

MARIA DE FÁTIMA ARAÚJO DE OLIVEIRA

OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO E A GESTÃO DO
TERRITÓRIO: UM OLHAR SOBRE O DS III

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

O48m Oliveira, Maria de Fátima Araújo de.
Os mecanismos de participação da população e a gestão do território: um olhar sobre o DS III. / Maria de Fátima Araújo de Oliveira. — Recife: M. F. A. de Oliveira, 2010.

44 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Sistemas Locais de Saúde. 2. Mecanismos de Participação Social 3. Mudança Social. 4. Controle Social. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614

MARIA DE FÁTIMA ARAÚJO DE OLIVEIRA

OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO E A GESTÃO DO
TERRITÓRIO: UM OLHAR SOBRE O DS III

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 07/12/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Msc. Petra Oliveira Duarte
Secretaria de Saúde do Recife

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, pela vida que é o início de tudo.

Ao meu marido Veronildo, companheiro de todas as horas, pela colaboração durante a elaboração do trabalho e pela sua dedicação e incentivo nos momentos de desânimo.

Ao meu velho e querido pai e familiares, pelo carinho, incentivo e compreensão das ausências.

Aos meus amados filhos, por entenderem minhas ausências e me trazerem sempre a juventude da alma.

A Secretaria de Saúde do Recife pela oportunidade em nos proporcionar enquanto gestor, a ampliação do conhecimento do qual devemos retornar com nossa prática para o fortalecimento do SUS.

Ao corpo docente do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, que na troca em sala de aula, nos proporcionou o aprendizado fundamental para nos tornarmos gestores mais aptos, conscientes e defensores do Sistema Público de Saúde em nosso país.

A Paulette Cavalcanti nossa professora e orientadora, por seu apoio e contribuição no estímulo às reflexões e paciência em aguardar nosso amadurecimento acadêmico.

A Geórgia Albuquerque, nossa Diretora no DS III, que com seu estímulo e contribuição no processo de discussão, nos ajudou na realização desse trabalho.

As colegas de curso e companheiras de Distrito Sanitário, Ana Paula Vilar e Adriana Carneiro, pela amizade, companheirismo e apoio constante.

A Renata, pela paciência e contribuição na revisão do texto.

A Nancy Jansen e ao Sr. Semente, pela forma singular como conviveram conosco durante o curso e pela dedicação à turma Gestão Recife 2 de 2010.

A todas as pessoas amigas, que direta e indiretamente contribuíram e compartilharam desse momento, torcendo pela conclusão de mais uma etapa de minha vida, meu muito obrigado.

A todas as pessoas da gestão que colaboraram na aquisição dos dados.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.” Paulo Freire.

OLIVEIRA, Maria de Fátima Araújo. Os mecanismos de participação da população e a gestão do território: Um olhar sobre o DS III. 2010. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O presente estudo partiu inicialmente da necessidade de refletir sobre o processo de redivisão territorial do Distrito Sanitário III (DS III), da Secretaria de Saúde do Recife-Pernambuco, onde as 3 microrregiões da Região Político Administrativa 3 foram divididas para efeito gerencial em 5 territórios de saúde (TS), no momento em que a gestão municipal está implantando seu atual modelo de atenção à saúde, nominado "*Recife em Defesa da Vida*". Tal modelo tem como objetivo qualificar a rede produtora de saúde, cabendo aos sistemas locais de saúde – os distritos sanitários, viabilizar a sua implementação. O DS III constitui-se em um território heterogêneo de grandes contrastes socioambientais com a maior extensão territorial da cidade, que corresponde a 37% da área do Recife e a população que corresponde a 23%. Partindo desta realidade e para favorecer a intervenção da gerência do território de saúde, o DS III passou a refletir e a implantar esta nova divisão territorial na busca por uma maior aproximação da realidade e um maior rebatimento na lógica de fazer saúde. Portanto, o estudo descreve e analisa os mecanismos de participação social no SUS, o controle social na saúde, as mudanças sociais e as formas que a população dispõe para intervir na política municipal e acessar os serviços. Foi utilizado o método de estudo descritivo exploratório e os conteúdos obtidos a partir de documentos e dados secundários de várias fontes. Buscaram-se, também, informações em registros de vários setores da secretaria de saúde do Recife, em outros órgãos municipais e na literatura especializada. A partir dos resultados obtidos, quando comparados por microrregiões ou TS, confirmaram-se as diferenças na representatividade da população, na sua mobilização e nas condições socioeconômica e cultural, que as caracterizam.

Palavras chaves: Sistemas Locais de Saúde. Mecanismos de Participação Social. Mudança Social, Controle Social.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 MARCO TEÓRICO	12
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS	21
4.1 Desenho do estudo.....	21
4.2 Área de estudo.....	21
4.3 Coleta e fonte de dados.....	22
4.4 Tratamento e análise dos dados.....	23
4.5 Considerações éticas.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 Controle Social do SUS no DS III.....	24
5.2 Conselhos de Unidades de Saúde.....	26
5.3 Conferências Municipais de Saúde.....	28
5.4 Orçamento Participativo (OP).....	30
5.5 Formas utilizadas pela população para acionar:intervir sobre os serviços de saúde noTerritório do DS III.....	36
5.6 Ouvidoria DS III e Programa de Saúde Ambiental (PSA).....	37
5.7 Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife – DS III.....	38
6 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O SUS Recife, após oito anos estruturando-se com incremento e expansão da sua rede básica de atenção à saúde, vem, a partir da gestão iniciada em 2009, sugerir a redefinição do modelo assistencial em saúde nominado “*Recife em Defesa da Vida*”. A proposta visa redefinir o modelo de atenção e de gestão em saúde com a definição de diretrizes e de dispositivos pelos quais as mudanças são promovidas no cotidiano dos serviços de saúde.

Com objetivo de qualificar a rede produtora de saúde do município, baseados em princípios norteadores, como o acolhimento com classificação de risco, a clínica ampliada e a co-gestão, a proposta evidencia a atenção básica como reguladora do Sistema de Saúde.

Cabe às instâncias locais, compostas pelos distritos sanitários, viabilizar a sua implantação, através de alguns instrumentos como: apoiadores institucionais (AI) e equipes matriciais, como exemplos do NASF e NAPI, respectivamente Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas, e profissionais especialistas, cujos serviços devem ser organizados de forma que sejam voltados para inclusão.

Durante o curso introdutório para as equipes da estratégia saúde da família, realizado em 2009, iniciaram-se as discussões relativas ao novo modelo de atenção à saúde, na perspectiva de requalificar as relações no processo de trabalho, de melhorar a demanda, de distribuir melhor os recursos disponíveis e de dirimir conflitos junto aos usuários.

A proposta encontra-se contextualizada no SUS, considerando desde o processo de ampliação do conceito de saúde até às novas formas de efetivá-lo, enquanto política pública de Estado implantada ao longo do tempo.

Inúmeros são os conceitos e significados que trazem a saúde ao contexto dinâmico e complexo que é a vida e os diversos modos de viver.

Entender a saúde numa visão mais contemporânea que considere os determinantes sociais, as condições de vida das populações e as relações que se estabelecem entre os diversos atores, requer o entendimento da diversidade e da complexidade das realidades no território de atuação com suas características sociais, econômicas, políticas e culturais.

A necessidade de construir um plano de gestão do território surgiu na Secretaria de Saúde do Recife, a partir da discussão de uma proposta de construção do cargo de gerente de território. Nos Distritos Sanitários, a proposta visava favorecer a construção de políticas intersetoriais a serem desenvolvidas numa lógica territorial, procurando refletir e intervir sobre os problemas e ações de saúde nos seus próprios espaços geográficos.

A implantação das gerências de território tem por objetivo garantir maior aproximação entre a rede de serviços de saúde e os usuários e trabalhadores, na lógica de fazer junto às equipes, construindo redes de apoio.

Essa forma de organização veio, ao longo dos anos, sinalizar para a necessidade de uma readequação que busque atender à realidade da expansão da rede, do aumento da demanda de serviços e do número de profissionais envolvidos.

A Secretaria de Saúde do município de Recife encontra-se organizada em 06 Distritos Sanitários – que correspondem às Regiões Político-Administrativas - RPA.

Recortando o Distrito Sanitário III (DS III) observa-se que se encontra localizado na Região Político Administrativa III – (RPA 3) e seu território é distribuído em três microrregiões: Micro Região 3.1, (MR 3.1); Micro Região 3.2, (MR 3.2); Micro Região 3.3. (MR 3.3).

O DS III caracteriza-se por ser uma região de grandes contrastes sócio-ambientais onde convivem em um mesmo território, áreas de concentração de pobreza e de alta renda. Constitui-se, portanto, um território heterogêneo, em que convivem grandes desigualdades, vulnerabilidades na forma como a população vive e se organiza.

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (Recife, 2005), o DS III contém em suas microrregiões o 1º melhor IDH de Recife (MR 3.1), convivendo com o 15º (MR 3.2) e com o 17º (MR 3.3), do total de 18 microrregiões existentes, demonstrando assim, a diversidade de realidades coexistentes no mesmo território.

Em sua paisagem urbana, visualizam-se áreas planas e de morros, sujeitas a desabamentos em decorrência da ação antrópica, além de espaços públicos de lazer concentrados nos bairros de maior poder aquisitivo. Apresenta baixa cobertura de saneamento e baixos índices de escolaridade, com áreas mais vulneráveis à violência, forte presença de tráfico e consumo de álcool e outras drogas, além da violência doméstica.

