



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

MONOGRAFIA

**ORÇAMENTO PARTICIPATIVO NA SAÚDE: ENFOQUE LOCAL DO MUNICÍPIO
DO CABO DE SANTO AGOSTINHO.**

JULIANA PATRÍCIA FERRAZ DE SOUZA GUEDES

REGINA DE LOURDES NASCIMENTO DA SILVA
(Orientadora)

CONSULTA

(043.42)"1998"
G924o

RECIFE 1998

**ORÇAMENTO PARTICIPATIVO NA SAÚDE: ENFOQUE LOCAL DO MUNICÍPIO
DO CABO DE SANTO AGOSTINHO.**

Monografia apresentada
com requisito parcial à obtenção do
título de Especialista no curso de pós
graduação *lato sensu* de Residência
Multiprofissional em Saúde Coletiva do
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/
CPqAM/Fiocruz/M.S, sob a orientação
da professora Regina Nascimento e
coorientação da Professora Lucy Praciano.

RECIFE 1998

AGRADECIMENTOS

A meu esposo Jorge Guedes, pela sua serenidade me tranquilizando nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Alaim e Lourdinha, e irmãs, Patrícia e Rochelle, pelo apoio emocional e logístico que possibilitou a conclusão deste trabalho.

Aos amigos e em especial Gessyane, Ana Cristina, Patrícia e Rose pelo companheirismo e apoio durante todo o período do curso.

Agradeço a minha orientadora Regina Nascimento e a coorientadora Lucy Praciano por terem tornado este processo ainda mais rico.

Dedico este trabalho a Jorge pela nossa caminhada.

uma conduta pluralista (embora não necessariamente democrática) surge do reconhecimento da legitimidade da diferença, da aceitação do outro como sujeito de direito e interesses válidos mais além da vontade do ego. Esse outro da burguesia tende, precisamente para poder se afirmar enquanto outro, a se constituir como sujeito coletivo.

Guilherme O'donnell

SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO	5
- CAPÍTULO I	8
Descentralização	9
Controle Social	14
Participação Social	15
- CAPÍTULO II	22
Orçamento municipal	23
Orçamento Participativo	25
O município	28
Experiência do Orçamento Participativo no município do Cabo	30
O setor saúde e o Orçamento Participativo no Cabo	36
- CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	43
- BIBLIOGRAFIA	44

INTRODUÇÃO

A participação no processo de elaboração do Orçamento Participativo no município do Cabo de Santo Agostinho, em cumprimento ao estágio do 2º. ano de residência, despertou em mim o anseio por conhecer melhor o tema e suas experiências práticas em outros municípios. Por ser um tema bastante novo, cuja a maior parte das publicações o desenvolve num aspecto mais geral abordando vários setores, acredito que destaque específico do setor saúde contribuiria para o processo de Gestão / Planejamento; e Políticas Sociais, favorecendo uma intervenção mais eficaz na comunidade.

Enquanto residente de Saúde Pública, objetivando a conclusão da última etapa deste curso - elaboração e apresentação de uma monografia - a realização deste estudo não apenas deverá cumprir com esta etapa, como também tem a pretensão de acrescentar ao entendimento de alguns questionamentos da Saúde Pública no que diz respeito ao Orçamento Participativo

No Brasil a tradição política coloca nas mãos do Estado Nacional, a responsabilidade de promover o desenvolvimento do país. As características autoritárias e excludentes do modelo de dominação patrimonialista-burocrático do estado são representadas: pelos mecanismos de tutela e cooptação do Estado, pela ausência de relações contratuais entre Estado e sociedade, pela não diferenciação entre o “público” e o “privado” e pela permanente dualidade entre o país real e o país formal. Estes são elementos, que formam barreiras estruturais à emergência da cidadania no Brasil. É característica peculiar da sociedade brasileira ter-se construído contrariamente ao ideário igualitário fundado pela modernidade, onde a cidadania, como princípio republicano da coisa pública, nunca logrou instituir-se enquanto elemento mediador das relações Estado e sociedade, em detrimento das continuidades de um modelo de dominação e de um Estado, formados pela ordem patrimonialista e pelos padrões oligárquicos de gestão da coisa pública.

Esta centralização causa inúmeros problemas uma vez que não leva em consideração a diversificação econômica e sócio cultural do país generalizando a tomada de decisões. Estes problemas eclodiram em reivindicações e grande mobilizações populares em meados de 1987.

Na constituição de 1988 reconhece-se a importância do poder local criando mecanismos para que os municípios possam responder as demandas, devendo o estado nacional tratar de políticas gerais reconhecendo, respeitando e articulando as particularidades

de cada região ao processo de desenvolvimento nacional. Com isto, o poder local crescerá, aumentando a responsabilidade do legislativo, movimentos sociais, ONG's e do cidadão comum.

Já no setor saúde, desde 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde vem se discutindo a importância do poder local - evidenciado com a criação, na Constituição de 1988, de um Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado, posteriormente, pelas leis 8080 e 8142 de 1990 e pelas Normas Operacionais Básicas 91 e 93, e de um projeto de Reforma Sanitária - subconjunto de políticas articuladas como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade no qual se pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício; o direito de expressão de livre manifestação e organização, no sentido do país se firmar como uma nação de cidadãos. Nesse contexto ficou consagrado o princípio da descentralização que deve ser entendida como: redistribuição de poder; redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social; e da municipalização - reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus municípios.

Estes dois processos fazem parte de uma estratégia para concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social - fundamentados no SUS, através da devolução de poderes ao município, objetivando a reformulação do modelo assistencial hoje dominante, destacando mais do que nunca a importância do poder local e do cidadão comum. Segundo Jacobi (*apud* Passos, 1995: 27), a descentralização representa "a possibilidade de ampliação para o exercício dos direitos dos cidadãos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização dos instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficiente dos recursos públicos". Nesse sentido a descentralização associa-se a mudanças qualitativas na dinâmica da gestão e não apenas a uma proposta de ação política administrativa. Para Rofman (*apud* Passos, 1995: 27), "descentralizar é ampliar a base do sistema de tomada de decisões, dotando de capacidade plena de gestão o poder local para a busca de soluções". Quando se aumenta a base da tomada de decisões, teoricamente se envolvem outros atores e espera-se democratizar mais o processo, além de legitimá-lo.

Mas este não é o único viés da história. O processo de globalização econômico, tão evidente nos últimos anos, reduz a força dos estados nacionais em todo mundo, desviando a atenção para o âmbito local, que por sua vez diante da crescente urbanização dos últimos 30

anos encontra-se sobrecarregado de problemas sentidos pelo cidadão como “impotência” do estado. De certa forma isto obriga os governos locais a darem respostas mais efetivas aos novos dilemas urbanos. Não esquecendo, é claro, do Estado Nacional, mas revendo a sua posição a partir da descentralização e dos novos processos de democratização que possam ser integrados ao cotidiano da população.

Diante destes conceitos e reflexões surgem alguns questionamentos de relevante importância na compreensão deste estudo, tais como: De que forma o Orçamento Participativo pode ser um instrumento fundamental na perspectiva da descentralização? Como o Orçamento Participativo é considerado na discussão de participação social?

Sendo assim o presente estudo pretende analisar o Orçamento Participativo a partir de um enfoque local - município do Cabo de Santo Agostinho evidenciando o setor saúde. Para isto se fará necessário: caracterizar o processo de descentralização e de participação social na saúde, conceituar o Orçamento Participativo considerando: método, metodologia e elementos fundamentais, identificar as características do modelo do Orçamento Participativo no setor saúde, no município acima citado.

Será realizado um estudo observacional analítico, cuja a operacionalização do mesmo ocorrerá partir de uma revisão bibliográfica e de análise dos documentos oficiais do município do Cabo de Santo Agostinho. A estrutura do trabalho será composta por três momentos: o primeiro – onde será descrito as categorias chaves (Descentralização e Participação Social), o segundo – que abordará a questão do Orçamento Participativo e a experiência vivenciada no Cabo de Santo Agostinho, e o terceiro que se refere as considerações finais – no qual caberá uma discussão relacionando as categorias chaves e sua interface com a experiência do município.

CAPÍTULO I

A DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

O presente capítulo têm por objetivo apresentar as duas categorias - Descentralização e Participação Social, consideradas chaves para uma melhor compreensão do Orçamento Participativo na saúde.

Inicialmente o texto fará um tratamento conceitual e histórico a partir de sua interface com o setor saúde.

1. DESCENTRALIZAÇÃO

O Brasil cultivou ao longo de sua história uma tradição política, econômica e administrativa de centralização de poder que é marcada pelo autoritarismo profundamente elitista e excludente, herança do escravismo colonial e do caráter oligárquico das classes dominantes. Assim o estado impunha seu domínio a sociedade através do exercício do paternalismo político, do clientelismo e da incorporação das classes subalternas, por meio da cooptação que garantia a supremacia das elites no exercício da política. O setor saúde não foi diferente, desenvolveu-se pelo caráter centralizador das políticas sociais engendradas.

Em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, as idéias de descentralização ganham espaço e são apresentadas como forma de municipalização dos serviços de saúde. Esse documento lembra que a municipalização desses serviços já é preconizada desde a Constituição de 1946 e mais tarde veremos sua semelhança com a de 1988. No entanto o movimento militar de 1964 muda o rumo da história e interrompe o curso das idéias descentralizadas que retornam a um nível de discussão meramente técnico desmobilizando os movimentos sociais e só voltam a tomar fôlego algumas décadas depois.

A queda dos governos militares caracteriza, progressivamente, uma nova etapa de transição para a democracia originando uma forte crítica na sociedade brasileira a respeito da modalidade autoritária predominante no Estado e coloca exigências de profunda reforma do mesmo destacando nesse processo a descentralização.

