços neste

âmbito. Os líderes afirmam nunca terem sido chamados para participarem ou colaborarem na busca de soluções. O envolvimento se limita à busca de resolução de problemas pontuais de pessoas da comunidade que os buscam quando apresentam alguma limitação de acesso.

Na verdade, não tem um envolvimento direto com o pessoal lá do posto, só quando preciso resolver alguma coisa de alguém que me procura porque está ruim de saúde e já tentou e não consegue, aí eu corro atrás, é esse o meu envolvimento. Meu envolvimento é só esse de buscar mesmo, e quando eu preciso do serviço né?! (E-10).

O envolvimento com a área da saúde é quando alguém está com dificuldade de conseguir uma consulta, um exame, eu vou lá e tento resolver (E-7).

A gestão nunca me convidou pra falar sobre o que o pessoal aqui faz não (E-3).

Nunca me chamaram pra planejar as ações de saúde daqui (E-2).

Nunca conversei com a gestão sobre as demandas aqui de forma geral (E-6).

Ninguém nunca pediu minha opinião (E-9).

Os líderes comunitários perceberam que o planejamento tem sido uma ferramenta utilizada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde na organização dos serviços, porém este planejamento não tem sido gerenciado de maneira participativa com inclusão das lideranças.

Nunca aconteceu deles chamarem a gente pra participar desse planejamento, mas dá pra ver que eles fazem porque o serviço é certinho (E-2).

O pessoal do PSF faz o planejamento sim, você vê que a agente tem uma ficha que é toda preenchida, e toda completa sempre (E-6).

Vale destacar que a ausência da inclusão dos líderes comunitários na gestão da APS pode comprometer princípios que regem o funcionamento do SUS, levando a liderança comunitária a questionar o direito participativo, uma vez que desconhecem a possibilidade de participação.

Mas a gente pode ir lá conversar com eles? Se puder, eu quero sim (E-6).

É direito nosso participar? Por que ninguém nunca falou isso?! (E-10).

Apesar de não haver participação, os líderes demonstraram vontade de se envolverem mais nas questões de saúde da comunidade e do planejamento das ações desenvolvidas pelas Estratégias de Saúde da Família. A justificativa é que eles acreditam que, por estarem inseridos na comunidade, conhecerem as pessoas que ali residem, serem alvo de procura da população, podem ajudar na formulação das estratégias que vão ao encontro das reais necessidades da população.

E sempre tem algumas pontuações que a gente coloca que, a gente fala que se a gente fosse ouvido, talvez melhoraria para todo mundo, para a comunidade que usa do serviço e para o poder público (E-3).

O ideal a gente saber das ações que vão ser desenvolvidas. Ninguém melhor que o povo, pra saber o que é bom pro povo, porque nós vivemos aqui uai, e nós mesmos não sabemos de quase nada (E-4).

la ser bom se eles escutassem a gente porque acaba que sabemos muito de todo mundo, porque as pessoas sempre procuram é a gente mesmo. la ser bem importante se a gente pudesse participar, e não tem essa participação (E-6).

Quero envolver mais, vamos lá, vamos melhorar essa saúde daqui, tem muitos passos ainda pra ficar bom mesmo. Acho que devia ter reuniões com a gente, pra perguntar mais se estamos satisfeitos, sabe, falta isso (E-10).

Acredito que se a gente participasse desse planejamento das ações da saúde, talvez as necessidades de cada área seriam melhor atendidas, afinal, ninguém melhor que nós, que estamos aqui todo dia, escutamos as pessoas todo dia, vivemos junto com a comunidade, pra saber o que é melhor pra gente, o que tem faltado, o que deve ser priorizado (E-7).

Gosto de chegar, pegar o boi pelo chifre e ir embora, se eu tiver uma oportunidade de participar, eu faria questão, mas isso nunca me chamaram (E-8).

Chama a atenção os discursos de que, ao mesmo tempo que os líderes comunitários desejaram participar ativamente das ações da APS, eles mesmos questionaram sobre os interesses políticos e da gestão em relação a esta participação.

Será que o povo lá de cima da secretaria quer ouvir o que a gente tem pra falar? Eu tenho muitas coisas que acho importante sabe. Acho que o SUS na verdade não quer mesmo é nos ouvir, se ouvir, o bicho pega né?! (E-10).

4.5 O desconhecimento sobre o controle social e sua atuação informal na participação da saúde da comunidade

No que diz respeito à relação do líder comunitário com o controle social, percebeu-se o desconhecimento das lideranças sobre o conceito de controle social. Apesar disso, sabiam da existência dos Conselhos e Conferências de Saúde, mas a maioria nunca havia participado de nenhum dos dois. Apenas 20% dos entrevistados tinham sido conselheiros de saúde e, apenas 20% estiveram presentes em Conferências Municipais de Saúde.

Não sei como funciona o conselho e nem quem participa, nem pra que serve. Nunca me chamaram pra participar não (E-8).

Controle social? Sabe a palavra não me é estranha. Mas eu realmente não sei o que significa (E-10).

Controle social eu nunca ouvi (E-5).

Já até ouvi falar, mas não faço ideia do que é (E-2).

Nunca participei de conferência de saúde e não sei como funciona (E-7).

Nunca fui membro mesmo não (E-3).

Nunca fui na Conferência de Saúde, eles já até me convidaram, mas nunca fui não (E-1).

Algumas lideranças relataram que antigamente havia uma preocupação dos gestores do SUS e das pessoas da comunidade em participar das questões de saúde, e hoje isso não é mais visto:

Ninguém se preocupa com participação mais, nem a gestão e nem as pessoas, antigamente a gente via as pessoas indo e querendo participar, hoje não (E-10).

Há algum tempo atrás eles (pessoal da saúde) faziam uns encontros aqui na comunidade pra falar de participação de nós daqui, mas tem muito tempo que não se fala mais disso aqui (E-1).

Vale ressaltar que aquelas lideranças que tiveram a oportunidade de participar seja dos Conselhos, seja das Conferências Municipais de Saúde, relataram o reconhecimento da importância destes espaços de participação, entretanto, sinalizaram o conhecimento parcial do seu funcionamento, e as fragilidades destes espaços formais.

Já participei de Conferência tanto da saúde como da assistência social, mas não lembro bem quem participa, mas no dia lá da conferência, as representações se apresentaram, tinham vários setores da saúde e também tinha algumas instituições. Eu achei interessante que tinham coisas que eu nem imaginava na saúde e lá foi discutido. E aí eles já pegam aquelas pautas pra colocar no documento e realmente seguir no município, eu achei bem interessante (E-4).

Ali nas conferências falam das necessidades, dos anseios da comunidade, se prometem também né a estar buscando resolver aquelas necessidades. Eu gosto demais da conta de participar porque a gente sai de lá inteirado né, conhecendo várias coisas que a gente não conhecia. Já fui do Conselho por 4 anos. Dois anos da gestão lá da saúde ficou faltando muita coisa, nos outros dois anos também ficou faltando, mas não foi por falta de empenho não. Eu vejo que quem tá no conselho não sabe direito o que é o Conselho (E-2).

Tenho poucas lembranças, mas lembro que todo mês a gente fazia reunião, e aí lá na reunião debatia o que estava mais precisando na área da saúde, o que precisava ser com mais urgência, o que precisava de ter um atendimento melhor. Eu lembro que na época tinha gente da saúde que fazia parte, tinha um pessoal da zona rural também. Pra eu ser eleita teve uma conferência e aí nessa conferência teve uma votação, e aí foi aí onde eles me escolheram, o povo que escolheu (E-6).

4.6 Embates políticos, desinteresse das pessoas e fragilidade da comunicação como fatores limitantes do controle social nas questões de saúde

Atrelada às fragilidades relacionadas à participação no controle social, os líderes comunitários apontaram dificuldades relacionadas à baixa participação da comunidade. As lideranças afirmaram que existe um desinteresse da própria população em participar destes espaços de debates, que se embasa na dificuldade de comunicação, no individualismo e acomodação.

E pode contar nos dedos quem se disponibiliza a ajudar, tem gente que tem condições de fazer as coisas, mas não move, não quer fazer, e tem gente que ainda questiona por que a gente tá fazendo. Aqui tem um defeito muito grande para o meu gosto, tudo quem faz aqui é o agente, saiu consulta, é a agente que vai lá buscar e entregar na casa da pessoa, uai?! Eu é que sou a interessada, isso acaba deixando o povo mal-acostumado (E-2).

A gente não tá se exaltando de maneira alguma, mas, às vezes, a gente vê que a pessoa tem condição de ajudar, mas não tem vontade. Se as coisas estão do jeito que estão, é justamente por falta de participação popular, o comodismo, o povo é pacífico. Não é sair quebrando as coisas, mas é participar, fazer sua parte. As coisas têm que vir de baixo pra cima, e não de cima pra baixo (E-7).

[...]

Mas pode saber que as pessoas não tem interesse de participar disso não, ia ser um ou outro, só quem tem esse perfil de líder mesmo, que se preocupa com a comunidade mesmo (E-7).

Eu acho que a comunidade tinha que unir mais, dedicar mais um tempinho, porque participar é bom pra todo mundo (E-3).

As pessoas andam desinteressadas e só pensam no bem-estar delas. Não foi fácil achar quem queria assumir a liderança não, as pessoas estão ficando acomodadas (E-6).

O maior interessado é a pessoa, joga a responsabilidade pro outro, ai fica difícil fazer as pessoas quererem participar das decisões (E-1).

As pessoas aqui são muito acomodadas, quem tem vontade de trabalhar aqui em prol da comunidade são poucos, a maior parte são acomodados, só pensa no 'eu', não pensa no 'nós' (E-8).

Outro fator levantado a respeito da ausência de participação da comunidade diz respeito aos embates políticos do município que vão na contramão do interesse das lideranças provocando o desinteresse da comunidade.

Nós gostamos de política e não de politicagem, então o que acontece nesse bairro, as pessoas utilizam os moradores como curral eleitoral e a gente combate isso, acabamos comprando uma briga que desgasta sabe (E-5).

Nós estamos até hoje sem apoio nenhum do poder público, tudo é só por nossa conta. A gente corre atrás, luta, mas é desmotivador ver como a política não se importa (E-7).

As brigas políticas que tem aqui, não precisa disso não, é muito triste. Eu tento resolver muitos problemas, mas confesso que já tentei mais. Hoje menos até por causa desse problema da política (E-2).

Nos discursos, também foi revelado que a ausência de conhecimento sobre o controle social não está centrada somente no desinteresse, mas na fragilidade da comunicação entre os conselhos de saúde e a população.

Falta informação, você me disse de conselho ai né, nem sabia o que era isso, o pobre não tem vez não minha filha, quanto menos a gente sabe, pra eles é melhor. Eu acho que essas coisas da saúde tinham que ser mais divulgadas, não falam que é direito? E cadê ele sendo exercido? A dificuldade é saber das coisas mesmo, não sabia nem que podia participar, quem dirá do restante (E-10).

E sempre tem algumas pontuações que a gente coloca que, a gente fala que se a gente fosse ouvido, talvez melhoraria para todo mundo, para a comunidade que usa do serviço e para o poder público. Uma grande dificuldade é a comunicação (E-3).