Em contraste a esta realidade, percebe-se também, que é o distrito com a melhor esperança de vida ao nascer, com bairros de maior renda per capita e de melhor qualidade de vida de Recife como: Graças, Derby, Espinheiro e Aflitos, todos concentrados na microrregião 3.1

A história de organização política e cultural do DS III é repleta de grandes lutas e conquistas, advindas de movimentos sociais organizados e da presença de grupos expressivos da cultura regional.

Diante do contexto em que está inserido o DS III, tornou-se fundamental para o enfrentamento das condições adversas que acometem a população, a adoção de estratégias específicas da saúde na intenção de minimizar os problemas decorrentes das desigualdades existentes neste território.

Para isso, foram criadas as Gerências de Território (GT) – setores institucionais que, desde 2005, fazem parte do organograma da Secretaria de Saúde do Recife e atuam no fortalecimento da territorialização no âmbito dos Distritos Sanitários. Estas divisões foram instituídas e distribuídas inicialmente por microrregiões, acompanhando, assim, a lógica instituída pela Prefeitura do Recife quanto à distribuição espacial da cidade em RPA, visando a descentralização das ações de vigilância à saúde e a busca de uma maior integração da assistência com a vigilância.

Assim, ao longo dos anos, as GT's vêm assumindo a responsabilidade sanitária em seus territórios de atuação e, a partir da sua implantação, passaram a viver o cotidiano do gerenciamento de um território com níveis de autonomia e poder de pequena resolubilidade.

A partir do diagnóstico iniciado na 9ª Conferência de Saúde, em 2009, a revisão do território no âmbito do DS III mostrou-se imprescindível, vez que a forma organizacional e gerencial existente não vinha atendendo satisfatoriamente às exigências demandadas, tendo em vista as características inerentes da RPA 3.

A peculiaridade do DS III, com sua grande extensão territorial, o número de bairros e de população, a complexidade dos problemas sociais que determinam e condicionam as formas de adoecimento das pessoas, são fatores que foram levados em consideração na escolha dos critérios para redivisão.

Assim, no âmbito distrital, alguns critérios norteadores para a redivisão das três microrregiões foram identificados e tomados como base: 1- Território; 2- Acessibilidade, 3- Análise de Situação de Saúde; 4- organização em Redes dos

Serviços de Saúde 5- Distribuição de Habitantes por bairro, sendo denominadas as novas áreas como Território de Saúde (TS).

Essa nova proposta de caráter gerencial visa tornar-se, cada vez mais, um instrumento facilitador do processo de organização da rede de saúde no DS III e de implantação do novo modelo de atenção e gestão, levando-se em conta, também, que a política de atenção básica do município defende a efetivação de um novo ordenamento da lógica de gerenciamento e execução dos serviços de saúde em rede. Logo, entende-se que a discussão e implantação de um novo modelo gerencial no DS III vem trazer reatamento na própria lógica do fazer saúde e nas relações da rede instalada, na busca de em uma maior aproximação da realidade socioeconômica e sanitária no próprio território.

Refletir sobre o próprio território de atuação é algo que esse estudo pode contribuir neste momento em que pactos e contratos precisam ser feitos para preservação do SUS. Além disso, coincide com o investimento que a gestão municipal vem realizando na formulação de uma política humanizadora e de enfrentamento às iniquidades, e procura subsidiar a prática gerencial de território no Distrito Sanitário III, de forma a entender melhor como se apresenta a relação da população com os canais institucionais de participação, com o controle social e as formas que a mesma dispõe de acessar a rede de saúde.

Importante também se faz ampliar essa discussão para junto da população, a quem os serviços de saúde são destinados, para que possam participar nas decisões das ações de saúde no território e de fato vivenciar a co-gestão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os mecanismos de participação da população do Distrito Sanitário III da Secretaria de Saúde do Recife.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o processo de evolução da participação social no SUS, em específico, no DS III
- b) Identificar os principais canais de participação social existentes no DS III.
- c) Verificar as formas utilizadas pela população para acessar e intervir sobre os serviços de saúde no território.

3 MARCO TEÓRICO

O Distrito Sanitário III configura-se em um espaço em que se operacionalizam as práticas de saúde, constituído por uma rede produtora de serviços, que está distribuída de forma desordenada no que tange as iniquidades sociais e as relações de poder estabelecidas.

No processo de construção das políticas de saúde, cada vez mais o território vem assumindo a condição de deflagrador de intervenções. Conhecer o território é saber como as pessoas moram, vivem, trabalham, enfim, organizam as suas vidas.

Para entender o território, diversos autores apresentam conceitos que permeiam vários campos do saber. Considerando o território como espaço geográfico, destacam-se duas correntes de pensamento que apreendem de forma distinta a questão de espaço. A primeira compreende o território de forma naturalizada, como um espaço físico que está dado, em que o ambiente no qual vivemos é alguma coisa externa à vida da sociedade. Para os defensores de tal concepção, são os critérios geofísicos e/ou geopolíticos que delimitam os espaços em que o social é mais uma variável que vai definir o território, área, região ou localidade. Dessa forma, tratando-se do setor saúde, por exemplo, a área de responsabilidade de uma equipe de saúde se refere ao número de famílias a ser considerado, a localização do equipamento de saúde, ao número de equipes por área de abrangência e à distribuição da população por faixa etária, entre outras variáveis. Esta abordagem limita-se a uma descrição estática do espaço onde se deve atuar a equipe de saúde – área adscrita. Essa concepção de saúde referenda o modelo biomédico, que considera a saúde como ausência de doença, e, ao tratar o social, o faz reduzindo-o a um conjunto de características individuais, os chamados “fatores sociais”, não assumindo o dinamismo do espaço como a construção de um processo social. (MENDES; DONATO, 2003).

Segundo os mesmos autores o território contém inúmeros lugares, sendo lugar um conceito-chave para a Geografia. Nessa porção do espaço é onde se desenvolve a trama das relações sociais de cada indivíduo e que produz a identificação com o lugar. O significado de cada lugar é dado pelo seu uso: lugar de produzir ou lugar de consumir; lugar de adoecer e lugar de curar; lugar de amar e lugar de lutar.

Autores como Mendes (1993) e Barcelos e Rojas (2004 apud GONDIM et al., 2008) preconizaram que o território se apresenta mais do que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção.

Saquet (2007) analisa as contribuições teóricas sobre território de três geógrafos brasileiros: Milton Santos, Rogério Haesbaert e o próprio autor, Marcos Aurélio Saquet. O primeiro, com uma contribuição epistemológica, materialista, em que o território passa a ser formado no desenrolar da história, com a apropriação humana de um conjunto natural pré-existente; o segundo, com ênfase teórico-metodológica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais; e o terceiro, com uma análise (i) material teórico-metodológica, destacando a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais.

O espaço como construção social, preconizado por Milton Santos, tem em seus elementos constitutivos os homens; o meio ecológico - base física do trabalho humano; as infraestruturas – materialização do trabalho humano em formas; as firmas – responsáveis pelas produções de bens, serviços, idéias; e as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações. Considera, ainda, que a construção do espaço geográfico é, na contingência histórica do processo de reprodução social, geradora da necessidade de organização econômica e social de um determinado ordenamento espacial. Nessa perspectiva, o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural. (MONKEN et al., 2008; SANTOS, 1986).

Outra abordagem tem sido utilizada por Barcellos et al. (2002) que considera o território como sendo o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Na última década observou-se a retomada do interesse pelo espaço geográfico na área de saúde, tanto na categoria de análise da distribuição espacial de agravos à saúde quanto para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde (BARCELLOS, 2008).

Para Gondin et al. (2008), o espaço-território vai muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o local onde se verificam interações de uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares.

Sendo assim, a resolução dos problemas e das necessidades, devem ser visualizados e compreendidos espacialmente por profissionais, gestores e usuários das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Nessa visão, esses espaços são concebidos como algo concreto, sínteses de múltiplas determinações, campos privilegiados de ação que podem permitir a implementação de iniciativas inovadoras, com a inclusão de diversos sujeitos locais no estabelecimento de políticas. É necessário que os sujeitos se apoderem do território, o que implica um processo de identificação com os diferentes lugares e as particularidades históricas e políticas desses lugares, possibilitando, assim, uma participação mais efetiva. É, portanto, o espaço de aprendizado e conquista de cidadania.

Pode-se nesse momento reforçar o entendimento do conceito de território trazendo a idéia de que ele se constitui como “ator” e não apenas como um “palco”. Significa entendê-lo em seu papel ativo, ou seja, como um espaço que dinamiza as relações, que integra culturalmente e que se converte em um lugar de respostas possíveis aos propósitos sociais, econômicos, políticos e culturais de nossa época (MENDES; DONATO, 2003).

Para Faria e Bortolozzi (2009), duas questões se colocam fundamentais para a prática de gestão territorial em saúde. A primeira é entender o significado atribuído à categoria território, uma vez que essa definição ajudará a identificar os parâmetros das áreas para a implantação/implementação de ações práticas em saúde. Já a segunda, é perceber quando e quais as práticas de saúde podem ser compreendidas em uma análise territorial.