Em 1974, um grupo técnico da Previdência Social produziu um documento intitulado "Sistema Nacional de Saúde: contribuição para descentralização do sistema", que menciona, pela 1ª vez, a necessidade da descentralização. Em 1978 ocorre a Conferência de Alma-Ata na União Soviética, cujo documento final aborda a descentralização dando um enfoque

econômico, ocupando-se em discutir os aspectos técnicos, as inter relações da saúde com outros setores visando potencializar os cuidados primários como estratégia viabilizadora da meta “Saúde para todos no ano 2000”. A descentralização não aparece como estratégia viabilizadora dos cuidados primários.

No início dos anos 80, novamente, retoma-se a questão da descentralização e em favor da mesma se destaca a criação das áreas de planejamento nas Secretarias Estaduais de saúde abrindo-se campo para o exercício do planejamento mais pedagógico. Em paralelo surge o movimento da medicina comunitária que se destacou por um novo comprometimento ao nível do conteúdo de suas práticas institucionais. Posteriormente alguns municípios abriram espaços à medicina comunitária como Londrina, Campinas e Niterói que funcionaram como um lugar de ensaio de idéias com elos de articulação de um incipiente mas insinuante movimento sanitário que buscava espaço para mudanças setoriais progressistas.

Um novo ciclo de proposições inicia-se quando estoura a crise do financiamento previdenciário em decorrência da recessão econômica, início dos anos 80. Frente a esta crise o governo, na busca de legitimidade, cria em 2 de setembro de 1981 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), cujo plano era intitulado Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social destacando a formação da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) envolvendo vários setores como saúde, previdência, etc com formação de comissões interinstitucionais - regionais, estaduais e municipais (CIS, Cris e CIMS), iniciando um processo de coordenação institucional e gestão colegiada, incluindo como propostas: a descentralização de atividades federais restritas para os estados, e a participação dos usuários, mas preservou-se a autonomia e a verticalização de cada instituição. Porém a descentralização sob forma de municipalização dos serviços, não figurava entre as pautas prioritária da instituição hegemônica na política de saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Esta proposta é operacionalizada pelo Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais).

O plano previa a racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar privada, a reorganização dos serviços ambulatoriais próprios e contratados bem como melhor utilização da rede pública de serviços básicos via “convênio trilateral MPAS/MS/SES”, este substituído em 1983 pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) - governo de Figueiredo em caracterizado por uma crise de governabilidade sob pressão da sociedade civil, igreja, etc., o que levou o estado a assumir a necessidade de abertura política .

As AIS ganharam força no governo transitório, oferecendo a oportunidade para possível integração nos vários níveis político-administrativos, alteando-se como bandeira dos setores inconformados com a discriminação e a exclusão praticadas nos nossos serviços de saúde. E ainda propiciaram a aproximação dos usuários com os serviços, chamando-os à participação nas instâncias colegiadas gestoras do programa (CIMS e CIS).

Foi também através das AIS que se difundiram as propostas de Universalização, equanimidade, da integração e participação num enfoque mais preciso de controle social sobre os serviços e ainda fortaleceram o princípio federativo e buscaram a incorporação do planejamento à prática institucional.

As AIS foram erigidas à condição de estratégia setorial comum e revelaram potencialidades, tanto na mobilização de forças políticas articuladas e poderosas, quanto na reestruturação do setor público como prestador de serviços de saúde, uma vez que propõe a descentralização, abordando-a sob a ótica financeira e administrativa. Na primeira reafirma a necessidade da reforma tributária, resultando em incrementos da receita para estados e principalmente municípios e propõe critérios de partilha de recursos do Sinpas entre as unidades federadas com base em suas arrecadações. Na segunda coloca a descentralização como mecanismo prioritário para expansão e integração dos serviços em todas as unidades federadas e seus municípios.

Este aspecto da descentralização também foi colocado pela VIII Conferência Nacional de Saúde que posicionou-se, transparentemente, ao aprovar a recomendação das transferências para os estados e municípios. E ainda, as idéias de municipalização ressurgem como estratégia privilegiada de descentralização e os serviços municipais aparecem como a espinha dorsal do novo Sistema Nacional de Saúde.

O modelo econômico então vigente - centralizador, autoritário e excludente determina uma política de saúde voltada para: uma parcela minoritária da sociedade e aos interesses do setor privado. A falta de prioridades nas ações estatais perante as necessidades básicas da população e a diminuição significativa de aportes financeiros para o setor, contribuem para agravar o quadro sanitário da população, ao mesmo tempo que vão tornando ineficiente o setor público. Aparecem então os movimentos de crítica e de resistência em setores da sociedade junto a lideranças políticas e sindicais. Surge o Programa de Interiorização das

Ações de Saúde e Saneamento (Piass) representando a divulgação das propostas da extensão de cobertura, através da atenção primária, ao Nordeste rural brasileiro. No entanto, havia um distanciamento entre o discurso moderno e a viabilidade operativa, modificado por estruturas administrativas viciadas pelo clientelismo e inoperância.

Ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) - que contou pela primeira vez com a participação de sindicatos, associações de moradores e outras entidades representativas da sociedade civil. Nesta Conferência foram discutidos e defendidos os aspectos que mais tarde se tornariam os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e controle social. Após a VIII CNS foi formado um Grupo Executivo da Reforma Sanitária a fim de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte convocada em 1986, no entanto pressões de política fisiológicas junto a presidência da República e ao setor privado tentavam de toda forma conter a proposta.

O fracasso do Plano Cruzado, final de 1986, aponta a possibilidade da rearticulação das forças conservadoras que dominaram o país durante os anos de ditadura. Essa rearticulação foi restringindo o espaço de influência do movimento sanitário resultando na implantação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) na tentativa de tornar a descentralização um fenômeno irreversível reforçando uma tendência de aumento dos repasses financeiros Federal, via Inamps, para custeio e investimentos nos sistemas municipais e estaduais, já renunciado na vigência do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS-1983).

Na prática o Suds representou um amplo processo de estadualização dos serviços, no entanto a mudança de direção do MPAS/Inamps levou ao desgaste da proposta que ficou no meio do caminho. O Suds e as AIS favoreceram a inclusão de novos atores com representação e capacidade de articulação política inequívocas no espaço de disputa pelos recursos previdenciários.

Mais tarde 1988, em Olinda - PE aconteceu o V Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, com representação de todos os estados onde foi discutido e aprovado o estatuto criando o Conselho Nacional do Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com o compromisso de lutar pela municipalização da saúde e apoiar a Reforma Sanitária. Para isto se fazia necessário agir juntamente a Assembléia Nacional Constituinte. Como resultado veio a Carta Constitucional de outubro de 1988 onde se destaca o princípio do direito à saúde

como direito de cidadania universal garantido pelo estado e surge então o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma nova política para o setor, propondo um padrão de organização e gerenciamento: art. 198, seção II, do Tit. VII:

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços essenciais;
- III - participação da comunidade.

Pela primeira vez o município é colocado na condição de integrante da federação - *status* constitucional dando a ele a possibilidade de o município editar leis orgânicas próprias.

Em 1990 define-se a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 que dispõe sobre: promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, definição de parâmetros para o modelo assistencial e determinação do papel das três esferas de governo. A lei foi aprovada 2 anos depois com vetos na proposta original: art. 2, do Tit. 1 § 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

E a lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros: art. 1:

O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

Com estas duas leis estavam destacados os pontos essenciais da proposta do SUS, garantir a autonomia municipal e a descentralização de recursos financeiros, destacando ainda outros princípios como: universalidade, integralidade do atendimento e participação popular.

Em 1992 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova um documento com recomendações para formação e estruturação do conselhos estaduais e municipais a fim de viabilizar e consolidar a proposta do SUS. No documento o conselho é definido como “órgão

ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da secretaria ou departamento de saúde dos estados e municípios, com composição, organização e competência fixados em lei” Passos (1995: 42).

Segundo Paim (*apud* Passos, 1995: 43):

O poder local, em si, não é necessariamente democrático, o autor aponta para canais eficazes de participação popular e instrumentos de ação política, utilizados no exercício de cidadania ... mecanismos capazes de facilitar uma correlação de forças mais favorável a democracia e ao direito à saúde nos diferentes níveis de governo.

Para o entendimento do presente estudo é importante considerar a citação acima colocada, e para isto é necessário nos determos a questão da participação social, objeto da análise que se segue.

2. CONTROLE SOCIAL

O termo controle social, literalmente, foi empregado inicialmente na Sociologia e seu autor foi o sociólogo americano Eduardo Ross, que introduziu a expressão para referir-se a *una dominación social voluntaria y planeada para cumplir una función en la sociedad*. Esta noção sociológica de controle social tem sido usada por vários autores para designar o processo de influência da sociedade sobre o indivíduo.

Segundo Homans (*apud* Carvalho, 1995: 9) controle social *al processo en virtude del qual se obtiene la conformidad de los individuos com el sistema, sobre la base de la equiescenci e sumusión a la norma*. Para a sociologia durkheimiana o controle ocorre através da intensidade das obrigações ou pressões morais criadas no indivíduo pela sociedade. Freud abordou a dimensão subjetiva do controle ao conceber o superego como a absorção das normas sociais pela estrutura da personalidade, introjetando no indivíduo o próprio conteúdo desse controle.

Parsons (*apud* Carvalho, 1995: 5) compreende a sociedade como um sistema social baseado na interação de personalidades, sugere que:

el equilibrio de tal sistema dependeria de la efectividad del control social, expressado externamente por el orden normativo y sus agentes de ejecución e individualmente por la exitosa actividad de los mecanismos de internalización individual de todos los componentes de la cultura comum.

Para Hobbes (*apud* Carvalho, 1995) cabe ao Estado o papel de conter as forças e tendências desagregadoras presentes na sociedade em estado “natural”, próprias do egoísmo e da irracionalidade característicos do indivíduo humano.