5 DISCUSSÃO

Os discursos dos líderes comunitários apontaram percepções construídas a partir da experiência com ações centradas nas comunidades. A maior parte dos líderes comunitários identificaram-se como sendo do gênero masculino, casados, com ensino fundamental, baixa renda econômica, usuários exclusivos do SUS, que não participaram de conferências e conselhos de saúde e residem há mais de 20 anos na comunidade.

Apesar do tempo de residência, mais de 20 anos, os líderes se reconhecem como tais a partir do momento que perceberam que suas vozes são ouvidas pela comunidade e suas ações e opiniões passaram a influenciar a vida das pessoas. A capacidade de influenciar pessoas está associada à prática e ao compromisso com a participação e a transformação social, por meio de luta por políticas sociais, do comprometimento em busca de melhorias comunitárias, da ação/intervenção social, do movimento em benefício da sociedade, do protagonismo social, da construção coletiva e da mobilização (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

Para se apresentarem enquanto lideranças, algumas características pessoais foram importantes para definição deste papel de destaque, como a proatividade e a capacidade de ser resolutivo diante dos problemas comunitários. Um estudo realizado por Anjos *et. al.* (2013) com líderes comunitários apontou que outras características têm sido atreladas às lideranças, como a capacidade de estimular a sociabilidade entre vizinhos; a promoção de grupos de autoajuda em nível comunitário; a mobilização das redes de suporte social; a descentralização da subministração de assistência formal; o reforço à assistência formal em nível domiciliar e o suporte a quem assiste.

Os líderes comunitários deste estudo apontaram ainda que suas ações diante da resolução dos problemas da comunidade concentram-se na capacidade de tomar frente às situações diversas. Esta característica dos participantes tem sido motivada por meio da satisfação em ver o outro sendo atendido nas suas necessidades. Percebe-se que há, naturalmente, nessas lideranças, um sentimento de preocupação com o outro, sobretudo uma atitude de responsabilização e envolvimento (BOFF, 2011). Segundo o mesmo autor, a atitude de preocupação com o outro pode ser entendida como uma atitude de cuidado, pois pode provocar preocupação,

inquietação e sentido de responsabilidade com tudo que influencia a vida humana (BOFF, 2011, p. 91).

Estudo realizado por Vazquez *et al* (2003) apontou que líderes comunitários relacionaram suas atitudes a ideia de responsabilidade e de compromisso em realizar ações que possam contribuir para melhorar a saúde das pessoas. Nesse sentido, percebe-se que os líderes comunitários exercem um papel que influencia positivamente a comunidade.

Entretanto, os próprios líderes percebem que há dificuldades no exercício de suas ações e que, muitas vezes, este papel de liderança é solitário e acarreta críticas advindas da própria comunidade. Os líderes revelaram que alguns membros da comunidade deixam de fazer sua parte para aguardar que o líder o faça por eles. Para Aquino *et al.* (2014), as lideranças necessitam interagir com os demais membros da comunidade para compartilharem as ideias, objetivos e os sonhos que atendam à política comunitária, para que, assim, não corram o risco de centralizarem o enfrentamento dos problemas, com decisões e estratégias próprias, acabando com uma sobrecarga e imposição de ideias unilaterais. Além disso, para que as críticas a sua atuação possam ser atenuadas, é preciso ter sensibilidade e responsabilidade para assumir uma liderança, pensando sempre na representatividade de uma classe que anseia transformações. Sabe-se que, muitas vezes, esta atitude pode incomodar uma minoria que defende propostas hegemônicas de viver e atuar em sociedade, mas é preciso ter coragem e força para defender os direitos e deveres da maioria da comunidade (AQUINO *et al.* ,2014).

No que diz respeito à relação dos líderes comunitários com o sistema de saúde, assim como no estudo realizado por Vázquez *et. al.* (2003), estes também não souberam mencionar sobre o funcionamento e a organização do Sistema Único de Saúde e nem como participar ativamente dos planejamentos das ações de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi identificado pelos líderes como sendo ainda fortemente associado a um sistema hospitalocêntrico, ofertado a pessoas que não têm condições econômicas, e ainda foi muito presente a indagação de inconformismo por parte dos líderes sobre a própria limitação de conhecimentos sobre o sistema. Os líderes afirmaram conhecer melhor sobre as ações ofertados pela Atenção Primária à Saúde, pois estão mais próximos fisicamente deste serviço e dos seus profissionais, mas ainda assim, este conhecimento foi apresentado de forma limitada e reducionista.

A limitação de conhecimento por parte dos líderes comunitários revela um distanciamento entre o princípio do SUS de participação da comunidade e a prática de tomada de decisão nos serviços e saúde. Estudo realizado por Guerra *et al.* (2017), que teve como objetivo conhecer a percepção de lideranças comunitárias sobre o que sabem, pensam e falam do SUS, corrobora com tal achado. Foi apontado que as lideranças têm conhecimento superficial e/ou parcial dos princípios e diretrizes que regem o SUS, observada pelo fato de reproduzirem um modelo de concepção e intervenção tradicional e reducionista (GUERRA, *et al.*, 2017).

A visão reducionista, encontrada no estudo de Guerra *et al.*, 2017, também foi identificada nesta pesquisa, na qual as lideranças apresentaram, em seus discursos, reclamações a respeito da demora de atendimento, dificuldades de acesso, número insuficiente de médicos, necessidade de ampliar o atendimento das unidades básicas de saúde, entre outros. Houve ainda relato de uma das lideranças que associava o SUS ao antigo modelo de assistência previdenciária, reafirmando a limitação de conhecimentos por parte das lideranças uma vez que o modelo traz esse olhar dicotômico do sistema. Segundo Guerra *et al.* (2017), essas reclamações representam, muitas vezes, uma postura de esperar que as coisas aconteçam de forma passiva ao atribuir as responsabilidades aos outros e/ou simplesmente omitir-se de suas responsabilidades (GUERRA *et al.*, 2017).

Cabe, pois, salientar que a visão reducionista advinda de pessoas com capacidade para influenciar a comunidade contribui para o distanciamento da oferta de serviços e do que é esperado pela população. Por outro lado, faz-se necessário comentar que o Sistema Único de Saúde completou em 2018, 30 anos, ou seja, um tempo considerável para apropriação do conhecimento sobre seu funcionamento. Apesar disso, de acordo com o relatório publicado pela Organização Pan-americana da saúde (OPAS), a participação social continua sendo um desafio (OPAS, 2018). Segundo a OPAS (2018), 96,16% dos próprios gestores consideraram que o SUS não cumpre adequadamente o seu papel relacionado à participação social. A grande maioria (91,36%) percebe a existência de problemas nos instrumentos de participação social atuais, sendo que 49,38% acreditam ser necessário complementar estes instrumentos com outros que garantam a representatividade com independência.

Na mesma direção, os líderes comunitários, participantes deste estudo, expressaram o desconhecimento de forma unânime do termo “Controle Social”. Constata-se, portanto, tamanha falha em envolver a comunidade nas decisões de

gestão do SUS, a partir do momento que os líderes não souberam explicar o conceito do termo e muitos, sequer, haviam ouvido alguém pronunciar.

Estudo realizado por Soder e Ottobelli (2013) mostra que os líderes comunitários apresentaram uma concepção pouco abrangente, mais sucinta acerca do exercício do Controle Social, contudo, apresentaram percepções corretas referentes ao que é regulamentado no SUS. Na pesquisa presente, foi possível observar, diferentemente do estudo de Soder e Ottobelli (2013), que o termo controle social nem sequer foi compreendido ao ser citado, o que traz uma preocupação referente à falta de interesse dos gestores do SUS em trazer informações efetivas à participação da comunidade, às pessoas que estão em destaque na comunidade e que podem ser grandes aliados na gestão participativa do SUS. O distanciamento dos líderes e dos membros da comunidade dos fóruns de participação social institucionalizados é prejudicial e os torna frágeis para o efetivo exercício do Controle Social, além de ir contra a proposta de construção do SUS (KRUG *et al.*, 2020).

A maioria dos líderes nunca havia participado de Conselhos e nem de Conferências Municipais de Saúde, apesar de terem ouvido falar, e três deles terem sido convidados a participar. Mas a maioria desconhece o que são estas instâncias, bem como seus objetivos e não souberam informar quem faz parte destes conselhos, conseqüentemente, não sabiam avaliar esta participação.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo com lideranças comunitárias de uma comunidade de Chapecó, quando indagados sobre o Conselho Municipal e Local de Saúde, pois 40% nunca participaram das reuniões dos conselhos, 25% elucidaram desconhecer os Conselhos de Saúde e apenas 20% foi ou participa na qualidade de conselheiro no Conselho Local de Saúde (FERRETTI *et al.*, 2016).

Apesar de uma minoria ter tido a experiência da participação nas instâncias institucionalizadas, aqueles que participaram reconhecem a importância destas instâncias como instrumentos geradores de conhecimentos e oportunidades de atuação da participação. Segundo Guerra *et al.* (2017), a pouca participação da comunidade nos espaços também está associada à falta de oportunidades e estímulos por parte dos gestores. A democratização da gestão requer uma participação da comunidade, onde a população se envolva e se comprometa nas discussões fundamentais para as suas vidas e de suas comunidades (KRUG *et al.*, 2020), e para que isso aconteça é preciso que se abram espaços para o diálogo na gestão do SUS, independente dos canais formais que existem.

Considera-se importante salientar que a postura verticalizada de gestores em relação à população pode acarretar a anulação do protagonismo social dos líderes e demais usuários. Para que a participação da comunidade seja exercida como direito de cidadania, é necessário a vontade de efetivação por parte dos gestores e da criação de espaços públicos que propiciem diálogos e trocas, criando condições de negociação de soluções de problemas coletivos que trazem impacto social (GUERRA *et al.*, 2017).

A legislação brasileira, desde as leis orgânicas das diferentes políticas públicas, incorporou valores, conceitos e diretrizes que buscaram fortalecer a descentralização do Estado, a participação da comunidade e a integralidade de atendimento na saúde. Para Ferretti *et al.* (2016), a recente tradição democrática no país, a forma ainda conservadora de conduzir a gestão pública que centraliza as decisões e o poder nos governantes interferem para o distanciamento da população na gestão da política pública de saúde.

Além disso, o pouco conhecimento que a comunidade possui sobre a existência destes colegiados institucionalizados, bem como sobre os seus papéis na gestão do SUS, traz como consequência a baixa participação nos processos geridos pelos conselhos municipais de saúde, distanciando dessa forma, a articulação com as decisões nos planejamentos e práticas a serem tomadas, indo ao encontro do explícito nesta categoria (KRUG *et al.*, 2020). Para Ferretti *et al.* (2016), a carência de capacitações na área da saúde limita o empoderamento de conhecimentos específicos sobre a participação da comunidade, e isso gera dificuldades para que as pessoas ajam em prol do bem comum, assim como na efetivação das políticas públicas.

