

CONHECIMENTO POLÍTICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS TOMADAS DE DECISÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nadja Maria Florêncio Gouveia dos Santos¹

Jefferson Nunes dos Santos²

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves³

RESUMO

Introdução: A participação da comunidade/lideranças comunitárias nas ações de planejamento de tomadas de decisão ainda é algo pouco explorado nos serviços de saúde, mesmo que alguns de seus documentos norteadores como a Política Nacional de Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde estabeleçam que essa participação seja fundamental no desenvolvimento do controle social. **Objetivo:** Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família acerca das políticas públicas que enfatizam a participação igualitária e equitativa das pessoas da comunidade na tomada de decisões referentes à saúde. **Metodologia:** Estudo de caráter descritivo-explicativo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, possuindo como objetos de investigação os enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família localizadas na área urbana do município de Pesqueira/PE. Os procedimentos desenvolvidos decorrerem da realização de entrevistas, realizadas por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelos próprios autores. Salienta-se que a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética previamente. **Resultados:** Os resultados são provenientes da realização de sete entrevistas que aconteceram no período de Maio a Junho de 2019. Dos 07 entrevistados, 06 eram do sexo feminino, 04 eram de cor/etnia autodeclarada parda. Além disso, 04 possuíam formações complementares a Atenção Básica, e em média os participantes já atuam no município em há 13 anos, contudo, nenhum conhecia as lideranças comunitárias da sua localidade. **Conclusão:** Mesmo existindo as políticas que enfatizam a participação da comunidade, o conhecimento político dos profissionais ainda é insuficiente para garantir sua efetivação.

Palavras-chave: Relações de Poder, Estratégia de Saúde da Família, Lideranças Comunitárias, Participação Popular.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2006, surgiu para dar embasamento aos direitos e deveres ofertados na Atenção Básica (AB) em território nacional. No seu Art. 2º, a PNAB é caracterizada pelas ações de promoção e prevenção da saúde individual, familiar e coletiva, sendo ofertadas por meio de diagnóstico, tratamento,

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – *Campus* Pesqueira. E-mail: nad.maria@hotmail.com;

² Graduando pelo Curso de Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – *Campus* Pesqueira. E-mail: jefferson-nunes11@hotmail.com;

³ Enfermeira, Mestre em Hebiatria. Professor Ensino Básico, Técnico, Tecnológico do Instituto Federal de Ciências e Tecnologia de Pernambuco – *Campus* Pesqueira. E-mail: cfabianegg@hotmail.com;

reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde prestada pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Não obstante, a AB constitui um nível primário de atenção à saúde por ter como principal característica, os serviços de atendimento de baixa complexidade, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que estabelece cuidados de promoção e prevenção à saúde de crianças, adolescentes, adultos (homens e mulheres) e idosos. Dessa forma, o vínculo existente entre os profissionais de AB e comunidade é um dos principais pilares para seu adequado funcionamento. Todavia, devido às lacunas existentes na implementação da PNAB à participação popular na AB se torna inconsistente, gerando muitas vezes, dificuldades no estabelecimento de vínculos entre a ESF e a população (ANJOS *et al.*, 2013).

A Lei nº 8.142/90 do Sistema Único de Saúde (SUS) efetivou a participação da comunidade dentro da AB como sendo um constructo essencial para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para a população de forma geral, as quais são executadas pelo poder municipal. Entretanto, a participação popular em locais institucionalizados como Conselhos Municipais de Saúde e/ou Orçamentos Participativos, dentre outros, é baixa, pois, estas instituições não fornecem ao cidadão uma maior clareza com relação aos seus objetivos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Isso acarreta em uma comunidade que não possui meios de contribuir, intervindo e participando na tomada de decisões junto com o poder executivo, orientando a execução de modelos de saúde mais eficazes no atendimento das demandas da comunidade e oferecendo um serviço mais qualificado e igualitário (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Nesse sentido, o conhecimento dos profissionais da saúde sobre as políticas existentes, que preconizam a participação da comunidade muito tem a contribuir com esse processo dentro da AB. Sobretudo, quando essa participação visa estabelecer o vínculo entre a ESF e a comunidade, seja diretamente com as pessoas ou por meio de alguma instituição que represente a comunidade, como é o caso da Associação de Moradores e/ou Lideranças comunitárias (LC) (SILVA *et al.*, 2010).