Nos diversos campos do saber, o conceito de território esteve quase sempre ligado às relações de poder, que se estabelecem entre grupos sociais e destes com a natureza. Desta forma, percebe-se que este conceito dá-se pelo empoderamento de uma determinada área ou por um determinado grupo social.

O SUS utiliza para operacionalizar as suas ações, uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outras. São áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios dotados de poder. Neste contexto, a municipalização dos serviços de saúde passa a ser uma diretriz operacional para o

novo sistema de saúde, e traz em seu bojo a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde que sejam capazes de responder com resolubilidade aos princípios da equidade e integralidade de ações de saúde em cada área delimitada (GONDIM et al.,2008)

Na avaliação de Campos (2007), após 20 anos da implantação do SUS, constata-se tanto sintomas de crescimento quanto de degradação. O autor aponta problemas objetivos no financiamento e gestão do sistema, na qualidade e eficiência dos serviços prestados, mas identifica o principal sinal de crise no desencantamento com o SUS, um descrédito na capacidade de transformar em realidade a política racional e generosa projetada. Sinaliza ainda, que a defesa e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda entende que as políticas públicas podem ser um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

Como relata Paim (2003), as condições políticas, sociais, econômicas, culturais e até geográfico-ambientais para desenvolver o processo de municipalização, foram e ainda são muito favoráveis (ou absolutamente desfavoráveis) a depender das estratégias e dos critérios para sua operacionalização.

Já Barcellos (2008), enfatiza que o município representa o nível inferior no qual é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição espacial desses serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Para operacionalizar as ações de saúde preconizadas pelo SUS, surgem os distritos sanitários, como unidades do Sistema de Saúde, demarcados com uma base territorial definida geograficamente e uma rede de serviços de saúde, que constitui uma rede articulada e hierarquizada,

Em se tratando especificamente destes Distritos Sanitários no Recife, o DS III se apresenta com uma base territorial geográfica diversificada, tanto no que se refere às características da diversidade dos espaços e ambientes (áreas urbanas planas e de morros, e áreas de mata com características que poderíamos chamar de

semi-rural), quanto aos processos sociais decorrentes das relações sociais que se estabelecem dentro dos limites político-administrativos da RPA 3.

Neste mesmo espaço delimitado, existe também uma rede social com atores sociais e suas representações, agentes públicos e privados que vivem em constante relação em si e entre si. Essas relações sociais aparecem tanto nos embates na disputa do poder quanto de forma solidária com o apoio e ajuda mútua, influenciando, assim, na situação de saúde individual ou coletiva das pessoas que convivem no mesmo território de abrangência (PAIM, 2009).

Para Martins e Fontes (2004), o conceito de rede social, mesmo ainda em fase de sistematização teórica e metodológica, configura-se em um recurso poderoso para explicar o potencial mobilizador da sociedade civil.

Diversos estudos têm evidenciado o papel das redes sociais sobre a saúde das pessoas e a importância do apoio social que as mesmas proporcionam, como dispositivo de ajuda mútua, potencializando recursos quando esta rede social é integrada e fortalecida em sua estrutura.

Resgatando o processo de redemocratização do Brasil, a década de 80 trouxe ao país conquistas sociais e políticas que apontaram para os processos de descentralização e participação da sociedade em espaços de decisão. A participação passou a significar um direito constitucional no resgate do estado democrático de direito, que buscava ser restaurado após os anos de regime ditatorial.

A inserção da população na definição das políticas públicas deu-se no âmbito político-institucional, no sentido de garantir o fortalecimento de uma gestão pública mais democrática, contrapondo-se ao modelo centralizador e autoritário do regime militar. Canais de participação e controle social, a exemplo das conferências e conselhos com composições paritárias, do Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social (PREZEIS) assim como do Orçamento Participativo (OP) surgem como espaços institucionais em que a sociedade civil, organizada ou não, passa a intervir na definição de políticas públicas voltadas, principalmente, às camadas mais desfavorecidas da sociedade.

Diversas experiências do orçamento participativo têm sido realizadas no país a exemplo de Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife no processo de buscar o exercício da democracia participativa. No entanto, cada cidade vem se apresentando

com sua metodologia própria na forma de decidir e definir sobre as prioridades dos investimentos, em obras e serviços a serem realizados nos seus territórios.

Segundo Souza (2001), alguns fatores e políticas antecederam e facilitaram a adoção de políticas como o Orçamento Participativo. Dentre eles a autora destaca as experiências anteriores semelhantes, já existentes mesmo antes do período de redemocratização no Brasil, o aumento dos recursos municipais resultantes da redemocratização associado ao fato de vários governos locais decidirem promover ajustes nas finanças públicas, e ainda o aumento da presença de partidos considerados de esquerda nos governos locais, particularmente nas grandes cidades.

Esses fatores também podem ser apontados na experiência do Recife, levando-se em consideração as experiências do Programa Prefeitura nos Bairros (PPB) e Orçamento Participativo (OP) nos anos das gestões anteriores de 1993 a 1996 (Jarbas Vasconcelos) e 1997 a 2000 (Roberto Magalhães). Uma das coisas que mais diferencia das experiências anteriores para o OP de hoje, era a forma como a população se fazia representar. No PPB, a representação dos delegados se dava através das entidades, o que veio evoluir um pouco mais quando no OP da gestão de Roberto Magalhães, a população já passava a se representar um pouco mais diretamente, sem necessariamente estarem filiados a entidades populares. No entanto, o aumento do número de participantes não significou a garantia de um maior percentual na realização dos pleitos (SILVA, 2003).

O mesmo autor descreve que foi a partir da nova administração iniciada em 2001, na gestão do então prefeito João Paulo, que o OP, após discussões com vários setores da sociedade civil, com representantes comunitários e membros das Universidades e ONGs, passou por reformulações na sua metodologia e implantação do novo modelo, inspirado no OP de Porto Alegre, ampliando a participação da população, sobretudo do cidadão comum, que não precisaria mais estar filiado a nenhum tipo de organização representativa da população.

O processo de democratização vem se fortalecendo na sociedade brasileira, com a participação da sociedade civil em instâncias de deliberações políticas. Os conselhos deliberativos de políticas públicas também se apresentam, hoje, como importantes mecanismos de democracia participativa. Na área da saúde, a participação da população é garantida por lei - Lei 8.142/90, que, através das

conferências, avaliam e propõem diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e os conselhos, com representações dos usuários, trabalhadores e gestores, que tem como objetivo, exercer o controle social.

No Recife, o controle social na saúde, de acordo com o que preconiza a Lei 8.142/90 para a esfera municipal, é exercido pelo conselho municipal, os 6 conselhos distritais de saúde e os conselhos locais.

Como bem observa Gohn (2001), a participação da sociedade civil deve ser efetiva e real, para que os canais de participação política cumpram seu papel. O autor considera que alguns pontos devem ser importantes para que, de fato, isso ocorra, a exemplo da definição das competências e atribuições dos conselhos gestores; a elaboração de instrumentos jurídicos que dêem apoio às suas deliberações; a capacitação dos conselheiros, ou seja, subsidiá-los com informações e conhecimento sobre o funcionamento das estruturas estatais para que possam intervir de forma a exercitar a cidadania ativa, não regulada, outorgada, passiva; e com igualdade de condições para participar.

O conceito de controle social tem sua origem na sociologia, com um sentido diferente do que comumente é utilizado hoje, que é o controle exercido pela sociedade sobre o Estado. Na teoria política, o controle social aparece com entendimento ambíguo, vindo a ser concebido em sentidos diferentes de acordo com as distintas concepções de Estado e de Sociedade Civil. Ou seja, tanto é utilizado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto da sociedade, ou setores da sociedade civil organizada, sobre as ações do Estado.

O conceito de controle social vem sendo utilizado nas últimas décadas por diversos autores, nas discussões relativas à participação social, como se pode observar a seguir.

Raichelis (1998) considera controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. “Conselhos de gestão setorial” são novos mecanismos que dinamizam a participação social. Insere também o debate sobre “as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas”.

Bravo (2002), coloca que o sentido do controle social inscrito na Constituição de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. Considera os Conselhos de saúde “como

inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática”.

Correia (2006) parte do conceito gramsciano que considera o campo das políticas públicas como contraditório e é neste campo das políticas sociais que nasce um novo conceito para o controle social, onde os setores organizados da sociedade civil atuam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las, para que os interesses e as demandas sociais das classes dominadas possam ser cada vez mais atendidas, implicando também o controle social sobre o fundo público.

A mesma autora considera o Conselho de Saúde, ainda na visão gramsciana, como resultado do processo de democratização da sociedade brasileira e especialmente concebido como espaço institucional de controle social sobre as ações do Estado na área da saúde. Esta sociedade civil entendida como sendo composta de interesses antagônicos de classes que a atravessam e próprios das relações sociais advindas da relação capitalista de produção.

Para Raichelis (1998), o controle social são ações da sociedade civil realizadas pelos sujeitos na via democrática, sobre as políticas públicas e medidas definidas pelo governo. São ações cotidianas, coletivas ou individuais, materializadas em formas participativas de atuar na sociedade, organizada ou não, no controle e no acompanhamento das políticas públicas desde a sua formulação até a sua implantação.