Dessa maneira, percebe-se o baixo envolvimento das lideranças com as questões de saúde, apontando limitações na resolução de problemas. Os líderes afirmaram que suas ações de envolvimento, na perspectiva da saúde na Atenção Primária à Saúde, são pontuais e relacionadas às pessoas da comunidade que os buscam quando não conseguem resolver um problema por si só nas unidades. Para que a participação da comunidade no SUS seja efetiva e assertiva, a população necessita de um líder que possa servir como um mediador da comunidade, levando em consideração o coletivo. Este deve buscar sempre os interesses da população e lutar para que a participação dos usuários seja garantida na resolução dos problemas de saúde da comunidade (AQUINO *et al.*, 2014). O agir com foco no coletivo diminui

os problemas individuais que possam surgir futuramente, portanto, a atuação com busca na resolução das necessidades e problemas coletivos deve ser incentivada.

Apesar das dificuldades, as lideranças comunitárias revelaram discursos de valorização e defesa do SUS. Também foi perceptível que existe uma boa relação da liderança com os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, pelo próprio fato de terem sido reconhecidos como tais para participar desta pesquisa. Entretanto, percebe-se que esta relação não é suficiente para que a unidade abra as portas para a participação social dos líderes no processo de planejamento das suas ações, uma vez que, de forma unânime, os líderes referiram não participarem deste processo de tomada de decisões compartilhadas no território.

Segundo Aquino *et al.* (2014), existe um entrave para a participação da comunidade nas unidades de saúde, mesmo com toda normatização existente. Isso porque abrir as portas e o interior dos serviços para a população questionar e opinar, implica compartilhar saberes e poderes, o que pode trazer insegurança e desconforto para trabalhadores e gestores. Torna-se imperativo ressaltar que a participação da comunidade é um dos princípios do SUS que deve ser operacionalizado pela APS de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017), além de competir às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Primária à Saúde, fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social.

Outra barreira para a efetivação dessa participação, levantada pelos líderes participantes deste estudo, diz respeito à acomodação da população quando o assunto é participar, sendo atrelada a passividade da população e até a certa desunião da comunidade. É perceptível, pelo discurso dos líderes, que os membros da comunidade não têm se interessado por questões que envolvem o bem coletivo, sendo apontadas atitudes de egoísmo e interesse próprio, o que vai contra uma atitude necessária ao papel de liderança comunitária e à proposta de participação da comunidade no SUS. Estudo de Guerra *et al.* (2017) também apontou que as pessoas estão distantes, que poucos se engajam na luta da comunidade e que existe uma acomodação por parte delas.

Neste sentido, vale questionar os motivos que levaram a população a se acomodar ou a tornar-se alienada em suas lutas comunitárias uma vez que, contraditoriamente, a conquista do SUS aconteceu, em parte, pela mobilização das camadas populares e pelo fato de o Brasil ser considerado um país democrático.

Em um dos discursos dos líderes comunitários, fica clara a descrença em ter sua voz ouvida, em uma política de fortes interesses individuais e de postura vertical, que anula o protagonismo da população. Segundo Ferretti *et al.* (2016), é importante refletir que, quando a população não se posiciona no processo de participação, ou se coloca de forma passiva, ela também é responsável pelos agravos relacionados à saúde do seu território e, conseqüentemente, compromete a reestruturação da saúde pública.

A desilusão e o descrédito nas lideranças políticas e no poder público marcam e contribuem, em parte, para a cultura fortemente individualista e pouco participativa das comunidades (GUERRA *et al.*, 2017).

A participação da comunidade requer o envolvimento de pertencimento, a vontade de colaborar de maneira responsável para o processo de desenvolvimento político e social (KRUG *et al.*, 2020). Aquino *et al.* (2014) apontaram que é necessário o entendimento dos usuários como sujeitos autônomos, protagonistas de suas histórias de vida e, portanto, participantes ativos na identificação e priorização dos problemas da coletividade e de propostas para resolução. E, para que isso aconteça, é necessário que eles tenham acesso à informação sobre a participação da comunidade e o controle social.

Tornar a informação acessível a todas as pessoas usuárias do sistema deve ser primordial, pois o SUS é universal e a garantia de seus direitos passa também pelo acesso à informação de forma clara e contínua a todos. Soder e Ottobelli (2013) afirmaram que a falta de informação sobre o controle social impede, em muitos casos, que ele seja efetivado; dessa maneira, a população não tem a oportunidade de reconhecê-lo, pois não compreende direito o seu verdadeiro sentido (GUERRA *et al.*, 2017).

Mesmo com a ausência de informação suficiente para a concretização da participação da comunidade, os líderes comunitários deste estudo expressaram, de maneira marcante, a vontade de participar nas questões de planejamento das ações da comunidade, sendo esta ausência justificada pelo fato de os líderes saberem reconhecer as demandas da comunidade e por viverem e fazerem parte dela. Segundo Aquino *et al.* (2014), a participação da comunidade, junto à equipe na construção do planejamento das ações de saúde, favorece uma assistência voltada às reais necessidades da população.

Muitos dos programas de saúde, pensados pelos gestores, são executados para a população e não com a população, o que os torna contraditórios uma vez que o melhor seria se fossem executados com a participação da comunidade na elaboração de propostas capazes de promover o bem-estar na saúde e a conquista da cidadania (AQUINO *et al.*, 2014).

Portanto, acredita-se que este estudo consistiu em buscar subsídios para estimular o desenvolvimento de práticas democráticas concretas na sociedade, pois estas são importantes para o fortalecimento do controle social, necessitando de ações contínuas para se adquirir um conhecimento e habilidades para a construção de opiniões, ideias e ações reflexivas-críticas, priorizando o bem-estar do cidadão (KRUG *et al.*, 2020). Tais práticas podem e devem existir próximo às comunidades, ou seja, em nível de Atenção Primária à Saúde, pois, assim, podem aumentar a participação da comunidade pelo fato de serem mais acessíveis e efetivas pensando em uma atuação local voltada para necessidades da comunidade, onde os resultados serão melhor palpáveis pela população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apontou as características de líderes comunitários, seu baixo envolvimento com os serviços de Atenção Primária à Saúde e seu limitado conhecimento sobre os serviços de saúde nos dois municípios de Minas Gerais.

Foi possível verificar a baixa participação social destes líderes nos processos de planejamento dos serviços e ações, e nos processos de tomadas de decisão no que diz respeito à saúde.

Apesar disso, os líderes possuem entendimento sobre sua importância na comunidade a partir do momento que se reconhecem como vozes ativas e influenciam as pessoas. Eles apontaram preocupação em ajudar as pessoas e também com o bem-estar coletivo da comunidade. Percebeu-se, ainda, que os líderes comunitários apresentam o desejo de se envolverem com o planejamento na saúde, uma vez que são agentes potenciais para contribuir com os processos de tomada de decisão no SUS, apresentando suas vivências e experiências na comunidade. Contudo, ainda falta conhecimento sobre o sistema de saúde, tanto sobre suas leis, quanto sobre seus serviços.

O estudo esclarece que o princípio da participação da comunidade não tem sido explorado de maneira suficiente para que as lideranças se tornem presentes no controle social, demonstrando que há resistência por parte dos gestores em ampliar a participação para a comunidade.

Nesse sentido, foram apontadas dificuldades para que ocorra a efetiva participação da comunidade no controle social no SUS como: a postura acomodada da população, os embates políticos dentro da comunidade e a falta de informação sobre os processos e os espaços relacionados à participação.

Esta pesquisa revelou que a participação social na perspectiva da comunidade é uma força motriz para melhorar os serviços de saúde, consequentemente, a qualidade de vida da população e, diante disso, ela não pode ser negligenciada.

Embora o estudo tenha suas limitações por não ser considerado generalizável, e trata da realidade de dois municípios, ressalta-se que é necessário haver esforços tanto por parte da gestão, quanto dos trabalhadores de saúde, e dos usuários para que se concretizem espaços de diálogo, de conscientização da importância do papel da sociedade civil e efetivação da participação da comunidade nos conselhos de saúde.

Acredita-se que a elaboração de estratégias metodológicas que desenvolvam as capacidades latentes dos líderes com o objetivo de despertar suas potencialidades pode auxiliar na busca pelo entendimento do seu papel social na gestão no SUS e estimular sua participação de forma efetiva nos serviços de saúde. Portanto, espera-se que estudos e pesquisas que visam fortalecer a participação da comunidade no SUS continuem vislumbrando meios para capacitar os líderes comunitários, democratizar as informações, promover a troca de experiências e discussão dos limites e possibilidades da representação.

Por fim, este trabalho contribui para a elaboração de uma cartilha de capacitação para lideranças comunitárias a fim de estimular sua participação da comunidade no SUS (APÊNDICE D), bem como a indicação da pesquisadora na qualidade de palestrante na: VIII Conferência Municipal de Saúde do município de Inhaúma – MG (ANEXO D) e no Curso de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias do município de Lagoa Santa – MG (ANEXO E).

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999. Cap. 7.
- ANJOS, L. H. S. *et al.* Interação das lideranças comunitárias e da comunidade com a equipe de saúde da família do marajoara. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 769-785. 2013.
- AQUINO, J. M. *et al.* Participação comunitária no contexto da atenção básica em saúde na perspectiva de usuários. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 364-377, jan./mar. 2014.
- ARISTÓTELES. **Política**. Trad. de Nestor Silveira. São Paulo: Folha de São Paulo, 2010. (Coleção Folha; v.11).
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 29-60. 2007.
- BARCELLOS, B. J.; FONTANELLA, J. R.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- BENVENISTE, E. **Problemas de Lingüística Geral I**. 4. ed. Campinas, SP: Pontes, 1995.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCCI, N.; PASQUINO, P. **Dicionário de Política**. Brasília: LGE / UnB. Brasília. 2004.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 17. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso**. Campinas, SP: Uni-camp, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação e Saúde Pública. Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jan.1937. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre a aprovação da realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde e outras medidas a ela concernentes. **Resolução n. 664, de 05 de outubro de 2021**. Brasília: 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual Básico para realização de Conferências de Saúde**. Brasília: 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set.1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social – **Guia de Referência para Conselheiros Municipais**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/MOSUS.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>> Acesso em: 14 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Secretaria de Informação Legislativa. Dispõe sobre a organização e atribuições do conselho nacional de saúde, e dá outras providências. **Decreto n. 99.438, de 08 de agosto de 1990**. Brasília: 1990c.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: IBAM/FASE. 1995.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da Comunidade na Saúde**. Campinas, SP: Saberes editora, 2014.

CORREIA, M.V.C. Controle Social. In: Pereira, Isabel Brasil. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2. ed. Revista e ampliada. 2008.

FERRETTI, F. *et al.* Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 51-67. 2016.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Trad. de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense. 2009.

GOMES, J. F. F.; ÓRFÃO, N.H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativo. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, out./dez. 2021.

GUERRA, L. R. *et al.* Sistema Único de Saúde na perspectiva de lideranças comunitárias. **Revista Disciplinarum Scientia**, Série: Ciências da Saúde, v. 18, n. 1, p. 19-30. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

KRUG, S. B. F. *et al.* Participação social no planejamento e monitoramento de políticas de saúde em municípios do Rio Grande do Sul: Um estudo com lideranças comunitárias. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 87-97. 2020.