A união desses segmentos possui potencial para contribuir no desenvolvimento de estratégias únicas, que concretizam o controle social e o desenvolvimento de organizações de bairro. Além de incentivar e motivar a participação popular na implementação e na eficácia das políticas públicas de saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Não obstante, a junção das ações da ESF com a Associação de Moradores, tem o necessário para inspirar confiança na comunidade de que suas necessidades serão plenamente escutadas, o que gera um maior envolvimento e motivação dos moradores para contribuir e almejar resultados voltados para a melhoria da qualidade de vida (HERKENHOFF, 1995 *apud* BODART; OLIVEIRA, 2015).

Todavia, a complexidade e amplitude do processo de formação de vínculo dos profissionais das ESF com a comunidade e/ou Associação de Moradores, exige de ambas as partes, sincronismo, confiança e empoderamento político para melhorar a qualidade da saúde e vida desses indivíduos (BRASIL, 1990). E devido a isso, o objetivo dessa pesquisa foi analisar o conhecimento político que os profissionais de saúde da ESF têm acerca da participação popular dentro dos serviços de saúde, bem como enxergam/interpretam o que é a participação igualitária e equitativa da comunidade na tomada de decisões referentes à saúde da comunidade.

Desta forma, para se alcançar esse objetivo a presente pesquisa adotou uma metodologia de caráter descritivo-explicativa e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa, que envolveu como objeto de investigação os enfermeiros das ESF's do município de Pesqueira/PE. Como procedimento, elaboraram-se questionários semiestruturados compostos de 39 questões, as quais abrangiam dois aspectos centrais: perfil sociodemográfico e conhecimento das políticas norteadoras sobre o seu processo de trabalho na AB e políticas de incentivo a participação popular nos serviços de saúde prestando contribuições nas ações de melhoria da saúde.

Salienta-se ainda, que a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa sob o número de protocolo 14213619.5.0000.5189. Quanto às formas de tabulação e análise dos dados, foram escolhidos dois métodos que convergem com as características quantitativas e qualitativas. Dessa forma, os dados quantitativos foram tabulados e analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), enquanto que os dados qualitativos foram por meio da Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2011).

Destarte, com os resultados encontrados foi possível mensurar o nível de consciência crítico-reflexiva dos enfermeiros (as) sobre os direitos sociais que visam à participação popular no processo de melhoria da qualidade da saúde. E, além disso, tal pesquisa sucinta novas discussões, descobertas e desafios sobre a multidimensionalidade existente no processo de abrir espaços para a comunidade poder atuar como protagonista nas tomadas de decisão

que envolva sua própria saúde, o que permite o planejamento de novas intervenções baseadas em evidências futuramente.

METODOLOGIA

O local do estudo fica no município de Pesqueira/PE, que possui, de acordo com o levantamento do DATASUS em 2015, 66.159 habitantes, distante a 215 km da Capital Pernambucana. Situando-se na Microrregião do Vale do Ipojuca e Mesorregião do Agreste Pernambucano (IBGE, 2011). Além disso, dados obtidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) apontam que o município possui 51 estabelecimentos de saúde para atender a população (BRASIL, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida com 07 profissionais da ESF's do município. E ocorreu em duas etapas. A primeira foi voltada para a realização de entrevistas que objetivam realizar um diagnóstico situacional, e estão sendo executado com o auxílio de um questionário semiestruturado elaborado pelos próprios autores, composto de 39 questões. Das quais, 10 objetivam caracterizar o perfil sociodemográfico (gênero, tempo de formação, tempo de atuação no serviço de AB, vínculo empregatício, dentre outras) dos enfermeiros das ESF's, e 29 questões que buscam averiguar o conhecimento desses profissionais, sobre as políticas norteadoras do seu processo de trabalho na AB e políticas de incentivo a participação popular nos serviços de saúde. Cada profissional entrevistado foi identificado com a letra P e numerado de 1 a 7 (P1, P2, P3 etc.)..