A participação da sociedade na gestão pública é um direito conquistado e assegurado pela Constituição Federal, o que permite aos cidadãos participarem na formulação das políticas públicas assim como, na fiscalização permanente da aplicação dos recursos.

É importante salientar também que o setor saúde foi pioneiro no que tange a participação social nas políticas públicas na perspectiva do “controle social”. O movimento da reforma sanitária brasileira aglutinou força política dos movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda que juntos lutaram contra a ditadura militar, resultando na constituição de 1986 e, posteriormente na Lei Orgânica da Saúde em 1988, que veio garantir direitos à saúde de forma universal, e um sistema público descentralizado e com garantia da participação social.

O controle social foi um dos eixos no debate da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, que se transformou num marco para a história da saúde pública do Estado brasileiro. As conferências e conselhos de saúde ao longo das últimas décadas se institucionalizaram como mecanismos de participação na Saúde.

Mais recentemente a Ouvidoria no SUS, cujo departamento foi criado pelo Decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003, é definida pelo Ministério da Saúde, como sendo um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além disso, atua como ferramenta de gestão, contribuindo para definição de ações que resultem em melhorias no Sistema Único de Saúde (MS, 2006).

A Ouvidoria Municipal de Saúde é definida pela Secretaria de Saúde do Recife, como um canal de comunicação entre o cidadão e o gestor, e funciona como uma ferramenta para o controle social e para a gestão. No Distrito Sanitário, assim como em outros setores da secretaria de saúde, existe a pessoa no papel do interlocutor que desempenha a função de acompanhar as demandas encaminhadas ao setor de destino, buscando a resolução do problema demandado junto aos responsáveis, além de monitorar os prazos que devem ser cumpridos. (Recife, 2009)

Foi durante a VII Conferência Municipal de Saúde do Recife em 2005, que surgiu a proposta de implantação do serviço de ouvidoria, com o objetivo de receber denúncias e sugestões, facilitar o acesso aos serviços, prestar informações ao cidadão e encaminhar soluções.

Em março de 2008, a Prefeitura do Recife lançou oficialmente este serviço público, em parceria com o Ministério da Saúde, sendo escolhida pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS como projeto piloto de descentralização do Sistema Ouvidor/SUS. Recife foi então, a primeira capital no Brasil a implantar o sistema.

Analisar o controle social e seus mecanismos em um território de saúde definido, com a compreensão de sua importância para a consolidação do SUS, aponta para uma reflexão que não pode ser esgotada neste estudo, mas que servirá de base para futuros aprofundamentos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

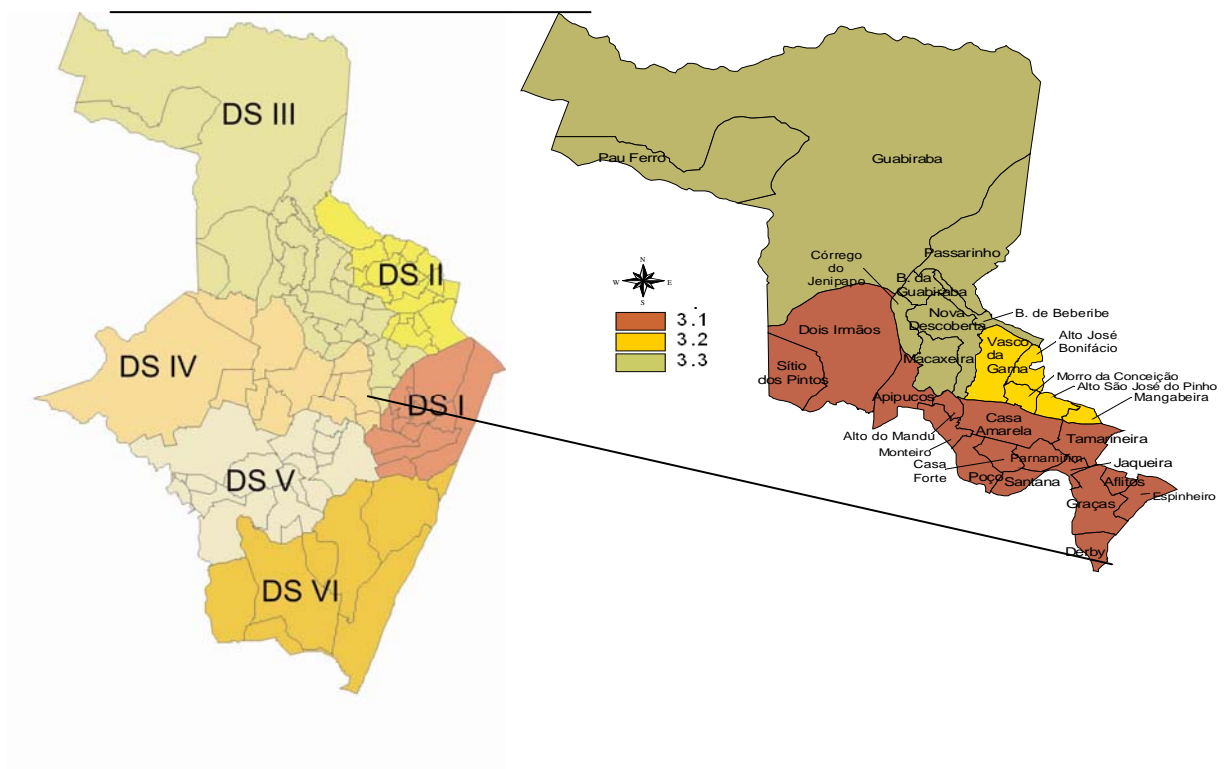
4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório a partir de documentos e dados secundários. Inicialmente o estudo fez parte de um projeto de pesquisa em comum, cuja equipe foi composta pelas alunas Ana Paula Vilar e Maria de Fátima Araújo de Oliveira, com a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Paulette Cavalcanti, onde iniciou-se uma análise conjunta sobre o mesmo tema “O processo de redivisão territorial no DS III”. O tema original surgiu da própria necessidade de repensar a prática gerencial, e associando os papéis enquanto gestoras de território e alunas do curso de gestão de sistemas e serviços de saúde, poder-se identificar a aplicabilidade dos conhecimentos, ao mesmo tempo em dar um retorno ao serviço.

No desenrolar das etapas do projeto de pesquisa, este trabalho especificou ainda mais o seu tema de estudo, ficando voltado mais para os mecanismos de participação da população e o controle social na saúde, especificamente no território do DS III.

4.2 Área do Estudo

Distrito Sanitário III - Município do Recife



O Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, segundo Decreto nº 14.452/88, para efeito de planejamento e gestão. A Cidade também é dividida, espacialmente, em seis (6) Regiões Político-administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores proximidades geográficas. Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário.

O Distrito Sanitário III pertence a RPA 3 e é composto de 29 bairros. É a mais extensa RPA da cidade, com 81.751 km², correspondendo a 37% da área do Recife, com 316.829 habitantes, sendo cerca de 23% da população do Recife. É considerada a 2ª maior região habitada, entretanto apenas 49% dessa população são cobertas pela Estratégia de Saúde da Família.

Apesar de estar atualmente o DS III trabalhando o território em uma nova configuração, na distribuição da rede de serviços e seu gerenciamento por território de saúde, oficialmente se considera as microrregiões subdividindo as RPAs, e para obtenção dos dados foram levantadas informações a partir das unidades municipais, ou seja, os bairros, tendo em vista que toda a secretaria de saúde e todas as secretarias da prefeitura ainda trabalham nessa lógica.

O estudo investigou os mecanismos de participação da população, e as formas como a mesma se utiliza para intervir e/ou acionar sobre os serviços de saúde no território do DS III no ano de 2009.

4.3 Coleta e fonte de dados

Foram analisados dados secundários provenientes de livros de registro da vigilância ambiental do DS III, da Ouvidoria Municipal de Saúde do DS 3 e Secretaria de Saúde no período de 2009, relatórios de conferências e de gestão, atas de reuniões do conselho distrital e lista de presença, e listagem dos delegados do OP obtidos na Secretaria de Planejamento e Orçamento Participativo.

Todas as informações foram primeiramente obtidas utilizando-se a lógica dos bairros e das microrregiões e, para efeito comparativo, transferidos os resultados para a lógica das 5 TS – Territórios de Saúde, subdivisão atual do DS III.

Dificuldades foram encontradas para se obter informações sobre controle social, dentre as quais se destaca a pouca sistematização das informações referentes às conferências e aos conselhos de saúde no Recife; a ausência um

acervo organizado e informatizado no conselho municipal de saúde, que venha assegurar o armazenamento de informações, que além de subsidiar práticas acadêmicas, possa garantir o registro da história do controle social da saúde, no Recife.

4.4 Tratamento e análise dos dados

Com os dados obtidos junto às ouvidorias, livros de registros da Vigilância Ambiental, atas de reuniões, documentos do OP e relatórios de gestão e conferências de saúde, foram tabulados e confeccionados quadros e tabelas no Programa Excel versão 2007, da Microsoft Office.

4.5 Considerações éticas

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) / FIOCRUZ, de acordo com a Resolução 196/96 do MS que regulamenta as atividades de pesquisas em seres humanos. De acordo com os preceitos da Resolução, os dados de identificação das pessoas foram mantidos em sigilo.