LIMA, F. A.; GALIMBERTTI, P. A. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território

de Vila União, em Sobral-CE. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 1, p. 157-175. 2016.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO, C. A. **Participação e controle social**: elementos fundamentais para democracia. Proenf – ciclo 8. Atenção Primária à Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem, 2019.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**, v. 12, n. 1, p. 117-128. 2006.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018.

PINHEIRO, D. R. C.; BORGES, R. C. O. A importância da liderança comunitária no processo de desenvolvimento local. **Revista GeoUECE**, v. 1, n. 1, p. 78-94, dez. 2012.

PRADO, E. V.; SARMENTO, D. S.; COSTA, L. J. A. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. **Revista APS**, v. 18, n. 4, p. 424-429, out./dez. 2015.

QUANDT, F. L. *et al.* Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode. **Saúde e Transformação Social**, v. 4, n. 3, p. 83-89. 2013.

RAMOS, F. R. S. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 51-77, mar. 2007.

SANTOS JÚNIOR, C. J. *et al.* Participação popular na gestão do SUS: construção de um projeto de intervenção para fortalecimento do controle social. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 2, p. 901-909, abr./jun. 2020.

SARAIVA, L. A. S. **Mercantilização da cultura e dinâmica simbólica local**: a indústria cultural em tabira, Minas Gerais / Luiz Alex Silva Saraiva. - 2009. 333f.: il. (Tese de doutorado), Belo Horizonte, Minas Gerais. 2009.

SILVA JÚNIOR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. São Paulo: Hucitec. 1998.

SIMÕES, A. V. **Controle social na estratégia saúde da família**: concepções e ações dos usuários e trabalhos de saúde. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

SILVA, C. V. **A percepção de conselheiros de Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca dos domínios do empoderamento** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília (DF), ; 2013.

SODER, T. S.; OTTOBELLI, C. O exercício do controle social na perspectiva de lideranças comunitárias. **Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 9, p. 30-43. 2013.

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

VAZQUEZ, M.L.; SILVA, M. R. F.; CAMPOS, E. S. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar-abr. 2003.

WHO (World Health Organization). **Primary health care**. Geneve: World Health Organization. 1978.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001. Cap. 1 e 4.

**APÊNDICE A – Entrevista com roteiro semiestruturado para os Líderes
Comunitários**

ROTEIRO
Atuação como líder comunitário
1. Você se considera um líder dentro da sua comunidade? Por quê? 2. Na sua percepção, qual a importância da influência dessa liderança no dia a dia das pessoas da sua comunidade? 3. Conta para mim como é sua rotina e suas ações enquanto líder comunitário?
Conhecimento e participação nos serviços de saúde do município
4. Qual a sua visão do papel do SUS de forma geral? E do papel das Unidades Básicas de Saúde da sua comunidade? 5. Como é o serviço de saúde prestado a sua comunidade? Quais ações são prestadas? Quem oferta os serviços de saúde na sua comunidade? Há algum planejamento? Conta como funciona este planejamento. 6. Quem participa das propostas de saúde levantadas pela gestão nos planos anuais de saúde do município? Conta um pouco sobre isso. 7. E na Atenção Primária à Saúde, o senhor (a) considera que as pessoas participam da gestão? Como isso funciona aqui?
Conhecimento e participação sobre controle social
8. Conta para mim o que você entende pelo termo controle social? 9. Como funciona o Conselho Municipal de Saúde? Quem faz parte? Como o senhor (a) avalia esta participação? 10. E as conferências de saúde? Como ocorrem aqui no município? E o papel das conferências municipais de saúde? Acha importante a participação da comunidade e por quê?
Atuação como líder comunitário na busca de direitos da saúde
11. Como você se envolve com a área da saúde da sua comunidade buscando melhorias para a população? 12. Como o senhor (a) se sente na busca pelos direitos e deveres relacionados a saúde da sua comunidade? Conta quais são suas dificuldades e facilidades. 13. Como o senhor (a) acha que deve ser a participação da comunidade nos processos de tomada de decisão sobre a saúde da comunidade?

APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico, Demográfico e de participação da comunidade

DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS	
NOME COMPLETO	
PROFISSÃO/ FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
IDADE	
SEXO	() 1. Feminino () 2. Masculino
QUAL SEU ESTADO CIVIL?	() 1. Solteiro(a) () 2. Casado(a) () 3. Separado(a) () 4. União estável () 5. Viúvo(a) () 6. Divorciado(a) () 7. Outros
QUAL A SUA ESCOLARIDADE?	1. Ensino fundamental () completo () incompleto 2. Ensino médio () completo () incompleto 3. Ensino superior () completo () incompleto 4. Especialização () completo () incompleto 5. Não estudou () 6. Analfabeto ()
QUAL SUA RENDA MENSAL INDIVIDUAL?	() 1. Menor que um salário () 2. Entre um e dois salários () 3. Entre dois a cinco salários () 4. Mais de cinco salários () 5. Não informou
HÁ QUANTO TEMPO MORA NA COMUNIDADE?	() 1. Menos de 1 ano () 2. De 1 a 3 anos () 3. De 3 a 5 anos () 4. De 5 a 10 anos () 5. De 10 a 20 anos () 6. Mais de 20 anos
DADOS SOBRE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	
HÁ ENVOLVIMENTO COM ENTIDADES SOCIAIS?	() 1. Sim () 2. Não Se sim, quais? () 1. Igreja () 2. Associação do bairro () 3. Escola () 4. Conselho de saúde () 5. Pastorais () 6. Rotary () 7. Alcoólicos Anônimos (AA) () 8. Sindicatos () 9. Outras: _____

POSSUI ALGUM ENVOLVIMENTO POLÍTICO?	☐ 1. Vereador do município ☐ 2. Secretariado da prefeitura ☐ 3. Afiliação ativa a algum partido político ☐ 4. Outros: _____
COM QUE FREQUÊNCIA NO ÚLTIMO MÊS PROCUROU AUTORIDADES PARA RESOLVER PROBLEMAS DA COMUNIDADE?	☐ 1. Nenhuma ☐ 2. De uma a duas vezes ☐ 3. De três a quatro vezes ☐ 4. Cinco ou mais
VOCÊ UTILIZA OS SERVIÇOS DE SAÚDE:	☐ 1. Apenas através do SUS ☐ 2. Apenas através da rede suplementar ☐ 3. Pelo SUS e rede suplementar
JÁ PARTICIPOU DE CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE?	☐ 1. Nunca ☐ 2. Apenas uma ☐ 3. Mais de uma
É/JÁ FOI MEMBRO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE?	☐ 1. Sim, sou membro atualmente ☐ 2. Já fui, mas não sou membro mais ☐ 3. Não sou membro e nunca fui
TRABALHA OU JÁ TRABALHOU NA ÁREA DE SAÚDE?	☐ 1. Sim, trabalha ☐ 2. Já trabalhou, mas não trabalha mais ☐ 3. Não, nunca trabalhou

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Pesquisa

O/A Sr.(a.) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE DOIS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO COM AS QUESTÕES DE SAÚDE DO TERRITÓRIO”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo pretende analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde em dois municípios de Minas Gerais.

Se concordar em participar deste estudo, será realizada uma entrevista sobre a temática, com doze questões abertas, acompanhado de um questionário para registro de dados sociodemográficos e outros relacionados a participação da comunidade, que será realizado em local previamente agendado. Na entrevista, o pesquisador fará algumas perguntas, que serão gravadas por meio de um gravador digital. O/A Sr.(a.) gastará, em média, de 20 a 30 minutos para responder às perguntas. O questionário e a gravação da entrevista ficarão em segredo e seu nome não será divulgado. Assim, os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos (ou até 10 (dez) anos) na Escola de Enfermagem da UFMG em poder da prof.^a Dr^a Livia Cozer Montenegro responsável pelo estudo, após o qual serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções 466/12; 441/11 e Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar desta pesquisa o/a Sr.(a.) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de sua formalização. Sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao/a Sr.(a.).

O benefício direto desta pesquisa é a disponibilização de informações acerca do perfil dos líderes comunitários, seu conhecimento acerca das temáticas da saúde e seu envolvimento com a área, fomentando assim a importância da participação da comunidade como fundamental para a transformação social da saúde dos municípios. Em relação aos riscos, pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, diante dos objetivos desta pesquisa e da garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Rubrica do participante: _____

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o/a Sr.(a.) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Prof^a. Dr^a Livia Cozer Montenegro

Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo

Participante da pesquisa

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE DOIS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: CONHECIMENTO E PARTICIPAÇÃO COM AS QUESTÕES DE SAÚDE DO TERRITÓRIO", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Então, declaro que concordo em participar como voluntário(a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome completo do participante _____

Assinatura do participante _____

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a Lívia Cozer Montenegro

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9878. E-mail: liviacozermontenegro@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável _____

Pesquisadora: Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo

Telefone: (31) 98591-0561. E-mail: palloma.coordenacaoaps@gmail.com

Assinatura do pesquisador (mestranda) _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: COEP-UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592.

**APÊNDICE D – Cartilha de Capacitação para as Lideranças Comunitárias e
Manual para Facilitadores/Condutores**



Autores:

Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo

Enfermeira pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) , Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) e Mestranda do programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem-UFMG.

Autores:

Documento elaborado a partir dos resultados da dissertação: “Lideranças comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois municípios de Minas Gerais: Conhecimento e participação relacionados as questões de saúde do território” apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde. Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Orientadora: Prof.-a. Dra. Lívia Cozer Montenegro.

Apoio:



GSS
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL



INHAÚMA
PREFEITURA



**SETE
LAGOAS**
PREFEITURA

Sumário

01**Introdução****02****Encontro 1:**
Nos reconhecendo
enquanto Lideranças
Comunitárias**03****Encontro 2:**
Conhecendo o SUS e a
Atenção Básica do nosso
município**04****Encontro 3:** Entendendo a
participação comunitária e o
Controle Social no SUS**05****Encontro 4:** Mãos a Obra:
Começando o planejamento!**06****Encerramento**

INTRODUÇÃO



SEJAM BEM VINDOS!



Juntos somos mais fortes!

A capacitação

★ Você está participando de um curso de capacitação para os Líderes Comunitários a respeito da participação social nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

★ **Se você está aqui, é porque foi reconhecido como a referência da sua comunidade!**

★ **Você tem um papel muito importante neste curso!
Vamos lutar pelos direitos da nossa população!**

A capacitação



Você faz parte da engrenagem da sua comunidade! E agora esperamos que também faça parte da engrenagem que move o SUS!



Vamos conferir tudo juntos

Os encontros



Os encontros



Os encontros terão duração média de 45 minutos a 1 hora;

Sempre haverá um mediador que estimulará a reflexão de vocês e facilitará a compressão sobre as temáticas.



Regras do curso



1ª REGRA

Aproveite ao máximo cada momento! Pergunte sempre que tiver dúvidas!



2ª REGRA

Troque conhecimentos e exponha a sua opinião e ideias! Estamos aqui para te ouvir!



3ª REGRA

Saiba dialogar e debater com respeito a todos os colegas!

Encontro 1

Nos reconhecendo enquanto lideranças Comunitárias



Momento 1 - INTRODUÇÃO



- Dinâmica de Apresentação: A TEIA.