No setor saúde, o controle social é uma expressão de uso recente - que surgiu durante o processo de discussão das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e corresponde a uma moderna compreensão de relação estado-sociedade onde a esta cabe estabelecer prática de vigilância e controle sobre aquele. O controle social por sua vez envolve além de outros aspectos a questão da participação social, esta tem diversos conceitos e práticas que dizem respeito a distintos contextos sócio-econômico culturais.

Existe uma série de conceitos sobre controle social que poderiam ser aprofundados porém não é objeto do estudo se deter a tal detalhamento, já que este se propõe a fazer uma breve revisão bibliográfica da questão da participação social no setor saúde como um dos aspectos do controle social.

3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação é um mecanismo necessário do ponto de vista dos diversos interesses entre as classes sociais, e serve a nível ideal ou prático para alijar formas autocráticas ou autoritárias de abuso no usufruto do poder público.

Nos discursos do estado a participação social é uma forma de dar legitimidade ao projeto político, tornando-se útil ao mesmo na medida em que concede acesso a condições materiais através das políticas que implementa, encarnando uma roupagem de estado que serve de sustentação de uma sociedade democrática.

Para Mata (*apud* Nascimento, 1996: 13) *toda forma de participação baseia-se em um sistema de regras que além de determinar o seu papel e função, assegura a sua existência.*

A participação carrega várias dimensões dentro das categorias espaço, voz e voto, segundo Bobbio (*apud* Nascimento, 1996) o consenso - existência de um acordo entre membros de uma determinada unidade social em relação a princípios, valores, normas e objetivos planejados pela comunidade, assim como os meios para alcançá-los; a representação

- relacionado ao processo de comunicação dos fenômenos políticos, pressupondo o exercício do complexo de direitos políticos e das liberdades a ele inerentes; o conflito - é a contradição do consenso, dissenso o que equivale a desacordos e atitudes negativas em relação ao sistema político; clientelista - supõe a troca de benefícios usando recursos do estado.

Ainda pode-se falar em participação institucional como meio através do qual se democratiza o espaço público para uma organização institucional mais descentralizada, o que significa compreender as contradições no interior desse espaço em que o estado é o principal regulador dos canais oficiais de participação; e a participação política que englobaria a articulação e mobilização da sociedade civil a nível de poder decisório, podendo afetar as estruturas mais amplas da sociedade, interferindo nas decisões e projetos viabilizado por meios das políticas sociais.

Considerando essas dimensões conceituadas verifica-se que a participação apresenta-se carregada de ambiguidades e contradições presentes nos processos democráticos e de tomada de decisões.

Historicamente os meios democráticos evoluíram lentamente buscando ampliar o conceito de que a vontade da maioria é princípio fundamental de democracia, desta forma a participação é um dos meios de se expressar a vontade da maioria. Ainda hoje as formas mais comuns de participação são: a direta - voto, a indireta - canal de representação (legislativo e executivo) e a de representação social: sindicatos, partidos, conselhos de saúde, que permeiam as duas formas anteriormente citadas.

Um dos fatos que tende a mobilizar a participação popular é o descrédito no próprio poder de mobilização da sociedade perante o poder instituído, ou ainda o caráter sócio-cultural como os movimentos feministas, ecológicos, etc. No entanto o estado capitalista é capaz de aglutinar ou desmobilizar as forças políticas em função das necessidades específicas demandada pelo capital, que interfere nas diversas áreas da vida social. Ainda assim, cabe a sociedade civil estabelecer formas de enfrentamento coletivo em relação ao estado, mesmo que este assuma princípios de co-gestão participativa para evitar concentração de poderes e o personalismo carismático que pode formar mitos.

Para Fedozzi (1997) tendo o Brasil uma sociedade marcada pela dualidade, ou seja, formalidade racional-legal e uma realidade de forte cunho patrimonialista no exercício efetivo

do poder, existem dificuldades estruturais para emergência da cidadania na sociedade brasileira. A emergência da forma cidadania, no Brasil, é dependente da instituição de novas relações institucionais com as características do poder impessoal, objetivo e racional, que obstaculizem ou substituam as práticas de cunho patrimonialista na gestão pública; e sociais que promovam o deslocamento, o bloqueio e, no limite, a substituição das práticas patrimonialistas no exercício do poder. Essas relações dependem entretanto da criação de esferas públicas de mediação institucional e de regulação democrática da utilização do fundo público, regradas por critérios universais e impessoais a fim de permitir a participação e o reconhecimento dos setores populares historicamente excluídos da arena decisória do estado, bem como o respeito por sua autonomia política e organizativa.

A co-participação é o processo que envolve a participação nas decisões coletivas, reconhecendo em termos de igualdade social e jurídica o direito de opinião e expressão dos cidadãos que integram as diversas instituições sociais. Ela dilui a concentração de poder e torna o processo decisório mais democrático.

No caso brasileiro, a participação social se institucionaliza na esteira do processo de democratização, meados dos anos 80, dirigido a transformar o estado, superando seu caráter politicamente autoritário e socialmente excludente. Nesse contexto pode-se destacar a VIII CNS por ter convocado a sociedade civil organizada para debater políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação, na escala em que fez naquele momento.

Surge então a idéia de controle social na saúde que é marcado por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do estado brasileiro. Como se o estado, liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado, contido, corrigido, em suas práticas habituais. Daí o forte sentido “fiscalizatório” que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante “impedir o estado de transgredir” do que induzi-lo a agir.

Delimitando a questão ao setor saúde ,foco deste estudo, pode-se destacar alguns aspectos: o campo da saúde pública é, fundamentalmente, o da atenção à saúde enquanto direito social, cuja garantia é devida pelo estado como um serviço essencial, de caráter público e gratuito, acessível a todos indistintamente. O direito à saúde contempla a necessidade da participação individual e coletiva no planejamento e na execução das ações de

saúde - decreto no. 94.657 de 20 de julho de 1987 deve-se *prover população de meios para viabilizar o direito de participação no planejamento e execução das ações de saúde, o controle social dos serviços*. A percepção do conflito social na esfera do planejamento traz, para a análise ou “pensamento” estratégico, a relevância dos movimentos sociais enquanto novos atores.

Participação comunitária aparece no início deste século, como um componente ideológico e prático do movimento dos centros comunitários de saúde norte-americanos, representando um novo padrão de relação Estado-sociedade no setor saúde. Nesse caso a população deixa de ser alvo inerte de uma ação controlista e normativa no campo sanitário, e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo - a ação sanitária não poderia depender mais da coerção deveria conquistar assentimento da população.

Sendo assim esta participação inaugura-se enquanto proposta de captação de clientela para programas e ações, que não se poderiam desenvolver sem o assentimento e a presença voluntária das pessoas, esta concepção só se viabilizou em administrações municipais progressistas, por representar para a sociedade americana uma proposta política e tecnicamente avançada.

No Brasil, esse modelo ficou espremido entre as práticas então dominantes do sanitarismo campanhista e a crescente oferta de assistência médica pelo sistema previdenciário. Nos anos 50 a proposta de “desenvolvimento da comunidade”, propunha a participação comunitária e ensaiava a introdução de tecnologias voltadas para a melhoria da qualidade de vida através da organização comunitária. O Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), autarquia inicialmente financiada pela Fundação Rockefeller foi que implantou uma série de unidades de saúde no interior do país, onde pioneiramente combinavam-se ações curativas com ações preventivas e onde se desenvolviam práticas educativas voltadas para a comunidade na perspectiva de seu desenvolvimento sócio-sanitário. Nos meados dos anos 70, criaram condições para o advento e programas de extensão de cobertura com base nos preceitos da Medicina Comunitária devido a baixa cobertura médica no país.

A proposta da “participação comunitária” cai em desuso por inócua, obsoleta e politicamente ineficaz, sendo substituída pela proposta da “participação social”, importando no reconhecimento da necessidade de espaços, no interior do aparelho estatal, de representação social e de concertação de interesses.

A participação social na saúde abre oportunidades para se fazer transformações efetivas neste setor, para isto é necessário fortalecer as bases comunitárias. Segundo Passos (1995: 30-31) a participação em saúde é entendida como prática democrática, nesse sentido “representaria para os cidadãos o exercício do controle dos procedimentos das instituições estatais em relação a coisa pública”. Ao mesmo tempo fundamentada no acesso à informação e garantida sob critérios de representação, a participação constitui-se enquanto possibilidade de intervenção efetiva na ação pública, conseqüentemente, no direcionamento da sociedade.

A co-gestão participativa a nível de autonomia gerencial de serviços locais de saúde e de planejamento social participativo incorpora uma nova dimensão a participação social como um dos desafios atuais no sentido de afirmar a importância da democracia direta nas comunidades. A experiência tem demonstrado que não basta convocar a população a participar dos serviços. É indispensável considerar a visão de mundo e o comportamento das camadas populares quando entram em relação com os técnicos dos serviços de saúde.

Para Vilaça (*apud* Nascimento, 1996: 28) *a participação depende da emergência, na área política, de novos sujeitos sociais, com capacidade deliberativa ao nível das instâncias gestoras coletivas. No caso brasileiro especialmente, a participação nos conselhos de saúde.*

É importante repensar a dimensão coletiva, a nível de vários segmentos da sociedade, e conceber a participação social ou comunitária como um componente de poder sem se corromper por outras dimensões de poder que fragmentam o coletivo. Este como incorporação de princípios democráticos nas relações entre indivíduos que representam instâncias de poder, não restringindo-se ao poder da maioria e nem ao de um grupo minoritário o que aglutinaria forças políticas. Nesse contexto a participação social visa assegurar o espaço individual e coletivo de cidadania no espaço público definido e institucionalizado. Uma vez que a ação participativa se inicia e se fundamenta na investigação social da realidade, feita pelos sujeitos dessa realidade. Sendo por isso uma atividade coletiva de ação política que pressupõe organização da população a partir de interesses que podem ser distintos mas não opostos, definidos no palco da luta de classes e formador de uma consciência da realidade social.