Todos os procedimentos relacionados à análise dos documentos e dos dados só foram iniciados após julgamento e aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética que emitiu parecer de Nº 36/2010, registro no CAAE 0044.0.095.000-10 e após a assinatura da Carta de Anuência por parte da Gerência do Distrito Sanitário III do Recife.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Controle social do SUS no DS III

A evolução do controle social de saúde no Recife se deu de forma processual e efetiva. Um ano após a Resolução 33/92, que recomendava a constituição dos conselhos estaduais e municipais, Recife instituiu o Conselho Municipal de Saúde do Recife através da Lei Municipal de nº 15.773, de 18 de junho de 1993, sendo esta alterada em 1995, pela Lei 16.114 de 11 de novembro de 1995. Define o Conselho como órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria de Saúde do Município.

No processo de descentralização da saúde no Recife, os Distritos Sanitários (DS) foram regulamentados através do Decreto nº 16.114/94, publicado em fevereiro de 1995. Os Distritos Sanitários III e VI, foram os primeiros a serem implantados no decorrer de 1994. No ano seguinte, foram implantados os demais Distritos II, IV, V e por último o DS I.

A Lei nº 16.114/95 trouxe alterações à lei anterior, quando veio possibilitar que, na ausência do Secretário de Saúde e do seu representante legal, as sessões plenárias do Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS) Recife - pudessem ser presididas por qualquer um dos membros. A lei trata também da paridade na participação dos trabalhadores em saúde com os prestadores públicos e privados, aumentando o efetivo do Conselho de 22 para 24 membros. Essa segunda mudança só foi concretizada quando da realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde em abril de 1996.

Em 22 de dezembro de 2006, foi sancionada a Lei Municipal Nº 17.280, que altera o Conselho Municipal de Saúde e cria os conselhos distritais e de unidades e revoga as leis supracitadas. Essa lei, no seu Art. 3º, altera as regras do funcionamento do conselho quanto à coordenação, garantindo a representatividade por membro indicado pela maioria absoluta dos membros do Conselho.

Atualmente, é pauta de discussão no pleno do CMS, a revisão desta lei e do seu regimento interno, uma vez que este segue a diretriz da lei e esta não dispõe sobre a criação de conselhos gestores no âmbito do PSF, tendo em vista que na sua composição não consta com o quadro do segmento gestor. A proposta de criação de

núcleos ou Conselhos de Unidades no PSF foi aprovada na 9ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, no entanto requer regulamentação legal para se constituir de fato e de direito.

O CMS/Recife é composto por 48 conselheiros, sendo 24 titulares e 24 suplentes, dos quais 50% são representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores da área de saúde, e 25% de representantes dos gestores e dos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados.

As reuniões do Conselho são abertas ao público, ocorrendo ordinariamente a cada mês, onde apenas os conselheiros têm direito a voto.

Os representantes do Poder Executivo Municipal são indicados pelas respectivas Secretarias Municipais, sendo os demais eleitos nas conferências municipais de saúde. Essas conferências ocorrem a cada dois anos e nelas são eleitos os conselheiros para um mandato também de dois anos.

Os Conselhos Distritais, por sua vez, foram implantados em agosto de 2003, durante a 6ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, nas seis respectivas RPA. Nessa ocasião, também foi proposta a implantação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, também chamados conselhos locais de saúde, compostos com a mesma representação paritária dos demais conselhos. Nessa época, apenas as unidades de média complexidade como as policlínicas, tiveram seus conselhos implantados enquanto as unidades de menor complexidade da atenção à saúde, só posteriormente vieram implantar seus conselhos.

Na atual gestão, o Conselho Distrital do DS III (Quadro 1) é composto de acordo com a legislação, mantendo todos seus titulares, no entanto não conta com a suplência do segmento trabalhador na MR 3.2 e no segmento entidade da MR 3.1.

Segmentos	MR	3.1		3.2		3.3		TOTAL	
		T	S	T	S	T	S	T	S
USUÁRIOS		1	1	1	1	1	1	3	3
TRABALHADORES		1	1	1	-	1	1	3	2
ENTIDADES		1	-	1	1	1	1	3	2
GESTORES								3	3
TOTAL		3	2	3	2	3	3	12	10

Quadro 1. Composição do Conselho Distrital – DS III, eleito em 2009. T = titular, S= suplente.

Conforme o quadro 1, a falta dos representantes suplentes no segmento entidade da MR 3.1 e do segmento trabalhador da 3.2, foi resultante de não terem sido apresentados e eleitos nomes para representar essas suplências, durante a eleição quando da realização da plenária distrital.

Já o quadro 2, vem demonstrar o número de participantes nas reuniões ordinárias e extraordinárias ocorridas em 2010, até o mês de agosto. Observa-se a assiduidade dos membros delegados representantes do usuário e trabalhador por microrregião, e a presença permanente de gestores e observadores. O calendário das reuniões mensais vem se mantendo conforme programação instituída em reunião ordinária do conselho distrital, com a aprovação dos membros, ou seja, todas às primeiras quartas-feiras do mês, cabendo ao secretário executivo do conselho distrital emitir e entregar convites aos membros natos e convidados, quando necessária a presença, informando a data, pauta sugerida, local e horário.

Reuniões CDS-3	Usuário e trabalhador por Microrregiões			Gestores e observadores	Total
	3.1	3.2	3.3		
1	3	1	4	3	11
2	2	4	3	3	12
3	2	3	3	5	13
4	1	1	-	12	14
5	1	1	-	10	12
6	4	2	2	4	12
7	2	2	1	11	16
Total	15	14	13	45	87

Quadro 2. Nº de participantes nas reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Distrital de Saúde do DS III.

5.2 Conselhos de Unidades de Saúde

No que se refere aos conselhos de unidades de saúde ou conselhos locais, no DS III é mantida sua composição semelhante ao do conselho municipal de saúde, sendo os segmentos trabalhador e gestor representados por funcionários e gestores eleitos da própria unidade de saúde.

Quando se trata de unidade especializada ou centro de saúde, o conselho é composto por 8 membros e, em se tratando de unidade hospitalar ou policlínica, deve ser composto por 12 membros. Atualmente, o Distrito Sanitário III conta com 15 conselhos locais de saúde (Quadro 3)

No quadro 3, aqui analisado pela lógica da microrregião, são identificados o número de conselhos locais e de conselheiros e a situação atual do funcionamento destes.

Microrregião	Unidades de Saúde	Nº Conselheiros	Situação atual
3.1 73,33 % (11 Conselhos)	Francisco Pignatari	8	Funciona
	CAPS Esperança	15	F. precariamente
	Ermírio de Moraes	16	Funciona
	Mário Ramos	11	Não funciona
	Helena Moura	13	F. precariamente
	AMEM	9	Não funciona
	CAPS Espaço Azul	13	Funciona
	Albert Sabin	15	Funciona
	Barros Lima	18	Funciona
	CPTRA	14	Funciona
	Alto do Mandu	8	Funciona
3.2 13,33% (2 Conselhos)	Clementino Fraga	14	Funciona
	Iná Rosa Borges	11	Funciona
3.3 13,33% (2 Conselhos)	Bruno Maia	14	F. precariamente
	Mário Monteiro	13	Não Funciona
Total	15	192	

Quadro 3. Distribuição dos Conselhos de Unidades de Saúde por Microrregião no DS III.

Em se tratando da quantidade, observa-se a maior concentração de conselhos locais na MR 3.1 distribuídos em 3 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 3 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS (sendo 1 AD), 1 Hospital Infantil, 2 Centros Especializados, 2 Policlínicas, dessas uma maternidade. A MR 3.1 apesar de concentrar o maior número de unidades dos tipos básica, policlínica e de média complexidade, é a microrregião onde se concentra a população menos SUS-dependente do DS III.

Observa-se na MR 3.2, dois conselhos funcionando: 1 na UBS (Iná Rosa Borges) e 1 na Policlínica (Clementino Fraga). Vale destacar que nessa microrregião a rede de saúde, com exceção das USF, só conta com essas duas unidades de saúde e em ambas os conselhos locais vêm funcionando regularmente.

Já a MR 3.3, com exceção das USF, conta na rede com 2 unidades básicas de saúde, ambas com conselhos locais implantados, no entanto, funcionando de forma precária.

No que tange ao funcionamento dos conselhos, considerou-se um conselho funcionando àquele que se mantém reunindo periodicamente; os que funcionam precariamente aqueles que se reúnem esporadicamente, e os que não funcionam aqueles que não se reúnem.

O levantamento foi realizado de forma quantitativa, não se chegando a avaliar o desempenho dos conselhos nem o nível de envolvimento e participação dos conselheiros.

5.3 Conferências Municipais de Saúde

Apesar da conferência ser aqui tratada como um mecanismo de participação social na saúde ao longo da história, várias conferências ocorreram no país antes e durante o período ditatorial, com objetivo de avaliar e propor as diretrizes para formulação das políticas de saúde, de acordo com a política da época.

Com o processo de redemocratização do país a partir da década de 80, observam-se avanços, a partir de conferências, na conquista das políticas públicas especificamente da saúde, fruto da mobilização dos movimentos sociais e do movimento da reforma sanitária brasileira. Saúde passa a ser direito e o Estado assume o dever constitucional de cuidar da saúde do cidadão brasileiro.