REFLEXÕES:



- De quem é a força que mantém a teia armada e íntegra?
- Se um solta a sua linha, a rede se mantém íntegra?
- Qual a importância do trabalho em equipe? Vamos pensar nos Líderes, usuários, trabalhadores e gestores do município?

Momento 2 – Papel do Líder na Comunidade

Vamos discutir:



Quem é o Líder na comunidade?



Quais características ele possui?



O que ele faz de diferente das outras pessoas da comunidade?



VOCÊ SE CONSIDERA UM LÍDER COMUNITÁRIO?

Momento 2 – Papel do Líder na Comunidade



Momento 3 – CONCLUINDO...



NA COMUNIDADE, TODA AÇÃO TEM UMA REAÇÃO. QUAL AÇÃO VOCÊ QUER SER? QUAL REAÇÃO QUER PROVOCAR?

Momento 3 – CONCLUINDO...

A ARVORE DOS SONHOS



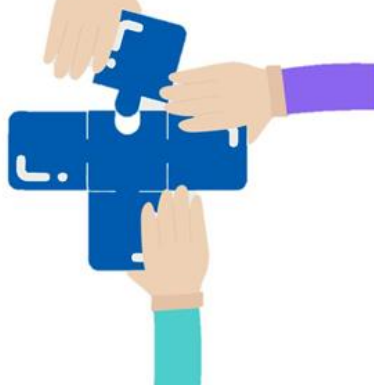
Cada participante receberá um papel e vai colocar as características que precisam ser desenvolvidas para melhorar sua prática como líder, pensando na melhor liderança que pode ser!

Juntos somos mais fortes!

Encontro 2

Conhecendo o SUS e a Atenção Básica do nosso município

SUS



Momento 1 - INTRODUÇÃO



QUEM É O SUS?

DE QUEM É O SUS?

Momento 2 – Conhecendo o Sistema Único de Saúde



Quais serviços do SUS temos no município?



Tem hospitais?

Tem Unidades
Básica de Saúde?

Tem consultórios
odontológicos?

Tem vigilância em
Saúde?

Tem ambulatório
de especialidades?

Tem pronto
atendimentos ou
UPA?

Tem controle de
endemias?

Momento 2 – Conhecendo o Sistema Único de Saúde



UBS



E as Unidades Básicas de Saúde?

Onde se localiza a
UBS que atende a
sua comunidade?

Quais serviços ela
oferta?

A comunidade usa
seus serviços?

Como vocês
avaliam os serviços
prestados?

Momento 2 – Conhecendo o Sistema Único de Saúde



Vamos discutir:

-  Quem faz parte da sua equipe de saúde?
-  Como é o relacionamento de vocês?
-  Vocês ajudam nas decisões de planejamento das ações de saúde? De que forma?

Momento 3 – CONCLUINDO



O que a aproximação com a equipe de Saúde da Família pode gerar de benefícios para a nossa atuação de liderança e para a nossa comunidade?



Momento 3 – CONCLUINDO

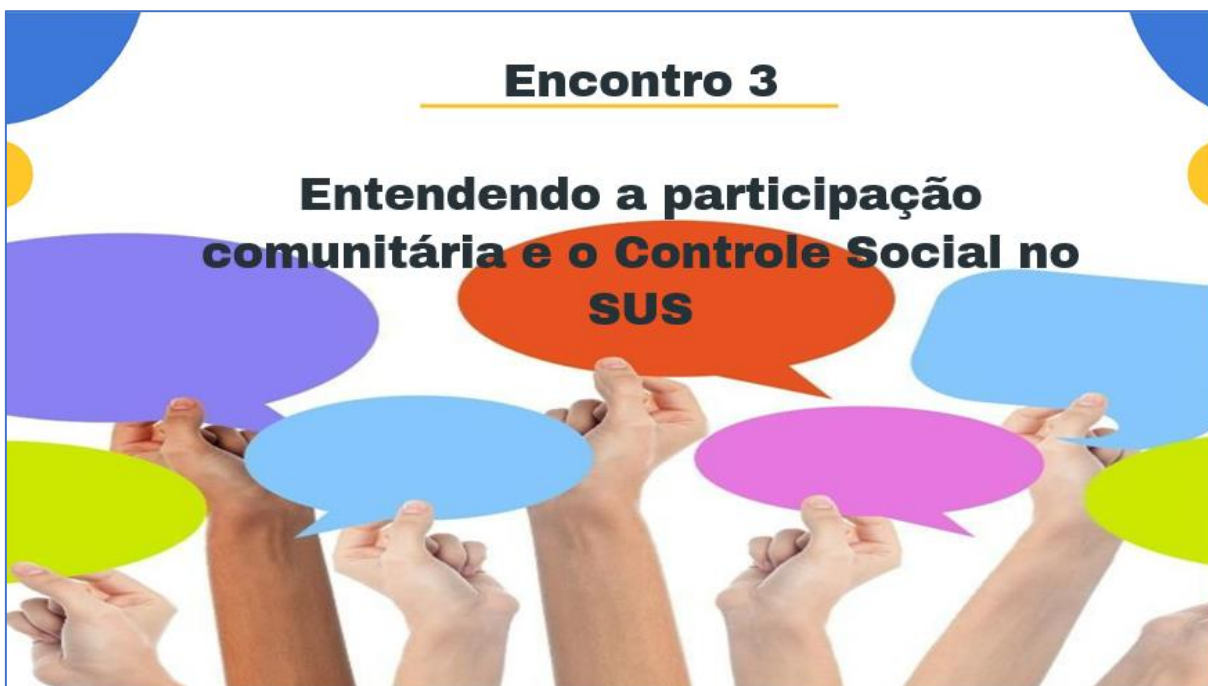


Para (próximo o encontro):

-  Procure conhecer todos os profissionais que compõem sua equipe;
-  Levante todos os serviços ofertados na sua UBS;
-  Converse com o responsável pela equipe (gerente/enfermeiro), se apresente e fale sobre sua vontade de ajudar a comunidade e a equipe.

Encontro 3

Entendendo a participação comunitária e o Controle Social no SUS



Momento 1 – INTRODUÇÃO

1º) Discussão sobre o para 



De que forma você pode ajudar na construção do serviço de saúde? Como pode participar das decisões?

JÁ PAROU PARA PENSAR?



Momento 2 – Entendendo o Controle Social no SUS

O que é a participação Social na Saúde?



Momento 2 – Entendendo o Controle Social no SUS



Já ouviu falar nestes espaços de participação social?

Conferência Municipal de Saúde

Momento 2 - Entendendo o Controle Social no SUS

Quem participa dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde?



Momento 3 - CONCLUINDO



Para  (próximo o encontro):

-  Converse com pelo menos 5 pessoas da comunidade (vizinhos, amigos) e peça para cada um falar um ponto positivo e um negativo do serviço de saúde prestado pela UBS.
-  Anote os pontos e traga para o nosso próximo encontro.



Encontro 4

Mãos a Obra: Começando o planejamento!



Momento 1 - INTRODUÇÃO

O QUE VOCÊ APRENDEU ATÉ AQUI?

Que tal colocarmos em prática um pouco da participação social que tanto falamos durante nossos encontros?



Momento 2 – Mãos a obra!

1º) Em grupo, levantem os problemas encontrados. Apontem os 2 que foram mais citados pelos usuários.



Momento 2 – Mãos a obra!



2º) Vamos refletir sobre estes problemas?

ONDE ESTAMOS?

**AONDE QUEREMOS
CHEGAR?**

COMO CHEGAREMOS LÁ?

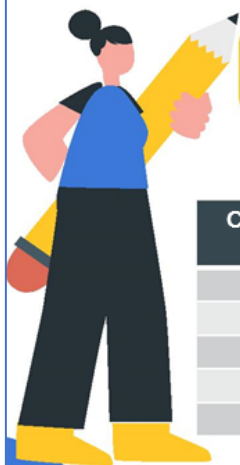
Momento 2 – Mãos a obra!

**3º) É HORA DE REFLETIR NAS SOLUÇÕES
PARA ESTES PROBLEMAS, NO PONTO DE
VISTA DE VOCÊS?**



**QUAIS ESTRATÉGIAS, AÇÕES,
SERVIÇOS PODEM MELHORAR ESTES
PROBLEMAS?**

Momento 2 – Mãos a obra!



4º) Vamos organizar as ideias no papel?

O quê?	Quem?	Início e Término	Por que?	Onde?	Como?	Quanto?

Momento 2 – Mãos a obra!



AQUELA AJUDINHA PARA LEMBRAR: ✂

- ▶ O quê ? - Descrever as atividades a serem realizadas;
- ▶ Quem? - Definir o responsável pela execução da ação;
- ▶ Início e Término - Indicar um prazo para realização da ação;
 - ▶ Por quê? - Qual o motivo para realizar esta ação;
 - ▶ Onde? - Definir o local que esta atividade acontecerá;
- ▶ Como? - Quais os procedimentos que serão utilizados para a realização da ação;
- ▶ Quanto? - Quanto custará.

Momento 2 – Mãos a obra!

**MAS NÃO TA FALTANDO
ALGUMA COISA NESTE
PROCESSO???**



Momento 2 – Mãos a obra!



SIIIIIIM!

**COMPARTILHAR
NOSSAS SUGESTÕES,
OS ELOGIOS COLHIDOS
E NOSSA IDÉIA DE
PLANEJAMENTO COM
AS EQUIPES E A
GESTÃO!**

Momento 3 – Fechando com chaves de ouro!

**5ª) VAMOS NOS REUNIR
COM A EQUIPE E UMA
PESSOA DA GESTÃO**



**VAMOS DIALOGAR DE
FORMA RESPEITOSA,
AGREGAR ÀS
PESSOAS E
COLABORAR NA
CONSTRUÇÃO DO
CUIDADO!**



**ESTE É O INÍCIO DE
UMA PARCERIA DE
SUCESSO!**

Juntos

Somos



Fortes

**CONSTRUINDO UM
SUS CADA VEZ MAIS
PARTICIPATIVO!**



**“Seja a mudança
que você quer
ver no mundo.”**

Mahatma Gandhi

Referências

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 da outras providências.

Diniz, B. F. Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais: Unidades 1, 2, 3 e 4: guia do aluno/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESP-MG:CES-MG, 2017

Projeto EDUC. Cartilha de apoio para lideranças comunitárias a experiência do projeto EDUC. 2019.

ORIENTAÇÃO PARA FACILITADORES/CONDUTORES

Prezado Facilitador/Condutor da Capacitação para os Líderes Comunitários,

Segue abaixo algumas orientações para a realização da capacitação para as Lideranças Comunitárias a fim de estimular sua participação social no SUS. As orientações seguem a ordem dos encontros presentes na Cartilha. Lembrando facilitador/condutor deve ter experiência e conhecimento sobre a participação da comunidade e o Controle Social no âmbito do SUS, para que possa fomentar as discussões e emponderar os Líderes para serem grandes elos entre o SUS e a comunidade.