A coleta de dados ocorreu nas ESF's que cada profissional participante gerenciava e deu-se inicio logo após a submissão da pesquisa ao CEP, sob número de protocolo de submissão: 14213619.5.0000.5189. Dessa maneira, a presente pesquisa encontra-se em consonância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12. A coleta era agendada previamente com cada participante e durante sua execução era feita a explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

Ademais, salienta-se ainda, que a participação dos atores envolvidos está sendo feita de acordo com os princípios éticos e legais, de respeito à sua vontade, com participação livre e espontânea, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a resolução acima descrita.

A segunda etapa converge com a consolidação e análise dos dados. E para tanto, estão sendo adotados dois métodos de tabulação e análise. O primeiro é voltado para os dados quantitativos, nos quais são tabulados e analisados por meio *software* SPSS, onde são calculadas as frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão, concretizando nos resultados apresentados em forma de tabelas e gráficos. Já o segundo método, é voltado para os dados qualitativos, os quais estão sendo analisados por meio da Análise de Conteúdo (AC) envolvendo as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados proposta por Bandin (2011).

DESENVOLVIMENTO

Em 1990 surgiu o SUS, como consequência da reforma sanitária e da luta de vários movimentos populares, com o objetivo de melhorar a qualidade na assistência de saúde; ampliar o acesso da população a serviços de qualidade; e estabelecer a saúde de forma gratuita. Para isso, o SUS estabeleceu diretrizes que norteiam sua assistência, tais como: universalidade, integralidade e equidade. E isso acabou por facilitar sua implementação como um sistema de saúde que garante o acesso aos serviços de saúde de forma ampliada para toda a população. Desta forma, a saúde foi inscrita em um sistema de seguridade social com a garantia do controle social por meio do princípio da “participação popular” e de duas instâncias formais: os conselhos e as conferências (MENEZES, 2012; CARVALHO, 2013).

Além da criação do SUS, também foi criada a Lei nº 8.142/1990, para reiterar a participação social e dar-lhe um sentido político, concedendo um caráter deliberativo aos Conselhos de Saúde. No entanto, sua prática está envolvida num processo contraditório de conquista, pois, embora a criação do SUS tenha sido estabelecida a partir de processo de luta popular, em muitas realidades locais, ainda podem-se encontrar ações de gestores limitando a autonomia dessa participação (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

A PNAB lançada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, surgiu então, com a finalidade de revisar os princípios para reorganização da AB. Além de estabelecer a participação social como um de seus fundamentos, diretriz e ação a ser desenvolvida pelos profissionais da AB, visando ampliar a autonomia dos usuários, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde em âmbito territorial, na organização e orientação dos serviços e no exercício do controle social (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

No âmbito da AB, a PNAB também instaurou o PSF criado em 1994, que passou a ser chamado de ESF em 2011, colocando a família como foco principal da cobertura da AB, pois assim, seria possível observar com maior potencial, a inserção dos princípios, diretrizes e fundamentos já estabelecidos na AB. Além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Sendo assim, é preconizado que a ESF deve ser composta por uma equipe multiprofissional que atue dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), assegurando a ampliação dos serviços de saúde para a família, tanto de um modo geral quanto para cada indivíduo que a compõe (BRASIL, 2018).