Correia (2006) trata do aspecto contraditório das conferências e conselhos, como mecanismos de participação institucionalizados na área da Saúde, onde considera que apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem vir a se tornar um mecanismo de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Ao mesmo tempo, a autora considera que tais mecanismos também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos

populares, na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia.

No Recife, a partir da gestão que se iniciou em 2001, cinco conferências municipais de saúde vem ocorrendo a cada dois anos, nas quais vem sendo tratado temas relevantes quanto ao controle social e o fortalecimento do SUS.

Em 2001, a 5ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, trouxe como tema CONSTRUÍND0 UM RECIFE SAUDÁVEL, enquanto na 6ª Conferência Municipal ocorrida em 2003, o tema também se voltava a “cidades saudáveis” associado ao SUS, com o tema “Recife saudável: o desafio da integralidade e do comando único do sistema de saúde”. Em 2005, a 7ª Conferência de Saúde do Recife, cujo tema “Saúde no Recife: garantindo a inclusão social e a qualidade do SUS”, levanta discussões relativas às questões sociais e de inclusão social, assim como a necessidade de melhorar a qualidade do SUS, uma vez que já se tinha dado um salto quantitativo e ampliado à rede de serviços. Na 8ª Conferência ocorrida em 2007, o “PACTO PELA SAÚDE COM CONTROLE SOCIAL: Fortalecendo o SUS e promovendo qualidade de vida” foi o tema discutido e vale destacar ser de grande atualidade, uma vez que foi em 2006 que o Pacto foi lançado pelo Governo Federal. A mais recente, a 9ª Conferência, que ocorreu em 2009, abordou o tema “FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS”, que ainda é um desafio na garantia do processo do exercício da democracia participativa no país.

Observa-se nos temas escolhidos, termos como comando único do sistema de saúde, integralidade, controle social, inclusão social, qualidade no SUS, pacto pela saúde e participação social, que vêm sugerir a continuidade das discussões da luta pela política pública de saúde e da consolidação do SUS.

Em todas as conferências citadas, a participação da população foi garantida, a partir de etapas preparatórias que ocorreram nas 6 RPA's, que correspondem aos distritos sanitários, nas etapas microrregionais e distritais.

As Conferências vêm ocorrendo a cada 02 anos e, dependendo do período em que acontecem, elas também têm a finalidade de avaliar a gestão em curso ou propor políticas de saúde ao município para composição do plano plurianual de uma nova gestão. A conferência é um canal de participação, é um espaço democrático,

onde a população pode participar intervindo e apresentando proposições sobre necessidades coletivas relacionadas à Saúde.

5.4 Orçamento Participativo (OP)

Dentre os canais de participação social para intervir nas políticas públicas de saúde, o orçamento participativo se configura como um dos principais mecanismos utilizados pela população para barganhar recursos orçamentários.

Ao assumir a administração da cidade do Recife, o Prefeito João Paulo elegeu como princípios a inversão de prioridades, a transparência e a participação popular na gestão da cidade, tendo como base a inclusão social. Esses mesmos princípios também nortearam o OP que atua na lógica da co-gestão da administração, onde o cidadão é tido como ator no processo atuando na definição de prioridades, tendo a possibilidade de propor melhorias para a infraestrutura e políticas públicas para a cidade.

Como base nos dados do OP do Recife em 2009, que, segundo a imprensa escrita, bateu o recorde de participação. 125.387 pessoas participaram do processo, o que significou um aumento de 25 % em relação ao ano de 2008, no qual participaram 93.454. Nesse ano também foram incluídas duas novas plenárias temáticas, aumentando de 46 para 60 plenárias em todo o ciclo. Deve-se destacar a participação pela internet que vem aumentando a cada ano. Em 2007, primeiro ano de votação, 6.987 pessoas participaram, seguindo-se o aumento em 2008, com 23.251 e em 2009 que quase dobrou o ano anterior, com 41.846 participantes. (MONTEIRO, 2009).

No quadro 4, encontra-se a distribuição dos participantes nas 3 microrregiões da RPA 3, área de estudo. Observa-se que os três bairros com maior densidade populacional, elegeram o maior número de delegados: Nova Descoberta, Vasco da Gama e Casa Amarela.

Na Microrregião 3.1, o bairro de Casa Amarela se destaca em primeiro lugar, elegendo o maior número, 29 delegados, para uma população de 25.543 hab, correspondendo a 8,66 % dos votantes da RPA e 9,01 do total de habitantes.

Apesar de possuir maior número de bairros (16) e segunda microrregião por número de habitantes, a MR 3.1 não elegeu nenhum representante em cinco bairros:

Graças, Espinheiro, Aflitos, Derby e Jaqueira, bairros com maior renda per capita da RPA 03 e do Recife.

MR	Bairros	Delegados		Habitantes	
		n°	%	n°	%
3.1	Casa Amarela	29	8,66	25543	9,01
	Graças	0	0	16877	5,95
	Tamarineira	9	2,69	11662	4,11
	Espinheiro	0	0	8902	3,14
	Sírio dos Pintos	6	1,79	5660	2
	Parnamirim	6	1,79	5363	1,89
	Alto do Mandu	11	3,28	5089	1,8
	Monteiro	5	1,49	4738	1,67
	Casa Forte	16	4,78	4475	1,58
	Aflitos	0	0	4382	1,55
	Poço da Panela	3	0,9	4006	1,41
	Apipucos	7	2,09	3467	1,22
	Dois Irmãos	18	5,37	3046	1,07
	Santana	1	0,3	2437	0,86
	Derby	0	0	2175	0,77
	Jaqueira	0	0	1118	0,39
	Subtotal	111	33,19	108940	38,43
3.2	Vasco da Gama	31	9,25	29426	10,38
	Alto José do Pinho	1	0,3	12433	4,39
	Alto José Bonifácio	19	5,67	12377	4,37
	Morro da Conceição	7	2,09	10142	3,58
	Mangabeira	1	0,3	7321	2,58
	Subtotal	59	17,61	71699	25,29
3.3	Nova Descoberta	50	14,93	34676	12,23
	Macaxeira	14	4,18	19282	6,8
	Passarinho	19	5,67	15426	5,44
	Brejo da Guabiraba	25	7,46	11362	4,01
	Corrego do Jenipapo	8	2,39	8602	3,03
	Guabiraba	19	5,67	7318	2,58
	Brejo de Beberibe	30	8,96	5813	2,05
	Pau Ferro			336	0,12
	Subtotal	165	49,25	102815	36,27
	Total	335	100	283454	100

Quadro 4. Número e percentual de delegados do OP eleitos em 2009, por bairro e microrregião.

No entanto, o bairro da Tamarineira localizado em área contígua a esses bairros referidos, se destaca por ser o 3º mais populoso, mas apresenta um baixo número de delegados (9), contrariamente ao bairro do Alto do Mandu que possuindo menos da metade da população da Tamarineira, elegeu 11 delegados, o que sugere que no Alto do Mandu exista um maior nível de mobilização comunitário e de organização.

Provavelmente, o fato dos cinco bairros não elegerem representantes, possa estar associado a estarem localizados em uma área onde se concentra maior oferta de serviços e mais infraestrutura sanitária urbana e não haver por parte da população, a valorização dos canais institucionais de participação como espaços de reivindicação coletiva. No entanto, observa-se que nessa microrregião onde engloba bairros tradicionais e aristocráticos da cidade já se vê maior participação, a exemplo do bairro de Casa Forte, que elegeu 16 delegados, correspondendo a 4,78 % dos delegados eleitos na micro,

Na MR 3.2, o bairro de Vasco da Gama elegeu 31 delegados, para uma população de 29.426 habitantes, correspondendo a 9,25% dos delegados da RPA e 10,38% dos habitantes da micro. Composta por 5 bairros, a micro 3.2 além de apresentar a menor população por micro na RPA 3, também possui a menor representação de delegados. No entanto, foi a única micro a eleger delegados em todos os bairros. Destaca-se a desproporcionalidade dos bairros do Alto José do Pinho e Alto José Bonifácio que, mesmo tendo ambos um pouco mais de 12.000 habitantes, elegeram 1 e 19 respectivamente, numa proporção de 0,30% e 5,67% dos delegados eleitos na RPA.

A MR 3.3 apresenta o bairro de Nova Descoberta com o maior número de delegados eleitos (50), com uma população de 34.676 habitantes, o que corresponde a quase 15% do total de delegados eleitos da RPA, e 12,23% da população da sua micro correspondente.

Observa-se, ao comparar as micros 3.1 e 3.3, que apesar da segunda possuir a metade do número de bairros da primeira, supera com um maior número de delegados eleitos. Em quase todos os seus bairros a 3.3 apresenta um percentual de delegados eleitos maior do que seu percentual de população, o que sugere um maior poder de mobilização nesta microrregião, tendo em vista a necessidade que essa população tem de reivindicar ações ao poder público municipal, cujos motivos

encontramos referidos no Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife (RECIFE,2005).

Na caracterização da micro 3.3 referida no Atlas, encontra-se descrito que em todos esses bairros o adensamento construtivo e a ausência ou insuficiência de infraestrutura, multiplicaram os pontos de risco de desabamento na estação chuvosa, objetos de atenção da Defesa Civil e de reivindicações de obras no âmbito do Orçamento Participativo (RECIFE, 2005).