ENCONTRO 1

Horário	Item	Responsável
17:00	Apresentação do curso	Facilitador
17:10	Iniciar "Encontro 1": Momento 1	Facilitador
17:25	Momento 2	Facilitador
17:40	Momento 3	Facilitador
18:00	Encerramento	Facilitador

- Momento 1: Dinâmica de Apresentação

A teia

Por ser uma dinâmica de apresentação pessoal, a Teia do Envolvimento geralmente é aplicada em grupos ou equipes que possuam como membros pessoas que possam ou não, se conhecer e, conseqüentemente, promovam um relacionamento interpessoal e desenvolvam sua autoconfiança. É um ótimo exemplo de dinâmica que pode ser realizada para integrar equipes.

Dinâmica da Teia: funcionamento e aplicação.

- Objetivo: apresentar as pessoas de um grupo.
- Material: Um rolo de barbante.

Com o rolo de barbante em mãos, o mediador precisará escolher um lugar no qual todos os integrantes do grupo possam se posicionar em um grande círculo. Para dar início à dinâmica, o facilitador [você] precisa pegar a ponta do barbante e segurá-la.

Então, você se volta para o restante do grupo, dizendo o seu nome e fazendo uma apresentação pessoal. Diga o seu nome, qual a sua formação, com o que você trabalha, alguma informação que você considera importante sobre a sua vida pessoal, como um hobby, a sua comida preferida ou qualquer outra coisa que sentir vontade para compartilhar com aquelas pessoas.

Ao terminar a sua apresentação, jogue o rolo de barbante para qualquer outra pessoa do grupo peça para que segure o pedaço de barbante e incentive essa pessoa a também fazer uma apresentação pessoal, da mesma forma como você fez a sua. Mas deixe-a livre para compartilhar as informações que considerar importantes.

E quando essa pessoa terminar de se apresentar, peça que ela jogue o rolo de barbante para outra. A seguinte deverá fazer a mesma coisa, se apresentar.

Quando todos tiverem terminado suas apresentações, o barbante terá formado uma grande teia no meio do círculo formado pelos integrantes do grupo. Dessa forma, peça para que todos observem o emaranhado de conexões formadas.

Em seguida, peça para que a última pessoa a se apresentar devolva o rolo para o facilitador. Nesse momento você reforçará a importância do trabalho em equipe, e o quanto o grupo fica mais forte quando se trabalha em união (conexões). E os convida a fazer parte dessa teia, que preconiza o início de uma mudança de olhar para o fortalecimento da comunidade.

O grande objetivo dessa dinâmica, além de apresentar as pessoas umas para as outras, é promover a interação entre os participantes e melhorar a comunicação interna, de modo a gerar trabalho em equipe, trazendo resultados ainda melhores.

- **Momento 3: Dinâmica "ÁRVORE DOS SONHOS"**

A árvore dos sonhos tem sua origem no início da ECO 92, quando pessoas do mundo inteiro escreveram seus sonhos de futuro em papéis em forma de folhas. Foi à metodologia usada para construção da agenda 21.

- **Objetivo:** Identificar os problemas da comunidade e construir uma visão de futuro comum.
- **Procedimento:**

Em 2 grupos, cada grupo levanta 3 problemas da localidade e como gostariam que o município tivesse daqui há 1 ano.

Ou

Em 3 grupo, cada grupo levanta 2 problemas da localidade e como que gostariam que o município tivesse daqui há 1 ano.

- **Tempo:** 45 minutos

O facilitador recolhe as folhas cola na árvore, apresentando para todo grupo o que foi identificado e verificando a possível duplicidade de questões encontradas. Abrindo uma discussão em grupo.

- **Tempo:** 20 minutos

- **Finalização.**

Para finalizar a atividade, parabenize o grupo pelo início da construção.

ENCONTRO 2

Horário	Item	Responsável
17:00	Iniciar "Encontro 2": Momento 1	Facilitador
17:20	Momento 2: Roda de conversa	Facilitador
17:45	Momento 3: Explicação da tarefa de casa	Facilitador

Ao final, estimule as líderes a realizarem a tarefa proposta para que seja base de discussão para o próximo encontro. Parabenize pela participação de todos e disponibilidade.

ENCONTRO 3

Horário	Item	Responsável
17:00	Iniciar "Encontro 3": Momento 1 – Discussão sobre a tarefa de casa	Facilitador
17:20	Momento 2: Roda de conversa	Facilitador
17:45	Momento 3: Explicação da tarefa de casa	Facilitador

Ao final, estimule as líderes a realizarem a tarefa proposta para que seja base de discussão para o próximo encontro. Parabenize pela participação de todos e disponibilidade.

Encontro 4

Horário	Item	Responsável
17:00	Iniciar "Encontro 4": Momento 1 – Recapitular tudo que foi aprendido até aqui	Facilitador
17:10	Momento 2: Dinâmica "Plano de Ação"	Facilitador
17:50	Momento 3: Finalização e Agradecimento	Facilitador

- Momento 2: Dinâmica "Plano de Ação"

Plano de ação

- Objetivo: Fazer o plano de ação para o período de 6 meses, listando o tema escolhido e demais ações necessárias para

minimizar os pontos fracos e as ameaças e aproveitar os pontos fortes e as oportunidades para desenvolver suas organizações.

➤ Tempo 35 minutos;

➤ Procedimento:

O facilitador conduzirá a elaboração do plano de ação. É o momento de transformar em ação o que foi levantado, definindo também os responsáveis e prazos para a execução do planejamento estratégico.

Sugestão de Modelo de Plano de Ação

O quê?	Quem?	Início e Término	Por quê?	Onde?	Como?	Quanto?

Para elaborar cada passo da construção do plano de ação, torna-se necessário entender o objetivo de cada pergunta.

Onde:

- O quê ? - Descrever as atividades a serem realizadas;
- Quem? - Definir o responsável pela execução da ação;
- Início e Término - Indicar um prazo para realização da ação;
- Por quê? - Qual o motivo para realizar esta ação;
- Onde? - Definir o local que esta atividade acontecerá;
- Como? - Quais os procedimentos que serão utilizados para a realização da ação;
- Quanto? - Quanto custará.

Para facilitar o processo de construção do plano de ação sugerimos o procedimento abaixo:

1. Elaborar ações para aproveitar as forças do grupo;
2. Elaborar ações para solucionar/amenizar as fraquezas;
3. Elaborar ações para evitar ou diminuir o impacto das ameaças levantadas;
4. Elaborar ações complementares para alcançar metas estabelecidas pelo grupo.

"Só a participação social é capaz de mudar o país."



Referências:

Brasil. Lei n° 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 da outras providências.

Diniz, B. F. Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais: Unidades 1, 2, 3 e 4: guia do aluno/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESP-MG:CES-MG, 2017

Projeto EDUC. Cartilha de apoio para lideranças comunitárias a experiência do projeto EDUC. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Lideranças Comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois Municípios de Minas Gerais: Conhecimento e Participação com as Questões de Saúde do Território

Pesquisador: Livia Cozer Montenegro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49559321.2.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.160.092

Apresentação do Projeto:

Abaixo o resumo do projeto, apresentado pelas pesquisadoras:

"A participação da comunidade é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e sua atuação efetiva é imprescindível para que a população, de forma geral, participe das tomadas de decisões relacionadas à área da saúde dos municípios, estados e federação. Não há viabilidade de funcionamento do sistema sem a participação da comunidade e por isso é importante envolver cada vez mais, a população dos municípios neste papel de interlocutor dos direitos à saúde. Frente a esta demanda, uma figura central na comunidade é o líder comunitário, que possui um conhecimento importante sobre as necessidades da população e é visto como uma referência, podendo ser um agente transformador da saúde da comunidade. Objetivo: Analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Básica em dois municípios de Minas Gerais. Método: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e finalidade descritiva do tipo estudo de multicasos. A técnica utilizada para a coleta de dados será a entrevista com roteiro semiestruturado que será aplicada nos líderes comunitários contemplando perguntas relacionadas a participação da comunidade na comunidade no âmbito da Atenção Básica e seu conhecimento acerca das temáticas do controle social. Este roteiro será acompanhado de uma seção para registro de dados socioeconômicos, demográficos e

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.160.092

relacionados a atual participação da comunidade dos líderes comunitários. A análise dos dados será feita por meio da técnica de análise de conteúdo, estabelecendo-se algumas categorias temáticas. Produto da dissertação: Espera-se com este estudo promover a participação de líderes comunitários em processos formais de participação da comunidade nos municípios. Além disso, será elaborado um relatório técnico para as Secretarias de Saúde dos dois municípios contendo resultados sobre a participação da comunidade entre os líderes comunitários, cuja finalidade é proporcionar informações e auxiliar na formulação de projetos/ações que visem à promoção da participação destes líderes na efetividade da participação da comunidade e consequentemente na melhoria da saúde da população a partir de demandas reais."

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentados pelas pesquisadoras são:

"Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Básica em dois municípios de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil dos líderes comunitários de acordo com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de participação social;
- Conhecer a percepção dos líderes comunitários a respeito da importância do seu papel e de sua influência na comunidade;
- Descrever o envolvimento dos líderes comunitários acerca da participação da comunidade na Atenção Básica dos municípios;
- Identificar os conhecimentos dos líderes comunitários acerca dos serviços de saúde ofertados pelo município e da participação da comunidade no controle social;
- Identificar as principais dificuldades apontadas pelos líderes comunitários para que a participação comunitária seja efetiva e o direito à saúde assegurado."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios listados pelas pesquisadoras são os seguintes:

"Riscos:

Os riscos em relação a participação dos entrevistados nesta pesquisa são mínimos. Pode-se levantar como possível risco o desconforto pelo tempo dispensado para participar da entrevista e responder o questionário, além do receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, diante dos objetivos desta pesquisa e da garantia de confidencialidade e anonimato das

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4º 2º Andar 4 Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa III **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.160.092

informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Benefícios:

O benefício direto desta pesquisa é a disponibilização de informações acerca do perfil dos líderes comunitários, seu conhecimento acerca das temáticas da saúde e seu envolvimento com a área, fomentando assim a importância da participação da comunidade como fundamental para a transformação social da saúde das comunidades e municípios."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de mestrado profissional em Gestão dos Serviços de Saúde, realizado em dois municípios de MG. Apresenta como objetivo analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Básica em dois municípios de Minas Gerais. A metodologia descrita é a seguinte: Trata-se de um estudo de deulticasos de abordagem qualitativa, como objetivo de analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Básica em dois municípios de Minas Gerais, em dois municípios do estado de Minas Gerais pertencentes à macrorregião de Belo Horizonte e sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Sete Lagoas. Os municípios escolhidos para o estudo são Inhaúma e Sete Lagoas. A escolha se deu pela experiência da pesquisadora na gestão da Atenção Básica dos dois municípios, e como participante dos Conselhos Municipais de Saúde de ambos. Os participantes serão os líderes comunitários de dois municípios do estado de Minas Gerais, que serão indicados pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) das Unidades Básicas onde estão inseridos.