Para Pinto (*apud* Nascimento, 1996: 27) *a compreensão adequada de uma ação participativa faz-nos ver que os problemas de saúde são motivos para a organização da população, não a finalidade da organização.* Nessa perspectiva, a participação popular pode

significar uma prática transformadora, no entanto a experiência tem demonstrado que não basta convocar a população a participar dos serviços, é indispensável considerar a visão de mundo e o comportamento das camadas populares quando entram em relação com os técnicos dos serviços de saúde. O *locus* da participação deixa de ser o serviço de saúde, ultrapassa os limites do setor e alcança o conjunto da sociedade e do estado. É nesse plano que se definem seus novos objetivos: a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também pelo acesso ao poder.

O objeto das reflexões e práticas desloca-se da dimensão técnica e alcança explicitamente a dimensão política. A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de “incorporação do saber e da experiência popular” ou de “aproximação com a comunidade”, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde. A importância da participação é dada nos processos decisórios sobre a vida em sociedade, podendo afetar ou modificar os processo de vida e saúde em sociedades consideradas democráticas. No entanto o advento dessas formas institucionais de participação, com seu pluralismo, não instaura magicamente a igualdade de oportunidades de potência reivindicatória entre os diversos segmentos sociais.

A discussão dos problemas de saúde não pode ser apenas técnica, mas eminentemente política e compreendida como resultante dos conflitos e acordos que se estabelecem entre as múltiplas forças sociais interessadas, e não como uma decisão unilateral. Por isso, considera-se fundamental a participação da população na definição de uma política local que abarcaria os princípios contidos no SUS tanto em relação aos serviços como à formulação e implementação das ações de saúde na localidade.

O controle de recursos de saúde pela sociedade se desenvolve na complexidade dos processo participativos e nos espaços democráticos de participação que já existem ou são criados em função dos interesse públicos. Quando falamos em recursos de saúde fala-se do ponto geral gerador das discussões e conflitos nos processo decisórios institucionais e nas reivindicações dos movimentos da sociedade, já que a saúde da população, depende em muitos aspectos, dos encaminhamentos procedidos quanto aos recursos disponíveis.

No caso específico deste estudo, que se restringe a questão do Orçamento Participativo, com um enfoque na saúde no município, presume-se a importância desta categoria acima citada, para melhor compreensão deste processo que se intitula *participativo*. No próximo capítulo será feita uma descrição do Orçamento Participativo a partir da experiência do município do Cabo de Santo Agostinho e sua relação com as categorias chaves.

CAPÍTULO II

O ORÇAMENTO PARTICIPATIVO : EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Para que se compreenda melhor o Orçamento Participativo é preciso fazer um breve comentário sobre a questão do Orçamento propriamente dito.

A peça orçamentária surgiu em 1215 na Inglaterra com objetivo de limitar o poder discricionário, do Rei, de tributar. Ao longo dos séculos o orçamento público tornou-se o principal instrumento formal de importância administrativa, econômica e contábil das instituições do Estado. No fim do século passado o orçamento começou a deixar de ser apenas leis de impostos para transformar-se, ainda que formalmente, em plano de ação governamental.

Modernamente o orçamento público tem se caracterizado pela dupla finalidade de ser um instrumento da programação de trabalho do governo e de cada um de seus órgãos em particular, como um meio de possibilitar o controle das finanças públicas. Ou seja, de um lado o orçamento integra o planejamento governamental - pois detalha os objetivos, as metas e as realizações da administração, explicitando quanto custa para a sociedade esses serviços; por outro lado, como já foi descrito acima é o principal instrumento de controle das atividades públicas, especialmente no que diz respeito às formas e a natureza da aplicação dos recursos oriundos da cobrança de impostos, contribuições, etc. Por isto, também é um instrumento de importância política fundamental para a gestão sócio-estatal.

A prática da orçamentação no Brasil, entretanto, mostra que historicamente esse instrumento, fundamental para a gestão sócio-estatal, nunca foi levado devidamente a sério no cumprimento de suas finalidade básicas. Ao contrário, o orçamento público - e talvez não poderia ser diferente - é um reflexo fiel das práticas que presidem o modelo patrimonialista de gestão do Estado brasileiro.

O processo orçamentário no Brasil, compreende basicamente um ciclo de quatro fases: (1) elaboração da proposta orçamentária; (2) discussão, votação e aprovação da lei orçamentária; (3) execução do orçamento e (4) controle da execução do orçamento. A fase de discussão, votação e aprovação da lei orçamentária ocorre fundamentalmente no Poder Legislativo que, com a nova Constituição Federal de 1988, restabeleceu a competência de propor emendas de despesa. A fase da execução orçamentária coincide com o período do exercício financeiro de cada ano. O controle e a avaliação geralmente desenvolve-se de forma simultânea com a execução do orçamento, sendo que o controle compreende duas formas: (a)

interno - realizado por setores do próprio Executivo; e (b) externo - de responsabilidade do Poder Legislativo auxiliado pelos Tribunais de Contas.

Para Wildavsky (*apud* Giacomoni, 1993), tecnicamente, a elaboração dos orçamentos no Brasil em geral é realizada através do método incrementalista formalista. Segundo esse procedimento usual da administração pública brasileira, o orçamento previsto para o ano seguinte é o orçamento do ano anterior, projetada as variáveis de ordem econômica e financeira, sendo que raramente o orçamento público está conectado a algum processo de planejamento governamental mais amplo ou próximo do formato de “orçamento-programa”.

O orçamento municipal é um instrumento de ação onde são estabelecidas as metas e prioridades governamentais, através de projetos e de atividades discriminados com suas respectivas previsões de receitas e despesa. No orçamento, o dinheiro público é denominado de receita, isto é, os recursos necessários ao financiamento das ações do governo no município, e são divididos em: *receitas próprias* - oriundas dos impostos municipais (Imposto sobre propriedade predial e urbana - IPTU, Imposto sobre serviços - ISS, Imposto sobre venda a varejo de combustível líquido e gasoso - IVV, Imposto sobre transmissões de bens e imóveis - ITBI) e taxas (por prestação de serviços - limpeza, iluminação, etc.) e ainda as receitas patrimoniais (aluguel de imóveis, juros bancários, etc.) ; *receitas transferidas* - repassadas pelo estado (Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços - ICMS e o Imposto sobre propriedade de veículos automotores - IPVA e pela união (Fundo de participação dos municípios - FPM que é composto pelo Imposto sobre produtos industrializados - IPI e Imposto de renda - IR e o Imposto territorial rural - ITR).

O dinheiro é gasto através das despesas municipais, que são as transações que o governo irá fazer para pagar seus projetos e atividades, estão classificadas em: despesas correntes - gastos destinados ao funcionamento da máquina administrativa da prefeitura; e despesas de capital - destinados a ampliação da capacidade de funcionamento da prefeitura sendo necessário a realização de investimentos.

O sistema orçamentário municipal é composto pela Lei do Plano Plurianual - estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração no período de um governo; Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) - define anualmente metas, prioridades da administração; projeções das receitas e despesas; critérios de distribuição de recursos para os órgãos da prefeitura; ajustamento do Plano Plurianual de acordo com a realidade econômica e social do

município; etc., e a Lei Orçamentária - anualmente estabelece o orçamento fiscal onde são previstas receitas e estimadas despesas; o orçamento de investimento das empresas públicas e o orçamento da seguridade social.

O orçamento também pode ser entendido como um plano de trabalho de governo, expresso em termos financeiro e em seus meios de financiamento cujo objetivo primordial é o controle dos gastos. No Brasil a contabilidade dos municípios adota um sistema orçamentário misto em: técnicas orçamentárias tradicionais e orçamento por projetos um conjunto de ações que a prefeitura se propõe a realizar durante um determinado período, nele se destacam as metas, os objetivos e as intenções do governo, que inclui a lista de contas à lista de projetos e programas, tendo como principal objetivo o acompanhamento do desenvolvimento dos mesmos e a avaliação de sua performance. A utilização destas duas técnicas torna ainda mais complexa a compreensão da contabilidade pública, levando a repensar algumas questões metodológicas.

Ainda assim a execução orçamentária por projeto é mais clara que a anterior pois favorece uma vinculação com o planejamento, estabelece responsabilidades, identifica duplicação de ações, e enfatiza realizações físicas (programa e projetos).

Como se percebe o orçamento é uma peça cujo entendimento é bastante complexo, as leis orçamentárias além de dificultarem a compreensão do mesmo atravancam o processo uma vez que não se atualizam com a mesma velocidade dos serviços, mas no entanto os limitam. Dificilmente qualquer “pessoa” com a leitura da peça orçamentária saberia interpretá-la ou ainda usá-la com presteza.