Na MR 3.3, depois do bairro de Nova Descoberta (50), Brejo de Beberibe (30) e Brejo da Guabiraba (25) assumem os 2º e 3º lugares em proporção de delegados eleitos, respectivamente. Destaque para os bairros de Passarinho e Guabiraba que apresentaram o mesmo percentual de delegados eleitos (5,67%) fazendo ambos 19 delegados. No entanto, o bairro de Guabiraba mesmo elegendo o mesmo número de delegados, possui a metade da população de Passarinho, o que sugere uma maior mobilização da população para elegerem mais delegados, considerando-se, também, que Passarinho é um bairro de mais difícil acesso, principalmente no horário noturno quando acontecem as plenárias.

Considerando a atual divisão territorial do DS III, procuramos demonstrar também, os mesmos dados relativos aos delegados eleitos no OP de 2009, analisados sob a ótica do Território de Saúde (Quadro 5). Essa subdivisão em Território de Saúde vem sendo operacionalizada na prática para efeito gerencial, e surgiu a partir do olhar sobre o território durante a elaboração do diagnóstico do DS III, quando da preparação da 9ª Conferência de Saúde em 2009. Tal subdivisão se fez necessária com o objetivo de dar maior resolubilidade aos problemas, no entanto, diante da dinâmica de atuação no território, poderão ser apontados novos rumos a partir de reavaliações das práticas e dos acontecimentos.

Com as modificações introduzidas na divisão das microrregiões em 5 Territórios de Saúde, os bairros da MR 3.1 ficaram divididos em 3 TS, compondo a TS-1, parte da TS-2 e parte da TS-5.

A MR 3.2 teve seus bairros distribuídos em 2 TS: 2 bairros (Alto José do Pinho e Mangabeira) compõem a TS-1 e os outros 3 bairros (Morro da Conceição, Alto José Bonifácio e Vasco da Gama) a TS-2.

A MR 3.3 foi subdividida em duas TS: a TS-4 com 4 bairros (Nova Descoberta, Brejo de Beberibe, Macaxeira e Córrego do Jenipapo) e a TS-5 com 6

bairros: 4 advindos da 3.3 (Brejo de Guabiraba, Passarinho, Guabiraba e Pau Ferro) e dois bairros da 3.1 (Sítio dos Pintos e Dois Irmãos).

TS	MR	Bairro	Delegados		Habitantes	
			n°	%	n°	%
TS 1	3.1	Graças	0	0,0	16877	5,95
		Tamarineira	9	2,7	11662	4,11
		Espinheiro	0	0,0	8902	3,14
		Parnamirim	6	1,8	5363	1,89
		Aflitos	0	0,0	4382	1,55
		Derby	0	0,0	2175	0,77
		Jaqueira	0	0,0	1118	0,39
	3.2	Alto José do Pinho	1	0,3	12433	4,39
		Mangabeira	1	0,3	7321	2,58
		Subtotal	17	5,1	702,3	24,8
TS 2	3.1	Casa Forte	16	4,8	4475	1,58
		Santana	1	0,3	2437	0,86
		Poço da Panela	3	0,9	4006	1,41
		Alto do Mandu	11	3,3	5089	1,80
		Monteiro	5	1,5	4738	1,67
		Casa Amarela	29	8,7	25543	9,01
		Apipucos	7	2,1	3467	1,22
		Subtotal	72	21,5	49755	17,55
TS 3	3.2	Vasco da Gama	31	9,3	29426	10,38
		Alto José Bonifácio	19	5,7	12377	4,37
		Morro da Conceição	7	2,1	10142	3,58
		Subtotal	57	17,0	51945	18,33
TS 4	3.3	Nova Descoberta	50	14,9	34676	12,23
		Brejo de Beberibe	30	9,0	5813	2,05
		Macaxeira	14	4,2	19282	6,80
		Córrego do Jenipapo	8	2,4	8602	3,03
		Subtotal	102	30,4	68373	24,12
TS 5	3.3	Brejo da Guabiraba	25	7,5	11362	4,01
		Passarinho	19	5,7	15426	5,44
		Guabiraba	19	5,7	7318	2,58
		Pau Ferro	0	0,0	336	0,12
	3.1	Sítio dos Pintos	6	1,8	5660	2,00
		Dois Irmãos	18	5,4	3046	1,07
		Subtotal	87	26,0	43148	15,22
		Total	335	100	283454	100

Quadro. 5. Distribuição de delegados eleitos no OP por TS

Com a divisão territorial, o gerenciamento da MR 3.1, que corresponde a 38,43% da população do DS III, passou a ser também dividida, agora, por duas gerências de território, cabendo a da TS -1 24,8% e a TS - 2 a 17,55% da população do DS III. Constata-se, também, que a representatividade foi alterada com a nova territorialização. De uma diferença máxima encontrada entre as MR 2 e 3 de 31,64 pontos percentuais, passou para no máximo 13,4 pontos percentuais entre as TS-3 e TS-4. Com exceção da TS-1, que concentrou 5 bairros em que não foram eleitos representantes no OP, por razões já comentadas anteriormente, mesmo assim a diferença máxima foi de 25,3 pontos percentuais, entre as TS-1 e TS-4. Houve um melhor equilíbrio na representatividade, principalmente nas TS 2,3,4,e,5.

No quadro 6, encontram-se os dados referentes ao número de participantes da RPA 3, de acordo com as formas de participação na eleição do OP para 2009. Observa-se que o percentual de participação da micro 3.3, (46,97) supera a soma das outra duas micros (3.1 e 3.2). Esses dados podem indicar que a participação no OP não está atrelada apenas aos representantes das entidades, mas também do cidadão comum, que busca um canal institucional de participação social, como forma de garantir sua cidadania.

População por micro	MICRO 3.1	MICRO 3.2	MICRO 3.3	TOTAL
	121.816 hab.	80.121 hab.	114.892 hab	316.829 hab.
Nº Participantes por plenárias	1.677 (20,45%)	1.955 (23,84%)	4.568 (55,71%)	8.200 46,97%
Nº Participantes por urnas eletrônicas	-	-	-	6.527 37,39%
Nº Participantes via internet	-	-	-	2.728 15,64%
Nº Total de Participantes na RPA 3	-	-	-	17.455 (100%)

Quadro 6. Número de participantes nas plenárias do OP 2009 na eleição para delegado, por microrregião.

No processo democrático que vem se instalando no país nas últimas décadas, a participação popular tem sido um elemento impulsionador para a articulação e conquista junto às políticas públicas na luta pelos direitos sociais.

O próprio governo brasileiro admite que existam dois amplos canais de participação no Brasil atual, o da Saúde e o do OP, cada um articulando participação e distribuição da sua forma: O primeiro, na saúde, onde a participação do cidadão pode gerar decisões relacionadas a novas políticas públicas que ampliem o acesso a serviços públicos, mais especificamente, aos serviços de saúde. Nesse primeiro caso, a participação consiste na deliberação sobre o conteúdo de uma política pública ou no controle sobre o atendimento de saúde prestado. No OP, com sua participação, o próprio cidadão ou representante define o bem público de que mais necessita. Nesse caso, a participação determina a distribuição de um bem de infraestrutura, coletiva ou individual, no território da cidade (BRASIL, 2004)

5.5 Formas utilizadas pela população para acionar / intervir sobre os serviços de saúde no território do DS III

Diversas são as formas que a população se utiliza para acionar os serviços de saúde no território onde vivem. Desde àquelas acionadas na rede de assistência, até as voltadas aos serviços da vigilância à saúde.

Cada área de atuação na rede de saúde cria seus mecanismos de organização e formas de atuar no território, assim como os modos de registrar seus dados e informações, que da rotina geram dados estatísticos, protocolos, etc, desde a atenção básica, até a média e alta complexidade.

No que diz respeito às formas utilizadas pela população para acessar os serviços de saúde no DS III, foram identificados especificamente nos registros da vigilância ambiental, a distribuição por MR e por TS do percentual das solicitações advindas da população, no que se refere à Ouvidoria SUS e dos serviços que dizem respeito às questões da infraestrutura sanitária e ambiental.

5.6 Ouvidoria do DS III e Programa de Saúde Ambiental (PSA)

Analisando a Tabela 1, ao fazermos a leitura por MR, observa-se que tanto acessando a ouvidoria pelo sistema, quanto diretamente no distrito sanitário, a população da MR 3.1 foi a que apresentou o maior percentual de solicitação de serviços, ou seja, a que mais acionou os serviços da vigilância ambiental, seguidas da MR 3.3 e da 3.2. Esses dados vêm sugerir que as condições socioeconômica e cultural da população dessa micro influenciam no comportamento de maior exigência por direitos e conseqüentemente, acionam mais esses serviços, o que confirma que os serviços do SUS também atendem as camadas mais favorecidas da sociedade, principalmente no tocante às ações de vigilância à saúde. A diferença do número de habitantes da 3.1 para a 3.3 é de apenas 6.125 hab., no entanto, a diferença percentual em acionar os serviços é de 48,5%.