Considerações sobre os Temos de apresentação obrigatória:

A análise do projeto foi realizada a partir dos seguintes documentos apresentados pelas pesquisadoras:

- Projeto completo na PB;
- Folha de rosto assinada e datada;
- Parecer favorável e aprovação pela CD do Departamento Materno-Infantil e de Saúde Pública da EE;
- Autorização para a realização da pesquisa no município de Inhaúma, pela Secretaria Municipal de Saúde deste município;
- Autorização para a realização da pesquisa no município de Sete Lagoas, pela Secretaria Municipal de

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4 2º Andar 4 Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.160.052

Saúde deste município;

- Projeto brochura completo;

- TCLE - apresentado em forma de carta-convite e com adequada apresentação e foram realizadas as alterações solicitadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por realizar todas as correções solicitadas por este Colegiado, somos S.M.J., pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1788768.pdf	30/11/2021 16:50:29		Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	30/11/2021 16:49:50	Livia Cozer Montenegro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novotcle.docx	30/11/2021 16:48:10	Livia Cozer Montenegro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23/09/2021 16:06:35	Livia Cozer Montenegro	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.docx	23/09/2021 16:06:10	Livia Cozer Montenegro	Aceito
Parecer Anterior	camara.pdf	08/07/2021 11:35:05	Livia Cozer Montenegro	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	08/07/2021 11:30:53	Livia Cozer Montenegro	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409-4592 **E-mail:** ccep@pqp.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.160.092

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 11 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4 2º Andar 4 Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Termo de Autorização para a pesquisa do município de Inhaúma

APRESENTAÇÃO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Inhaúma, 10 de maio de 2021

Prezada Senhora Luciana dos Reis,

Eu, Palloma Maciel Chaves de Souza Cordeiro, responsável por este projeto de pesquisa do Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), enfermeira e mestranda, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar esta pesquisa no município de Inhaúma-MG, com os líderes comunitários referenciados pelas equipes de Saúde da Família (eSF), para o trabalho de pesquisa com o tema **“Lideranças Comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois Municípios de Minas Gerais: Perfil dos Líderes, Conhecimento e Participação com as Questões de Saúde do Território”**, orientado pela Professora Dra. Livia Cozer Montenegro.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466/2012, tem como objetivo “Analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Básica em dois municípios de Minas Gerais”. Os procedimentos adotados serão a aplicação de um questionário e entrevista para os líderes comunitários, sendo aplicado nas Estratégias de Saúde da Família de referência, podendo ser adaptado para o formato on-line de acordo com a necessidade.

A participação dos líderes comunitários é gratuita e voluntária, tendo ele plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Esclareço também que a recusa em participar não trará nenhum constrangimento ao líder, de qualquer natureza. Os riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados à confidencialidade. Porém, informo que todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para fins científicos e que serão mantidos em sigilo.

Espera-se com este estudo promover a participação de líderes comunitários em processos formais de participação social nos municípios. Além disso, será elaborado um relatório técnico para a Secretarias de Saúde do município contendo resultados sobre a participação social entre os líderes comunitários, cuja finalidade é proporcionar informações e auxiliar na formulação de projetos/ações que visem à promoção da participação destes líderes na efetividade da participação social e consequentemente na melhoria da saúde da população a partir de demandas reais.

A qualquer momento o município poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de

Pesquisadora: Palloma Maciel Chaves de Souza Cordeiro

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Gestão dos Serviços de Saúde - UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais / Fone: (31) 98591-0561 / E-mail:
palloma_chaves@hotmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INHAÚMA

DECLARAÇÃO

Eu, gestor da saúde e/ou representante do município Inhaúma declaro que fui informado dos objetivos do projeto de pesquisa intitulado "**Lideranças Comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois Municípios de Minas Gerais: Perfil dos Líderes, Conhecimento e Participação com as Questões de Saúde do Território**", de autoria de Palloma Maciel Chaves de Souza Cordeiro, discente do Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), dando-lhe consentimento para realizar a pesquisa neste município. Declaro também, que não recebi qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Palloma M. Chaves de S. Cordeiro 10/05/2021, Inhaúma

Assinatura da pesquisadora

Data, local

Luciana dos Reis

Assinatura e carimbo do gestor (Secretária de Saúde)

10 de maio 2021 Inhaúma
MG

Data, local

**ANEXO C – Termo de Autorização para a pesquisa do município de Sete
Lagoas**

APRESENTAÇÃO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Sete Lagoas, 08 de setembro de 2021

Prezada Senhor Flávio Pimenta Silveira,

Eu, Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo, responsável por este projeto de pesquisa do Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), enfermeira e mestrande, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar esta pesquisa no município de Sete Lagoas - MG, com os líderes comunitários referenciados pelas equipes de Saúde da Família (eSF), para o trabalho de pesquisa com o tema **“Lideranças Comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois Municípios de Minas Gerais: Conhecimento e Participação com as Questões de Saúde do Território”**, orientado pela Professora Dra. Livia Cozer Montenegro.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466/2012, tem como objetivo “Analisar o conhecimento e a participação dos líderes comunitários nas questões da saúde no âmbito da Atenção Básica em dois municípios de Minas Gerais”. Os procedimentos adotados serão a aplicação de um questionário e entrevista para os líderes comunitários, sendo aplicado nas Estratégias de Saúde da Família de referência, podendo ser adaptado para o formato on-line de acordo com a necessidade.

A participação dos líderes comunitários é gratuita e voluntária, tendo ele plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Esclareço também que a recusa em participar não trará nenhum constrangimento ao líder, de qualquer natureza. Os riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados à confidencialidade. Porém, informo que todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para fins científicos e que serão mantidos em sigilo.

Espera-se com este estudo promover a participação de líderes comunitários em processos formais de participação social nos municípios. Além disso, será elaborado um relatório técnico para a Secretarias de Saúde do município contendo resultados sobre a participação social entre os líderes comunitários, cuja finalidade é proporcionar informações e auxiliar na formulação de projetos/ações que visem à promoção da participação destes líderes na efetividade da participação social e consequentemente na melhoria da saúde da população a partir de demandas reais.

A qualquer momento o município poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. A pesquisadora está apta a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes, assim como do município como nome,



endereço e outras informações de identificação não serão em hipótese alguma publicado.

Pesquisadora: Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Gestão dos Serviços de Saúde - UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais / Fone: (31) 98591-0561 / E-mail: palloma_chaves@hotmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SETE LAGOAS
DECLARAÇÃO

Eu, gestor da saúde e/ou representante do município de Sete Lagoas declaro que fui informado dos objetivos do projeto de pesquisa intitulado **“Lideranças Comunitárias na Atenção Primária à Saúde de dois Municípios de Minas Gerais: Conhecimento e Participação com as Questões de Saúde do Território”**, de autoria de Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo, discente do Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), dando-lhe consentimento para realizar a pesquisa neste município. Declaro também, que não recebi qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Palloma M. Chaves de R. Cordeiro SL, 08/09/21
 Assinatura da pesquisadora Data, local

 SL, 08/09/21
 Assinatura e (Flávio Pimenta Silveira Secretário de Saúde e Gestor do SUS/Sete Lagoas) Data, local

**Anexo D – Carta Convite para palestrar na VIII Conferência Municipal de Saúde
do município de Inhaúma**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE "JOSÉ ANTÔNIO GUIMARÃES"

CNPJ: 18.116.152/0001-10/ Ins. Est. ISENTO

CARTA CONVITE

Inhaúma, 11 de abril de 2022.

Prezada Senhora Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo,

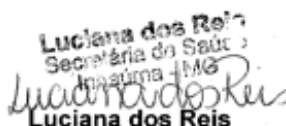
No dia 11 de maio de 2022, das 13:00 às 18:00 horas, ocorrerá no município de Inhaúma-MG, a realização da VIII Conferência Municipal de Saúde, com a finalidade de avaliar, junto da população, dos profissionais de saúde e dos gestores, a prestação dos serviços de saúde do município e propor novas diretrizes para a formulação da política de saúde a nível municipal.

Desta forma, entendendo sua expertise sobre o Sistema Único de Saúde e atrelada a sua vivência na gestão da saúde deste município, gostaríamos de convidar a senhora para ministrar a palestra intitulada: "O SUS que temos e o SUS que queremos: desafios para a sua consolidação, financiamento e participação social", no dia 11 de maio, quarta-feira, das 14:00 às 15:00 horas.

Em anexo segue o convite da Conferência e a programação completa do evento.

Certos de contar com sua presença, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos mais sinceros votos de respeito e admiração.

Atenciosamente,


 Luciana dos Reis
 Secretária de Saúde
 Inhaúma - MG

Secretaria de Saúde – Inhaúma / MG

Rua 1º de Maio, 85 - Centro - CEP 35.763-000 - Inhaúma – MG

Telefone: (31) 3716-4310/ E-mail: inhsaude@yahoo.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE "JOSÉ ANTÔNIO GUIMARÃES"

CNPJ: 18.116.152/0001-10/ Ins.Est. ISENT0

CRONOGRAMA

13h00min: Abertura da VIII Conferência Municipal De Saúde de Inhaúma;

13h15min: Composição da mesa;

13h30min: Proclamação do Hino Nacional brasileiro;

13h40min: Discurso das seguintes autoridades:

- Presidente do conselho;
- Prefeito municipal;
- Secretária da saúde;
- Coordenadora da Atenção Primária à Saúde.

14h00min: Palestra de principal: "O SUS que temos e o SUS que queremos: desafios para a consolidação, financiamento e participação social". Palestrante: Palloma Chaves;

15h00min: Coffee break;

15h15min: Divisão do público presente em grupos onde serão discutidas proposta para cada eixo da saúde;

16h00min: Apresentação e discussão das propostas;

17h00min: Leitura do regimento e eleição do novo conselho municipal;

18h00min: Encerramento da Conferência.


Luciana Reis
 Secretária de Saúde
 Inhaúma - MG

Rua 1º de Maio, 85 - Centro - CEP 35.763-000 - Inhaúma - MG

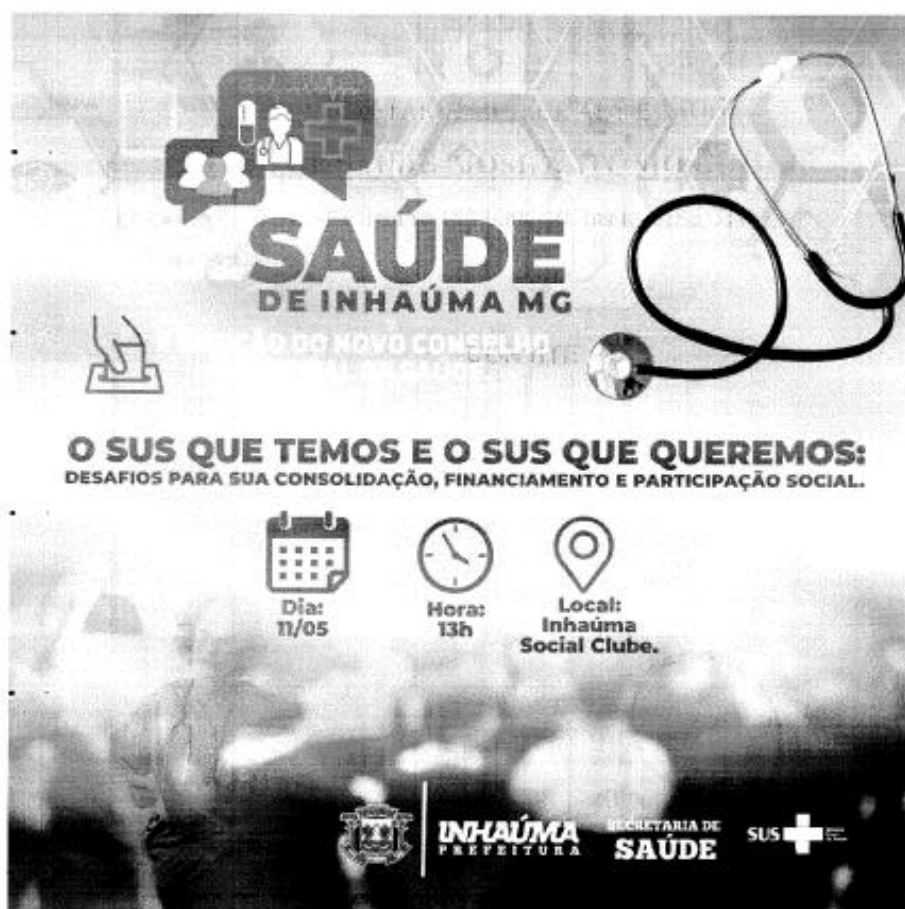
Telefone: (31) 3716-4310/ E-mail: inhsaude@yahoo.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE "JOSÉ ANTÔNIO GUIMARÃES"

CNPJ: 18.116.152/0001-10/ Ins.Est. ISENTO

CONVITE



SAÚDE DE INHAÚMA MG

O SUS QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS:
DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO, FINANCIAMENTO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

Dia: 11/05
Horas: 13h
Local: Inhaúma Social Clube.