Ademais, o profissional da ESF possui a responsabilidade longitudinal de manter relação constante com os usuários ao longo da vida, e isso deve ocorrer independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se o cuidado integral. No entanto, mesmo a família sendo foco central de seus cuidados, este fator não garante que estes profissionais dialoguem de maneira clara, para que se alcance a integralidade do cuidado de cada indivíduo. Em se tratando da participação popular, existem lacunas na implementação de algumas diretrizes da PNAB que ocasionam falhas na comunicação das ESF's, Conselhos Municipais de Saúde e comunidade, principalmente no que se refere a tomadas de decisões e programas de saúde que atendem toda a população (BARATIEN; MARCON, 2011).

Para Anjos *et al.* (2013, p. 772), em um de seus estudos realizados nos PSF's da cidade de Pesqueira-PE entre os meses de maio a junho de 2019, fica evidente que o usuário é um protagonista ausente do “seu próprio viver, e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe”. E isso se deve, principalmente pelo profissional da ESF não propiciar espaço para a população contribuir com a tomada de decisões sobre as ações de saúde que envolva a realidade da comunidade.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que a participação popular é a principal fonte de luta para melhoria da AB, a baixa adesão da própria população também se torna um fator preocupante, pois são os cidadãos que influenciam na execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde. O que torna, portanto, a presença das Associações de Moradores e/ou LC um importante ponto de ignição para o desenvolvimento de condições e estímulos para a participação dos usuários nos processos educativos e de planejamento de ações de saúde (ANJOS *et al.*, 2013).

Dentro desta perspectiva, tanto o conhecimento dos profissionais acerca das políticas públicas existentes que direcionam seus processos de trabalho e que defendem a participação

da população dentro do serviço de saúde, quanto o desejo das pessoas da comunidade em contribuir com as decisões referentes à saúde da comunidade, tornam-se peças importantes para a implementação e efetivação dessas políticas. Além de auxiliar nas ações da equipe multiprofissional de saúde, melhorando a consciência crítica-reflexiva da comunidade, permitindo, desse modo, melhorar a qualidade da promoção da saúde (SILVA *et al*, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são provenientes da realização de sete entrevistas que aconteceram no período de Maio a Junho de 2019. As sete entrevistas representam 53,8% da pesquisa concluída. Contudo, seus resultados já expressam potencial positivo para a problemática evidenciada neste estudo. Ademais, salienta-se que será atribuído aos participantes um código que irá do número arábico 01 até 07, que estarão presentes, nas respostas qualitativas.

No que concerne à caracterização do perfil sócio-demográfico dos participantes, a predominância foram de pessoas do gênero feminino com 06 (85,7%) e de cor/étnia autodeclarada parda representando 04 (57,1%) participantes. A média de anos em que os participantes se formaram na área de enfermagem foi há dezoito anos. Quanto a formações complementares a AB 04 (57,1%) possuíam alguma titulação compatível. Já com relação ao tempo de atuação dos participantes no serviço de AB do município a média foi de treze anos e quanto ao vínculo empregatício apenas 01 (14,3%) possui atuação mediante concurso público, enquanto que os 06 (85,7%) restantes possuem contrato.

Dos sete entrevistados, 100% não tinha conhecimento de quem eram as LC da localidade em que a ESF estava inserida. O que caracteriza uma potencial desarticulação da ESF com as conquistas sociais estabelecidas em políticas públicas como a Constituição Federal (CF) de 1988, que após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, adotou diretrizes que embasaram o SUS; da PNAB; e da Lei 8.142. Para Lima e Galimberti (2016), a participação possui uma elevada capacidade de transformação da realidade local, todavia, a existência de diversos entraves incapacita/dificulta o alcance de tais mudanças, e dentre eles, o desconhecimento dos profissionais sobre as pessoas da própria comunidade que administra é um deles.

Todavia, quando perguntados sobre o entendimento dos profissionais sobre o que era a LC e sua importância para a comunidade, os profissionais 01, 03, 05, 06 e 07, responderam de

forma similar, todavia a resposta mais completa foi a do Profissional 06, na qual ele afirma que:

“O líder comunitário, ele é a pessoa que tem aquele vínculo mais próximo da comunidade. Então ele é uma pessoa de referência para os demais, onde ele trata de questões problemáticas no bairro, podendo ser resolvidas com a liderança dele. Colocando sua disposição para a comunidade e usando suas habilidades pra determinadas situações” (P6).