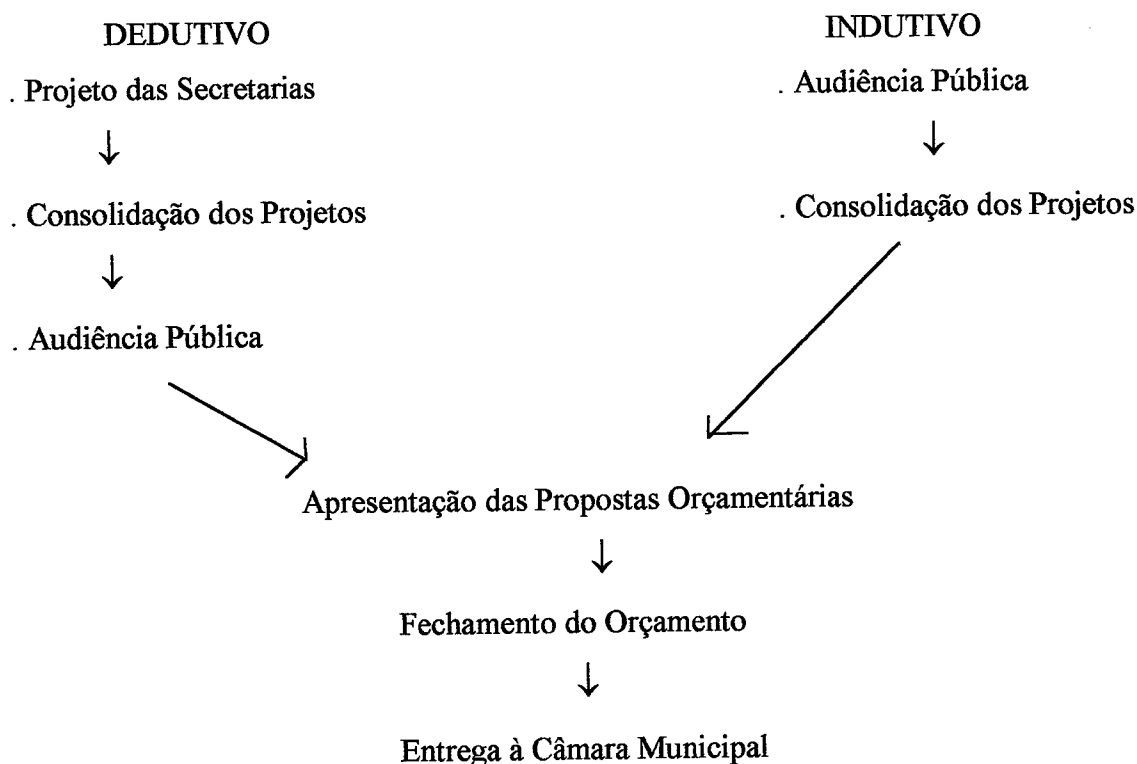
1. ORÇAMENTO PARTICIPATIVO:

A questão da modernização, democratização do estado e o envolvimento da sociedade nessas mudanças, traz à tona, dentro deste processo, de aumento do poder local, a discussão e elaboração do orçamento como um instrumento de participação social. Segundo Passos (1995), “a participação social é a possibilidade de intervir efetivamente na ação pública e, conseqüentemente, no direcionamento da sociedade”. Alguns fatores podem demandar este processo tais como: a incapacidade do estado em responder as necessidades sociais fazendo

com que setores da população tentem soluções para suas necessidades; e o caráter sociocultural (grupos ecológicos, feministas, etc.).

O Orçamento Participativo difere do orçamento tradicional, acima citado, em vários aspectos: envolve outros atores, não apenas o representativo - o executivo e o legislativo; passa a trabalhar a partir de uma necessidade “conhecida” - a realidade de cada comunidade que vai além de um simples processo de levantamento de prioridades - realizado nas reuniões e nos fóruns envolvendo técnicos e comunidade, mas que pode despertar para a participação legítima e eficaz da comunidade sobre a alocação dos recursos extrapolando a visão da democracia formal onde o cidadão participa apenas no ato de votar; e não é apenas uma peça orçamentária mas um processo para formação de tal.

Na realidade brasileira o Orçamento Participativo pode ser visto de duas formas: *Dedutivo* → no qual a participação popular ocorre no momento em que se faz a apresentação do Pré Projeto orçamentário, em audiências públicas, onde as pessoas podem sugerir visando aperfeiçoar as propostas da administração e dá-lhe legitimação, podendo as sugestões serem incluídas ou não. Esta foi a forma utilizada por Santos município paulista; e o *Indutivo* → onde a participação popular também ocorre em audiências públicas onde se escuta a opinião da população antes da realização do pré-projeto orçamentário. Essas opiniões podem ser consideradas ou não - é o caso de Jaboticabal município Paulista (Práticas orçamentárias, 1993).



A experiência desses municípios paulista, quanto as práticas orçamentárias participativas destacam algumas características como: uma evolução em busca do aperfeiçoamento das técnicas inicialmente propostas, caminhando ao lado da ausência de uma metodologia claramente definida para promover a participação popular na elaboração do orçamento, e a falta de institucionalização do processo tornando a vontade política um fator fundamental para desencadear o processo (Práticas orçamentárias, 1993).

O Orçamento Participativo apareceu como uma nova forma de dirigir e criar um novo tipo de estado, no qual as pessoas possam compreender suas funções e os seus limites passando a decidir com efetivo conhecimento de causa; também representa um instrumento de luta contra a uniformização da opinião pública, uma vez que através dos conselhos surgem estruturas de formação e de reprodução de opinião independente, e ainda por contribuir para a formação de uma esfera pública não estatal - *co-gestão* (gerir junto a), fruto da democracia direta efetuada pela população no Orçamento Participativo e da democracia representativa - através da eleição (Porto Alegre, 1995).

A experiência do Orçamento Participativo suscita um outro tema importante, que é “técnico” ou estritamente administrativo, e o que deve estar sujeito à decisão comunitária neste processo. O mesmo vem alcançando uma ampla repercussão no cenário político nacional e até internacional, sendo interpretado no discurso de diversos atores políticos e sociais como uma estratégia para a instituição da cidadania no Brasil.

É importante não esquecer que o Orçamento Participativo não é uma obra acabada e perfeita até porque se fosse negaria o processo dialético - constante mutação e superação do novo sobre o velho - acúmulo de ricas e variadas experiências democráticas, já que a perfeição é característica do autoritarismo, daí porque este processo têm formas e características próprias em cada região onde acontece. Não há uma vasta literatura sobre o método Orçamento Participativo, além de ser um tema recente em discussão, como já foi colocado, se apresenta bastante variações de um lugar para outro. Por isto a riqueza literária deste tema se encontra nas experiências locais realizadas.

Antes mesmo de descrever a experiência vivenciada no processo de Orçamento Participativo no município em destaque é preciso conhecer um pouco sobre suas características geo-demográficas.

2. O MUNICÍPIO:

O município do Cabo de Santo Agostinho está localizado na Região Metropolitana do Recife, situando-se na microrregião de Suape (segundo classificação do IBGE). Está distante do Recife 36 Km e tem como principal via de acesso a BR 101. Limita-se ao Norte com os municípios de Vitória de Santo Antão, Moreno e Jaboatão dos Guararapes; ao Sul com o Oceano Atlântico, Ipojuca e Escada; ao Leste com o Oceano Atlântico e ao Oeste com Escada e Vitória de Santo Antão. Tem uma área total de 448 Km² (maior área municipal da RMR), constituindo-se de: uma área central – sede, cortada pela BR 101 e situada às suas margens, onde vive a maior parte de sua população; o distrito de Ponte dos Carvalhos e a vila de Pontezinha, aglomerados urbanos que margeiam a BR 101; o distrito de Jussaral, com mais de 60% da área total do município, ocupado por antigos engenhos de açúcar situados, sobretudo, a oeste do município; e a área costeira, onde fica o distrito de Sto. Agostinho, com história também vinculada à *plantation*, com as vilas de Gaibu e Itapoama, no litoral, com parte de sua área integrando o Complexo Industrial-Portuário de Suape. A estrutura fundiária do município é bastante concentrada, verificando-se a existência de 1160 imóveis rurais, dos quais 37 detêm 86,6 % da área total. Encontra-se subdividido em 09 Áreas Políticas Administrativas - Apa's: Centro, Vilas, Pontezinha, Ponte dos Carvalhos, São Francisco, Cohab, Pirapama, Charneca, Juçaral.

A contagem populacional de 1996, do IBGE, revela a existência, no município do Cabo, de **140.764 habitantes**, ocupando o quinto lugar, em população, na região metropolitana do Recife, sendo 50,55% do sexo feminino e 49,45% do sexo masculino. Em 1980, a população urbana do Cabo atingia 78,6 %, aumentando para 86,4 % em 1991 e 87,9 % em 1996. A concentração populacional fica notadamente na sede e no distrito de Ponte dos Carvalhos. Habitavam a sede do Município 54.15% do total da população urbana, estando o restante da mesma distribuída nas demais áreas dos distritos.

Do total da população acima de cinco anos, que corresponde a 112.026 habitantes, 65.6% são alfabetizados, dos quais 91.5%, estão na zona urbana e 8.46%, na zona rural.

Destaca-se no município, um processo de urbanização espontânea e desordenada, que vem ocupando áreas inadequadas como encostas de morros e vazios urbanos alagáveis, ocasionando um adensamento populacional significativo em sua sede. O desenvolvimento da infra-estrutura urbana não conseguiu acompanhar esse crescimento desordenado, levando a uma acentuada desorganização espacial, acarretando, por conseguinte, problemas de drenagem e queda de barreiras, notadamente nas ocupações dos morros sem prévia urbanização, dificultando sobremaneira a instalação de serviços básicos.

A situação sócio-econômica do Cabo, apresenta-se bastante precária, caracterizada pelo baixo nível de renda da maioria da sua população, onde 86,9 % (IBGE, 1991) do total dos chefes de família têm um rendimento mensal de até três salários mínimos. A População Economicamente Ativa – PEA do município é de 59.615 habitantes, representando 75,6 % da população ~~rural~~ total.

A distribuição dos estabelecimentos do município, por setor de atividade, em 1995, era a seguinte: 31 na indústria, 648 no comércio, 349 nos serviços, totalizando 1028 estabelecimentos (Sebrae, 1995). A composição do emprego, segundo a RAIS 92, se apresentava da seguinte forma: 56,30 % de empregados na indústria, 9,94 % no comércio, 5,64 % nos serviços, 7,69% na construção civil, 6,13 % no transporte, 0,03 % na administração e 14,26 % em outros.