Tabela 1. Formas de acessar os serviços da Vigilância Ambiental

MR/TS	Formas de acessar os Serviços da Vig. Ambiental					
	Ouvidoria		Livro de registro		População	%
	PSA	%	PSA	%		
3.1	205	66,3	100	41,0	108.940	38,4
3.2	49	15,9	77	31,6	71.699	25,3
3.3	55	17,8	67	27,5	102.815	36,3
Total	309	100,0	244	100,0	283.454	100,0
1	114	36,9	46	18,9	70.233	24,8
2	94	30,4	59	24,2	49.755	17,6
3	36	11,7	65	26,6	51.945	18,3
4	38	12,3	54	22,1	68.373	24,1
5	27	8,7	20	8,2	43.148	15,2
Total	309	100,0	244	100	283.454	100

I.

Convém registrar que no levantamento dos registros da vigilância ambiental, as maiores solicitações relativas às ações de infra-estrutura, aparecem como maior demanda na área de saneamento (esgoto, drenagem e fossa), enquanto através dos

registros da ouvidoria relativas a esta vigilância aparece em primeiro lugar, as demandas relativas à dengue, conforme demonstra a tabela 1:

Tabela 2. Demonstrativo das solicitações de serviços da vig. Ambiental

Tipo de solicitação	PSA	%	Ouvidoria	%
Esgoto/fossa/drenagem	136	55,73	43	13,91
Dengue			127	41,1
Ratos			53	17,15
Escorpião			35	11,32
Criatórios	33	13,52	20	6,48
Imóvel abandonado	18	7,37	2	0,65
Diversos animais	31	12,7	20	6,48
Lixo	17	7	7	2,26
Outros	9	3,68	2	0,65
TOTAL:	244	100	309	100

5.7 Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife (DS III)

Desde sua implantação em 2008, a ouvidoria do SUS no Recife vem executando a operacionalização desse canal direto de comunicação, como a mesma se define, de forma descentralizada em cada distrito sanitário onde existe um setor e funcionário específico, a figura do interlocutor, que tem a função de acompanhar as demandas que lhes são enviadas, buscando a resolução dos problemas junto aos setores competentes.

A ouvidoria recebe uma classificação a partir das manifestações recebidas: elogio; sugestão; solicitação; informação; reclamação e denúncia. O cidadão pode acessar o serviço a partir de vários tipos: por telefone (0800 281 1520); correspondência eletrônica; e-mail (www.recife.pe.gov.br); carta; ofício e atendimento presencial.

A tabela 3 abaixo apresenta os tipos de acesso dos quais a população usuária do SUS mais busca o serviço da ouvidoria. O percentual mais alto, tanto no

âmbito da secretaria de saúde (85%), como no distrito sanitário III (92,30%), se dá via telefone, seguido do acesso por email, forma que mesmo sendo um percentual ainda reduzido, já é acessada em 2º lugar.

Tabela. 3. Quanto ao tipo de acesso ao serviço da ouvidoria – SS/PCR / DS III - 2009

TIPO DE ACESSO	SS / PCR		DS III	
	QUANT.	%	QUANT.	%
TELEFONE	3787	85,60	734	92,30
EMAIL	478	10,80	40	5,00
FORMULÁRIO WEB	74	1,70	9	1,10
PESSOALMENTE	73	1,70	10	1,30
CORRESPONDENCIA OFICIAL	9	0,20	1	0,10
CARTA	3	0,10	1	0,10
TOTAL:	4424	100,00	795	100,00

Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife

A tabela 4 ilustra os percentuais referentes à classificação das demandas da ouvidoria, onde se observa a reclamação e a denúncia com os maiores percentuais. A sugestão e o elogio se colocam em últimos lugares, o que sugere um nível maior de insatisfação revelado pelo baixo percentual destes itens, ou, ainda não se tornou um hábito do usuário, de registrar com mais intensidade os elogios e sugestões.

Tabela 4. Quanto à classificação – SS/PCR / DS III - 2009

CLASSIFICAÇÃO	SS / PCR		DS III	
	QUANT.	%	QUANT.	%
RECLAMAÇÃO	2408	54,4	487	61,30
DENÚNCIA	971	21,9	147	18,50
SOLICITAÇÃO	703	15,9	136	17,10
INFORMAÇÃO	199	4,5	3	0,40
ELOGIO	108	2,4	19	2,40
SUGESTÃO	35	0,8	3	0,40
TOTAL:	4424	100,00	795	100,00

Fonte: Ouvidoria Municipal de Saúde

6 CONCLUSÃO

Ao analisar a evolução do controle social na saúde, especificamente no DS III, constata-se a presença da participação social da população através da representação nos conselhos distrital e de unidades, atendendo o que preconiza a legislação.

Constatou-se que a maior concentração de unidades da rede municipal de serviços de saúde no DS III, concentra-se na MR 3.1, conseqüentemente é onde se concentra também o maior número de conselhos locais. Atualmente o DS III, tem seus conselhos de saúde implantados, mesmo considerando que alguns funcionam precariamente e outros não funcionam. As eleições dos conselhos mobilizaram mais de 5.000 pessoas no processo eleitoral.

Quanto ao OP, este se apresenta como um canal de participação e legítimo instrumento de consulta da população, ficando o maior índice de participação concentrado na microrregião 3.3, de maior carência de serviços de infraestrutura e, obviamente, de menor poder aquisitivo da população residente.

Quando analisados os dados de participação do OP pela lógica das micros, a 3.1 com seus 16 bairros mostra situações antagônicas, de participação e não participação da população local, com expressivo número de participantes em alguns bairros, ou total ausência de representação em outros. Esta mesma micro, quando analisada pela lógica de TS, expressa-se nitidamente também dicotomizada quanto à participação, ou seja, concentrando-se no TS-1 os bairros com melhores condições de vida, e em outro bloco os bairros que se aglomeram em torno de Casa Amarela, formando a “grande Casa Amarela”.

Os bairros que compõem a micro 3.3 demonstram maiores índices de representação, independente do formato apresentado de divisão do território. A mesma se apresenta como microrregião de grande carência de infraestrutura urbana e de serviços públicos.

Ao analisar a ouvidoria do SUS enquanto um canal de comunicação do usuário com o sistema de saúde, apesar de recentemente criada, já vem sendo frequentemente utilizada pela população usuária contribuindo como controle social da saúde, no entanto, os maiores índices se concentram em reclamações e denúncias.

Os dados obtidos da Ouvidoria demonstram que as demandas das micros 3.1 e 3.3 se apresentam inversamente proporcionais a depender da temática abordada. No que se refere à participação, a 3.3 apresenta os maiores índices, enquanto que na utilização dos serviços de saúde da vigilância, os maiores ficam na 3.1.

Os resultados obtidos quando comparados em micro e TS, vem demonstrar as diferenças tanto por microrregiões quanto por territórios de saúde.

Os territórios com população mais carentes de recursos de infraestrutura, demonstraram maior poder de mobilização, enquanto os bairros de maior renda per capita, sequer se fizeram representar no OP.

Observa-se a necessidade de maior empoderamento por parte dos conselheiros de saúde, em todos os seus segmentos, desde as questões referentes à formulação da política do SUS, quanto ao conhecimento dos sistemas e serviços que operacionalizam a sua rede de serviços.

A apropriação de informações e dados sobre o território, possibilitará maior fortalecimento no desempenho do papel dos conselheiros enquanto agentes de decisão e promotores da garantia dos direitos adquiridos e conquistados coletivamente pela população e movimentos da sociedade civil.

REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, Chistovam de Castro et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, v.11, p. 129-138, 2002.
- BARCELLOS, Chistovam de Castro. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: BARCELLOS, C. (Org.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 43 - 55.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; POTYARA A. P. (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 301-306, 2007.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.
- FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. Revista RA'E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, Chistovam de Castro, MIRANDA, Ari Carvalho. (Org.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.
- GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e participação sociopolítica. São Paulo: Cortez. 2001.
- MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, B. Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.
- MENDES, Rosilda; DONATO, Ausônia Favorito. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. SANARE, Sobral, ano 4, n.1, p. 39-42, jan./mar. 2003.
- Ministério da Saúde. Orientações para implantação de Ouvidorias no SUS. Brasília-DF: MS; 2006. (MS, Textos Básicos de Saúde).
- MONKEN, Maurício et al. O território na Saúde – construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS Chistovam de Castro, MIRANDA, Ari de Carvalho (Org.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MONTEIRO, E. Q. Orçamento participativo 2009: Divulgação das obras e ações prioritárias. Recife: Ed. Folha de Pernambuco, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6. Ed. Rio de Janeiro: Medse, 2009. p. 567-586.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & saúde coletiva. 2003, vol.8, n.2, pp. 557-567.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Democracia e Participação Social, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/democracia//documentos/ CPP2.esp.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2010.

RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

RECIFE. Prefeitura. Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife. Recife, 2005.

SANTOS, Milton. Metamorfoses do espaço habitado, fundamentos teórico e metodológico da geografia. São Paulo: Hucitec, 1986.

SAQUET, Marcos Aurélio. Abordagens e concepções de território. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007. (Geografia em Movimento).

SILVA, Tarcísio. Da participação que temos à que queremos: o processo do orçamento participativo na cidade do Recife. In: AVRITZER, Leonardo; NAVARRO, Zander (Org). A inovação democrática no Brasil: o Orçamento Participativo. São Paulo: Cortez, 2003, p.331 – 385.

SOUZA, Celina. Construção e consolidação de instituições democráticas: papel do orçamento participativo. São Paulo em perspectiva, São Paulo, vol.15, n.4, p. 84-97, 2001.