Quanto aos P2 e P4, não souberam responder de forma objetiva. Porém o P2 apontou em sua resposta algo diferenciado da visão do que seria um líder comunitário, mas que no fim aproxima-se das ações que um líder comunitário realiza, na qual ele enfatiza que:

“O nosso ACS é um líder, porque ele vem até a mim e fala “Tal família está precisando de algo...”. Então assim... O que a gente puder conseguir e ajudar a gente ajuda. Então eu considero a gente também como uma liderança querendo ou não” (P2).

Apesar das respostas dos P6 e P2 tratarem-se de pessoas diferentes, ambas converge em um único sentido. Para Gomes *et al.* (2009), a ESF exerce atividades que estreitam os laços dos membros da ESF com a comunidade, e dentre esses membros, de fato o ACS, desempenha um papel similar ao que um líder comunitário desempenha, pois ambos objetivam a aproximação com as famílias e grupos da comunidade, buscando o estabelecimento de um vínculo de confiança para assim gerar um espaço rico para propiciar mudanças e elevação da qualidade de vida das pessoas do bairro.

Essas duas questões apotam que apesar dos entrevistados não conhecerem os LC da sua localidade, eles compreendem, em níveis variados, qual o papel que desempenham e qual sua importância para a comunidade. Porém, no que concerne ao exercício da participação dos líderes dentro da ESF contribuindo nas tomadas de decisões referente a saúde da comunidade ainda se encontra atribuída à ideia de que a contribuição da comunidade deve ser realizada apenas na realização das Conferências Municipais de Saúde, algo que acontece de quatro em quatro anos (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

Isso fica evidente nas falas dos profissionais quando enfatizam que:

“A gente tem, mas de 4 em 4 anos que é quando a gente faz o fórum, aí convidamos a comunidade pra participar, pra dizer o que precisa ser melhorado. E nessas perguntas e respostas que eles colocam, a gente encaminha pra secretaria de saúde” (P2).

“Quando a comunidade participa é no plano municipal de saúde. Primeiro convida a comunidade geral, depois determinamos alguns membros da comunidade, uns 5 membros e isso acontece a cada 4 anos” (P4).

“Não. A gente não trabalha diretamente, dessa forma, só quando a gente faz aquele evento da cidade, que envolve Conselho de Saúde, que é as Conferências Municipais de Saúde, que aí a gente convida a comunidade. A gente repassa, reforça a importância, mas aqui na UBS, não” (P7).

Algo a ser abordado é que apesar dos entrevistados terem citado em suas frases as conferências e conselhos de saúde, que estão previstos na Lei 8.142/90, quando perguntados sobre as políticas públicas que tinham conhecimento que objetivassem o incentivo a participação popular nas tomadas de decisão referentes à saúde, apenas o P7 respondeu sobre a existência de tais ações, como visto abaixo:

“Sim, na Conferência Municipal de Saúde mesmo. E minha opinião a respeito é que é muito importante, porque é o momento, de fato, de reivindicar as melhorias, de falar sobre o seu bairro e sua necessidade, e posteriormente poder cobrar. Porque se a comunidade não procurar saber o que está acontecendo, onde o dinheiro está sendo investido e participar da construção das políticas públicas municipais, não tem como cobrar depois, se não tem essa participação” (P7).

O desconhecimento por parte de alguns profissionais também ficou evidente quando perguntados sobre como a participação da comunidade apontada como uma diretriz na PNAB pode contribuir no controle social. No que responderam de maneira hesitante que:

“Com certeza, porque a gente tem como fazer esse controle, e dessa forma de trazer e nos auxiliar. Vai propiciar, como os demais programas... As coisas que vem pra ajudar” (P7).