O índice de mortalidade infantil, um dos indicadores do padrão de saúde do município, 1994 (Fusam), era 53,58 para 1000 nascidos vivos, o que lhe confere o quinto lugar entre os municípios da região metropolitana do Recife que apresentam os piores coeficientes de mortalidade infantil.

A cidade dispõe de 438 leitos hospitalares (Fusam, 1994), sendo 88 da rede pública e 350 da rede privada, o que lhe confere a relação de 5,5 leitos por mil habitantes. A OMS estabelece o padrão de 4,5 leitos por mil habitantes.

Os domicílios particulares permanentes do município do Cabo totalizavam em 1991 (IBGE) 17.103, possuindo as seguintes características básicas: 79 % eram próprios, 74 % com canalização interna de abastecimento d'água e 70 % servidos de instalações sanitárias ligadas a rede geral. Os dados da Compesa de 1994, indicam a seguinte distribuição de economias abastecidas pela rede d'água: residencial 95,2 %, comercial 3,8 %, industrial 0,4 % e público 0,5 %. São ligados à rede de geral de esgotos sanitários 64 % dos domicílios do município, sendo que 62 % possuem instalação sanitária só no domicílio e 2 % possuem instalação sanitária comum a mais de um domicílio.

Há no município um variado perfil de atividades econômicas destacando-se entre essas o parque industrial, de significativa importância na economia do Estado, a atividade agrícola destacando-se a agro - indústria canavieira, a indústria do turismo que se encontra em franco crescimento com a instalação de várias unidades, em suas privilegiadas praias, que são importantes pólos de atração turística. Diante deste perfil é importante considerar a existência desta população flutuante, não computada no censo acima referido, que é constituída pela mão de obra da área industrial, advinda de municípios vizinhos, bem como do expressivo número de turistas que são atraídos nas épocas de temporada e finais de semana.

Já conhecendo um pouco da realidade do município vamos, agora, descrever a experiência de orçamento participativo ocorrida no mesmo.

3. A EXPERIÊNCIA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO NO MUNICÍPIO DO CABO

O exercício da cidadania pressupõe a democratização da informação, principalmente quando relativo ao dinheiro público ... O exercício de uma cidadania ativa materializa-se através da participação política ... assim temos a expectativa de que, entendendo o orçamento, as pessoas possam valer sua cidadania e seus direitos de controlar e fiscalizar o governo. (Cabo de Santo Agostinho, 1997).

A idéia de iniciar o processo de Orçamento Participativo no município do Cabo de Santo Agostinho foi uma definição política da gestão por acreditar e considerar a participação popular na elaboração, execução e fiscalização do orçamento municipal, uma das expressões mais avançadas do exercício da cidadania, uma vez que oferece a oportunidade de incidir concretamente na definição de prioridades das políticas públicas locais. Para garantir a permanência dessas novas iniciativas de discussão pública do orçamento, os espaços criados precisam ser ampliados e consolidados.

Para isto é necessário superar os preconceitos que consideram o orçamento um instrumento complexo demais para ser compreensível para os cidadãos e aprimorar o desempenho dos representantes da sociedade civil nesse espaço de decisão coletiva. Contudo, dada a grande responsabilidade que significa a participação na definição sobre a alocação de recursos públicos é de vital importância conhecer os princípios básicos da elaboração e estruturação orçamentária, bem como compreender melhor sua importância como instrumento político e incentivar o aproveitamento desse espaço a favor dos interesses dos setores menos privilegiados da população.

O modelo de orçamento participativo desenvolvido no município tinha como principais objetivos:

- possibilitar à comunidade o exercício da cidadania, motivando a participação popular nos processos decisórios, tendo em vista o desenvolvimento de ações concretas;
- formular um Programa de Ações do Governo Municipal, de modo a atender às prioridades estabelecidas pela população, através da articulação com entidades organizadas;
- elaborar um Plano de Investimento Regionalizado, por APA's, a partir de uma proposta orçamentária, como espaço de negociação e acordo no que se refere às políticas públicas.

Estes objetivos visavam orientar a elaboração de um plano mais macro - o Plano de Investimento Regionalizado da Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho - PIR, que seria realizado baseado na metodologia do Orçamento Participativo, afim de reduzir os desníveis de entendimento quanto aos seus procedimentos operacionais, interna e externamente aos órgãos da Prefeitura. Este processo estava sob coordenação e supervisão das Secretarias Municipais de Planejamento e Governo.

A definição deste trabalho tomou como base a experiência do Orçamento Participativo em outros municípios adaptados a realidade deste e tendo desde o princípio a preocupação de garantir ao processo revisões e avaliações periódicas, por considerá-lo como algo de essência inacabada.

A instalação do Programa de Elaboração do Orçamento Participativo ocorreu em 16 de março, onde foi apresentado a população: o programa, o Plano de Ação do Governo e lançada a campanha de incentivo ao pagamento do IPTU já que este era a mola mestra do programa.

A metodologia utilizada para operacionalização do programa teve início com a divisão do município em áreas político administrativas e subdivisões em microrregiões (MR's), cujos limites caberia a Secretaria de Planejamento definir, já que o processo seria por região por apresentarem, obviamente, características e problemas diferenciados. O município foi então dividido em 09 APA's e 21 MR's (Centro - 03 MR's, Vilas - 02 MR's, Praias - 03 MR's, São Francisco - 02 MR's, Charneca - 01 MR's, COHAB - 02 MR's, Juçaral/Pirapama - 03 MR's, Ponte dos Carvalhos - 03 MR's, Pontezinha - 02 MR's).

À Secretaria de Governo coube: promover a articulação com os segmentos da sociedade civil, organizados ou não, para desencadear a divulgação do programa por Apa. Em seguida foram realizadas reuniões sob a coordenação dos gerentes (técnico da prefeitura) das Apa's com o intuito de que cada comunidade elegeisse seu coordenador de área e os seus delegados. Para a eleição dos delegados foi feita uma mobilização das comunidades por ruas, entidades sociais e grupos organizados, para divulgar o programa e despertar o interesse das pessoas para participarem do processo.

Foi elaborado um regimento interno dos delegados pela Secretaria Governo junto com os coordenadores e gerentes de área. O número de candidatos por área era ilimitado lembrando a importância de considerar a representatividade do candidato, a eleição foi através do voto secreto e o candidato poderia se inscrever até o dia da eleição. O resultado seria divulgado após o término da eleição.

O número de delegados seria proporcional ao número de habitantes de cada Apa, sendo distribuído da seguinte forma: Centro - 05 delegados titulares, e 05 suplentes para cada uma das 03 microrregiões, perfazendo um total de 15 delegados e 15 suplentes; São Francisco

- 03 delegados titulares, e 03 suplentes para cada uma das 03 microrregiões, perfazendo um total de 09 delegados e 09 suplentes; Cohab - 05 delegados titulares, e 05 suplentes para cada uma das 02 microrregiões, perfazendo um total de 10 delegados e 10 suplentes; Vilas - 04 delegados titulares, e 04 suplentes para cada uma das 02 microrregiões, perfazendo um total de 08 delegados e 08 suplentes; Praias - 03 delegados titulares, e 03 suplentes para cada uma das 03 microrregiões, perfazendo um total de 09 delegados e 09 suplentes; Ponte dos Carvalhos - 05 delegados titulares, e 05 suplentes para cada uma das 03 microrregiões, perfazendo um total de 15 delegados e 15 suplentes; Pontezinha - 04 delegados titulares, e 04 suplentes para cada uma das 02 microrregiões, perfazendo um total de 08 delegados e 08 suplentes; Pirapama/JussaraI - 03 delegados titulares, e 03 suplentes para cada uma das 03 microrregiões, perfazendo um total de 09 delegados e 09 suplentes; Charneca - 04 delegados titulares, e 04 suplentes para cada uma das 02 microrregiões, perfazendo um total de 08 delegados e 08 suplentes.

Era de competência dos delegados: negociar nas plenárias com as Secretarias Municipais o plano de investimentos e serviços para cada microrregião, de acordo com os critérios estabelecidos na grade de carências e pelas prioridades escolhidas no Colegiado de Delegados, presidido pelo Secretário de Governo - Sr. Ronildo Albertim; receber denúncias, fiscalizar a execução dos compromissos assumidos pela Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho e encaminhar, coletivamente, solicitações de providências, estudos e pareceres às Secretarias, Empresas e Fundações Municipais; repassar ao Fórum de entidades e representantes das Apa's, com apoio da Secretaria de Governo, o resultado das negociações com os diversos órgãos da Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho; acompanhar a execução orçamentária e os compromissos relativos à manutenção e serviços assumidos pelo Executivo; estar presente em todas as reuniões referentes ao Orçamento Participativo, que se realizarem em suas respectivas Apa's.

Posteriormente foram realizadas reuniões com o gerente, o coordenador de área, os delegados e a comunidade com a finalidade de discutir os problemas da área e definir prioridades - pleitos. Cada comunidade tinha um prazo de 20 a 25 dias para discussão dos problemas e levantamento das prioridades que a princípio não tinham limite de escolha. Os pleitos eram sistematizados por setor - educação, saúde, infra estrutura, e repassados às secretarias responsáveis para que estas fizessem o custo estimado de cada ação e emitissem parecer quanto a necessidade de desenvolvimento de cada um dos pleitos no sentido de subsidiar a definição das prioridades por parte dos delegados.

Esses orçamentos retornavam aos delegados para que fossem divulgados em reunião com a comunidade e eleitas novas prioridades. Essas prioridades seriam discutidas em audiências com cada secretaria e Apa individualmente. Nessa audiência cabia aos técnicos das secretarias colocar, para os delegados, os projetos, ações e atividades que vinham sendo desenvolvidas e as que estavam planejadas com arrecadação de outros recursos. Feito isto os delegados liam os pleitos priorizados e em conjunto definiam vinte prioridades. Essas prioridades seriam discutidas em plenárias com a presença de técnicos de todas as secretarias, gerentes e coordenadores de área, delegados e suplentes.