INHAÚMA PREFEITURA
SECRETARIA DE SAÚDE
SUS

Rua 1º de Maio, 85 - Centro - CEP 35.763-000 - Inhaúma - MG

Telefone: (31) 3716-4310/ E-mail: inhsaude@yahoo.com.br

Luciana dos Reis
Secretária de Saúde
Inhaúma - MG

Anexo E – Certificado de palestrante para Curso de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates às Endemias, do município de Lagoa da Prata-MG, pela EE – UFMG.

		PROEX UFMG Pró-Reitoria de Extensão
Sistema de Extensão da UFMG		
CURSO - CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATES A ENDEMIAS		
Título Curso de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias		
Data de início 14/03/2022		
Previsão de término 20/03/2022		
Data da última aprovação pelo Órgão Competente 09/03/2022		
Órgão Competente Centro de Extensão da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG)		
CARACTERIZAÇÃO		
Ano em que se iniciou a ação 2022		
Unidade Escola de Enfermagem		
Departamento Departamento de Enfermagem Básica		
Caracterização Treinamento e qualificação profissional		
Subcaracterização Ensino semipresencial		
Programa vinculado SEM VÍNCULO		
Projeto vinculado SEM VÍNCULO		
Principal Área Temática de Extensão Saúde		
Área Temática de Extensão Afim NÃO POSSUI		
Linha de Extensão Endemia e Epidemia		
Grande Área do Conhecimento Ciências da Saúde		
Palavras-chave Educação profissional em saúde pública, Agente de combate às endemias, Suporte básico de vida		
Área Temática de Extensão Afim NÃO POSSUI		
DESCRIÇÃO		
Apresentação e justificativa Trata-se de um curso de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) do município de Lagoa Santa do Estado de Minas Gerais. A capacitação de ACS e ACE tem sido uma exigência das Leis nº 11.350/2006 e nº 13595/2018 que passou a regulamentar as atividades de ACS e ACE, tornando o curso como requisito para o exercício das atividades destes profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2006, BRASIL, 2018). O preparo para o trabalho prevê uma formação inicial com carga horária que varia entre 40 a 120 horas (BRASIL, 2006). A partir de 2015 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através da Portaria nº 243, define que os Cursos Introdutórios devem ter carga horária mínima de 40 horas e observar os componentes 23 curriculares básicos previstos na portaria, podendo agregar conhecimentos quanto às especificidades loco regionais (BRASIL, 2015). Os componentes curriculares pré-estabelecidos são: Políticas Públicas de Saúde e Organização do SUS; Legislação específica ao cargo; Formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho; Técnicas de Entrevista; Competências e atribuições; Ética no Trabalho; Cadastramento e visita domiciliar; Promoção e prevenção em saúde; e Território, mapeamento e dinâmicas da organização social (BRASIL, 2015). Destaca-se ainda que a participação integral no Curso Introdutório habilita o interessado ao exercício da atividade de ACS, devendo então compor o processo de seleção para contratação. Recentemente a lei que regulamenta a profissão do ACS foi reformulada, e a partir de agora será exigido que, para concorrer ao cargo, além de ser maior de 18 anos, e ser morador da comunidade, deverá ter concluído o ensino médio, alterando a lei publicada em 2006, que exigia apenas ensino fundamental (BRASIL, 2018).		

No país, apesar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em vigor, sinalizar que a supervisão do trabalho dos ACS e ACE pode ser realizada por qualquer membro da Estratégia Saúde da Família, o profissional enfermeiro continua assumido este papel (PNAB, 2017). Desde a implantação do Programa Saúde da Família na década de 1990, o enfermeiro tem assumido a atividade central de coordenar a equipe de saúde da família. Tal competência é fruto do conhecimento científico da enfermagem cujas bases apontam o trabalho em equipe como instrumento básico do enfermeiro (HORTA, 1979). No âmbito da coordenação da equipe de saúde da família, o enfermeiro tem se responsabilizado pelo gerenciamento do trabalho dos ACS e ACE acumulando anos de experiência na relação com estes profissionais. Portanto, os cursos de capacitação para os ACS e ACE tem sido ministrado por enfermeiros. O ACS é hoje uma das maiores categorias de trabalhadores do SUS, dos 5.570 municípios brasileiros, até dezembro de 2017, 5.488 possuíam ACS, chegando a 344.427 agentes em todo país (BRASIL, 2017a). Assim, os ACS vêm construindo sua história profissional, definindo frentes de mobilização no sentido do seu reconhecimento, inserção, regulamentação e valorização. Neste momento, estratégias como a ESF e a inserção do ACS como trabalhador do SUS tornam-se políticas estruturantes e necessárias para a saúde pública do país. A capacitação desses profissionais é mais uma contribuição alinhada às diretrizes da PNAB com vistas ao desenvolvimento da atenção à saúde na atenção primária que desde 2010 vem se configurando como o nível central do SUS, daí a relevância social da oferta deste curso.
Objetivo geral
Capacitar Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias para atualização e desenvolvimento do seu processo de trabalho na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde
Origem do público-alvo
Externo
Caracterização do público-alvo
Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias da prefeitura de Lagoa Santa - MG
Captação por edital de fomento
Não
Articulado com política pública
Não
Origem do público-alvo
Externo
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS
Estrutura curricular
Aula; Data/Dia; Atividade 08 horas 14/03/2022 Segunda-feira Aula ao vivo 19H:00 Apresentação do Curso Aula ao vivo 19H30- 21H30 Tema 1: Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Atividade online Filme 1: Política de Saúde no Brasil Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=EOACL0yhxBU Atividade online No caderno online: Após assistir o vídeo registre no caderno qual a parte do filme que mais chamou sua atenção e explique por quê. 08 horas 15/03/2022 Terça-feira Aula ao vivo 19H00 21H00 Tema 2: Política Nacional de Atenção Básica Atividade online Vídeo 1: Conheça o trabalho do agente comunitário de saúde e do agente de combate a endemias e saiba identificá-los. Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=C16kbV8_Zk Atividade online Leitura de texto: Política Nacional de Atenção Básica 2017 item 4.0, item 4.1 e item 4.2.6 letra a e c. Link de acesso: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html No caderno online: Após assistir o vídeo, leia o texto indicado e registre no caderno as atribuições do Agente Comunitário de Saúde e dos Agente de Combate a Endemias. 08 horas 16/03/2022 Quarta-feira Aula ao vivo 19H00 21H00 Tema 3: Atuação do ACS e ACE no Âmbito da Linha de Cuidado Urgência e Emergência Atividade online Vídeo 1: Painéis de indicadores da atenção básica Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=b8O_7jMliVU Atividade online No Caderno online: Realizar o exercício proposto no material didático

08 horas 17/03/2022 Quinta-feira Aula ao vivo 19H00 21H00 Tema 4: Conceitos e modelos de Visitas domiciliares, ética profissional e manejo de doenças infectocontagiosas. Atividade online Vídeo 1: Visita do agente de endemias na busca por focos do <i>Aedes aegypti</i> Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=BF1kPX2YwcM Atividade online No Caderno online: Faça no caderno um desenho que representa o sentimento de ser agente de combate as endemias e explique o que significa este desenho. 08 horas 18/03/2022 Sexta-feira Aula ao vivo 19H00 21H00 Tema 5: Organização dos dados no mapa da saúde, revisitando a área de abrangência e Construção do mapa da saúde como fonte de vigilância no território. Atividade online Vídeo 1: Agentes em ação: Mapeamento, desenhando a sua área Link de acesso: https://www.youtube.com/watch?v=9fNLZp4r_40 Atividade online No Caderno online: Faça no caderno um desenho da quadra onde você mora identificando pontos, situações e informações importantes. 02 horas 20/03/2022 Domingo Avaliação final presencial Endereço indicado pela prefeitura Referências Bibliográficas BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 2002b. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10507-10-julho-2002-468370-norma-pl.html. _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 64 p. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. [acesso em 2018 fev 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html _____. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
Infraestrutura física
Aulas online na plataforma digital Google Meet e sala de aula, a ser determinada pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa, para realização da avaliação final
Forma de avaliação do aluno do curso
1- Presença Mínimo 75%
2- Realização das atividades diárias - 10 pontos cada
3- Avaliação final 50 pontos, presencial
Gratuito para o público
Sim
Carga horária
40
INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Informações adicionais
Curso com suporte gerenciamento de recursos pela FUNDEP. Abaixo a descrição do orçamento:
Produto/ Quantidade/ Orçamento
Organização do Curso dos programas/ 02 /R\$ 800,00
Custos com a plataforma/ 01/ R\$ 100,00
Coordenação do Curso/ 01/ R\$ 900,00

UF **m** G**CERTIFICADO**

Ministério da Educação
Universidade Federal de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Extensão

CURSO

Certificamos que ***Palloma Chaves Cordeiro Vaz de Melo*** ministrou palestra no **Curso de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias**, promovido no período de 14 a 20 de março de 2022, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
Apoio: Centro de Extensão da Escola de Enfermagem

Belo Horizonte, 18 de abril de 2022.

Profª Allana dos Reis Corrêa
Coordenadora do CURSO

Profª Juliana de Oliveira Marcatto
Coordenadora do CENEX

Profª Sônia Maria Soares
Diretora da Escola de Enfermagem/UFMG

Escola de Enfermagem da UFMG**CENTRO DE EXTENSÃO**

Registrado na(s) folha(s) 5 do livro nº 9 de Registro
de Certificados do CENEX-EE-UFMG

Profª Juliana de Oliveira Marcatto
Coordenadora do CENEX