“Eu acho que a partir da gente, porque se for só sociedade, a partir do entendimento que eles têm por controle social... É que na maioria das vezes as pessoas não sabem o que é isso, então eu vejo isso aí como um planejamento familiar. Se for como planejamento familiar à gente tem o controle social” (P2).

De acordo com o que foi visto nas respostas dos profissionais, o conhecimento das questões históricas e políticas que cercam a participação da comunidade ainda se encontram abstratas. Em parte, a justificativa para esse desconhecimento seja em decorrência da sobrecarga de trabalho a que são atribuídos. De acordo com Duarte (2013), o processo de trabalho nos espaços de saúde coletiva é marcado pelo cumprimento de metas, planilhas e protocolos, além dos atendimentos diários que surgem de maneira espontânea.

Gerando um espaço de desgaste físico e psicológico, ao invés de propiciar aperfeiçoamentos, impossibilitando que o profissional tenha liberdade suficiente para investir na sua educação continuada, com outros assuntos que não envolvam os procedimentos técnicos e burocráticos que deve realizar no seu processo de trabalho (DUARTE, 2013).

Ademais, também se evidencia que o conhecimento desses profissionais sobre a participação da comunidade e controle social, não se encontra plenamente concretizada, sendo isso algo que contrapõe a própria criação e desenvolvimento do SUS e seus demais segmentos, visto que sua existência se deu, justamente, por meio da construção sócio-histórica da articulação da sociedade civil em grupos sociais. Os quais buscaram mediante a vivência de suas dificuldades/necessidades de saúde, transformar sua realidade local (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos fatos apresentados podemos concluir que, mesmo existindo uma política para assegurar a participação popular no âmbito da saúde, esse público não é inserido nesse setor por falta de conhecimento dos próprios profissionais de saúde. Portanto a criação de vínculos e tomada de decisão por parte da comunidade em prol de seus direitos no âmbito da saúde, ainda são bastante falhos.

Todavia, torna-se evidente os desafios encontrados para uma melhor efetivação das políticas voltadas para melhoria da saúde das comunidades, pois tanto os profissionais de saúde deveriam possuir um conhecimento maior acerca dessas políticas e repassar para a população, quanto à própria comunidade deveria melhorar na sua autonomia, buscando

participar ativamente das tomadas de decisão que envolva sua realidade social, comunitária e de saúde.

REFERÊNCIAS

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**. Mato Grosso. v. 04, n. 3, p. 769-785, 2013. Disponível em:
<<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/14150/10078>>.

BARATIEN, T; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, out-dez; v.15, n.4 802-810, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a20v15n4.pdf>>.

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

BODART, C. N.; OLIVEIRA, E. L. A atuação e o papel do líder comunitário e do delegado no orçamento participativo: a experiência de Vila Velha/ES. **Revista Alabastro**. São Paulo. v. 2, n.6, p. 23-44. 2015. Disponível em:
<<http://revistaalabastro.fespsp.org.br/index.php/alabastro/article/view/111>>.

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

_____. **Ministério da Saúde**. Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Portaria nº 121, de 11 de fevereiro de 2015. Disponível em:
<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/portaria_no_121-completo.pdf>.

_____. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

_____. **Ministério da Saúde**. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Indicadores Demográficos e Socioeconômicos: População Residente. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>.

_____. **Ministério da Saúde**. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em:
<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>>.

_____. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo. v. 27, n.78, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>.

DUARTE, Valéria Regina Campos. A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família. 2013. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete – MG. 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4163.pdf>>.

GOMES, K. O., *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.4, p. 744-755. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400017&script=sci_abstract&lng=pt>.

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. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2016.v26n1/157-175/pt>>.

MENEZES, J. S. B; SOUZA, M. I. Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA M.L; ALMEIDA, E.S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/14.pdf>>

SILVA, A. E. R., *et al.* Percepção de líderes de uma comunidade de Porto Alegre/RS em relação ao Programa Saúde da Família. **Stomatós**. Rio Grande do Sul. v 16, n 30, Jan/Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/850/85015681006/index.html>>.