Nesse momento seriam decididas as prioridades a serem realizadas com o PIR/97 que seriam aprovadas no Fórum de Administração Municipal que passou a ser chamado - Fórum Municipal do Programa Parceiro Cidadão aprovado em lei, do qual participavam: Prefeito, como presidente do fórum, os secretários municipais, representantes dos conselhos setoriais e do Poder Legislativo, coordenadores e gerentes das Apa's, bem como os delegados eleitos representantes das MR's..

Visava garantir a abertura dos canais de participação tendo como objetivo promover e incrementar a cidadania através de debates, informações e proposições voltados para observação e solução dos problemas citadinos levando em consideração as definições do Programa de Governo, dos Conselhos Setoriais, além de toda a legislação de planejamento e desenvolvimento urbanos. A este Fórum competia: avaliar o Plano de Ação do 1º. semestre e apreciar o Plano de Ação do 2º. semestre; propor ao executivo municipal políticas gerais e projetos de execução de serviços e investimentos de interesse da comunidade; definir critérios para avaliação do Plano de Investimentos Regionalizado; apreciar o plano de Projetos Estruturadores propostos pelo executivo para o Município; adequar os planos de investimentos regionalizados, às diretrizes gerais do Município e ao Plano de Governo, realizando os ajustes necessários.

No Fórum as definições de prioridades também deviam considerar o dinheiro destinado a cada Apa e a grade de hierarquização de carências.

Esta grade foi elaborado pelo governo e seria utilizada para: municiar o debate sobre as prioridades orçamentárias nas MR's e Apa's; difundir a informação sobre a situação de carência de uma determinada microrregião comparada às demais para oferecer uma visão

mais geral às comunidades; permitir que a comunidade defina a ordem de prioridades mais adequada com base nesta informação e nas necessidades expressas pelos cidadãos; servir como referência para a alocação dos recursos setoriais no Orçamento Participativo.

Outra responsabilidade da Secretaria de Governo foi a de definir uma sistemática de capacitação sobre a questão do orçamento público e o PIR, para gerentes, coordenadores de área, delegados, que ocorreu em momentos separados para cada grupo. Os técnicos das secretarias também foram capacitados para participar do processo e recebiam como orientação do governo não perder de vista o plano macro - plano de gestão municipal definida pela prefeitura.

A Secretaria da Fazenda junto com o Gabinete do Prefeito definiu o percentual de recursos a serem destinados ao PIR, considerando a previsão da disponibilidade de recursos do município e o valor necessário para o desenvolvimento das ações estruturadoras - aquelas que tem efeitos geral sobre a cidade. Desta forma foi garantido como recurso para o PIR/97 a previsão de arrecadação do IPTU. A divisão dos recursos advindos do IPTU por Apa, foi feito considerando o pagamento do mesmo por cada comunidade, ou seja, o valor arrecadado na Apa era investido nela, considerando as prioridades definidas.

O valor arrecadado até julho foi R\$ 787.885,06, distribuídos de acordo com a arrecadação, levando em conta os 15% do fundo de compensação, que foi retirado das praias, maior valor de arrecadação, para as áreas com menor arrecadação, que foram Charneca, São Francisco, e Pirapama/Jussaral. Nas negociações foram priorizadas ações que beneficiassem a maioria, tendo uma visão global da Apa, em contrapartida os representantes das secretarias executoras informam a inviabilidade técnica se for o caso, e alguns projetos que já estão encaminhados para arrecadar recursos.

4. O SETOR SAÚDE E O ORÇAMENTO PARTICIPATIVO NO CABO

Vamos nos deter agora ao setor saúde, questão de análise deste trabalho. Para compreendermos como se deu este processo neste setor é importante conhecermos as metas desta secretaria para a gestão. De acordo com o Plano Municipal de Saúde a missão da secretaria é: construir um Sistema Municipal de Saúde capaz de garantir a todos os cidadãos o acesso às ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, dentro dos

princípios da universalidade, equidade e controle social, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. A partir desta missão foram definidas 06 (seis) grandes prioridades: mudança do modelo assistencial de saúde, tendo o Programa do Agente Comunitário - PACS e o Programa Saúde da Família - PSF como porta de entrada; estruturação física e funcional da rede de saúde e da secretaria; desenvolvimento e implantação de uma política de Recursos Humanos; contribuir para aumentar o nível de consciência sanitária da população; estimular e aprimorar a participação via conselho; garantir o processo de municipalização.

Cabe aqui destacar o Conselho Municipal de Saúde reativado em março de 1997 funcionando com reuniões ordinárias mensalmente. O Conselho é formado por 42 membros - 21 titulares e 21 suplentes, sendo : 50% são usuários, 25% membros do governo e do setor privado paritariamente, e 25% de trabalhadores da saúde. A participação do mesmo no Orçamento Participativo se deu em dois momentos: através da inserção dos seus membros nas suas respectivas comunidades participando da escolha dos pleitos e priorizando-os. Num outro momento após definição dos pleitos iniciava o acompanhamento da execução dos referentes ao setor saúde, isto era feito através de uma prestação de contas por parte de técnicos da própria secretaria.

Foi a partir destas diretrizes que a secretaria discutiu com cada Apa os pleitos levantados. A maioria dos pleitos se repetiam nas demais Apa's, os mais freqüentes em todas elas eram: construção de posto de saúde; ambulância 24h na frente do posto, aumentar o número de médicos nos postos e montar minis uti's nos postos. Esses pleitos apareceram no mínimo duas vezes em cada Apa, os demais, menos freqüentes, eram referentes a campanha de educação e saúde, campanha de desratização, campanha de vacinação, postos abertos 24 horas, mudança de funcionários dos postos, melhorar o atendimento nos hospitais.

Na audiência individual, com cada Apa a Secretaria de Saúde expunha inicialmente as diretrizes, já descritas a cima, dentro do governo seus planos e projetos. Tomando conhecimento dessas ações os delegados faziam a leitura dos pleitos por eles destacados e em seguida era feita uma análise em conjunto - técnicos e delegados, para só então definirem as vinte prioridades que seriam levadas para as plenárias. Nesse momento ocorreu a alteração de alguns pleitos. Algumas Apa's após tomarem conhecimento por exemplo do PSF desistiram de pedir a construção de um posto médico e passavam a solicitar uma equipe do PSF; a questão das ambulâncias, quando colocado para as Apa's do projeto de se montar uma central

de ambulâncias que apesar de não ficar 24h no posto, teria uma central de rádio que daria cobertura a todo o município.

Nas plenárias, que ocorriam coletivamente com técnicos de todas as secretarias, cabia a secretária da saúde tirar dúvidas que surgissem durante o processo no que diz respeito a ação e/ou orçamento previsto para a mesma e na medida do possível “incentivar” os delegados para investirem mais na saúde. As prioridades finais definidas por Apa para serem realizadas com o investimento do PIR/97 foram:

APA	PLEITOS	CUSTO
APA 1 - Centro	uma equipe do PSF; contribuir para aquisição da Central de Ambulâncias	39.800,00 11.111,00
APA 2 - Cohab	contribuir para aquisição da Central de Ambulâncias	11.111,00
APA 3 - São Francisco	----	----
APA 4 - Vilas	----	----
APA 5 - Praias	construção de um posto médico	44.000,00
APA 6 - Pte. dos Carvalhos	----	----
APA 7 - Pontezinha	----	----
APA 8 - Pirapama/Jussara	manter o nível dos serviços prestados; contribuir para aquisição da Central de Ambulâncias.	sem custo 11.111,00
APA 9 - Charneca	reequipagem do posto médico já existente; campanhas de combate a dengue, muriçoca e mosquitos.	Sem custo
	TOTAL	117.133,00

OBS: Como a Central de Ambulâncias visava beneficiar todas as Apa's ela foi retirada do PIR/97 e garantida pela prefeitura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O Presente trabalho procurou descrever no que se refere mais especificamente ao setor saúde a experiência, do primeiro ano do processo de Orçamento Participativo, vivenciada no município, já referido, tendo como perspectiva central analisar a interface desse processo com as categorias chaves - descentralização e participação social, no que diz respeito ao setor saúde.

De acordo com a própria definição do tema Orçamento Participativo é “participar do orçamento”, não apenas acompanhando o processo como agente passivo mas conhecendo-o e ainda, tendo direito a “voz e voto” .

Será que diante da experiência ressaltada no capítulo anterior pode-se dizer que houve de fato uma descentralização de “poder”? A participação social foi garantida durante todo o processo? A partir do relato da experiência em documentos oficiais do governo observa-se que de fato há interesse do governo em garantir a população uma “fatia desse poder”, fatia por que englobou apenas uma parcela, mínima, do orçamento municipal - IPTU e não o orçamento global como preconiza o próprio tema. No entanto todo recurso do IPTU arrecadado foi usado para investimentos regionalizados, o que dava uma visibilidade imensa ao programa. O mesmo ocorreu com a questão da participação social, o programa desenvolvido no município do Cabo de Santo Agostinho, envolveu “de certa forma” a participação da população na definição do orçamento - vale salientar ao que coube ao orçamento participativo.

Alguns motivos estabeleceram este limite de participação social e de descentralização de poder, como: o fato de ter sido um programa “pensado” e estruturado pelo governo, sem consulta a população, e só então colocado para a comunidade convidando-a e estimulando-a a “participar”, ou ainda, a se inserir neste processo; foi usada apenas uma das demais fontes de receitas do orçamento, no caso, o IPTU, e ainda o fato do governo deixar claro a sua intenção de usar o recurso obtido pelo IPTU em obras estruturadoras que seguissem uma grade de hierarquização, já colocada anteriormente, - os técnicos das secretarias foram chamados pela coordenação do programa - Secretaria de Governo, para rever alguns critérios de levantamento de prioridades, neste momento foi colocado como diretriz do governo incentivar o destino dos recursos do PIR/97 para obras (construção de escadarias, contenção de morros,

pavimentações, etc.), o que de uma forma ou de outra equilibrava o discurso dos técnicos nas plenárias, tornando a orientação por parte dos mesmos mais coesa.

Como foi colocado anteriormente o fato de que os técnicos da secretaria, baseado nas orientações do governo, chegaram a um “consenso” quanto a importância de priorizar obras como escadarias, pavimentações e outros. Está claro que o consenso também é uma dimensão da participação, no entanto não se pode perder de vista que, geralmente, a participação conflituosa - ou seja, o dissenso “origina processos mais ricos, mais participativos” ao menos é o que se espera.

Evidenciando o setor saúde, a secretaria de saúde participou junto com as demais secretarias de todo o processo baseado nas definições da gestão. Desde o início do levantamento dos pleitos, pelas comunidades, era clara a preocupação da população com dois setores educação e saúde que tiveram o maior número de pleitos.

No entanto apesar das comunidades terem colocado como prioridade estes dois setores nem todos concordavam que seria com dinheiro do PIR que se resolveria o problema e alguns aspectos eram levantados por estes, como: acreditavam que os dois setores eram estruturais para o desenvolvimento do município e por isso precisariam de um investimento macro e em vários aspectos, ações pontuais só tornariam o processo mais longo, apesar de serem necessárias; outro aspecto era o fato de que estes dois setores tinham sido priorizados como compromisso de campanha política da atual gestão sendo assim cabia ao governo amplos investimentos.

No momento do levantamento dos pleitos, da saúde, por parte das comunidades ficava claro o quanto ainda é presente a cultura do assistencialismo, ou seja, a saúde sendo vista como meio para “tratar doença”, e por isto estava entre os pleitos mais solicitados: posto de saúde funcionando 24 h, ambulância nos postos, aumentar o número de médicos, etc. Apesar de já ter sido colocado nos pleitos algumas questões sobre prevenção e promoção à saúde: campanhas de educação e saúde, campanhas de vacinação, combate a ratos, muriçocas, etc., que apareceram numa frequência bem mais baixa que as anteriores.

Como já foi dito no capítulo anterior apenas 5 Apa's escolheram como prioridade ações de saúde, e os delegados justificavam que saúde e educação eram prioridade do governo assim como tinha sido colocado pelo mesmo durante o período de eleições. Outro fator que

eles consideraram é que o investimento em obras (escadarias, pavimentação, etc.) eram mais estruturadores e davam maior visibilidade na comunidade, no entanto eram obras bastante caras e que quase sempre comprometiam em média 70 a 80 % do recurso destinado ao PIR por Apa.

As plenárias para fechamento do PIR 97 por Apa eram coordenadas pelos gerentes de área da respectiva Apa que além de coordenarem o processo tinham a responsabilidade de orientar os delegados durante a priorização dos pleitos o que garantiria o cumprimento da grade de hierarquização - capítulo II. Cabia aos delegados a “decisão final” no entanto essa decisão tinha que ser baseada nos critérios do programa. Daí porque a importância da presença dos técnicos das secretarias que também tinham a responsabilidade de “orientar a tomada de decisão”.

A partir dessa experiência pode-se definir o orçamento participativo como um processo de esfera pública ativa de co-gestão do fundo público municipal, nesse caso, de parte dele. É expresso através de um sistema de racionalização política baseado fundamentalmente em regras de participação e de distribuição dos recursos de investimentos que são pactuados entre o executivo e as comunidades a partir de uma “descentralização de poder”. Sua dinâmica instaura uma lógica contratual favorável a diferenciação entre o “público” e o “privado”, portanto contrária as práticas clientelistas.

É importante destacar que desde o início do processo do orçamento participativo no referido município havia uma preocupação por parte do governo de avaliar e reavaliar continuamente o processo. Como a análise foi feita apenas com primeiro ano da experiência não cabe aqui defini-la como incipiente uma vez que se sabe que avaliação continuada torna qualquer processo bastante dinâmico

Como se vê apesar de ser o primeiro ano em que o município vive esta experiência, de uma maneira bem geral as características deste processo vem promovendo um movimento de ruptura com o padrão patrimonialista - centralizador, através do deslocamento, do bloqueio e da substituição de suas práticas tradicionais constituindo-se portanto, mesmo que inicialmente em alguns níveis, como uma estratégia viabilizadora da descentralização e da garantia da participação social.

Por isso não se pode negar que o processo de abertura de canais para garantir a participação e descentralização de “poder”, mesmo que não em todo o processo mais em parte dele, contribuiu para despertar nas pessoas a questão da participação de fato e não apenas através dos seus representantes no executivo, e para o governo a importância dessa participação na legitimidade do processo tornando-o mais “democrático”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fedozzi, Luciano (1997). *Orçamento Participativo: reflexões sobre experiências de Porto Alegre*. Porto Alegre: Tomo editorial. 256 p.
- Felipe, José Saraiva (1991). *A municipalização como estratégia de descentralização dos serviços de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. 170 p.
- Nascimento, Kátia Maria Santos do (1996). *Participação Social e Cidadania*. Recife, - Monografia (Residência Multiprofissional em saúde coletiva) - Departamento de Estudos em Saúde Coletiva - Nesc/CPqAM/Fiocruz. 51 p.
- Passos, Iana Maria Campello (1995). *Participação popular na gestão pública da saúde: Um estudo de caso*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas. 179 p.
- Práticas, Orçamentárias Participativas (1993). Rio de Janeiro. *Revista ABOP*, (1): p. 15-29.
- Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho (1997). *Roteiro para elaboração do Orçamento Participativo*. mimeo. mar. 11p.
- ____ (1997). *Apresentação inicial do Programa do Orçamento Participativo*. mimeo. mar. 2p.
- ____ (1997). *Programa do Orçamento Participativo*. mimeo. mar. 11p.
- ____ (1997). *As áreas político-administrativas do Cabo de Santo Agostinho*. mimeo. mar. 3p.
- ____ (1997). *Plano de Investimento Regionalizado*. mimeo. mai. 15p.
- ____ (1997). *Regimento Interno dos Delegados eleitos no programa Parceiro Cidadão*. mimeo. abr. 5p.
- ____ (1997). *Pleitos Secretaria de Saúde*. mimeo. mai. 37p.
- ____ (1997). *Avaliação do 1º ano do Plano de Investimento regionalizado*. mimeo. nov. 7p.

BIBLIOGRAFIA

- Arouca, Sérgio (1988). Reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: *Tema*, 6 (11): 2-4.
- Aquino, Vanda; Albuquerque, Maria de Fátima Militão de; Costa, André Monteiro (1997). *Elementos e normas para elaboração de um projeto de pesquisa*. Recife. Fiocuz/IAM/NESC. Mimeo. 45p.
- Bobbio, Norberto (1988). *Estado governo e sociedade*. Para uma teoria geral da Política. São Paulo. Paz e Terra.
- Branco, Maria Alice Fernandes (1995). *Sistema de informações em saúde em âmbito local e organização de interesse sociais: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro,. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Universidade do Rio de Janeiro. 119 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (S. d). *Manual Avançado para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município*. Brasília.
- Campos, Gastão Wagner de Souza (1992). *Reforma da reforma: repensando à saúde*. São Paulo: Hucitec. 250 p.
- Carvalho, Antônio Ivo de (1995). *Conselho de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam. 135 p.
- Chauí, Marilena (1993). *Cultura e democracia*. São Paulo: Cortez. 209 p.
- Dallari, Sueli Gandolfi (1985). *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense. 104 p.
- Daniel, Celso (1990). *As administrações democráticas e populares em questão*. Revista Espaço e Debates, (30).
- ____ (1988). *Poder local no Brasil urbano*. Revista Espaço e Debates, (24).

- ____ (1994). Governo local e reforma urbana num quadro de crise estrutural. In: Ribeiro, L.C.Q., Santos, O.A.J. (Orgs.) *Globalização, fragmentação e reforma urbana: O futuro das cidades brasileiras na crise*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira. p. 291-307.
- Demo, Pedro (1992). *Cidadania Menor, Algumas indicações quantitativa de nossa pobreza Política*. Petrópolis : Vozes. 124 p.
- Fórum Nacional de Participação Popular nas Administrações Municipais (1996). *Para que participação popular nos governos locais?* (s.n.): Instituto Cajamar / Instituto Polis / Fase / Ibase, n.2.
- Genro, Tarso (1995). *O controle público não estatal e o orçamento participativo*. Porto Alegre: Debate, (5): 11-13 p.
- Gerschman, Silvia (1995). *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 189 p.
- Goiás, Secretaria Estadual de Saúde (1987). Núcleo Setorial de Planejamento Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUAS. Goiânia. 166 p.
- Heiman, Luíza et al (1992). *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec. 183 p.
- Jacobi, Pedro (1983). "*Movimentos Sociais e Políticas Públicas*". São Paulo: Cortez.
- ____ (1990). Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. São Paulo. In: *Revista Lua Nova*. (20). p. 121-143.
- Junqueira, Luciano A Prates (1988). *Descentralização em saúde e a gestão do distrito sanitário*. Brasília: Inojosa. 39 p.
- Lebrun, Gerard (1985). "*O que é poder*". São Paulo: Brasiliense, 122 p.
- Porto Alegre, Prefeitura (1995). *Orçamento participativo*. mimeo. 12p.

Rivera, F.J. Uribe (1989). *Planejamento em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez. 222 p.

Schmidt, David (1994). *Orçamento Participativo: a desidiotização da cidadania*. UFRGS. Dissertação de mestrado de educação.

Soares, José Arlindo (1992). *Poder local e participação popular*. Rio de Janeiro: Rio Fundo.